

253

2 es.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Psicología

RELACION ENTRE CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO
Y NIVEL SOCIOECONOMICO EN ESTUDIANTES DE
PREPARATORIAS PUBLICAS Y PRIVADAS

T E S I S

Que para obtener el título de:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

p r e s e n t a n

GABRIELA SANCHEZ SALGADO

VERONICA MOJICA MIRANDA

Director de Tesis: Dra. Gilda Gómez Pérez-Mitre

Sinodales:

Mtra. Lucy Reidl Martínez

Mtra. Olga Bustos Romero

Mtro. Sotero Moreno Camacho

Lic. Lilia Joya Laureano



México, D. F.

1998

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

266760



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A Dios por todo lo que me ha dado

Mami, te agradezco la dedicación, amor y entrega con la que fui educada y principalmente por la gran motivación que siempre he recibido de ti.

A ti querido esposo, agradezco el amor, el respeto y la comprensión que siempre has tenido conmigo, y por apoyarme en todo lo que he emprendido en la vida.

Te doy las gracias, querida Belí por haber sembrado en mí la semilla del estudio, la dedicación y el cuidado para hacer las cosas; simplemente por estar presente en mi vida.

A usted Dra. Gilda Gómez Pérez-Mitré, por su enorme dedicación para enseñar a sus alumnos y guiarnos para el mejor conocimiento de las ciencias.

Agradezco a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPPIIT) el cual me dio la oportunidad de participar en su investigación.

Lic. Antonio Guillén, le agradezco el permitirme aprender de usted aspectos valiosos en mi formación como profesional y como ser humano.

A Vero, Lolis, Paty y Liliana por permitirme contar con su valiosa amistad.

*A ti Universidad Nacional Autónoma de México por mi educación y preparación
como profesional.*

A todos ustedes por haber creído en mi.

Gracias.

Gaby.

A Dios por permitirme cumplir uno de mis más grandes anhelos.

A mis padres por su apoyo en todo momento que me ha ayudado a crecer como persona y seguir el camino del estudio y la superación.

A mis hermanas Rosario y Adriana por su colaboración y compañía.

A la Universidad Nacional Autónoma de México por darme la oportunidad de formarme en ella.

Gracias Dra. Gilda Gómez Pérez-Mitré por su disponibilidad e interés.

Al programa de apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPPIIT) por las facilidades otorgadas para la realización de esta Tesis.

Ing. Jorge Castillo Alcalá

Ing. Felipe Gutiérrez Hernández

Les agradezco permitirme colaborar con ustedes y darme su confianza.

Dr. José Luis Estrada

Dra. Graciela Flores

Gracias por compartir sus conocimientos y experiencias conmigo.

A Juan Manuel del Olmo por darme lo mejor de ti.

A Gabriela Sánchez

Yuyini Chio

José Luis Uribe

Verónica Correa

Gilberto Ramírez

y Rosa Elia Villafuerte

por enseñarme el valor de la amistad.

Verónica.

Agradecemos a nuestros Sinodales por sus valiosas aportaciones a este trabajo:

Mtra. Lucy Reidl Martinez

Mtra. Olga Bustos Romero

Mtro. Sotero Moreno Camacho

Lic. Lilia Joya Laureano

INDICE

Resumen	1
Introducción	2

CAPITULO I. ANTECEDENTES HISTORICOS

1.1. Anorexia Nerviosa	4
1.2. Bulimia Nerviosa	10
1.3. Obesidad	13

CAPITULO II. TEORIAS SOBRE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y CONDUCTAS ALIMENTARIAS

2.1. Conductas Alimentarias	17
2.2. Anorexia	21
2.2.1. Factores en la Anorexia	23
2.2.2. Personalidad en Anoréxicas	23
2.2.3. Teorías en la Anorexia	24
2.3. Bulimia Nerviosa	31
2.3.1. Factores en la Bulimia Nerviosa	32
2.3.2. Teorías en la Bulimia	33
2.4. Obesidad	35
2.4.1. Factores en la Obesidad	38
2.4.2. Teorías en la Obesidad	38

2.5.	Ingesta Compulsiva.	43
2.6.	Rumiación	43
2.7.	Pica	44
2.8.	Desórdenes de la Alimentación no especificados	44
2.9.	Síndrome Parcial de los Desórdenes del Comer (Conductas Alimentarias de Riesgo).	45

CAPITULO III. ADOLESCENCIA

3.1.	La Pubertad.	48
3.2.	Aspecto Psicológico	49
3.3.	Aspecto Social	51
3.4.	Aspecto Intelectual	53
3.5.	Alimentación.	54

CAPITULO IV. ANTECEDENTES TEORICO-PRACTICOS

4.1.	Incidencia	58
4.2.	Prevalencia	60
4.3.	Indices de Mortalidad, Recuperación y Recaída	61
4.4.	Nivel Socioeconómico	63
4.5.	Estudios Realizados en Hombres y Mujeres	65
4.6.	Conductas Alimentarias	66
4.7.	Relación de los Desórdenes Alimentarios con la Personalidad.	67
4.8.	Influencia Sociocultural	69
4.9.	Estudios Realizados en México	72

CAPITULO V. PLAN DE INVESTIGACION Y METODO

5.1.	Propósito del Estudio	77
5.2.	Objetivo	77
5.3.	Planteamiento del Problema	77
5.4.	Definición de Variables	78
5.4.1.	Variable Dependiente	78
5.4.1.1.	Definición Conceptual	78
5.4.1.2.	Definición Operacional	79
5.5.	Variables Independientes	79
5.5.1.1.	Definición Conceptual	79
5.5.1.2.	Definición Operacional	80
5.6.	Variables Asociadas a las Conductas Alimentarias de Riesgo.	81
5.6.1.	Definición Conceptual	81

METODO

5.7.	Diseño de Investigación	83
5.8.	Muestra	83
5.9.	Control de Variables	85
5.10.	Instrumento	85
5.11.	Variables Asociadas a los Trastornos de la Conducta Alimentaria.	86
5.12.	Forma de Calificación	89
5.13.	Procedimiento	89

CAPITULO VI. RESULTADOS

6.1.	Descripción de la Muestra	90
6.2.	Descripción de las Variables de Interés	95
6.3.	Análisis de las Variables Relacionadas con las Conductas Alimentarias de Riesgo por Sexo y por Nivel Socioeconómico	98

CAPITULO VII. DISCUSION Y CONCLUSIONES. 107

Sugerencias y Limitaciones	112
Referencias	114
ANEXO: Cuestionario de Alimentación y Salud	122

RESUMEN

El propósito del presente estudio fue determinar la relación entre las conductas de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios y el nivel socioeconómico en estudiantes de preparatorias públicas y privadas, la muestra estuvo constituida por N=240, que se subdividió como sigue: n=120 hombres y n=120 mujeres de niveles socioeconómicos medio y bajo, a los cuales se les aplicó un Cuestionario sobre Alimentación y Salud, con la finalidad de conocer si existen diferencias en la conducta alimentaria (normal y anómala). Este estudio forma parte de una investigación mayor,* cuyo objetivo fundamental es contribuir a la prevención primaria de los trastornos de la alimentación.

* Proyecto de Investigación: "Estudios de Validez: trastornos de la alimentación y alteraciones de la nutrición en muestras de preadolescentes mexicanos" No. IN300897, bajo la dirección de la Dra. Gilda Gómez Pérez-Mitre.

INTRODUCCION

Comer es una actividad vital que se realiza diariamente, sin embargo, es un acto que por sencillo que parezca se ve influenciado fácilmente por factores biológicos, psicológicos y del entorno sociocultural que lo pueden afectar al grado de convertirse en un problema grave.

Actualmente se ha incrementado la población que sufre trastornos en la conducta alimentaria, existiendo mayor riesgo según ciertas condiciones. Por ejemplo, se observa que la mayor incidencia y prevalencia de estos trastornos es en las naciones del primer mundo y éstas a su vez influyen en otras culturas de acuerdo al lugar y la época histórica y social. A pesar de que en estos países se cuenta con recursos para una adecuada alimentación, se le da cada vez más atención a ciertos estereotipos que equiparan belleza y juventud con una figura delgada, lo que propicia conductas de riesgo para el posible surgimiento de desórdenes en el comer, entre los que se encuentran principalmente: la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y la obesidad.

La edad también es un factor relevante en la aparición de este tipo de problemas, presentándose frecuentemente en la adolescencia; los jóvenes debido al crecimiento tienen un incremento en sus necesidades energéticas, por lo que ingieren más alimentos; las presiones sociales, familiares y su constante búsqueda de identidad, facilitan su identificación con modelos socialmente aceptados, siendo una población fuertemente influenciada por los medios masivos de comunicación como la televisión, el cine, la radio, revistas de moda, etcétera, que proponen patrones específicos de estética a seguir. En esta época la imagen corporal, un desarrollo precoz, los fracasos

amorosos y las críticas de los demás pueden originar el temor a un cuerpo obeso, lo que lleva en algunos casos a tomar la decisión de adelgazar.

Por otro lado, se ha detectado al nivel socioeconómico como un importante factor de riesgo; por ejemplo, la obesidad tiende a presentarse más en el nivel bajo que en la clase alta, a la inversa de los casos de anorexia en los países del primer mundo que aparecen en su mayoría en los sectores medio-alto y alto de la población.

Además de los puntos anteriores se incluyó una revisión histórica y de las teorías acerca de los trastornos alimentarios, así como los principales factores que influyen en la aparición de estos padecimientos; siendo la finalidad de esta investigación conocer la relación que existe entre el nivel socioeconómico y las conductas alimentarias de riesgo en hombres y mujeres adolescentes mexicanos, a fin de proporcionar información para que a futuro se puedan prevenir trastornos relacionados con estas conductas.

CAPÍTULO I

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

En el pasado era deseable la mujer que presentaba una gran acumulación de grasa en su cuerpo, esto se debía a que el alimento escaseaba y la gente delgada era más vulnerable a las enfermedades que existían y que ocasionaban la muerte de gran parte de la población, un cuerpo robusto era sinónimo de energía y protección.

En este siglo al existir una mayor abundancia de recursos se ha impuesto la moda de estar delgada y con esto se han desarrollado enfermedades como son los trastornos de la alimentación, que interfieren negativamente en el bienestar mental y físico del ser humano. En el presente capítulo se describe el desarrollo histórico de los principales trastornos de la conducta alimentaria que son: la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y la obesidad.

1.1. ANOREXIA NERVIOSA.

En el año 895 en una historia consignada por el monje Wofhard (Habermas, 1986), se hace referencia a Friderada mujer que habitó en la Ciudad de Babiera y sólo consumía productos lácteos, vomitando tras cada ingesta alimentaria, permaneciendo meses sin comer. En Irán en el siglo XI, se habló de un caso en el que un príncipe se negaba a comer, se dice que esta anorexia apareció en un contexto depresivo.

En 1347 nace Catalina Benincasa, quien a partir de los 16 años y hasta su muerte sólo se alimentó de pan, hierbas crudas y agua perdiendo la mitad de su peso. Ella es conocida como Santa Catalina de Siena porque decidió sacrificar su vida por la Iglesia dejando de comer hasta su muerte. En 1862

Sissi, Emperatriz de Austria sólo comía un alimento al día y practicaba exagerada actividad física, presentando con ello signos de una desnutrición grave así como agotamiento debido al ejercicio. (Raimbault y Eliachef, 1991).

La literatura teológica del siglo V al XVI refieren casos de muchachas jóvenes que ayunaban, esto era interpretado como un signo de elección divina o de posesión demoníaca, lo que podía llevar a la canonización o bien a la hoguera. En 1667 en Inglaterra una joven llamada Marthe Taylor despertó un gran interés ayunando durante varios meses, presentando amenorrea antes de la pérdida de peso (Silverman, 1986).

Como se puede observar, diversas personas se interesaron en el tema y de manera informal realizaron descripciones del padecimiento, sin embargo, uno de los primeros reportes registrados acerca de la anorexia como se describe actualmente, es el de Morton en 1684, quien llamaba a esta enfermedad "Consumición nerviosa" (Holtz, 1995).

No obstante, la literatura indica que la verdadera individualización de la enfermedad se dio a partir de la descripción que realizaron Lasègue en 1873 y Gull en 1874, casi simultáneamente en Francia. Este último, denominó la enfermedad como "apepsia hysterica". Lasègue, a partir de varios casos clínicos describió "la anorexia histérica", la cual coincide con la mayoría de los síntomas de la anorexia actual con excepción de la presencia de amenorrea.

El recuento histórico del síndrome anoréxico masculino se remonta a 1689, cuando Richard Morton, narra el primer caso de anorexia nerviosa en un joven de 16 años que fue dejando de comer por espacio de dos años; también Whytt en 1767, relata el caso de un niño de 14 años que después de

permanecer varios meses en inanición se convirtió en un comedor compulsivo. (Behar y McColl, 1992).

La descripción del miedo anormal a volverse obeso como una característica de la anorexia, aparece en 1875 en el estudio de Worthington y en 1890 en el de Charcot (Habermas, 1989). Charcot en 1890, pensaba que este padecimiento limitaba con la histeria pero no le pertenecía en exclusividad. Su método para tratar a las anoréxicas se basaba en el aislamiento de la paciente de sus familiares, quienes tenían que permanecer alejados de ésta y cuando se observaba mejoría se le permitía verlos. La visita de los familiares era una recompensa al avance en el tratamiento, como tratamiento adicional utilizaba hidroterapia y fármacos. (Raimbault y Eliacheff, 1991).

En la Grecia Clásica el estar en forma y las cualidades internas se atribuían al sexo masculino, por lo que el cuerpo de los hombres era objeto de admiración, a diferencia de lo que sucede en nuestros días; en el siglo XIX se utilizaron los corsets, los que eran asociados con pureza y belleza, el no usarlo era juzgado como un signo de promiscuidad, algunas mujeres incluso extraían las costillas flotantes para obtener la llamada "cintura de avispa", estas medidas eran con la finalidad de seducir, también estaba de moda la enfermedad de la tuberculosis y el aspecto que tenían quienes la padecían era visto como signo de romanticismo; cuando se controló este padecimiento los hombres y las mujeres optaron por tomar jugo de naranja y vinagre para no tener hambre así como usar polvos blancos para seguir teniendo el aspecto de una palidez enfermiza.

En 1903 Janet, describió las formas histéricas y obsesivas de la anorexia nerviosa y clasificó esta enfermedad como de origen neuropático. Huchard

en 1883 propuso el término de anorexia mental en lugar del de "anorexia histérica", debido a que no aparecían síntomas como la parálisis y la anestesia que eran propios de la histeria. (Beumont, 1991).

Los autores clásicos consideraban "mental" o "nervioso" el origen de la anorexia, sin embargo a raíz del estudio de Simmonds en 1914 (citado por Herscovici y Bay en 1990), quien relató el caso de una paciente caquética a la que se le practicó una autopsia y se observó que tenía la glándula pituitaria destruida, se dio lugar a un segundo periodo denominado somático en donde tomaron importancia las hipótesis endocrinológicas (1938-1956). Posteriormente esta teoría fue rechazada ante la ineficacia de los tratamientos hormonales, mientras que los psiquiatras desarrollaban diferentes métodos terapéuticos como el aislamiento y la separación de la familia.

El tercer periodo fue hasta antes de 1960 y se caracterizó por el regreso a la concepción psicológica de la anorexia nerviosa; estuvo representado por las tentativas de explicaciones psicopatológicas profundas basadas la mayoría en el modelo de la neurosis y la histeria, en este periodo se insiste en diferenciar la anorexia primaria de la secundaria, esta última relacionada con la presencia de alguna enfermedad psiquiátrica.

Bliss y Blanch, 1960, citados en Murrieta, 1997, revisaron el desarrollo histórico del concepto y las características clínicas de la anorexia nerviosa, no encontrando en la literatura una respuesta para distinguirla de otras formas de desnutrición, ellos pensaron una pérdida de 25 libras (12.5 kg.) como una conveniente definición de la condición, cuando la pérdida de peso era atribuible a factores psicológicos.

En 1886 se celebraron en Atenas los primeros Juegos Olímpicos, a partir de este momento el deporte cada vez ha tomado una mayor popularidad convirtiéndose en todo un fenómeno universal en donde el físico y la figura se realzan de manera significativa. La actividad física está bastante extendida, sin que los que la practican sean deportistas profesionales, resultando en ocasiones muy peligroso para la salud, especialmente cuando existe además restricción alimentaria.

Freud en 1895 hizo algunos señalamientos acerca de este padecimiento y aunque no logró resolver el enigma de la anorexia, realizó importantes aportaciones para su comprensión. Su teoría de la anorexia la presentó a partir del caso de Emmy Von N. en el que denominó a la enfermedad como una cierta forma de abulia. De igual manera dijo que la enferma se niega a comer no porque los alimentos le disgusten, sino porque el comer se encuentra ligado a recuerdos repugnantes de su infancia. Agrega que la anorexia aparece como una forma de melancolía en los adolescentes en quienes su sexualidad está aún inconclusa.

En su Obra Envidia y Gratitud, Klein (1957), el hambre aparece en el contexto de la angustia persecutoria que lleva en la fantasía a formas violentas de introyección y al miedo a los objetos destruidos dentro, esto daba lugar a una inhibición de los impulsos orales y una restricción de la introyección, que ayudaba a preservar los objetos, siendo el desenlace un estado anoréxico y un mundo interno vacío.

En 1936, Anna Freud describió la anorexia mental como una conducta ascética del adolescente, en la que existía en primer lugar un rechazo a las tendencias incestuosas de la pubertad, que se extendía a cualquier tipo de

satisfacción pulsional.

Kestenberg en 1962, retomó la interpretación de Anna Freud situando este trastorno en una problemática edipiana, refiriéndose a la paradoja ligada a esta defensa de tipo ascético, es decir, por un lado el adolescente desea mostrar su independencia con el rechazo "no comer más", pero al mismo tiempo esto genera la presencia materna que hace lo posible porque el adolescente coma. (Lehalle, 1986).

Hacia los años cincuenta, los psicoanalistas enfocaron su interés más en el papel de la madre y las primeras relaciones madre-hijo. Desde el punto de vista de la psicopatología individual Bruch (1962), destaca en los pacientes anoréxicos las siguientes características: la importancia de la imagen corporal, la incapacidad de los padres para favorecer la expresión de sí mismos, la falta de autonomía y la idea de que nunca van a satisfacer las altas expectativas de sus padres.

Por otro lado Minuchin, Rosman y Baker en 1978, postulan que para el desarrollo y mantenimiento de estos trastornos se da cierto tipo de interacción familiar, en el que el síntoma de la enferma desempeña un rol importante en la evitación del conflicto.

En los setenta empiezan las presiones socioculturales hacia la delgadez debido al aumento de anorexia en los países desarrollados del mundo occidental, son los años en donde las playas se convirtieron en el mayor atractivo para el turismo extranjero, lo que imponía modas en donde se invitaba a lucir el cuerpo cada vez más; en la década de los ochenta se piensa que existen diferentes causas para la anorexia, siendo de gran importancia los factores culturales y psicosociales, debido a los estereotipos

y valores estéticos que se promueven por diferentes medios. La sociedad favorece cada vez más el culto al cuerpo, éste debe ser: esbelto, musculoso, suave y en movimiento; no sólo se invita a ayunar y a hacer dieta, sino también a moverse a través del ejercicio y el baile; se presenta un “boom” por los gimnasios, spas, comida baja en calorías y el uso de ropa entallada que destaca la silueta femenina.

En los noventa cada vez es mayor la comercialización, difusión de alimentos “light”, revistas que anuncian productos reductores y modelos con figuras cada vez más delgadas. De esta forma el siglo XX borra los símbolos maternales que caracterizaban a las figuras de otras épocas y valoriza la renuncia a los roles tradicionales, la delgadez de la mujer simboliza el atletismo y una sexualidad liberada de las obligaciones de la reproducción, el ideal de delgadez también significa el deseo de seguir siendo joven en una sociedad que relega a la tercera edad y a la gente con defectos físicos.

1.2. BULIMIA NERVIOSA.

En la Bulimia Nerviosa, uno de los primeros reportes fue en el Talmud (400-500 a.C.) en el que se utilizaba el término “boolmut” para describir un síndrome en el cual una persona se sentía tan agobiada por el hambre que su nivel de conciencia y su juicio se encontraban disminuidos, además este síndrome se veía como algo mortal. (Vander Eycken, 1985, citado en Holtz, 1995).

Los datos más antiguos sobre la bulimia fueron encontrados en el Diccionario Médico de Quincy (1726) y en el Psysical Dictionary de Blanckaart (1708), en éstos se define a la bulimia como un apetito excesivo relacionado con un trastorno gástrico; posteriormente, entre los romanos y los griegos se

acostumbraban los grandes banquetes, en los cuales los invitados se hartaban de comida y después se estimulaban el vómito para poder continuar comiendo; durante la Baja Edad Media el vómito fue una práctica penitencial, en donde se decía eran arrojados los pecados y una forma de dominar los apetitos sexuales, para lo anterior se usaban sustancias como la nuez vómica y la mostaza.

Entre las principales aportaciones en la historia de la Bulimia Nerviosa, se describen las siguientes:

En 1743 James menciona que la bulimia se caracteriza por una intensa preocupación por la comida. Motherby en 1785, describió tres tipos de bulimia: de tipo hambre pura, asociada con desvanecimientos y la que finalizaba con vómito; Hooper en 1825 utilizó tres términos: bulimia canina, emética y cinorexia, términos que servían para designar un apetito voraz seguido por vómitos (citados en Chinchilla, 1995), y Janet en 1903 publicó varios casos de bulimia en su obra sobre "las obsesiones y la psicastenia".

El abuso de laxantes fue reportado por primera vez por Nogués en 1913 y ocasionalmente lo mencionan a partir de los años 30; Berkman en el año de 1939 descubrió que el 66% de las pacientes con anorexia nerviosa se provocaban vómito, no obstante la bulimia es vista como síndrome hasta 1940. (Holtz, 1995).

La descripción de Wulff en 1932 de bulimia nerviosa se considera la primera en la historia. Para él, esta enfermedad era un síndrome entre la melancolía y la adicción. Nemiah (1950), señaló el caso de un paciente que presentaba episodios de voracidad seguidos por vómitos. (Chinchilla, 1995).

En 1959, Stunkard propuso una clasificación de la obesidad obteniendo tres subgrupos, de los cuales uno de éstos presentaba accesos bulímicos. En 1973 Bruch maneja la presencia de ingesta alimentaria compulsiva en sujetos que califica de "gordos-flacos". A Russell (1979), se le atribuye la denominación de bulimia nerviosa y la sugerencia de que este trastorno constituye una entidad independiente de la anorexia nerviosa.

La anorexia y la bulimia nerviosa son reconocidas por primera vez por la Asociación Psiquiátrica Americana en el Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM-III, 1980), en donde se precisa que los accesos bulímicos deben ser repetidos, sin definir la frecuencia, y que los episodios no deben darse en el contexto de una anorexia nerviosa o de un trastorno psíquico reconocido. En la revisión a este manual en el año de 1989 (DSM-III-R), se introduce una noción de la frecuencia de los accesos (por lo menos 2 episodios bulímicos en una semana durante mínimo 3 meses) , sin dejar de lado a la anorexia nerviosa, por lo que se le dio el nombre de "bulimia nerviosa".

Stein en 1988, nos dice que la bulimia ha llamado la atención recientemente debido al incremento de casos, por lo que no se debe tomar como un concepto nuevo ya que esta enfermedad existía desde siglos atrás, y cita el Dictionnaire d'Edinburgh (1807), que definía la bulimia como una afección crónica en la cual se presentaban desvanecimientos y/o vómito después de la ingesta de una gran cantidad de alimentos. Actualmente se reporta que existen más casos de bulimia nerviosa que de anorexia, pero ambas se han incrementado en los últimos años y presentan importantes índices de mortalidad y recaída.

1.3. OBESIDAD.

Anteriormente la obesidad era una señal de salud y una buena situación económica de la persona, incluso un atributo de belleza; todavía existen sociedades en las que la obesidad es una cualidad, no así para las sociedades occidentales en donde es un serio problema de salud e imagen.

Las primeras representaciones de la obesidad se refieren a estatuas de piedra en donde se observaba una redondez excesiva, la más representativa de éstas es la de la estatua de Willendorf que tiene aproximadamente 25,000 años; estas estatuas simbolizaban principalmente a la maternidad o fertilidad. (Ramos, 1995).

Hipócrates, citado en Ramos 1995, afirmaba en sus textos que la muerte súbita era más común en las personas gordas que en las delgadas, además pensaba que la obesidad era causa de esterilidad y alteraciones en la menstruación. Galeno teniendo la influencia de Hipócrates realizó muchos escritos sobre salud e identificó dos tipos de obesidad: moderada e inmoderada, a la primera la consideraba como natural y a la segunda mórbida; él pensaba que la obesidad aparecía por desobedecer a la naturaleza. Homero en la Iliada describía a Helena de Troya como una mujer de formas redondas, también en esta época eran frecuentes los grandes banquetes romanos, los cuales terminaban en orgías.

En el mundo oriental, entre los Etruscos, Persas y Egipcios, el modelo estético eran las figuras longilíneas por lo que la abundancia se representaba en figuras "gordas" como la del Dios Apis en Egipto. En la edad media entre los siglos V y XV de nuestra era, se observó una gran influencia de la religión cristiana por lo que se creía que la obesidad era un regalo de Dios, pero a la

vez la gula era un pecado capital, además se le daba una gran importancia al hecho de ayunar como un signo de devoción, la corpulencia simbolizaba “vientre fértil”.

En el México prehispánico entre los nahuatlts adelgazar era sinónimo de enfermedad, ellos definían a la delgadez “epalhuiliztli” que significa “dependencia del otro”, ya que creían que cuando alguien adelgazaba era debido a que otra persona le estaba causando daño.

En el Renacimiento (1400-1600 d.C.), continúa la relación entre abundancia y gordura quedando evidenciado lo anterior en la escultura, pintura y literatura, los autores más representativos del valor erótico de la gordura fueron: Rubens, Boticelli, Da Vinci, Velázquez y Boccacio entre otros.

Short en 1727, afirmaba que la grasa estaba separada de la sangre y acumulada en pequeñas “bolsitas”, el concepto de células adiposas no existía en ese tiempo. Fleming en la segunda mitad del siglo XVIII señalaba que la enfermedad de la obesidad era causada por un desequilibrio entre los sólidos y los humores. En 1836 Quetelet publicó el índice peso/talla el cual actualmente todavía se utiliza; un año después aparece un manual antropométrico publicado por Roberts. El concepto estético de la obesidad se modifica al finalizar el siglo XIX cuando aparece el primer caso de obesidad hipofisiaria. (Ramos, 1995).

Hasta 1930, se siguió viendo a la obesidad como un símbolo de belleza, sin embargo, en algunos países como Polinesia se les pedía a los marineros que fueran obesos debido a los largos viajes que hacían y que obligaban a tener reservas energéticas.

Richardson en 1946 cita los trabajos de Bruch en 1940 y 1944, donde se concluye que hay que estudiar a la obesidad como una manifestación de la neurosis en donde habría ansiedad, culpa y depresiones, por lo que la obesidad serviría como una protección. Stunkard en 1955 describió el síndrome del comedor nocturno y en 1963 Simon ve este trastorno como un equivalente a la depresión. (Cormillot, 1977).

A fines de los 60's una modelo apodada "Twiggy", con su excesiva delgadez, modificó la moda de esa época; en la década de los setentas se empieza a evaluar los hábitos alimentarios y el estilo de comer de niños y adultos obesos y se aplican programas conductuales para el tratamiento de la obesidad.

En 1971 Pichon-Riviere, (citado por González en 1976), decía que el obeso se protegía de sus objetos malos proyectándolos en la capa de grasa, por lo que si esta defensa era quitada bruscamente aparecían las persecuciones incontroladamente. Bruch en 1973, publica que la talla alcanzada por el obeso es una manera de autoafirmarse, por lo cual el adulto obeso desarrolla con el descenso de peso sensaciones de debilidad y tensión insoportable; además esta autora relacionaba la obesidad con perturbaciones en el rol sexual, la imagen corporal y el menosprecio del medio social, lo que provocaba una disociación entre la estructura corporal y la imagen deseada y socialmente aceptada.

En algunos países del oriente la obesidad es un símbolo de buena alimentación y de recursos económicos, por ejemplo, la imagen de los rajás es de personas obesas; entre los hindúes, describen a Buda delgado a diferencia de los japoneses que lo muestran como obeso; las mujeres de Samoa engordan notablemente con cada embarazo, siendo por esto más

admiradas; es usual la práctica de danzas donde mueven voluptuosamente sus cuerpos y logran la atención de los hombres que las observan.

En este siglo han proliferado los restaurantes de comida rápida y de comida chatarra con un alto contenido en azúcares y grasas, lo anterior aunado al sedentarismo ha originado un incremento de la obesidad, principalmente en los países occidentales. Por otro lado, los medios de comunicación se han encargado de subestimar la imagen de las personas obesas y magnificar las figuras esbeltas especialmente en las mujeres.

CAPITULO II

TEORIAS SOBRE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y CONDUCTAS ALIMENTARIAS.

2.1. CONDUCTAS ALIMENTARIAS.

La conducta alimentaria implica la respuesta a la necesidad de nutrimentos con el objeto de mantener el equilibrio del balance energético y de aportar los principios plásticos indispensables (Braguinsky, Lofrano y Belio, 1987).

La conducta alimentaria está constituida por tres elementos:

1. - La detección de la necesidad de nutrimentos,
2. - La integración de esta información, y
3. -La formulación de una respuesta adecuada para la búsqueda de comida y alimentación.

La alimentación en parte es una actividad instintiva, que integra una conducta compleja, condicionada psicológica, cultural y socialmente. La conducta alimentaria es una respuesta motora, glandular y psicológica que organiza al individuo en relación con la influencia del medio.

La forma como las personas se comportan al comer puede contribuir a una buena nutrición, al desarrollo y al crecimiento, pero cuando se presentan anomalías en la forma de conducirse al ingerir alimento se pueden llegar a presentar severos daños a la salud.

Los trastornos alimentarios son perturbaciones o desviaciones en los hábitos

alimentarios y se clasifican de acuerdo con las conductas y con las consecuencias que éstas producen en la esfera física, emocional y social, así como el resultado final "adaptación o muerte" (Palma, 1997). Estos trastornos se caracterizan por disturbios en la conducta del comer que pueden iniciarse con la práctica de dietas y la realización de ejercicio excesivo, hasta desarrollar conductas cada vez más riesgosas como el uso de laxantes, ayuno y vómito inducido que pueden llegar a ocasionar la muerte. También las actitudes y comportamientos de los otros –amigos y familiares-, la influencia de los medios de comunicación y el entorno sociocultural entre otras causas, favorecen la aparición de los trastornos alimentarios entre los que se encuentran principalmente la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y la obesidad.

Para Braguinsky y cols. (1987) existen tres tipos de conducta alimentaria anormal, las cuales mencionaremos a continuación:

A) **Bulímicos**: Son las personas que comen cantidades normales o grandes de comida, presentando accesos bulímicos que pueden derivar en obesidad.

Comedores nocturnos: Son aquellos que padecen insomnio y recurren al alimento durante la noche.

B) **"Pellizcadores"**: Se considera que son las personas que suelen comer durante todo el día de manera desordenada y sin respetar horarios.

C) Dietantes: La característica principal es que se alimentan de manera estricta a base de una dieta baja en calorías, estableciendo un control rígido sobre el alimento.

Por otro lado no existe un perfil único que describa al sujeto con trastorno alimentario, pero sí existen características individuales que predisponen el desarrollo de este tipo de desórdenes, como son:

- **Baja autoestima.**- esto se refiere al grado en el que la persona aprueba o desaprueba su autoconcepto, definiéndose éste como su sentir con respecto a quién es o cómo se ve.
- **Sentimientos de ineficacia y perfeccionismo.**- el sujeto puede creer que el cambiar su cuerpo puede ayudarle a realizar importantes decisiones y a establecer efectividad interpersonal. Lo anterior, combinado con el deseo de ser casi perfecto pueden desarrollar un desorden del comer.
- **La consecuencia del control.**- es muy común para aquellos con desórdenes del comer, creer que es necesario mantener un control rígido sobre sus cuerpos y sus vidas. Esto puede resultar en sentimientos de minusvalía y de ser controlados por fuerzas externas. Por ello, el individuo piensa que si no controla ciertos aspectos de su vida, si puede controlar lo que ingresa a su boca.
- **Miedo a la maduración.**- los desórdenes en el comer frecuentemente se desarrollan en la adolescencia debido a que es tiempo de numerosos cambios sexuales, físicos y emocionales. Estos cambios se producen de manera drástica en el adolescente, y éste en ocasiones no esta preparado

para manejarlos, por lo que puede utilizar algún desorden alimentario como un mecanismo de defensa.

- La obsesión por el peso en la sociedad.- en los medios masivos de comunicación, así como en las revistas, se anuncia que para la sociedad el papel de la mujer es verse atractiva, siendo la delgadez una característica deseada y la obesidad algo intolerable.

A continuación se describen algunos signos de alerta para el desarrollo de desórdenes del comer:

- a) Preocupación por la comida y el peso (contar las calorías de los alimentos, dietas excesivas, pesarse varias veces al día etc.).
- b) Sentimientos de estar gordos cuando el peso está normal o incluso bajo: el individuo experimenta distorsión de la imagen corporal (ellos perciben su figura diferente a lo que es).
- c) Culpa y pena al comer, o no querer comer frente a otras personas.
- d) Evidencia de atracones, uso de laxantes, diuréticos, purgantes y enemas.
- e) Ejercicio excesivo: el hacer ejercicios para bajar de peso no para estar en forma.
- f) Cambios emocionales: variaciones en el humor, depresión, irritabilidad y retraimiento social.
- g) Extremo interés sobre la apariencia.

h) Hipersensibilidad a la crítica de cualquier tipo.

i) Necesidad de perfeccionismo e inflexibilidad: pensamiento extremo (si no soy delgado entonces seré obeso).

2.2. ANOREXIA.

DEFINICION:

La anorexia nerviosa es un trastorno caracterizado por la presencia de una pérdida deliberada de peso, inducida y mantenida por el mismo enfermo (CIE 10, 1992), se trata de una inanición voluntaria en donde se pierde del 15 % en adelante del peso total del cuerpo, lo que en algunos casos puede llevar a la muerte.

CARACTERÍSTICAS DIAGNÓSTICAS.

La persona con este trastorno mantiene un peso corporal por debajo del nivel normal mínimo para su edad y talla (DSM IV, 1995). En la anorexia nerviosa se presenta un miedo intenso a la obesidad lo cual ocasiona que la persona disminuya la ingesta total de alimentos con la finalidad de perder peso. Además, de seguir métodos como: una dieta muy restringida, diuréticos y ejercicio excesivo. Estas pacientes generalmente no tienen conciencia de enfermedad, también existe una alteración en la autoimagen de estas personas, ya que perciben su peso y su silueta más grande de lo que realmente es.

Otra característica de las pacientes anoréxicas es la amenorrea, la cual es consecuencia de la pérdida de peso. En las niñas prepuberales la anorexia nerviosa puede retrasar la aparición de la menarquía.

A continuación se presentan los subtipos de anorexia nerviosa según la definición del DSM IV:

RESTRICTIVO: Es cuando la pérdida de peso se consigue haciendo dieta, ayunando o realizando ejercicio excesivo. Durante los episodios de anorexia por lo general los sujetos no recurren a atracones ni a purgas.

COMPULSIVO/PURGATIVO: Es cuando el individuo pasa regularmente por episodios de atracones o purgas, recurriendo también a la provocación de vómito, la utilización de laxantes o diuréticos o enemas de manera excesiva. (Este concepto también se conoce como bulimarexia).

Las personas con este tipo de padecimiento, pueden presentar síntomas asociados como: el estado de ánimo deprimido, retraimiento social, irritabilidad, insomnio y pérdida de interés por el sexo. Es importante mencionar otra clasificación que existe de la anorexia nerviosa, debido a que el tratamiento es distinto:

ANOREXIA NERVIOSA PRIMARIA: En este padecimiento no coexiste ninguna otra enfermedad más que el miedo intenso a subir de peso.

ANOREXIA NERVIOSA SECUNDARIA: Es consecuencia de alguna enfermedad psiquiátrica como la esquizofrenia o la depresión. (DSM-IV, 1995).

2.2.1. FACTORES EN LA ANOREXIA.

FACTORES PREDISPONENTES.

Situaciones de estrés, antecedentes en hermanas, raza, nivel socioeconómico, sexo, dependencia de los otros, ciertas profesiones, antecedentes de obesidad, preocupación por la familia en relación con el peso, estados afectivos, trastornos de la autopercepción del tamaño corporal así como un déficit del yo, lo cual se refiere a la capacidad de autonomía y dominio del propio cuerpo.

FACTORES PRECIPITANTES.

En la literatura no se refiere que exista algún evento o factor único que precipite esta enfermedad, lo que se ha encontrado se refiere a que la mayoría de los individuos perciben el dolor como una amenaza de pérdida de autocontrol y como un amenaza a la pérdida de autoestima.

FACTORES DESENCADENANTES.

Acontecimiento estresantes como pueden ser: la primera experiencia sexual, el romper con la pareja, un embarazo no deseado, exámenes, matrimonio, presiones para que la joven destaque, la separación de los padres y el seguimiento de dietas entre otros.

2.2.2. PERSONALIDAD EN ANOREXICAS.

Las personas que padecen esta enfermedad generalmente son adolescentes o púberes y mujeres jóvenes que tienen una inteligencia término medio o

superior, con deseos de agradar a los demás, retraídas, introvertidas, tímidas, ansiosas, muestran rechazo a la menstruación, no les interesa tener pareja ni relaciones sexuales, con temor a separarse de sus padres y una completa obediencia hacia estas figuras, con rasgos perfeccionistas y obsesivos, perseverantes, inseguras ante los demás y pueden mostrar negación ante sensaciones como el hambre y el cansancio, tendencia a la conformidad, falta de respuesta a las necesidades internas, con expectativas personales altas.

2.2.3. TEORIAS EN LA ANOREXIA.

TEORIAS BIOLÓGICAS.

Goodwin (1987) et al. consideraron que cuando había una pérdida de peso por restricción de alimento bajaba la respuesta de prolactina al L-triptófano en las mujeres pero no en los hombres, siendo el triptófano un precursor de la serotonina, lo que parece sugerir que las mujeres son sensibles a cambios en la función serotoninérgica en el cerebro cuando hay disminución en la alimentación.

Para Gordon (1990), algunos estudios que se han hecho con animales han demostrado que las hembras resisten más la inanición que los machos, lo que parece ser justificado biológicamente debido a que cuando hay escasez de alimento, esto hace que no se pierda la reproducción de las especies a través de una mayor sobrevivencia de las hembras.

TEORIAS ACERCA DE LA FAMILIA EN ANOREXICAS.

Según Stierlin y Weber (1990), en la anorexia existe un funcionamiento excesivo de los mecanismos de control que son necesarios para regular la alimentación, en el caso de la bulimia estos mecanismos son eficaces puesto que se mantiene el peso normal pero los pacientes se perciben a sí mismos vulnerables de sus compulsiones alimenticias. Finalmente en la obesidad se dice que los mecanismos de control han fallado. En las familias de anoréxicos existen elementos que no se pueden describir aisladamente, los principales son:

- ⇒ El autosacrificio, el cual se manifiesta con ideas como: mejor dar que recibir, el ser abnegado, que las necesidades de los otros sean más importantes, ideas de estar siempre unidos; otra característica es la importancia que le da la familia al control de los impulsos, incluyendo los sexuales y los alimenticios.

- ⇒ Existe un sentido de justicia en este tipo de familias, el cual determina que todos deben ser amados y tratados por igual. De haber cierta preferencia manifiesta por algún miembro de la familia, debe ser negada o evitar hablar de ello.

- ⇒ En algunos estudios que se han realizado en este tipo de familias se ha observado que existe una proporción alta de separaciones tempranas y pérdidas.

- ⇒ En las familias de las anoréxicas existe un rechazo hacia la comunicación abierta, además de que los padres son: sobreprotectores, competidores y depositan en sus hijos sus frustraciones. Pueden ser personas muy

preocupadas por el aspecto físico y el estar delgadas, haciendo énfasis en temas relacionados con dietas.

TEORIAS PSICOANALITICAS.

Se dice que los cambios que se originan en la pubertad originan un aumento pulsional que rompe con el equilibrio que existía anteriormente. Freud (1893) consideraba que uno de los síntomas más frecuentes de la histeria era la anorexia y el vómito. En otros casos el asco a la comida se podía referir al hecho de que la persona con toda exactitud obligada por la institución de la mesa compartida comía gente a quien aborrecía, es decir el asco se transfería de la persona a la comida; posteriormente; en 1895 explicaba que la anorexia mental en los adolescentes aparecía como una forma de melancolía en aquellos sujetos cuya sexualidad estaba aún inconclusa , el enfermo afirmaba no querer comer porque no tenía hambre por lo tanto había pérdida de apetito y en el terreno sexual pérdida de libido.

Lacan citado por Raimbault y Eliachef (1991), se refería a la anorexia en términos de necesidad, demanda y deseo, decía que en la medida en que eran satisfechas las necesidades fisiológicas, las anoréxicas no soportaban que cualquier demanda fuera interpretada en términos de necesidad por lo que se volvía "vital" no comer "nada" y con esto mantener viva la dimensión del deseo.

Anna Freud (1958) pensaba que el yo, por temor a ser devorado por las pulsiones, bloqueaba toda realización pulsional incluyendo las que correspondían a las necesidades fisiológicas vitales como son: la nutrición, el sueño y el bienestar del cuerpo. Esto se debe a que el yo, al sentir que puede ser dominado por las fuerzas del ello, responde luchando contra

cualquier necesidad de placer. Mãe citado por Lehalle, 1986, dice que la anorexia nerviosa de la mujer es "un medio de escapar a la angustia de convertirse en adulta y ser la rival de la madre en el plano edípico".

Bruch en 1974, publicó que las anoréxicas enfrentan una lucha por su independencia, además menciona acerca del valor simbólico y las fantasías que tiene a nivel inconsciente el alimento, siendo también una forma de adquirir una identidad que se respete y un medio de establecer control sobre sus propias vidas. (Lehalle, 1986).

La mayoría de los autores psicoanalíticos opinan que la anorexia se debe a un miedo irracional a la sexualidad y a una asociación con ideas primitivas acerca de una concepción oral (alimento-estómago-desarrollo de un hijo en el interior del cuerpo), también el estar delgadas sería una negación de la feminidad (Coleman, 1985).

Una teoría que vincula los aspectos biológicos y psicológicos es la de Crisp, Hsu, Harding, y Hartshorn (1980), quienes relacionan la evitación de carbohidratos y la inevitable pérdida de peso con la amenorrea, lo que significa una forma de regresión que elude los conflictos del crecimiento, la independencia y la sexualidad.

En el modelo de Levine y Smolak (1992) citado por Mora y Raich (1994), estos autores defienden una continuidad parcial entre lo que ellos definen como dieta no patológica, trastorno alimentario subclínico y trastorno alimentario clínicamente significativo.

Ciertos eventos precipitantes interáctuan con las influencias familiares y de los padres, y con vulnerabilidades particulares, determinando la práctica de

dieta no patológica, el desarrollo de una alteración alimentaria subclínica o de un trastorno alimentario declarado (anorexia o bulimia). Esta continuidad es parcial, en la medida en que existe discontinuidad en psicopatología y en ajuste psicosocial.

TEORIA SOBRE EL AUTOCONCEPTO Y LA AUTOPERCEPCION.

En esta teoría el concepto que tienen los pacientes con trastornos alimentarios sobre sí mismos, se encuentra relacionado con su peso y forma corporales, esta valuación de la persona se encuentra mediada por "parámetros objetivos" como son la eficacia y el autocontrol, representados por las conductas de dieta y los resultados de éstas en la figura y el peso.

Los principales factores que influyen en el autoconcepto son: estructura corporal, defectos físicos, condiciones físicas, química glandular, vestimenta, nombres y apodos, inteligencia, niveles de aspiración, emociones, patrones culturales, tipo de escuela y grado escolar, status social e influencias familiares.

TEORIA DEL APRENDIZAJE.

La conducta de la ingesta alimentaria es seguida a corto plazo de refuerzos positivos que son: la disminución de hambre y el placer o la satisfacción por el consumo de alimento, sólo a largo plazo se observan consecuencias negativas como es el incremento de peso y la aparición de problemas de salud relacionados con el sobrepeso y el rechazo social. En el caso de la anorexia se piensa que el individuo al hacerse cada vez más consciente de su peso corporal, aprende que puede controlar la ganancia de peso por medio de ciertos métodos.

TEORIAS COGNITIVO-CONDUCTUALES.

Según este enfoque la anorexia sería una conducta aprendida que se mantiene por un reforzamiento positivo, el individuo al hacer dietas y lograr una figura delgada es reforzado por la aceptación que tienen los demás hacia él, en el caso contrario el sentirse rechazado por la sociedad se convierte en un reforzador negativo.

Szmuklen y Tantam (1984) sugieren que en la anorexia nerviosa la inanición parece adquirir el significado de un reforzamiento o una dependencia para el paciente, a la vez comentan la adicción a una sustancia endógena que se produce durante la inanición.

La teoría cognitivo-conductual también considera que la enferma se justifica por su propia lógica para bajar de peso y piensa que cualquier cambio en su manera de conducirse al comer es desastroso.

TEORIAS SOCIALES.

Debido a las demandas culturales sobre las mujeres para estar delgadas cada vez se han venido incrementando más los trastornos alimentarios; el acto de comer resulta condicionado por el rol, las mujeres deben comportarse ordenadamente al comer en público además de no comer mucho ya que esto es mal visto, a diferencia del caso de los hombres en donde el mensaje ha sido más en función del poder y la fuerza, sin embargo aunque en menor grado algunos llegan a desarrollar alguno de los trastornos mencionados. Gómez Pérez-Mitré, (1993), señala que la figura femenina a sufrido cambios a lo largo de este siglo, de una figura llena en los 20 a una cada vez más delgada a partir de los 50.

Pate, Pumariega, Hester y Gamer (1992) plantean que los cambios de actitudes y valores a nivel cultural juegan un papel importante en el incremento del desarrollo, incidencia y prevalencia de los desórdenes alimenticios, esto como resultado de la adopción del ideal de que la esbeltez simboliza a la cultura occidental; un ideal que simboliza: autodisciplina, liberación sexual, competencia, control y un acercamiento con las clases sociales más elevadas.

El aumento de la publicidad de los artículos para bajar de peso y la difusión de "dietas" a provocado cambios en los valores y actitudes de las sociedades actuales, además de las presiones para sobresalir, tener popularidad, control y éxito; los anuncios de ropa, cosméticos, los libros y algunos juguetes como la "Barbie" muestran el estereotipo que se debe seguir para verse bien que sumado a la actitud que se tiene a la obesidad como sinónimo de fealdad, fracaso y falta de control, contribuye al desarrollo de enfermedades de este tipo.

La mujer recibe constantemente anuncios de que será rechazada si tiene la piel reseca, mal aliento, mal olor o un cuerpo robusto, lo que en los hombres provocará desilusión conforme van descubriendo que la mujer mexicana no es como los modelos que muestran los medios, en la mujer esto genera sentimientos de no ser querida, deseada o aceptada y por tanto buscan parecerse a los estereotipos de belleza. En los hombres la prevalencia es de entre 10 a 15 veces menos que en las mujeres, encontrándose principalmente la presencia de actividad física y obsesión por la comida.

2.3. BULIMIA NERVIOSA.

DEFINICION.

La bulimia nerviosa es un síndrome caracterizado por episodios repetidos de ingesta excesiva de alimentos y por una preocupación exagerada por el control del peso corporal, lo que lleva al enfermo a adoptar medidas extremas para mitigar el aumento de peso producido por la ingesta de la comida (CIE 10 , 1992).

CARACTERISTICAS DIAGNOSTICAS.

Las características esenciales de la bulimia nerviosa consisten en atracones y en métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso. La conducta compensatoria más habitual es la provocación del vómito, otras conductas de purga son el uso excesivo de laxantes y diuréticos, algunas veces pueden estar sin comer uno a más días, o realizar ejercicio físico intenso (DSM IV, 1994).

En la bulimia nerviosa existe una falta de control sobre el consumo de los alimentos, lo que provoca que la persona ingiera en poco tiempo una gran cantidad de alimento, ocasionándole sentimientos de culpa, también existe una tendencia a ocultarse por temor a ser consideradas por los demás como enfermas. Otra característica de estos pacientes es que niegan durante mucho tiempo las conductas que practican.

SUBTIPOS

PURGATIVO: Cuando el enfermo se provoca vómito o hace mal uso de laxantes, enemas y diuréticos.

NO PURGATIVO: Cuando hay práctica de ayuno o ejercicio intenso.

Es una realidad que hacer dieta es una conducta común, especialmente en las mujeres, pero no toda mujer que lleva alguna dieta o se cuida excesivamente es una bulímica. Lo que las diferencia es que las mujeres que se transforman en bulímicas son aquellas que pierden el control sobre su ingesta alimentaria, lo que ocasiona que se sientan mal consigo mismas y tengan enormes sentimientos de culpa, esto genera una constante sensación de fracaso y el deseo de iniciar nuevamente estas medidas de control que con el tiempo se convierten en un círculo vicioso.

2.3.1. FACTORES EN LA BULIMIA NERVIOSA.

FACTORES PRECIPITANTES.

No se define una causa única en el surgimiento de esta enfermedad, no obstante en la literatura se mencionan algunos elementos como son: las presiones del entorno hacia la mujer para estar delgada, la necesidad de adquirir una figura esbelta y bella para compensar una baja autoestima, tener una actitud negativa que lleve a estados depresivos, estados de aburrimiento, soledad, tensión, o situaciones como: volver a casa de los padres después de cierto tiempo, regresar a casa después de ir a la escuela o a trabajar, ir con una pareja de diferente sexo, consumir alcohol y/o drogas

y la presencia de conductas como la cleptomanía y otras enfermedades relacionadas con la falta de control de impulsos.

FACTORES DESENCADENANTES EN LA BULIMIA.

Fracasos en situaciones emocionales y/o sexuales, pérdidas familiares o separaciones, críticas acerca de su cuerpo, malestar ante su propia imagen, el seguimiento de dietas, la imitación de la moda de la delgadez, enfermedades previas, traumatismos corporales después de algún accidente y abuso sexual.

PERSONALIDAD EN BULIMICAS.

Se dice que son personas muy solas y muy lastimadas, aparentemente amistosas y competentes, impulsivas, consumen con frecuencia fármacos y alcohol, con dificultades para adaptarse socialmente, no muestran sus sentimientos, con problemas de identificación, con tendencia a la promiscuidad y que piensan que sólo estando delgadas serán aceptadas por los otros, por lo que su autoestima es muy baja, a diferencia de las anóxicas las bulímicas pueden ser promiscuas. Se dice que la mayoría de los casos de hombres que presentan anorexia o bulimia nerviosa están asociados con tendencias homosexuales.

2.3.2. TEORIAS EN LA BULIMIA.

TEORIAS BIOLÓGICAS.

Para el caso de la bulimia se sugiere un desorden alimentario primario en el hipotálamo ya que esta estructura regula el acto de comer y la saciedad;

también se ha escrito que la serotonina esta relacionada con estos mecanismos así como en la regulación de conductas impulsivas, ansiedad, cambios de humor y otras características de la personalidad.

TEORIAS ACERCA DE LA FAMILIA EN BULIMICAS.

En las bulímicas existen historias de familias con historias de depresiones, suicidio, y alcoholismo, además son padres poco comunicativos, que mandan mensajes contradictorios y son devaluadores con sus hijos.

TEORIAS PSICOLOGICAS Y SOCIALES.

Se dice que estas pacientes tienen una imagen negativa de sí mismas y de no ser deseadas, al no cumplir con los requisitos que impone la sociedad como es el ser delgadas y por tanto bellas; esto hace que la gordura sea vista como un fracaso y que nadie podrá amarlas, por lo que la comida sería un sustituto del afecto. Estas pacientes se deprimen fácilmente, y entre otras cosas se dice que el vómito y la purga son debido a que sienten culpa y su cuerpo sucio por comer demasiado, siendo esto una forma de sentirse limpias.

TEORIA DEL APRENDIZAJE.

Muchas jóvenes aprenden que pueden comer mucho y seguir delgadas vomitando, lo cual les permite sentir la satisfacción de comer y evitar sufrir las consecuencias de subir de peso, con el tiempo esto lo vive como su único recurso para no estar gorda.

TEORIA COGNITIVO-CONDUCTUAL.

En la teoría cognitivo-conductual el vomitar y purgarse contribuye a disminuir la ansiedad, de manera similar a como sucede en el acto compulsivo del trastorno obsesivo-compulsivo (Rosen y Leitenberg, 1982). Para Wilson (1989), los factores sociales están relacionados e incluye actitudes disfuncionales y cogniciones erróneas acerca del peso y la figura, como pensar que estando delgadas serán más felices, aceptadas, nunca estarán solas y serán amadas entre otras (modelo de aprendizaje cognitivo-social). (citados por Szmukler, Dare y Treasure, 1995).

2.4. OBESIDAD.

El término obesidad es una denominación descriptiva para indicar la existencia de exceso de grasa corporal, que sobrepase el 20% del peso ideal corporal. Es también un síndrome clínico que aparece cuando existe un exceso de tejido adiposo en el conjunto del peso corporal (Miller, 1995).

La obesidad es una enfermedad según Braier (1988), ya que reduce las expectativas de vida, observándose que los obesos con peso superior al 30% de lo normal para su edad y sexo, pueden ver reducida esta expectativa a la mitad; además de que provoca, complica o agrava otras patologías como: insuficiencia respiratoria y cardíaca, hipertensión arterial, hiperlipidemia o hiperlipoproteinemia, diabetes, tolerancia anormal a la glucosa y narcolepsia.

DEFINICION:

Aunque la obesidad no sea presentado como un trastorno del comportamiento alimentario en el DSM-IV (1994), debido a que no está

asociada a un síndrome psicológico o conductual, la investigación y la práctica clínica habitual han conducido a incluirla en la categoría de trastornos del comportamiento alimentario, con la esperanza de que el trabajo y la investigación que se hace sobre la obesidad pueda beneficiar el estudio de la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. (Saldaña, 1994).

SUBTIPOS

RESTRICTIVA: En este cuadro el individuo presenta probables episodios de ingesta excesiva de alimento.

COMEDORES COMPULSIVOS: Son aquellas personas que comen en exceso y con mucha frecuencia pero no utilizan métodos de purga, o que usan métodos ineficientes (diuréticos). Asimismo, presentan trastornos emocionales a consecuencia de la obesidad (Unikel, 1998).

Para que se de un episodio de ingestión compulsiva se deben de presentar las siguientes características:

Consumir en un periodo corto de tiempo (2 horas) una cantidad de alimento que sea mayor a la cantidad que la mayoría de la gente comería en ese periodo y en las mismas circunstancias y perder el control de lo que se come durante el episodio; la falta de control es lo que diferencia entre comer compulsivamente y comer en exceso; la ingestión compulsiva puede manifestarse sola o asociada con la bulimia nerviosa o la obesidad. (Plazas, 1997).

Por otro lado, existen algunos hábitos alimentarios, así como mecanismos psicológicos que llevan a la persona a que ingiera mayor densidad energética que puede derivar en obesidad.

Hábitos alimentarios: existen costumbres como picar la comida, probarla constantemente durante su elaboración, predilección por alimentos dulces (golosinas), consumir lo que se deja en los platos, acostumbrar a los hijos a ser premiados mediante alimentos y a la familia a una dieta alta en contenido calórico, festejar los eventos importantes con comidas y centrar las actividades en torno a su elaboración.

Los mecanismos psicológicos pueden ser: comer compulsivamente alimentos altos en calorías como un medio de disminuir su angustia; utilizar la comida como una gratificación (esto se refiere a que se acostumbra asociar el afecto con la alimentación, lo que se convierte a la larga en un condicionamiento ante situaciones difíciles); la gordura como manifestación de poder (en algunos países se valora la silueta robusta y se desacredita la figura delgada); mecanismos de formación reactiva, es decir el obeso inconscientemente desea seducir a alguien pero racionalmente reprime esa idea y engorda para no atraer a los demás; regresión a la etapa oral debido a la represión de tendencias agresivas, como una forma de compensar el sentirse abandonados; como una forma de evadir la realidad personal; comer por aprendizaje condicionado: la hora del recreo, la comida; personalidades psicósomáticas que como resultado de situaciones de estrés comen, esto se puede ver cuando las madres en lugar de afecto dan comida y sobreprotección; algunos neuróticos disminuyen su malestar interno en la comida y algunos psicóticos reaccionan comiendo compulsivamente.

Entre los rasgos de personalidad más comunes en los adolescentes obesos, se ha encontrado que son individuos muy preocupados por el lugar que ocupan en la sociedad, que son pasivos, sensibles, con tendencia a aislarse y exagerar sus defectos físicos.

2.4.1. FACTORES EN LA OBESIDAD.

FACTORES DESENCADENANTES EN LA OBESIDAD.

Pueden ser fisiológicos como: el inicio de la menarca, la menopausia, el embarazo, algunas enfermedades o el estar mucho tiempo convaleciente en cama, otras causas podrían ser intervenciones quirúrgicas y tratamientos farmacológicos inadecuados; los factores psicológicos incluirían: la llegada de un nuevo miembro a la familia, el matrimonio, el ingresar a la escuela, la muerte de un ser querido o situaciones que produzcan tensión.

2.4.2. TEORIAS EN LA OBESIDAD.

TEORIAS BIOLOGICAS.

Estas teorías dicen que existe una predisposición hereditaria en la obesidad que determina: la forma del cuerpo, como se quema la grasa, la respuesta del cuerpo a la sobrealimentación, a la poca actividad física y el índice de masa corporal; en el caso de los obesos son cubiertas las necesidades vitales con menos energía, por lo que el sobrante se acumula como grasa, otras causas de obesidad pueden ser: desórdenes tiroideos, alteraciones en las células grasas o adipocitos, falta de efectividad en el mecanismo de control del set point (aumento-rebote), así como poco funcionamiento de la grasa parda que es la encargada de producir calor corporal cuando hace frío.

Se ha señalado que en el cortex es donde se induce una conducta alimentaria adecuada, sin embargo diferentes elementos como son la educación, el medio social, cultural, los hábitos y estados emocionales alteran la respuesta metabólica dirigida por estructuras límbicas e hipotalámicas, lo que puede llevar a la obesidad.

TEORIAS ACERCA DE LA FAMILIA EN OBESOS.

Estas teorías sugieren que los obesos ingieren alimentos debido a ciertos estados emocionales que presentan relacionados con una dinámica familiar disfuncional. Entre los miembros de la familia del obeso existe aglutinamiento o amalgamiento, esto significa que hay demasiada involucración entre ellos, además de deficiencias en la comunicación que puede ser: el mandar mensajes opuestos a lo que se espera escuchar; incongruencia entre los mensajes que se perciben y lo que se esta comunicando y contradecirse en la información que se transmite.

De acuerdo con Minuchin (1989), la alta incidencia de inmadurez, pasividad y conflictos en las relaciones es algo que siempre se presenta en las familias obesas. Al respecto, Ganley (1986) comenta que esta clase de familias también se caracterizan por falta de respeto a la privacidad y a la autonomía, rigidez y hastío, lo que les ocasiona serios problemas al tratar de reunirse y convivir. (López, Mancilla y González, 1995).

En ocasiones la madre da al niño lo que ella piensa que él necesita y esto no siempre es de acuerdo a sus necesidades; también los malos hábitos alimentarios adquiridos en la familia contribuyen de manera significativa en este padecimiento.

TEORIAS PSICOLOGICAS EN LA OBESIDAD.

La obesidad ha sido reconocida como un problema de salud desde hace tiempo, pero hasta hace poco han llamado la atención los aspectos psicológicos que intervienen en el consumo excesivo de alimento.

Colmenares en 1996, dijo que existen cuatro esferas de acción íntimamente relacionadas en el ser humano: la esfera física, la cognitiva, afectiva y volitiva, las que deben estar en equilibrio, ya que la alteración en la cantidad de energía de una repercute en las demás.

Las esfera afectiva desempeña un papel importante en cuanto a los trastornos alimentarios ya que puede generar que la persona coma o deje de comer cuando este triste, sola, aburrida o ansiosa, esto puede ser debido a que sustituyen con comida la falta de cariño.

La obesidad también es consecuencia de un trastorno en el sentido de autocontrol, siendo individuos que sienten que son manejados por otros, por lo que sólo mediante su comportamiento alimentario pueden sostener sus necesidades y deseos.

TEORIAS PSICOANALITICAS.

Para Bruch (1957), la obesidad se debe a que la comida satisface otras necesidades psicológicas, además de aliviar la angustia y disminuir la frustración en individuos inmaduros y dependientes, también dice que en las familias con condiciones económicas inestables se crían niños obesos porque sienten que no van tener suficiente comida en el futuro, lo que los

lleva a una alimentación excesiva. En 1965 Noyes citado por Zierold en 1993, dice que el sujeto obeso al perder peso siente amenazadas sus defensas psicológicas que han sido simbolizadas en la satisfacción de comer y en la fuerza por el tamaño físico, sin embargo al no obtener placer, ni adelgazando, ni a través de la fantasía aparece el sobrepeso.

Para Apfelbaum, 1987, el exceso de peso se constituye en un círculo vicioso de defensa solitario. Las mujeres al permanecer solas, aisladas, reivindican el derecho de ser ignoradas. La soledad de la mujer con sobrepeso parece ser una segunda naturaleza que le evita ser humillada. Alperovich (1988) menciona tres factores en la obesidad: una sobrecarga oral precoz en donde la madre induce al niño a comer alimentos que engordan, la pasividad del niño inducida por la madre y un padre que suele ser obeso o ausente así como la falta de identificación con el padre. (Zierold, 1993).

El comer excesivamente también puede ser un fenómeno reactivo cuando a consecuencia de un trauma o la pérdida de alguien querido, lo que sería el querer compensar la pérdida con la comida y con esto disminuir la depresión.

Según Freud (1930), si existe una fijación hacia la etapa oral el individuo continuará buscando gratificación con la boca, labios y lengua en actos como masticar, morder y chupar, lo que les produce placer. También el psicoanálisis indica que estas pacientes obesas tienen un odio inconsciente contra la madre. y la feminidad debido a un conflicto preedípico y que el hambre, la sed y las necesidades de excreción podrían ocupar el lugar de un deseo sexual a diferencia de la anorexia que sería la negación de dicho deseo. En el caso de la bulimia el vómito y la diarrea serían una resistencia a los deseos de embarazo y a las fantasías de incorporación.

TEORIAS SOCIALES.

El comer es una de las actividades más relevantes tanto en familia como con los amigos, la comida en grupo se emplea para fortalecer amistades, corresponder favores, plantear asuntos y por compromiso y necesidad. Lo anterior contribuye significativamente para el desarrollo de obesidad. (Barber, Bolaños-Cacho, López-Jensen y Ostrosky, 1995).

La inseguridad económica en la sociedad ocasiona un consumo exagerado hacia la comida, las ocupaciones actuales favorecen en el sedentarismo y una mínima actividad física, existen además principalmente en las familias actitudes y creencias de que en el niño la "gordura" es símbolo de salud y bienestar, a lo que hay que agregar los malos hábitos adquiridos que hacen que se consuman varias comidas al día y alimentos poco nutritivos.

La obesidad también puede ser un mecanismo de protección contra las actitudes sociales actuales relacionadas con la sexualidad, las personas que se esconden en una figura obesa mandan el mensaje a los demás de que no son atractivas y por lo tanto no desean una relación sexual. También en algunos casos se mantiene por convertirse en una necesidad en ciertas actividades, como es en el caso de algunos artistas o deportistas (luchadores, lanzadores de bala, etc.) en donde existe la demanda de tener cierta figura para destacar.

Además de los graves trastornos que ya se mencionaron, existe una variedad de trastornos de la conducta alimentaria entre los que se encuentra: pica, rumiación e ingesta compulsiva.

2.5. INGESTA COMPULSIVA.

Las personas que padecen este trastorno se caracterizan por tener periodos de ingesta abundante y rápida de comida. Son personas que se obsesionan por la comida y por dietas que difícilmente siguen. Tienen sentimientos de culpa debido a la falta de control en la ingestión de alimentos. (Plazas, 1997).

Para que se considere que se trata de un episodio de ingesta compulsiva se debe presentar:

- consumir en un periodo corto de tiempo (2 horas) una cantidad de alimento que sea mayor a la cantidad que la mayoría de las personas comerían en ese lapso y bajo las mismas circunstancias.
- Perder el control de lo que se come durante el episodio. Sentir que no puede parar de comer y que no controla que ni cuanto come.

Lo que marca la diferencia entre comer compulsivamente y comer en exceso es la falta de control. Además este trastorno puede manifestarse solo, o bien asociado con la bulimia nerviosa o con la obesidad.

2.6. RUMIACIÓN.

Parry-Jones y Parry-Jones (1994), definen la rumiación o mesmerismo, como un raro trastorno de la función gástrica o del esófago. En el trastorno físico, la característica principal es que la comida ingerida es regurgitada hacia la boca, sin náuseas y sujeta a una segunda placentera masticación, la masa frecuentemente es masticada y se vuelve a deglutir, resultando en déficits

nutricionales de moderados a severos. Una de las observaciones más obvias es la asociación entre la rumiación y el retraso mental.

2.7. PICA.

Este trastorno ha sido conocido desde hace 2 milenios, como una manifestación de un falso antojo o apetito, la ingestión deliberada de una selección bizarra de comida, sustancias no nutritivas e incomedibles. (Parry-Jones y Parry-Jones, 1994).

La población propensa a este trastorno son los niños pequeños, mujeres embarazadas, retrasados mentales y geofagistas. Las sustancias que frecuentemente buscan las personas son: carbón, hielo, yeso, tierra y arcilla, entre los más conocidos. Esto trae consigo que el organismo se infeste de lombrices intestinales; uno de los más importantes hallazgos, ha sido la asociación común entre pica y los déficits de hierro (anemia) en un número significativo de pacientes.

En estudios recientes de la conducta alimentaria en la infancia temprana y en la adolescencia (Marchi y Cohen, 1990) citado en (Parry-Jones y Parry-Jones, 1994), han indicado que el pica en la niñez constituye un factor de riesgo para el desarrollo de Bulimia nerviosa en la adolescencia.

2.8. DESORDENES DE LA ALIMENTACION NO ESPECIFICADOS.

Los desórdenes de la alimentación no especificados fueron propuestos por primera vez en el DSM-IV. Esta categoría se refiere a que se cumple con la mayoría de las categorías diagnósticas excepto una o bien, en donde no se cumple el criterio temporal de un síntoma específico.

1. - Para las mujeres se cumple con todos los criterios para la anorexia nerviosa, excepto la irregularidad en la menstruación.
2. - Se cumplen con todos los criterios para la anorexia nerviosa, excepto que el peso corporal de la persona se mantiene dentro de los límites normales a pesar de la pérdida significativa del mismo.
3. - Se cumplen con todos los criterios para la bulimia nerviosa, excepto que los atracones y los mecanismos compensatorios inapropiados ocurren con una frecuencia menor a 2 veces a la semana o durante un período menor a 3 meses.
4. - Uso de conductas compensatorias anómalas por individuos de peso corporal normal, después de comer pequeñas cantidades de alimento.
5. - Masticar y escupir comida sin tragar grandes cantidades de alimento.
6. - Comedor compulsivo: Episodios recurrentes de ingesta voraz, en la ausencia del uso regular de conductas compensatorias inapropiadas características de la bulimia nerviosa.

2.9. SINDROME PARCIAL DE LOS DESORDENES DEL COMER (CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO).

El síndrome parcial es una categoría propuesta por Button y Whitehouse en 1981, y operacionalizada por Wood, Waller y Gowers en 1994, (citados por Unikel, 1998), para clasificar la presencia de algunas prácticas anómalas del

comer sin alcanzar criterios diagnósticos. Se define como la presencia de una o más de las siguientes prácticas:

1. - Preocupación mayor por el peso y la ingestión de comida, la cual toma prioridad sobre algunas actividades cotidianas.
2. - Cambios significativos de peso (+ - 6 kg.)
3. - Insatisfacción significativa de una o más partes del cuerpo.
4. - Restricción calórica o seguimiento de dietas.
5. - Sentimientos de culpa al comer comidas engordadoras.
- 6.- Ejercicio solitario excesivo.

CAPITULO III

ADOLESCENCIA

Fue en el siglo XVIII que empezó a tomar importancia la adolescencia, ya que anteriormente se les consideraba a las personas que se encontraban en este período niños muy crecidos o adultos no formados. Los adolescentes adquirieron reconocimiento como grupo social en este siglo en la década de los 40's debido a que los adultos dirigían su atención principalmente a la guerra mundial que se presentaba, lo que dio lugar a que los adolescentes tuvieran que enfrentar nuevas responsabilidades.

La palabra adolescencia etimológicamente significa "crecer" o "desarrollarse hacia la madurez" y es una etapa del desarrollo del hombre en la que se efectúan cambios tanto físicos como psicológicos. Los cambios que se presentan son característicos de este período, sin embargo no existe una edad específica en la que inicie y termine este proceso, debido a que influyen diferentes factores como son los genéticos, ambientales, culturales y psicológicos.

Sociológicamente la adolescencia se puede definir como "el periodo de transición entre la niñez dependiente y la edad adulta y madura"; psicológicamente es una "situación marginal" en la que han de realizarse nuevas adaptaciones, aquellas que dentro de una sociedad dada distinguen la conducta infantil del comportamiento adulto; cronológicamente es el periodo que va desde los 12 a los 13 años hasta los primeros de la segunda década con diferencias que dependen del individuo y la cultura, presentándose antes en las mujeres y a menor edad en las sociedades más primitivas (Feinholz, 1997).

3.1. LA PUBERTAD.

El comienzo de la adolescencia se ve anunciado por la presencia de la "puberescencia" etapa en la que maduran los órganos sexuales primarios y aparecen las características sexuales secundarias. Las características sexuales primarias son las que están directamente relacionadas con los órganos sexuales como son: el aumento gradual de los ovarios, el útero y la vagina femeninos y en los hombres el crecimiento de los testículos, la glándula prostática y las vesículas seminales, las características sexuales secundarias incluyen signos como el desarrollo de los senos en las mujeres y el ensanchamiento de los hombros en los varones; además de cambios en la piel, la voz y el crecimiento del vello púbico, facial, axilar y corporal. Esta fase dura aproximadamente 2 años y termina en la pubertad. La pubertad (término biológico) puede en ocasiones coincidir aunque sea en parte con la adolescencia (término psicológico social).

Pubertad se deriva de pubes (vello), palabra que se originó en la antigüedad, debido a que la región genital se cubría de vello áspero y espeso. La pubertad se refiere al momento en que el individuo es capaz de procrear. El comienzo de la pubertad es visto con mucha angustia en los jóvenes, sus facciones comienzan a cambiar y adquieren formas que no siempre son acordes con lo que esperan, además acostumbran comparar su aspecto con el de los adultos y compañeros.

Los primeros cambios fisiológicos se dan en las mujeres, uno de los primeros signos puberales es el crecimiento de las mamas en lo que se conoce como estadio de botón; en las que maduran precozmente esto puede darse desde los 8 ó 9 años y cuando la niña madura tardíamente por arriba de los 13. El

comienzo de la menstruación nos indica el establecimiento de la madurez sexual en la mujer y en el hombre la presencia de semen en la orina. Esto constituye generalmente la entrada a la etapa de la adolescencia.

Las mujeres tienden a estirarse antes que los muchachos, de los 10 años y medio a los trece en general son mayores; el "estirón" de los hombres aunque ocurre después dura más. Las demandas energéticas son principalmente durante esta etapa, ya que los jóvenes necesitan más energía y alimentos nutritivos para su crecimiento, las necesidades de hierro aumentan en la mujer debido a la pérdida de sangre que se produce en los ciclos menstruales.

Después del "estirón", el incremento adiposo tiende a disminuir en el varón a diferencia de las mujeres que acumulan más grasa como reserva para la reproducción. En el hombre sólo se acumula del 15 al 18 % y en la mujer del 20 al 28% o más durante el embarazo.

En algunas sociedades de la Europa Occidental el comienzo de la pubertad se ha adelantado aproximadamente 4 meses cada diez años, también se ha descubierto que los adolescentes son más altos hoy que hace cien años, siendo el aumento de 2.5 cms. por década, se sugiere que esto puede ser debido a una mejora en la alimentación y a la disminución de las enfermedades. (Gordon, 1974).

3.2. ASPECTO PSICOLÓGICO.

El efecto combinado de los cambios físicos y sociales suele afectar psicológicamente al joven que no encuentra fácilmente soluciones a sus problemas, sus sentimientos los siente poco familiares, ambivalentes y

pasajeros para que puedan ser comprendidos, así exterioriza sus problemas y vive sus conflictos.

Horrocks (1986), indica que existen 6 principales momentos en la adolescencia:

1. En la adolescencia el individuo va concientizando poco a poco su concepto de sí mismo, lo que lo dirige a estabilizarse en la vida adulta.
2. Los jóvenes suelen perder la sumisión hacia la autoridad que en la infancia tenían, también aparecen los intereses vocacionales.
3. Las relaciones de grupo son las que adquieren mayor importancia, se busca status y reconocimiento, aparecen los intereses heterosexuales, lo que le ocasiona conflictos en su actitud y emociones
4. Es una etapa de rápido crecimiento y cambios corporales que llevan a la madurez física.
5. Existe un gran desarrollo intelectual y una mayor exigencia académica.
6. Se da un desarrollo moral en el que se evalúan los valores y el desarrollo de los propios ideales, lo que llevará a su autoaceptación.

El periodo de la adolescencia temprana se maneja como el lapso de la secundaria a la preparatoria, que es cuando los niños experimentan los cambios corporales de la pubertad y algunos de los cambios mentales que corresponden a la madurez cognoscitiva. Los años intermedios de la adolescencia son un periodo inicial de búsqueda de nuevas identidades. En

el periodo de la adolescencia tardía o juventud se toman decisiones respecto a la carrera y la elección de estilos de vida (Craig 1994).

El logro de la madurez emocional es una de las metas principales pues esto representa uno de los criterios para formar parte del estado adulto; cuando no se consigue, se prolonga la adolescencia. El grupo adulto es el que decide cuándo el joven ha alcanzado la madurez emocional, aunque éste se sienta maduro puede que la gente con la que convive no lo vea así.

3.3. ASPECTO SOCIAL.

La adolescencia aún cuando marca el paso de la niñez a la vida adulta, no cuenta con manifestaciones concretas que anuncien con precisión su principio o su fin. Cada sociedad define a la adolescencia de forma distinta, en la provincia mexicana una mujer puede contraer matrimonio antes de haber terminado de crecer y madurar sexualmente. En el caso contrario algunos jóvenes estudiantes alcanzan su independencia económica mucho después de terminar su desarrollo físico y sexual; legalmente la edad adulta es cuando se ejerce el voto (18 años). Algunas personas nunca salen de la adolescencia independientemente de su edad, por lo que es muy difícil saber con exactitud cuando finaliza.

En este ciclo se producen acelerados cambios físicos con su desarrollo psicológico consecuente, que implican el proceso de crisis de identidad, desarrollo hacia el pensamiento adulto y el asumir nuevos roles sociales. Esta serie de cambios producen en el adolescente dudas y sentimientos de ansiedad y depresión, ya que cambiar significa modificar estilos de vida previos.

Según Rodríguez (1997), en la adolescencia se experimenta el proceso de socialización en el que los individuos incorporan los valores, estándares y creencias vigentes en su sociedad.

Los adolescentes se sienten juzgados por agentes externos y presionados a asumir roles para los que no siempre están preparados. En el proceso de establecer su identidad definitiva cobran importancia ciertos modelos. En esta etapa el grupo de pares se convierte en indispensable ya que necesita abandonar su grupo familiar para poder crecer y para ello se apoya en este grupo que le permite compartir los sucesos que se van presentando.

El adolescente siente la necesidad de estar menos tiempo con sus padres lo que le va a permitir desprenderse de ellos, mostrándose en esta etapa la creciente necesidad de ser más independiente con respecto a las figuras de autoridad. Su interés se va a fijar en la posibilidad de establecer nuevas relaciones, principalmente con otros hombres y mujeres.

El adolescente desarrolla modas en el vestir, en el saludo, lenguaje y en su arreglo personal, observándose en ocasiones radical en sus ideas. Esto influye en la actitud de los padres hacia él y va haciendo que el adolescente conforme su identidad, lo que a menudo le lleva a preguntarse quién es él y qué es lo que quiere realizar y obtener en la vida.

Erikson, citado en Lehalle (1990), propone que existen diferentes estadios en el desarrollo psicosocial del hombre, y en cada uno de éstos existe el advenimiento y la resolución de una crisis. En la época de la adolescencia se da la etapa de la identidad contra confusión de roles, en la cual el individuo debe elaborar una representación coherente de sí mismo. Según este autor la tarea fundamental correspondiente a este estadio consiste en integrar los

elementos de identidad consecuentes a los estados anteriores, las personas necesitan haber resuelto su crisis de identidad antes de poder lograr una verdadera intimidad con otra.

3.4. ASPECTO INTELECTUAL.

En lo que se refiere al desarrollo intelectual, Piaget, (citado en Papalia & Wendkos, 1990), señala que en la adolescencia se encuentra comprendido el estadio de las operaciones formales que comienza a los 12 años aproximadamente. El razonamiento que se da en esta etapa es hipotético-deductivo y tiene la característica de ver todas las relaciones posibles que pueden existir en torno a un problema, analizar una por una y eliminar la falsa para llegar a la verdadera. Este proceso sistemático de razonamiento funciona para toda clase de problemas. Además de que se tiene la tendencia a involucrarse en asuntos abstractos y teóricos construyendo elaboradas teorías políticas o complejas doctrinas filosóficas.

La personalidad de cada adolescente va a depender mucho de la importancia que tenga para él la gente con la que conviva así como de la manera en que asimile las expectativas, experiencias y modelos de conducta anteriores. Debido a su egocentrismo se encuentran muy preocupados consigo mismos y a su vez creen que los pensamientos de los demás están dirigidos especialmente para ellos, también evalúan sus valores y sus ideales propios, estableciéndose un conflicto entre sus ideales y la realidad en que viven.

En el desarrollo normal del adolescente se espera la superación del pensamiento egocéntrico y con esto la reflexión acerca de su propia identidad, lo cual le permitirá el poder establecer relaciones estables con otras personas y saber que lugar ocupan en la sociedad en que están.

Para Gordon (1974), el "éxito" del adolescente implica una serie de "éxitos" interconectados en los años juveniles. En la primera adolescencia ha de integrar al súbito incremento en los impulsos sexuales y agresivos, así como adaptarse a los cambios de tamaño, forma, funcionamiento y aspecto de su cuerpo; en la adolescencia media necesita encontrar modos adecuados de satisfacción para sus nuevas necesidades de responsabilidad e independencia. En el período final se habrá afirmado en una profesión apropiada, conseguido una identidad sexual madura e integrado sus propias pautas éticas con las de su sociedad.

3.5. ALIMENTACION.

Conforme el adolescente crece y va aumentando su masa corporal aumentan sus necesidades nutricionales principalmente de calorías, vitaminas, hierro, proteínas y calcio; no obstante se debe tomar en cuenta que cada persona tiene diferentes necesidades alimenticias de acuerdo a su actividad física, a su edad, a sus características corporales y al medio ambiente en que se desenvuelve. (Johnston, 1998).

La evolución de la disponibilidad de los alimentos por la especie humana ha condicionado la conducta alimentaria. El alimento como instrumento social genera diferentes modelos culturales donde lo afectivo, amistoso, lúdico e incluso científico han participado en su difusión. Los hábitos alimenticios a los que antes no se les daba importancia son ya parte esencial de la mercadotecnia y el consumismo. (Chinchilla, 1994).

La elección de los alimentos por parte de los adolescentes es muy importante y a veces difícil. La dificultad suele ser menor cuando desde su niñez las

personas han sido acostumbradas a una dieta alimentaria equilibrada, a diferencia de cuando escogen sus alimentos por caprichos o antojos; su estilo de vida y sus costumbres cambian y a veces por falta de tiempo omiten alguna comida. En otras ocasiones es tanta su hambre que recurren a golosinas en diferentes horarios; especialmente las jovencitas suelen hacer regímenes difíciles de seguir, como el dejar de comer adecuadamente durante una semana y a la siguiente atiborrarse de galletas, caramelos, golosinas etc. Esto conduce a que se altere la estructura de las comidas y que se derive en malas conductas alimentarias; no hay que olvidar también el aumento de consumo de alcohol que se tiene en la adolescencia con un aporte calórico elevado pero que no nutre al joven.

Los trastornos de la alimentación en este periodo se deben a que el adolescente utiliza su cuerpo como un medio de expresión, principalmente las jóvenes dan un importante valor al aspecto físico con respecto a ser aceptado o no por el grupo. El adolescente observa los cambios que se están suscitando en su cuerpo y lo vive como una incógnita para él mismo, de ahí que su aspecto físico esté entre sus principales preocupaciones y lo vincule con sus relaciones sociales y su aceptación como ser social. La niña que se convierte en mujer siente que los demás la miran y la tratan de una manera distinta, lo que hace que cada vez le preste más atención a lo que sucede en su cuerpo.

De esta forma, cobra importancia el concepto de imagen corporal que se define como "la configuración global que forma el conjunto de las representaciones perceptuales, sentimientos y actitudes que el individuo ha elaborado con respecto a su cuerpo" (Bruchon-Sweitzer, citado en Rodríguez, 1997). Esta imagen surge de la interacción con su medio social,

de las experiencias provenientes de su propio desarrollo físico y de la aceptación cada vez mayor de las expectativas estéticas culturales.

Actualmente la sociedad establece un modelo de imagen corporal que se encuentra relacionado con la belleza física y la esbeltez. Este factor cobra importancia debido a que el adolescente se ve obligado a apegarse a tales modelos para poder evaluarse positivamente.

De esta manera, cuando no cumple con las expectativas desarrolla insatisfacción hacia su propio cuerpo, y se provoca en él sufrimiento y una autoestima baja. Esto también conduce a una imagen corporal desfavorable y a que viva su ambiente familiar y social amenazante, sintiéndose constantemente expuesto a la hostilidad y al rechazo.

En general la imagen corporal es de mayor importancia para las mujeres jóvenes, por estar constantemente recibiendo mensajes de modelos a seguir. La insatisfacción de la imagen corporal es una variable muy importante para el desarrollo de desórdenes alimentarios, observándose que la población más susceptible es la de las adolescentes mujeres, quienes muestran tendencia a sentirse más gordas que como realmente son, interesándose siempre por ser más delgadas; además aparece el acné que acentúa la sensación de crítica hacia su persona.

Los muchachos tratan de una forma muy discriminatoria a quienes tienen algún defecto físico, estas personas son evitadas y despreciadas por ellos, pero a su vez les sirven para verse favorecidos en la conquista del sexo opuesto y obtener prestigio, ya que esto se vuelve fundamental para ellos.

El adolescente busca un modelo para la elaboración de su propia personalidad, lo que ocasiona en consecuencia que si su ideal es poco realista esto genere sentimientos de minusvalía, frustración y ansiedad; la joven puede ver su cuerpo gordo y grande cuando lo compara con el de las artistas de moda, o lo puede percibir por partes, poniendo énfasis principalmente en la forma de sus senos y el tamaño de sus caderas, muslos y abdomen.

Las diferencias entre cómo se percibe y cómo desearía ser (su imagen idealizada), hace que pierda la confianza para realizar lo que quiere. Esto sería diferente si sus deseos fueran más acordes con la realidad o si lo que piensa de su cuerpo no fuera tan negativo. En general los jóvenes que poseen un físico admirable reciben más gratificaciones sociales que los demás.

Los trastornos de la alimentación aparecen principalmente entre los 12 y los 25 años, aunque es más frecuente que la bulimia pueda aparecer más tarde. Existe la cultura de la dieta rigurosa, contar las calorías consumidas y hacer ejercicio en las jóvenes y niñas, generándoles miedo el ganar peso y dejar de ser atractivas.

Los jóvenes que siguen un régimen alimentario para el control de su peso con éxito, pueden estar tan preocupados por la comida y el control del peso que su comportamiento alimentario escapa de lo que se considera "normal", otros sin embargo pueden rechazar la necesidad de adelgazar y seguir comiendo como están acostumbrados y desarrollar obesidad, lo que obliga a prestar mayor atención a este tipo de problemas que cada vez se presentan con mayor frecuencia.

CAPITULO IV

ANTECEDENTES TEORICO-PRACTICOS.

4.1. INCIDENCIA.

En algunas investigaciones en diferentes países, se observa que la incidencia de los desórdenes en el comer ha aumentado en los últimos años como a continuación se presenta:

De 1956 a 1958 la incidencia de la anorexia nerviosa en mujeres de 12 a 25 años de edad, era de 3.98 por 100,000 y se incrementó a 16.76 por 100,000 durante los años de 1973 a 1975. Agras en 1988, citado por Aguilar y Rodríguez en 1997, recalca que: los casos de bulimia eran raros antes de 1980, no obstante a principios de 1988 existió un aumento muy importante y representativo de 200 casos al año, que fueron atendidos en la Clínica de Desórdenes Alimentarios de Stanford.

Hay una incidencia de anorexia nerviosa en la población escandinava de 0.24 por 100,000 que aumentó al doble en la década de los 50's. Actualmente existe una anoréxica por cada 200 chicas escolares de 16 años y un 1% entre las de 16 a 18 años, una en 250 de todas las adolescentes escolares y una de cada 150 escandinavas; una de cada 450 a 750 anoréxicas adultas pasan a la anorexia crónica. (Chinchilla, 1994).

En 1983, se publicó un estudio de 224 casos de anorexia nerviosa que se detectaron en los hospitales universitarios de todo Japón desde la finalización de la segunda guerra mundial; al parecer este trastorno era prácticamente desconocido con anterioridad. (González, 1996).

La anorexia nerviosa es un desorden alimentario que primariamente afecta a mujeres adolescentes y a mujeres en la adultez joven, siendo rara en los hombres. En Estados Unidos Romeo (1994), hace referencia a los resultados del National Institute Mental Health Survey 1987, que indican que 1 de cada 200 adolescentes entre edades de 12 a 18 años, grupo de alto riesgo, desarrolla anorexia nerviosa de los cuales el 90% de los afectados son mujeres, además de que se ha registrado un constante incremento en la incidencia reportada de hombres anoréxicos de aproximadamente 5% al 10%.

Moller-Madsen y Nystrup (1992), publicaron que desde 1970 a 1989, 915 personas fueron admitidas por primera vez en Instituciones Psiquiátricas en Dinamarca y tuvieron como diagnóstico principal un desorden en el comer, según los criterios de la clasificación internacional de las enfermedades (CIE-8). La incidencia de estas admisiones fue de un .42/100,000 en 1970 a un máximo de 1.36/100,000 en 1988.

En un artículo ([Http://www.anred.com](http://www.anred.com), 1996), que habla de la anorexia nerviosa y desórdenes relacionados se menciona que las investigaciones norteamericanas sugieren que cerca del 1% de las mujeres adolescentes tienen anorexia, esto significa que cerca de cada 100 mujeres jóvenes entre 10 y 20 años están dejando de comer, lo que en ocasiones las ha llevado a la muerte.

Las investigaciones también dicen que cerca del 4% ó 4 de cada 100 mujeres en edad escolar tienen bulimia y cerca de un tercio (34%) de los adultos americanos hombres y mujeres tienen sobrepeso o son obesos, muchos de ellos tienen el desorden en el comer del atracón (binge eating), sin que esto

sea anormal. La anorexia y la bulimia afectan primordialmente a gente entre los 10 y los 20 años pero los clínicos reportan ambos desórdenes en niños hasta de 6 años e individuos hasta de 76.

Este mismo artículo ([Http://www.anred.com](http://www.anred.com), 1996), señala que sólo del 5 al 10% de las personas con anorexia y bulimia son hombres, la diferencia refleja las expectativas oposicionistas de nuestra sociedad para el hombre y la mujer; esto se refiere a que se espera que los hombres sean fuertes, poderosos y se sientan avergonzados de sus cuerpos delgados; en las mujeres el modelo a seguir es de delicadeza, femineidad y delgadez, por lo que se ven obligadas a perder peso; si en estos intentos pierden el control del hambre pueden llegar a desarrollar un autocontrol rígido o compulsivo, o bien pueden llegar a ser anoréxicas, bulímicas o ambas.

4.2. PREVALENCIA.

En Noruega la prevalencia de anorexia encontrada en 1995 fue de 5.7% en mujeres adolescentes y de 0.8% en hombres, a diferencia de los países orientales en donde la prevalencia es muy baja. De 1972 a 1981 en Inglaterra el número de mujeres diagnosticadas como anoréxicas aumentó 11%, por el contrario la bulimia aparece más frecuentemente que la anorexia. En Australia se han encontrado prevalencias hasta del 13% en mujeres adolescentes o jóvenes; en Norteamérica va desde un 3% hasta un 19% en estudiantes universitarias. (Palma, 1997).

Según Hoek (1991), la bulimia nerviosa es tres veces más incidente en las grandes ciudades que en las pequeñas poblaciones o áreas rurales holandesas, a diferencia de la anorexia nerviosa que se encuentra con la misma frecuencia en áreas con diferente grado de urbanización.

Ramos (1995), en sus investigaciones entre los años de 1988 a 1991 concluyó que el 33% de los adultos norteamericanos mayores de 20 años tienen sobrepeso. Las encuestas que se hicieron en los períodos de 1976-1980 y 1988-1991, muestran que la prevalencia de sobrepeso se incrementó en un 8%. También el índice de masa corporal (IMC) aumentó de 25.3 a 26.3 en personas de 20 a 74 años de ambos sexos, que sería un promedio aproximado de 3.6 kilogramos en ganancia de peso.

4.3. INDICES DE MORTALIDAD, RECUPERACION Y RECAIDA.

Con tratamiento, cerca del 60% de las personas con trastornos en el comer se recuperan a tal grado que llegan a mantener un peso saludable, comen una dieta variada de comida normal, y no seleccionan exclusivamente aquella baja en calorías para no engordar; además participan en relaciones amistosas y románticas, llegan a formar familias y realizan alguna carrera; muchos dicen sentirse personas más fuertes y más perspicaces acerca de la vida en general y estar bien.

Cerca del 20% de las personas con desórdenes en el comer sólo se recuperan parcialmente, ya que ponen demasiada atención en la comida y el peso, participan poco en relaciones románticas y amistosas, conservan sus trabajos, pero pocas veces logran destacar en alguna carrera, su salario lo invierten en libros de dietas, laxantes, ejercicio, clases de jazz y comida chatarra.

El porcentaje restante (20%) no mejora, incluso con tratamiento y son vistos repetidamente en cuartos de emergencia, en programas de desórdenes alimentarios y en clínicas de salud mental; sus vidas giran alrededor de la

comida y su interés por el peso, por lo que fácilmente caen en depresión, soledad y dicen sentirse indefensos.

Sin tratamiento, arriba del 20% de las personas con serios problemas de desórdenes en el comer mueren; con tratamiento ese número disminuye del 2 al 3%. El estudio de los desórdenes alimentarios es un campo relativamente nuevo, y no se cuenta con suficiente información acerca del proceso de recuperación a largo plazo, se sabe que la recuperación regularmente lleva mucho tiempo, incluso un promedio de cinco años. ([Http://www.anred.com](http://www.anred.com), 1996).

La tasa de mortalidad para la anorexia nerviosa según varios autores es entre el 2% y el 10% (Garner y Garfinkel, 1982); Bruch 6%, Theander, 9% y Clauser del 6%. (Chinchilla, 1994); en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III, 1985), se menciona que los efectos de la anorexia nerviosa pueden ser devastadores para la familia y los amigos del anoréxico y que aproximadamente el 5% de las víctimas mueren prematuramente debido a la inanición y sus complicaciones.

Leon, Fulkerson, Perry y Dube (1993), investigaron un grupo de riesgo para el desarrollo de desórdenes en el comer tanto en mujeres como en hombres, en relación con la familia; en las mujeres se observó de manera negativa la cohesión de la familia, el proceso de comunicación padre-adolescente y generalmente menor satisfacción en las relaciones familiares en comparación con el grupo control; en los hombres no se observaron diferencias significativas en estas características; no se encontraron diferencias significativas en mujeres y hombres en cuanto a la historia familiar de desórdenes afectivos, en el comer y dependencia alcohólica.

En una investigación en Suecia por Norring y Sohlberg (1993), con una muestra de 30 pacientes por espacio de 6 años, se le dio importancia a los eventos críticos como la recaída o la muerte prematura; los resultados que se obtuvieron se presentan a continuación: el 77% de los pacientes estudiados no tuvieron diagnóstico de desórdenes en el comer después de 6 años; entre los pacientes recuperados el riesgo total de recaída fue del 48%; la mortalidad fue 18.8 veces más alta que la esperada. Otros resultados de importancia fueron: 1) que ninguno de los pacientes en esta muestra sufrió más de una recaída mayor, y 2) que el riesgo de muerte prematura puede ser el doble de alta entre las bulímicas que entre los pacientes restrictivos.

4.4. NIVEL SOCIOECONOMICO.

En el año de 1976, Crisp Palmer y Kalucy encontraron casos graves de anorexia nerviosa en mujeres mayores de 16 años que estudiaban en Londres; en las escuelas privadas se recibía un caso al año por cada 250 alumnas, a diferencia de las públicas en donde había un caso por cada 300 alumnas. (Toro, 1988).

El mismo autor describe que en 1982 Garfinkel y Garner mostraron que un 70.6% de los casos de anorexia antes de 1975 fueron en las clases sociales altas, y sólo el 29.4% eran de la clase baja y media; Huenemann en 1969, verificó en una población adolescente que el 11.6% de las mujeres de clase baja eran obesas, y en la clase alta sólo el 5.4%.

En lo que se refiere a la obesidad la relación entre ésta y el nivel socioeconómico fue establecida por primera vez en un estudio con 1660 personas en Nueva York; los resultados fueron una prevalencia de obesidad

7 veces mayor entre las mujeres de clase social alta; para los hombres se dio la misma tendencia con valores menos extremos (Moore, Stunkard y Srole, 1962). En Londres los resultados fueron semejantes con una relación entre obesidad y nivel socioeconómico bajo y alto para las mujeres de 2 a 1, los más altos índices de obesidad fueron entre los hombres de nivel socioeconómico medio (Silverston, Gordon y Stunkard, 1969). Otra investigación mostró que el porcentaje de mujeres obesas en el grupo de nivel socioeconómico bajo fue del 54.1% frente al 42.9% de la clase alta. (Moore, Stunkard y Srole, 1962; Gordon y Stunkard, 1969; Rimm y Rimm 1974). (citados por Saldaña y Rossell, 1988).

Antes se pensaba que los trastornos de la conducta alimentaria se presentaban sólo en las clases socioeconómicas altas, pero cada vez se observan más en países en vías de desarrollo y en personas de bajos recursos, sin embargo no existen suficientes datos que señalen el incremento y frecuencia de estos padecimientos.

Ramos (1995), también estudió los factores que intervienen para el pronóstico de la obesidad como son: edad, sexo y nivel socioeconómico. Para el caso de las mujeres un nivel socioeconómico bajo muestra un aumento en la "sobrecarga ponderal"; para el caso de los hombres no se observaron diferencias significativas en el aumento de peso en relación a su nivel socioeconómico, no obstante en un estudio reciente se encontró que el 58.1% de los adultos de Norteamérica eran sedentarios, esto aunado a factores socioculturales ha ocasionado un incremento en el sobrepeso de los adultos en la última década.

4.5. ESTUDIOS REALIZADOS EN HOMBRES Y MUJERES.

Fichter, Daser, y Postpischil (1985), en el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Munich y el instituto Max-Planck compararon las características de 23 anoréxicas y 29 anoréxicos primarios encontrando que la edad media de inicio del padecimiento era la misma para ambos sexos. En el 95% de los hombres había negación de la enfermedad, ideal de delgadez, fobia al peso, presencia de dietas e hiperactividad; presencia de síntomas bulímicos en el 76%, considerados restrictivos el 24% de los casos, presencia de vómitos en el 50%, resultados muy similares fueron encontrados en las mujeres, pero en ellos había más hiperactividad y la presencia de ansiedad en relación con la sexualidad, no encontrándose diferencias significativas en rasgos de personalidad para ambos sexos. (Toro y Vilardell, 1989).

Estos mismos autores citan un segundo estudio que se llevo a cabo en el St. George Hospital de Londres (Crisp, Burns y Bhat, 1986), en el cual estudiaron a 36 varones y 102 mujeres, ambos anoréxicos. Los factores que se encontraron con índices similares se presentan a continuación: fobia al peso, ideal de delgadez, edad media de inicio del trastorno, clase socioeconómica de procedencia, características del peso previo, duración de la enfermedad en el momento de la consulta, seguimiento de dietas adelgazantes, tipo de relaciones infantiles con compañeros (as), actividad sexual premórbida, rendimiento académico, enfermedades mentales de los padres, trastornos del peso en la familia y algunos otros factores de menor entidad. En lo que se encontró diferencias significativas fue en los métodos usados para luchar contra el aumento de peso, ya que las mujeres utilizan más los laxantes que los varones. En los varones existe como actividad premórbida el atletismo y los deportes en general más que en las mujeres.

Touyz , Kopec-Schrader y Beumont (1993), observaron de manera similar que las características clínicas de 12 pacientes masculinos de Australia y Nueva Zelanda, eran muy parecidas a las reportadas por las pacientes femeninas, con una mayor tendencia de los hombres a la realización de ejercicio obsesivo.

Por otro lado, Farrow (1992), citado por González en 1996, estudió hombres adolescentes que presentaron desórdenes alimenticios, y concluyó que con base a los resultados es evidente que los hombres y las mujeres comparten características comunes, las diferencias halladas fueron: los hombres son distintos a sus historias de obesidad, en su identidad sexual, en sus dietas, en los deportes, en las relaciones interpersonales y en que se cuidan de no divulgar aspectos afectivos de su estado psicológico, además dice que la asociación entre la depresión y los desórdenes obsesivo-compulsivos es fuerte en hombres y en mujeres jóvenes con desórdenes alimenticios.

4.6. CONDUCTAS ALIMENTARIAS.

En una investigación en los Estados Unidos (Gallup, 1985), encontró que una de cada ocho chicas adolescentes y el 4% de los chicos tenían graves síntomas de anorexia nerviosa y bulimia, de ellos un tercio realizaban atracones. La ansiedad experimentada después de los atracones podía ser reducida inmediatamente mediante el vómito autoinducido, el uso de laxantes o el ejercicio vigoroso. En el caso de los hombres anoréxicos, por lo general preferían incrementar la cantidad de ejercicio. (citado por Romeo, 1994).

En una encuesta en el mismo país (Brownell, 1991), se pudo observar que un 46% de las mujeres y un 24% de los hombres estaban haciendo alguna dieta

en el momento del estudio, estos porcentajes se incrementaron aún más en el caso de los adolescentes.(Mora y Raich, 1994).

Patton en 1988 (citado por Giral y Raich, 1994), desarrolló un estudio longitudinal con adolescentes en el que se obtuvo que después de un periodo de 12 meses un 21% de las dietistas fueron diagnosticadas como casos clínicos, en contraste con un 3% de no dietistas.

La dieta y otras conductas alimentarias anormales, en presencia de otros factores (variables de personalidad y antecedentes psiquiátricos), tiene una intervención causal en la emergencia del trastorno alimentario.

4.7. RELACION DE LOS DESORDENES ALIMENTARIOS CON LA PERSONALIDAD.

Dowson (1992), en su análisis de la asociación entre desórdenes de la personalidad y la presencia de vómito autoinducido, en 55 pacientes con desórdenes alimentarios con historia de anorexia nerviosa, dividió la población en dos grupos: pacientes vomitadoras que practicaban el vómito autoinducido para controlar su peso, y las no vomitadoras, que sólo utilizaban la dieta para el mismo fin; lo que resultó de este estudio fue que las vomitadoras mostraban significativamente más altos los reportes de personalidad borderline y desórdenes de personalidad antisociales. (citado en González 1996).

En la investigación de Martínez, Toro, Salamero, Blecua y Zaragoza (1993), se concluyó que aproximadamente el 50% de las 675 adolescentes estudiadas en Barcelona había decidido alguna vez perder peso. Los comportamientos de las amigas y las actitudes familiares eran agentes de

transmisión de la "cultura de la delgadez". En ese mismo año Martínez et al. señalan que los fenómenos socioeconómicos y la ideología provocan ciertas conductas y posturas hacia el cuerpo.

Moreno y Thelen (1995), encontraron en su muestra de adolescentes que éstos mostraban inquietud por hacer dieta debido a su preocupación por ganar peso. Casi la mitad de los sujetos reportaron haber hecho dieta en algún momento de sus vidas. El año anterior el 4% de ellos respondió que siempre habían hecho dieta y el 44% reportó que no.

Por otro lado en relación a la personalidad y vulnerabilidad conductual, Leon, Fulkerson, Perry y Cudeck (1993), encontraron que las variables de mayor predicción de riesgo en desórdenes en el comer en chicas adolescentes fueron: la insatisfacción hacia el propio cuerpo, la emocionalidad negativa con alta respuesta al estrés y una baja conciencia interoceptiva, esto último se refiere a la inhabilidad para identificar la activación emocional en la propia experiencia.

Canals, Gentzane, Fernández, Marti-Henneberg y Domenech (1996), hallaron que la prevalencia de riesgo en las actitudes hacia la conducta alimentaria en una población de adolescentes fue del 12.4% para las mujeres y del 8.3% para los hombres. En general un bajo nivel de autoestima y un alto nivel de ansiedad fueron importantes predictores en la sintomatología del comer; los adolescentes con más peso fueron los que integraron el grupo de alto riesgo.

En un estudio de Rusia hecho por Korkina, Tsyvilko, Marilov y Kareva (1992), en el que se hizo el seguimiento de 800 pacientes, los resultados mostraron

que tres cuartas partes de ellos presentaron anorexia nerviosa relacionada con un estado borderline (primer grupo), y una cuarta parte de la población se asoció con esquizofrenia (segundo grupo).

En el primer grupo, en los estudios de seguimiento, se observó que aún cuando los síntomas clínicos de la anorexia nerviosa fueron significativamente reducidos, el desorden conservó su conexión con miedos dismorfofóbicos; en etapas posteriores se vio la presencia de cambios patológicos en la personalidad. En el segundo grupo la anorexia nerviosa y la esquizofrenia se relacionaban con desórdenes afectivos, sensaciones patológicas del cuerpo, quejas hipocondriacas y un deterioro gradual de la personalidad; se observó también que así como la esquizofrenia fue en aumento, la anorexia nerviosa fue reducida a una conducta exhaustiva en el vomitar y perdió su conexión con experiencias dismorfofóbicas.

4.8. INFLUENCIA SOCIOCULTURAL.

La mayoría de los datos que se han aportado pertenecen a los países occidentales o desarrollados; esto se debe a que existe una gran influencia de los valores estéticos acerca del cuerpo femenino y estereotipos relacionados con la belleza y la delgadez. Este fenómeno no se produce igual en otras culturas, como en los países subdesarrollados o del tercer mundo.

Al respecto Azevedo y Ferreira (1992), hicieron un estudio en las Islas Azores de San Miguel (Portugal), en donde se entrevistaron a adolescentes y niños para reunir la información necesaria. El total de prevalencia de los desórdenes del comer, incluyendo los síndromes parciales fue del (.64%),

siendo esto un porcentaje bastante bajo; aunque la prevalencia de conductas anoréxicas y bulímicas fue alta, el síndrome parcial de anorexia sólo se encontró en .48% de los estudiantes (.76% para las mujeres y .17% para los hombres), y el síndrome de bulimia en solamente .16% de la misma población (.30 % para las mujeres y no se encontraron hombres con bulimia).

Estos resultados muestran que la prevalencia de los desórdenes del comer en estas poblaciones es muy baja, Acevedo et al. indican que muy probablemente esto se debe a la ausencia de medios de comunicación que enaltezcan la figura.

Takehito et al. (1994), presentaron el caso de una niña de 7 años con una gran aversión a la comida y una excesiva reducción de peso debido a que sentía mucho miedo a estar gorda; la conducta que ella manifestó fue la reducción estricta de comida, principalmente la que tuviera carbohidratos, así como un incremento en el tiempo dedicado al ejercicio.

Lo que se aportó en este estudio es que la aversión a la comida y al aumento de peso puede deberse en la mayoría de los casos al miedo a la obesidad, y que esto puede ocurrir en niños en la prepubertad, así como en chicas adolescentes; aunque Japón no es un país occidental, si es altamente industrializado lo que ha favorecido que en años recientes se haya adoptado un énfasis en la delgadez.

En Nigeria Oyewumi y Kazarian (1992), reportaron hallazgos similares a los encontrados en los países occidentales. En un estudio con 644 mujeres nigerianas adolescentes de diferente grados escolares, la prevalencia total

fue de 14.1% en las actitudes anormales en el comer asociadas con conductas anoréxicas; para las adolescentes de Secundaria fue de 18.6%, para las de Preparatoria de 21.7% y para las Universitarias de 9.1%. Estos resultados nos muestran que las conductas anormales en el comer en un futuro próximo podrían ser un fenómeno universal y que trascienda las barreras culturales.

A diferencia de lo que se podría esperar, en los Estados Unidos la población negra parece estar escasamente afectada por anorexia nerviosa (Toro y Vilardell, 1987); en un estudio que se hizo en Nueva York entre los años de 1970 a 1976 se observó que la estimación aproximada de la incidencia de la anorexia en las mujeres que no eran de raza blanca fue de .42/100 000, en comparación con las mujeres blancas que fue de 3.26/100 000.

González (1992), comparó a una población de México-Americanos de una colonia de escasos recursos en Estados Unidos, con mexicanos residentes en la República Mexicana. Este autor encontró un mayor porcentaje de obesidad en los Mexico-Americanos debido a factores ambientales como son: un mayor consumo de grasa (31-32% contra 18-19%) y un menor contenido de hidratos de carbono (49% contra 64-65%) (citado por Ramos, 1995).

Existen poblaciones que son susceptibles a desarrollar algún desorden en el comer, debido a la necesidad o a la presión del medio externo por mantener un peso bajo, como es el caso de algunos deportistas, modelos y bailarines.

En los Estados Unidos Davis (1992), realizó una investigación con mujeres atletas de alto nivel y las comparó con un grupo de estudiantes universitarias que no eran atletas; en primer lugar observó que el índice de masa corporal

(I.M.C.) estaba relacionado con la preocupación por el peso y con la dieta, siendo las reacciones emotivas o neuroticismo un factor de predicción, un número grande de atletas mantenía un peso insuficiente de acuerdo a su estatura y edad. Finalmente las atletas hacían dieta con frecuencia a fin de alcanzar una figura estética e incrementar su rendimiento físico.

En el estudio de Thiel, Gottfried y Hesse (1993), se analizaron a 25 remadores y 59 luchadores de la categoría de peso bajo en comparación con una población masculina normal; los hallazgos fueron que el 52% de los atletas reportaban hacer atracones; los resultados del Eating Disorder Inventory (EDI) que se aplicó a los atletas, mostró que el 11% presentó un desorden subclínico del comer, lo que significa que en comparación con la población normal los remadores y luchadores pueden ser una población de alto riesgo para el desarrollo de desórdenes subclínicos en el comer.

4.9. ESTUDIOS REALIZADOS EN MEXICO.

En el Distrito Federal, Gómez Pérez-Mitre y Avila (en prensa), estudiaron una muestra de 487 niños que cursaban el 5° y 6° grado de primaria para ver si había seguimiento de dietas; en sus resultados encontraron que un 25% había hecho cambios en su alimentación, el 19% con la finalidad de bajar de peso y un 6% con el fin de subirlo, los porcentajes se comportaron de manera similar en ambos sexos.

En la investigación de Escobar (1992), se observó mayor prevalencia de conductas alimentarias de riesgo en alumnas que asistían a Instituciones privadas en comparación con las que acudían a escuelas públicas, ello se debió a que las estudiantes de escuelas privadas se pesaban como mínimo

una vez a la semana, realizaban alguna actividad física en forma excesiva, consumían alimentos dietéticos, había la presencia de atracones y dietas hipocalóricas. También estas estudiantes dijeron desear tener un peso más bajo en comparación con las alumnas de las escuelas públicas.

Holtz (1992), en una muestra de 90 estudiantes mujeres de una preparatoria privada observó que la media del peso de las adolescentes de encontraba dentro de los rangos normales para su estatura y edad, presentando sin embargo un peso deseado de 3 kilogramos por debajo de éste; entre las conductas alimentarias anómalas estaban el seguimiento de dietas (59%), accesos bulímicos (51.8%), consumo de anfetaminas (27.7%), diuréticos (12%) y laxantes (6%); la presencia de amenorrea (19.3%) y una preocupación por el peso corporal en el 81% de los casos.

Entre 1994 y 1995 se efectuó una encuesta en la Zona Metropolitana de la Ciudad de México (ENURBAL 94/95) en donde se decidió estudiar todas las familias compuestas entre 3 y 10 miembros que radicaran en la zona. Se estudió un total de 1921 sujetos y se pudo ver que en general hay más sobrepeso y obesidad en las mujeres, que se incrementa conforme aumenta la edad. En menores de 5 años al analizar el nivel socioeconómico hubo predominio de peso en los de nivel alto en los hombres y en las mujeres, de un 13.4% en hombres y 22.1% en mujeres de nivel socioeconómico alto, en comparación con un 8.5% en hombres y un 11.0% en mujeres de nivel socioeconómico bajo. En los adultos se encuentra una situación distinta influida por la edad, mientras que los menores de 40 años tienen tasas mayores en el nivel socioeconómico alto, la situación se invierte en los de 40 años o más, siendo en estas edades mayor la proporción de sobrepeso en los del nivel bajo. (citado por Avila ,1997).

En la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, se efectuó un estudio en 1992 donde 1028 sujetos fueron evaluados en esa ciudad como población urbana, y a 108 habitantes de la comunidad de Cerro Prieto como población rural. En total se estudiaron a 492 mujeres y a 645 hombres mayores de 15 años. La prevalencia de obesidad, catalogada como Índice de Masa Corporal (IMC) mayor o igual a 30, fue de 5.8% para varones y de 12.7% para mujeres. Utilizando un punto de corte de igual o mayor a 27.5 de IMC, se encontró un 15.7% en los varones y 26.6% en las mujeres. La tasa más alta para varones fue en el grupo de 50 a 59 años, siendo de 28.9%, y la menor en el grupo de 15 a 19 años con 6.3%. En las mujeres la tasa mayor era en el grupo de 40 a 49 años con 47.8% y la menor en el grupo de 15 a 19 años con 6.2%.

En México no se cuenta todavía con estadísticas y datos derivados de investigaciones sistemáticas, epidemiológicas y longitudinales que aporten información amplia y confiable sobre el problema de la obesidad en el país, pero la información que se tiene, la muestra como un problema que ha ido creciendo, como una enfermedad crónica degenerativa así como un factor secundario para otras enfermedades, con las que aparece frecuentemente asociada (Gómez Pérez-Mitré, 1995).

En México en una investigación con una muestra de N=197 estudiantes con un rango de edad de 15 a 49 años, los resultados fueron que el 41% de los sujetos (42 sujetos) clasificó con sobrepeso y sólo el 2% (2 mujeres) con obesidad (Gómez Pérez-Mitré, 1993). En otro estudio se encontró una prevalencia de obesidad del 4% entre las adolescentes y del 6.3% entre las jóvenes entre 21 y 29 años. En las mujeres adultas (31 a 49 años) de población abierta universitaria de licenciatura y posgrado hubo un 10% de obesidad. (Gómez Pérez-Mitré, 1995).

En otra muestra de adolescentes entre 14 y 20 años en lo que se refiere a la categoría de peso normal se encontró un 43% en las escuelas privadas en comparación con escuelas de danza con un 11.6%; en las escuelas públicas desapareció la categoría peso muy bajo, observándose mayor peso en relación con otras escuelas, sobrepeso en un 29.6% y obesidad en un 3.7% (Gómez Pérez-Mitré, 1995).

Unikel y Gómez Pérez-Mitré (1996), hicieron un estudio con dos grupos de adolescentes, el primero integrado por estudiantes de danza, y el segundo por estudiantes de secundaria y preparatoria de escuelas privadas. Los resultados del estudio anterior mostraron en el primer grupo un mayor índice de conductas anómalas características de los trastornos alimentarios, como accesos bulímicos, dietas y sentimientos de culpa asociados con su forma de comer. También en este grupo se observó un mayor deseo de ser delgadas y de tener una percepción subjetiva de gordura, aún cuando el peso de las estudiantes era menor al promedio según su edad y estatura; en donde no se encontraron diferencias significativas entre los grupos fue que en general las adolescentes se percibieron con más peso del que tenían, tenían el deseo de estar delgadas, realizaban ejercicio en exceso y se preocupaban por su peso. Una conclusión a la que llegaron estas investigadoras fue que es muy común en la población en general la presencia de síntomas de algunos trastornos, más que cuadros clínicos completos.

En la investigación de Rivera (1997), con una muestra de N=200 estudiantes de bachillerato de nivel socioeconómico (NSE) medio y bajo, se obtuvieron los siguientes resultados: los factores de riesgo asociados con la conducta alimentaria que pueden contribuir al desarrollo de trastornos alimentarios, se encuentran con mayor tendencia entre las adolescentes de nivel socioeconómico medio. Las conductas con más alto porcentaje fueron:

práctica de dietas, sobrealimentación, ejercicio excesivo, temor a subir de peso, insatisfacción con la figura y preocupación por el peso. Los factores de riesgo que con más frecuencia se reportaron fueron: estar triste, estar aburrido y sentir que la comida da tranquilidad o es un buen remedio para la depresión.

En el estudio de Unikel (1998), destacó la presencia del síndrome parcial de desórdenes del comer en el 52% de los casos de una población de adolescentes mujeres estudiantes de ballet, en comparación con las que estaban en escuelas públicas con un 26.8% y con el grupo de estudiantes de escuelas privadas que obtuvo un 42.5%.

Los síndromes parciales que más se reportaron en estos grupos fueron:

- sentimientos de culpa al consumir alimentos engordadores.
- seguimiento de dietas.
- preocupación por comer, la figura y el peso.

Otro hallazgo importante fue que estos síndromes parciales aparecían en su mayoría en los estudiantes con peso corporal normal (57.4)%, peso bajo (21.3%) y sobrepeso (19.7%); además actividades como el ballet contribuían en 2.4 veces más de riesgo para desarrollar algún síndrome parcial.

CAPITULO V PLAN DE INVESTIGACION Y METODO

5.1. PROPOSITO DEL ESTUDIO.

Investigar la relación que existe entre las conductas alimentarias de riesgo y el nivel socioeconómico en estudiantes hombres y mujeres, como factores importantes de riesgo para el desarrollo de desórdenes en el comer, con el fin de aportar información para la prevención de estos trastornos.

5.2. OBJETIVO.

Contribuir en el conocimiento de las conductas alimentarias de riesgo asociadas con el nivel socioeconómico en hombres y mujeres adolescentes y de esta manera obtener información útil para la elaboración de programas que ayuden a promover la cultura de la salud” .

5.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La presente investigación pretende determinar la relación que existe entre las conductas alimentarias de riesgo y el nivel socioeconómico para el desarrollo de desórdenes alimentarios, en sujetos adolescentes hombres y mujeres de preparatorias públicas y privadas, y con base en esto investigar:

- 1) ¿Existen diferencias estadísticamente significativas entre los hombres y las mujeres de la muestra, en relación con las conductas alimentarias de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios?

” Proyecto de Investigación: “Estudios de Validez: trastornos de la alimentación y alteraciones de la nutrición en muestras de preadolescentes mexicanos”. No. IN300897, aprobado por el Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPPIIT), bajo la responsabilidad de la Dra. Gilda Gómez Pérez-Mitré.

- 2) ¿Existen diferencias estadísticamente significativas entre los hombres y las mujeres de nivel socioeconómico medio, en comparación con los hombres y las mujeres de nivel socioeconómico bajo?
- 3) ¿Cuáles son las principales conductas alimentarias de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios en hombres y mujeres?
- 4) ¿Existe interacción entre las conductas alimentarias de riesgo y el nivel socioeconómico entre los grupos de adolescentes hombres y mujeres de la muestra?

5.4. DEFINICION DE VARIABLES.

5.4.1. VARIABLE DEPENDIENTE:

Conductas alimentarias de riesgo.

5.4.1.1. DEFINICION CONCEPTUAL.

Las conductas alimentarias de riesgo se definen como los patrones distorsionados de consumo de alimento, entre las que se incluyen: atracones o episodios de ingesta voraz, seguimiento anormal de dietas, seguimiento de dietas en forma restrictiva, abuso de laxantes, diuréticos y anfetaminas, exceso de ejercicio, vómito autoinducido, masticar y escupir comida y saltarse comidas. Estas conductas constituyen factores de riesgo para los desórdenes del comer y el síndrome parcial de los desórdenes del comer. (Unikel, 1998).

5.4.1.2. DEFINICION OPERACIONAL.

Esta variable fue estudiada por medio de las respuestas a las variables relacionadas con las conductas alimentarias de riesgo para el desarrollo de trastornos en la alimentación del Cuestionario de Alimentación y Salud (Gómez Pérez-Mitré, 1993, 1993b, 1995.). Estas variables son:

- Conducta alimentaria compulsiva
- Conducta alimentaria normal
- Preocupación por el peso y por la comida
- Dieta crónica y restrictiva
- Dieta hipocalórica

5.5. VARIABLES INDEPENDIENTES:

Sexo: Masculino o Femenino

Nivel socioeconómico: Medio y Bajo.

5.5.1.1. DEFINICION CONCEPTUAL.

CLASE SOCIAL: Es utilizado para denotar desde agregados de individuos o de familias que comparten determinado nivel de vida y que pueden ser ubicados en forma jerárquica (clase alta, media, baja y demás calificativos como popular, media-alta, etc.), hasta grupos que actúan en forma cohesionada para imponer o defender sus intereses en el contexto de cada uno de los sistemas económico-político-sociales que han caracterizado el devenir de las sociedades humanas. (Loeza y Stern, 1987).

NIVEL SOCIOECONOMICO.

Es un índice estimado que evalúa la posición social de una persona, para que esta pase así a formar parte de una categoría dentro de un grupo o sociedad (Secord, 1974).

NIVEL SOCIOECONOMICO MEDIO: Este nivel esta conformado por grupos que llevan a cabo tareas no manuales, que residen en su mayoría en centros urbanos y que desarrollan actividades ubicadas en el sector secundario (industria) y predominantemente en el sector terciario de la economía (comercio, transporte, servicios). Por lo general cuentan mínimamente con algunos años de instrucción secundaria y con ingresos que les permiten no sólo satisfacer sus necesidades básicas sino también otras adicionales. (Loeza y Stern, 1987).

NIVEL SOCIOECONOMICO BAJO: Designación amplia de un status de clase social definido en general por los escasos ingresos y los bajos niveles de educación de sus miembros, así como por el modo como éstos se ven a sí mismos y son vistos por los demás en relación con el sistema de clases de la sociedad. (Theodorson y Theodorson, 1978).

5.5.1.2. DEFINICION OPERACIONAL.

Nivel Socioeconómico: Se determinó por el ingreso y el tipo de escuela a la que pertenecía el sujeto, información que se obtuvo de las respuestas a los reactivos relacionados con el nivel socioeconómico (reactivos 1, 2, 3, 7, 8, 9 y 10 del Cuestionario de Alimentación y Salud (Gómez Pérez-Mitré, 1993, 1993b, 1995).

Nivel Socioeconómico Bajo: El tipo de escuela fue pública, el ingreso familiar menor a \$1000.00 pesos mensuales.

Nivel Socioeconómico Medio: En este nivel el tipo de escuela fue privada, y el ingreso familiar de \$5000.00 pesos o más mensuales.

5.6. VARIABLES ASOCIADAS A LAS CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO.

SÍNDROMES PARCIALES (CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO).

5.6.1. DEFINICIÓN CONCEPTUAL.

El síndrome parcial es una categoría propuesta por Button & Whitehouse (1981), y operacionalizada por Wood, Waller & Gowers (1994), para clasificar la presencia de algunas prácticas anómalas del comer sin alcanzar criterios diagnósticos (Unikel, 1998).

Se define como la presencia de una o más de las siguientes prácticas:

- atracones o episodios de ingesta voraz: Comer en un periodo discreto de tiempo (< 2 hrs.), una cantidad de comida definitivamente mayor a la que comerían la mayoría de los individuos bajo circunstancias similares, tomando en cuenta la situación en la que ocurre la misma (comida normal, celebraciones, etc.) (DSM-IV, 1994).
- Dieta: Cantidad y tipo de alimento y bebida habitual que toma una persona durante el día; más estrictamente, la cantidad de alimentos

planeada para cubrir los requerimientos específicos de un individuo; incluye y excluye determinados alimentos (Weller, 1989).

- Seguimiento de dietas en forma anormal: Individuos que reportan seguimiento de dietas con la finalidad de controlar el peso, pero que mantienen su consumo a un nivel razonable. Aunque puede haber preocupación por el peso, el seguimiento de dietas no es primordial en sus vidas. Se mantiene cierto control sobre la dieta y no hay reportes de grandes fluctuaciones de peso (+ - 3 kg.) o de periodos de ausencia de comida (Unikel, 1998).
- Abuso de laxantes, diuréticos y anfetaminas: Consumo de cualquiera de estas sustancias fuera de prescripción médica y con la finalidad expresa de controlar o bajar de peso. Laxante: Medicamento que sirve para facilitar la evacuación del vientre (Piñeiro, Pérez y Leyva, 1995).
- Consumo de anfetaminas: Cualquier fármaco relacionado en forma cercana con la anfetamina y que tiene reacciones similares, como la metanfetamina. Las anfetaminas surten el efecto temporal de incrementar la energía, y la alerta mental aparente. Se usan en algunos casos de depresión mental y alcoholismo, en la rigidez crónica después de encefalitis, en ataques de narcolepsia y para disminuir el apetito en las personas obesas. (Weller, 1989).
- Exceso de ejercicio: El ejercicio se define como cualquier movimiento corporal repetido y destinado a conservar la salud o recobrarla (Piñeiro, Pérez y Leyva, 1995). Para el caso de las conductas de riesgo debe existir una práctica excesiva del mismo (> 1 hora diaria) con la finalidad

de controlar o bajar de peso, (por ejemplo: el practicar aerobics, correr, andar en bicicleta, etcétera).

- **Vómito autoinducido:** Acción y efecto de expulsar de forma violenta por la boca el contenido del estómago. (Piñeiro, Pérez y Leyva, 1995).
- **Ayuno.-** Abstención total o parcial de comida o bebida. (Piñeiro, Pérez y Leyva, 1995).
- **Masticar y escupir comida:** Proceso por el cual los alimentos se trituran con los dientes y se escupen sin tragarse.
- **Saltarse comidas:** Comer menos de tres comidas al día para controlar el peso.

METODO

5.7. DISEÑO DE INVESTIGACION.

Se trata de un estudio exploratorio de campo correlacional y transversal de dos grupos con observaciones independientes en donde se compara la relación del nivel socioeconómico (medio y bajo) y las conductas alimentarias de riesgo.

5.8. MUESTRA.

Se utilizó una muestra de hombres y mujeres, intencional, no probabilística de adolescentes que estaban cursando el bachillerato en escuelas públicas

(índice de nivel socioeconómico bajo) y privadas (índice de nivel socioeconómico medio).

La muestra estuvo formada por un total de N= 240 hombres y mujeres, de ellos n1=120 tuvieron un índice de nivel socioeconómico bajo y n2=120 tuvieron un índice de nivel socioeconómico medio, ambos formados por hombres y mujeres, los cuales se dividen de la siguiente manera:

GRUPO 1.

Está constituido por individuos de nivel socioeconómico bajo.

SUBGRUPO 1. Estudiantes femeninas de nivel socioeconómico bajo, n= 60 con un ingreso menor a \$1000.00 mensual.

SUBGRUPO 2. Estudiantes masculinos de nivel socioeconómico bajo, n= 60 con un ingreso menor a \$1000.00 mensual.

GRUPO 2.

Esta constituido por individuos de nivel socioeconómico medio.

SUBGRUPO 1. Estudiantes femeninas de nivel socioeconómico medio, n= 60 con un ingreso de \$5000.00 o más mensual.

SUBGRUPO 2. Estudiantes masculinos de nivel socioeconómico medio, n= 60 con un ingreso de \$5000.00 o más mensual.

5.9. CONTROL DE VARIABLES.

Los sujetos seleccionados debieron cumplir con las características que a continuación se describen:

Sexo:	Femenino y Masculino
Edad:	De 14 a 19 años
Ocupación	Estudiantes
Escolaridad:	Preparatoria (bachillerato)
Nivel socioeconómico:	Medio y Bajo.

5.10. INSTRUMENTO.

Para la medición de la variable independiente se utilizó el Cuestionario de Alimentación y Salud de formato mixto (XX) y (XY) (Gómez Pérez-Mitré, 1993, 1993b, 1995), que se compone de cinco variables que exploran distintas áreas de la conducta alimentaria de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios; para seleccionar cada una de las variables de estudio, se sumaron los reactivos que a criterio de la Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos de la Alimentación (EFRATA), se relacionaban con ese tipo de problema,^{*} se siguió el criterio de que a mayor puntaje mayor problema.

* Actualmente, se tienen los factores de la EFRATA.

**AREA SOCIOECONOMICA: Compuesta por 7 reactivos (1, 2, 7, 8, 9 y 10)
con clave 01 y 02.**

- 1.- ¿Qué estás estudiando?
- 2.- ¿Trabajas?
- 7.- El ingreso mensual familiar es aproximadamente de:
- 8.- ¿Quién o quienes aportan al ingreso mensual familiar?
- 9.- Años de estudio de tu padre.
- 10.- Años de estudio de tu madre.

Los reactivos 1, 2, 7, 8, 9 y 10 con 6 opciones de respuesta A, B, C, D, E Y F (ver anexo) y el reactivo 2 con dos opciones de respuesta A y B.

5.11. VARIABLES ASOCIADAS A LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

VARIABLES ASOCIADAS CON CONDUCTA ALIMENTARIA COMPULSIVA.

92. Paso por periodos en los que siento que podría comer sin parar.
104. Paso por periodos en los que como con exceso.
119. Como grandes cantidades de alimento aunque no tenga hambre.
124. No siento apetito o ganas de comer pero cuando empiezo nada me detiene.
125. Siento que mi forma de comer se sale de mi control.
126. Mi problema es empezar a comer pero una vez que empiezo difícilmente puedo detenerme.
127. No soy consciente (no me doy cuenta) de cuanto como.
128. Siento que no puedo parar de comer.

- 129. Como sin medida.
- 130. Me asusta pensar que pueda perder el control sobre mi forma de comer.
- 143. Siento que como más de lo que la mayoría de la gente come.
- 147. Siento que como más rápidamente que la mayoría de la gente.
- 148. No tengo control sobre mi forma de comer.

VARIABLES ASOCIADAS CON CONDUCTA ALIMENTARIA NORMAL.

- 93. Cuido que mi dieta sea nutritiva.
- 103. Como lo que es bueno para mi salud.
- 105. Cuido que mis comidas contengan alimentos con fibra.
- 108. Procuro mejorar mis hábitos alimenticios.
- 116. Procuro comer verduras.
- 117. Procuro estar al día sobre lo que debe ser una dieta adecuada.
- 118. Cuido que mi dieta contenga un mínimo de grasas.
- 123. Procuro tomar complementos vitamínicos.

VARIABLES ASOCIADAS CON PREOCUPACIÓN POR EL PESO Y LA COMIDA.

- 99. Comer de más me provoca sentimientos de culpa.
- 101. Ingiero comidas y/o bebidas dietéticas libres de azúcares; con el propósito de cuidar mi peso.
- 102. Sostengo verdaderas luchas conmigo mismo (a) antes de consumir alimentos "engordadores".

- 141. Soy de los que se preocupan constantemente por la comida (porque siento que como mucho; porque temo engordar).
- 142. Si no veo la comida me la puedo pasar sin comer.
- 144. Me avergüenza comer tanto.
- 145. Me deprimó cuando como de más.

VARIABLES ASOCIADAS CON DIETA CRÓNICA Y RESTRICTIVA.

- 135. Siempre estoy a dieta, la rompo y vuelvo a empezar.
- 138. Me la paso "muriéndome de hambre" ya que constantemente hago dietas.
- 139. "Pertenezco al club" de los que para controlar su peso se saltan las comidas.
- 140. Suelo comer masivamente (por ejemplo, no desayuno, no como, pero ceno mucho)
- 149. Hago ejercicio en exceso como un medio de control de peso.
- 154. Las personas que pierden el control con la comida se guían por el lema "todo con exceso nada con medida".
- 162. Poco se puede esperar de alguien que no tiene control sobre su apetito.

VARIABLES ASOCIADAS CON DIETA HIPOCALÓRICA.

- 111. Evito comer harinas y/o pastas para no subir de peso.
- 114. Evito las tortillas y el pan para mantenerme delgada (o).
- 118. Cuido que mi dieta contenga un mínimo de grasas.

Cada variable tenía cinco opciones de respuesta: totalmente falso, falso, a veces falso y a veces cierto, cierto y totalmente cierto. Estas respuestas tenían un valor de (1, 2, 3, 4 y 5). El puntaje más alto señalaba mayor problema en la alimentación.

5.12. FORMA DE CALIFICACION.

Los reactivos de cada área se calificaron dando puntajes más altos a las respuestas que implicaban mayor presencia de conductas alimentarias de riesgo.

5.13. PROCEDIMIENTO.

1. Se solicitó autorización a las autoridades de las Instituciones en donde se aplicó el instrumento.
2. Se efectuó la aplicación del Cuestionario de Alimentación y Salud en forma colectiva.
3. La población que formó parte de la muestra fueron adolescentes que aceptaron participar voluntariamente en el estudio.
4. El escenario en donde se aplicaron los Cuestionarios fueron salones de clase de las diferentes escuelas a las que se asistió.

CAPITULO VI

RESULTADOS

La finalidad del presente estudio fue determinar la relación entre las conductas alimentarias de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios y el nivel socioeconómico en estudiantes de preparatorias públicas y privadas, a los que se les aplicó un Cuestionario sobre Alimentación y Salud (Gómez Pérez-Mitré, 1993,1993b, 1995). Este estudio formó parte de una investigación mayor, cuyo objetivo fundamental fue contribuir a la prevención primaria de los trastornos de la alimentación.

Una vez que se recopilaron los datos, se procedió a la captura y análisis de la información, para lo cual se utilizó el paquete estadístico SPSS (Paquete Estadístico Aplicado a las Ciencias Sociales en su versión para Windows). Los resultados que obtuvieron se describen enseguida:

6.1. Descripción de la muestra.

Se seleccionó una muestra total no probabilística de (N=240) estudiantes de preparatorias de nivel socioeconómico bajo y medio. El primer grupo (n=120) constituido por hombres y mujeres de nivel socioeconómico medio y el segundo grupo (n=120) estuvo representado por hombres y mujeres de nivel socioeconómico bajo.

El rango de edades de los estudiantes se encontraba entre los 14 y los 19 años. Se obtuvieron los promedios de edades de los sujetos por sexo y por nivel socioeconómico, siendo los resultados muy similares, el promedio fue de 16 años con desviaciones de 1 a 1.4 la más alta. (Ver tabla 1).

Tabla 1. Promedio de edad por sexo y por nivel socioeconómico.

Nivel Socioeconómico	HOMBRES	X	S	MUJERES	X	S
Medio	60	16.36	1.4725	60	16.21	1.0266
Bajo	60	16.36	1.2346	60	16.58	1.3441
TOTAL	120			120		

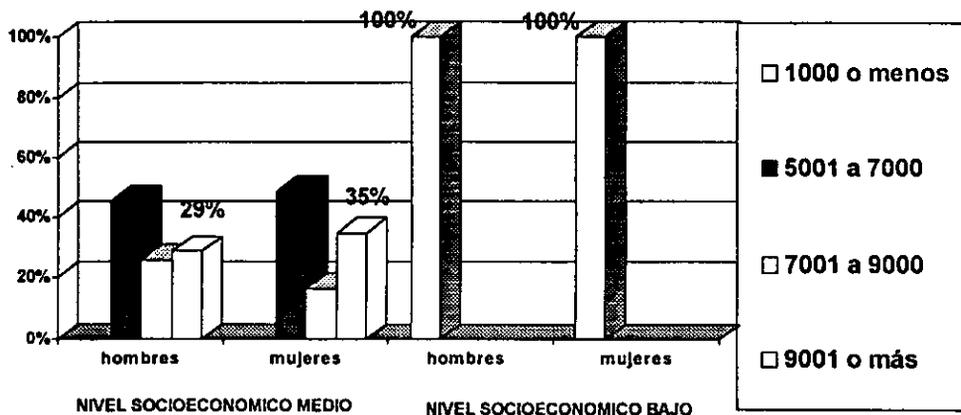
En cuanto al nivel de ingreso mensual familiar se observaron los siguientes porcentajes:

Tabla 2.- Ingreso mensual familiar por sexo y nivel socioeconómico.

INGRESO MENSUAL	NSE MEDIO		NSE BAJO	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
1000 pesos o menos			100%	100%
1001 a 3000				
3001 a 5000				
5001 a 7000	45.2%	48.3%		
7001 a 9000	26.0%	16.7%		
9001 o más	28.8%	35.0%		
TOTAL	100%	100%	100%	100%

En el caso de los estudiantes de nivel socioeconómico medio, sus ingresos oscilaban entre 5001 a 9001 pesos o más. Así mismo, se encontró que en la clase media, la mayoría (hombres 45.2% y mujeres 48.3%) tenían un ingreso de 5001 a 7000 pesos mensuales (ver tabla 2). En los estudiantes de nivel socioeconómico bajo el 100% tenían un ingreso de 1000 pesos o menos.

Gráfica 1.- Distribución de porcentajes por sexo y nivel socioeconómico, de la pregunta relacionada con el ingreso mensual familiar.



Como se puede observar en la gráfica 1, la diferencia de ingresos entre los estudiantes de nivel socioeconómico bajo y medio fue notable, ya que todos los estudiantes de nivel socioeconómico bajo tenían un ingreso de 1000 pesos o menos mensualmente.

Con respecto a los estudiantes que tenían compromiso laboral, la mayoría no trabajaba, no obstante el 11% de la población masculina de nivel socioeconómico medio sí trabajaba y el 6.7 % de las mujeres tenían compromiso laboral. En cuanto a los estudiantes de nivel socioeconómico bajo se incrementó el porcentaje de los hombres que trabajaban (24%), así como en las mujeres el porcentaje fue mayor (11.2%), que las de nivel medio.

La mayoría de los estudiantes (del 83.3% al 93.5%) viven con su familia nuclear, sin embargo en el nivel socioeconómico medio se dio ligeramente más alto el índice de estudiantes que viven con sólo uno de sus padres

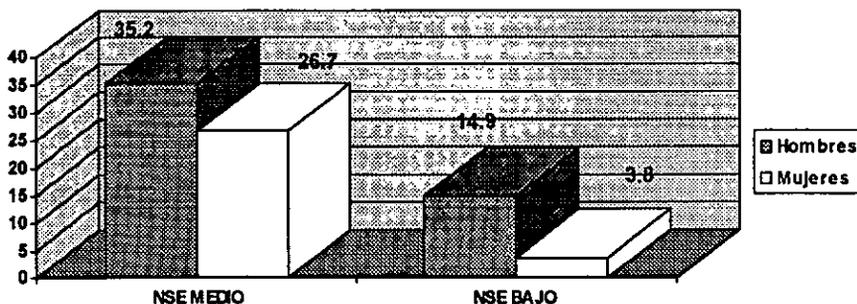
(hombres 15.3% y mujeres 6.7%), algunas mujeres de nivel medio vivían en pareja (1.7%) y los hombres del mismo nivel socioeconómico (1.4%) vivían solos (ver tabla 3).

Tabla 3. Porcentaje de respuesta por sexo y nivel socioeconómico a la pregunta ¿Con quién vives?

VIVES CON:	NSE MEDIO		NSE BAJO	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Con la familia nuclear	83.3%	90%	87.2%	93.5%
Con su padre o madre	15.3%	6.7%	11.3%	6.5%
Con algún hermano (a)		1.7%	1.5%	
Con esposo (a) o pareja		1.7%		
Sólo (a)	1.4%			
Con una amigo (a)				
TOTAL	100%	100%	100%	100%

Con respecto a la sexualidad, un número mayor de estudiantes de nivel socioeconómico medio en ambos sexos reportaron tener vida sexual activa (hombres 35.2% y mujeres 26.7%), en comparación con los de nivel socioeconómico bajo (hombres 14.9% y mujeres 3.8%). (ver gráfica 2)

Gráfica 2.- Respuestas a la pregunta ¿Tienes o has tenido vida sexual activa?



En lo que se refiere al nivel académico de los padres de los estudiantes, se observó un grado de estudio de 18 años o más en los sujetos de nivel socioeconómico medio (51.4% en hombres y 40% en las mujeres); en los padres del nivel socioeconómico bajo, se observó menor grado de estudios; en los hombres el mayor porcentaje (38.5%) fue de 6 a 8 años de estudio y en las mujeres el mayor porcentaje (29.1%) se dio entre 9 y 11 años de estudio. (ver tabla 4).

Tabla 4. Distribución de porcentaje por sexo y nivel socioeconómico y sexo para la pregunta: años de estudio tu padre.

AÑOS DE ESTUDIO DEL PADRE	NSE MEDIO		NSE BAJO	
	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER
Menos de 6 años	2.9%	1.7%	25.4%	27.2%
De 6 a 8 años	10.0%	1.7%	38.5%	12.6%
De 9 a 11 años	8.6%	11.7%	12.3%	29.1%
De 12 a 14 años	8.6%	15.0%	7.7%	10.7%
De 15 a 17 años	18.6%	30.0%	6.9%	10.7%
18 años o mas de estudios	51.4%	40.0%	9.2%	9.7%
TOTAL	100%	100%	100%	100%

De igual manera que en los padres de nivel medio, el mayor grado académico (18 años o más de estudios) correspondió a las madres de las mujeres de nivel socioeconómico medio con un 30.0% y un 28.8% de las madres de los hombres de nivel medio tenían entre 15 y 17 años de estudio; para las madres de los hombres de nivel socioeconómico bajo un 34.1% tenía menos de seis años de estudio, para las mujeres del mismo nivel el 30.2% de sus madres contaban con una escolaridad de 6 a 8 años de estudio (ver tabla 5).

Tabla 5. Distribución de porcentaje por sexo y nivel socioeconómico para la pregunta: años de estudio de tu madre.

AÑOS DE ESTUDIO DE LA MADRE	NSE MEDIO		NSE BAJO	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Menos de 6 años	4.1%	1.7%	34.1%	22.6%
De 6 a 8 años	12.3%	10.0%	32.6%	30.2%
De 9 a 11 años	9.6%	15.0%	18.2%	20.8%
De 12 a 14 años	19.2%	21.7%	3.8%	10.4%
De 15 a 17 años	28.8%	21.7%	6.1%	11.3%
18 años o mas de estudios	26.0%	30.0%	5.3%	4.7%
TOTAL	100%	100%	100%	100%

6.2. DESCRIPCION DE LAS VARIABLES DE INTERÉS.

Las variables de interés se seleccionaron con el propósito de alcanzar un panorama general de los antecedentes de la conducta alimentaria en los alumnos de la muestra.

Para realizar la descripción de nuestras variables de interés de utilizaron tablas cruzadas (crosstabs) para relacionar éstas. Los resultados que se obtuvieron, se presentan a continuación:

En cuanto a haber tenido problemas con el peso corporal, la mayoría de los alumnos de la muestra dijeron no haber tenido problemas, principalmente los hombres y mujeres de nivel socioeconómico medio con un 67.6 % y 69.5 % respectivamente, los hombres de nivel socioeconómico bajo tuvieron un porcentaje de 65.9%. En relación al total de los estudiantes que comentaron haber tenido problemas con su peso corporal, las mujeres de nivel socioeconómico bajo tuvieron el porcentaje más alto (44.8%). (ver tabla 6).

Tabla 6.- Distribución de porcentajes por sexo y nivel socioeconómico de las respuestas dadas a la pregunta:

¿Tienes o has tenido problemas con tu peso corporal?

Respuesta	NSE MEDIO		NSE BAJO	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
a) No	67.6	69.5	65.9	55.2
b) Si	32.4	30.5	34.1	44.8
TOTAL	100%	100%	100%	100%

Con respecto a la pregunta del problema de falta de peso o sobrepeso, la mayoría de los alumnos reportaron tener sobrepeso, con un porcentaje máximo en las mujeres del nivel socioeconómico medio (88%) y en las de nivel socioeconómico bajo (63.2%).

Los que reportaron falta de peso, el mayor porcentaje correspondió a los hombres tanto de nivel socioeconómico bajo como medio (46.6% y 44.4% respectivamente). Las mujeres de nivel socioeconómico medio fueron las que menor porcentaje reportaron (12.0%) en cuanto a la falta de peso. (ver tabla 7).

Tabla 7.- Distribución de porcentajes por sexo y nivel socioeconómico de las respuestas dadas a la pregunta:

Tu problema es o era...

Respuesta	NSE MEDIO		NSE BAJO	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
a) Sobrepeso	55.6%	88%	53.4%	63.2%
b) Falta de peso	44.4%	12.0%	46.6%	36.8%
TOTAL	100%	100%	100%	100%

Por otro lado, con respecto a la práctica de dietas, se observó que la mayoría de los estudiantes reportaron no haber hecho dieta alguna vez para controlar su peso. Los hombres de nivel socioeconómico bajo, fueron los que mayor porcentaje tuvieron (92.2%) a esta pregunta, seguidos por los de nivel medio con 84.9%.

El grupo que más respondió si haber hecho dieta fue el de las mujeres de nivel socioeconómico medio con 46.7% y las del nivel bajo con un 24.8%. (ver tabla 8).

Tabla 8.- Distribución de porcentajes por sexo y nivel socioeconómico de las respuestas dadas a la pregunta:

Alguna (as) ocasiones has hecho dieta para controlar tu peso.

Respuesta	NSE MEDIO		NSE BAJO	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
a) No	84.9%	53.3%	92.2%	75.2%
b) Si	15.1%	46.7%	7.8%	24.8%
TOTAL	100%	100%	100%	100%

En las respuestas dadas a la variable de las edades en donde más se reportó el inicio de práctica de dietas, fue entre los 12 y los 14 años (de 43.8% a 52.9%). El mayor porcentaje correspondió a los hombres de nivel socioeconómico bajo (52.9%), y a los de nivel socioeconómico medio un 50%. (ver tabla 9).

Tabla 9.- Distribución de porcentajes por sexo y nivel socioeconómico de las respuestas dadas a la pregunta:

¿Qué edad tenías cuando hiciste tu primera dieta?

EDAD	NSE MEDIO		NSE BAJO	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Menos de 9 años	14.3%	3.1%	17.6%	0.0%
De 9 a 11 años	14.3%	6.3%	17.6%	6.1%
De 12 a 14 años	50%	43.8%	52.9%	45.5%
De 15 a 17 años	7.1%	43.8%	5.9%	39.4%
De 18 a 20 años	14.3%	3.1%	5.9%	9.1%
TOTAL	100%	100%	100%	100%

6.3. ANALISIS DE LAS VARIABLES RELACIONADAS CON LAS CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO POR SEXO Y POR NIVEL SOCIOECONOMICO.

Para seleccionar cada una de las variables del estudio se sumaron los reactivos que a criterio de la Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos de la Alimentación (EFRATA) se relacionaban con ese tipo de problema, se siguió el criterio que a mayor puntaje mayor problema.

Se usó un Análisis de Varianza (ANOVA) de 2 x 2 para observar cómo influyen las variables independientes (sexo y nivel socioeconómico) sobre la variable dependiente (conductas alimentarias de riesgo), ya sea en forma separada como en la interacción de ambas variables.

En el siguiente cuadro se presentan las Medias y Desviaciones Estandard de las variables que se consideraron para la investigación en los grupos de estudio.

* Actualmente, se tienen los factores de la EFRATA.

Tabla 10.- Distribución de Medias y Desviaciones Estandard por nivel socioeconómico y sexo del grupo de variables que se relacionan con la conducta alimentaria.

GRUPO DE VARIABLES	NSE MEDIO				NSE BAJO			
	HOMBRES		MUJERES		HOMBRES		MUJERES	
	X	S	X	S	X	S	X	S
Conducta alimentaria compulsiva.	24.1786	7.0145	25.4231	9.4627	22.5179	6.3532	23.4815	7.5629
Conducta alimentaria normal	25.3571	3.6102	23.9808	5.0312	24.5357	4.4270	24.6111	4.5284
Preocupación por el peso y la comida	10.4286	3.7845	13.8462	5.6582	11.8036	3.3052	14.5556	6.7199
Dieta crónica y restrictiva	12.1250	3.1338	14.0385	4.4456	14.2500	3.5891	14.0370	3.3868
Dieta hipocalórica	4.3929	2.5131	6.0192	2.9605	4.8929	2.2618	5.2776	2.4909

A continuación se describirá como se conformó cada uno de los grupos de variables, así como los valores para F obtenidos.

Tabla 11.- Distribución de Medias y Desviaciones Estandard del grupo de variables que se relacionan con: CONDUCTA ALIMENTARIA COMPULSIVA.

REACTIVO	X	S
128. Siento que no puedo parar de comer.	1.64	.8013
126. Mi problema es empezar a comer pero . . . difícilmente puedo detenerme.	1.61	.7337
125. Siento que mi forma de comer se sale de mi control.	1.94	.9569
129. Como sin medida.	1.85	.9302
124. No siento apetito o ganas de comer pero . . . nadie me detiene.	1.87	.9109
127. No soy consciente (no me doy cuenta)de cuanto como.	1.92	.9551
148. No tengo control sobre mi forma de comer.	1.88	.9398
143. Siento que como más de lo que la mayoría de la gente come.	2.11	.9938
130. Me asusta pensar que puedo perder el control sobre mi forma de comer.	1.97	1.0837
104. Paso por periodos en los que como con exceso.	1.92	.8998
147. Siento que como más rápido que la mayoría de la gente.	2.36	1.1662
119. Como grandes cantidades de alimento aunque no tenga hambre.	1.44	.7453
92. Paso por periodos en los que siento que podría comer sin parar.	1.66	.9076

Alpha: .8868

X: 24.1745

S: 7.8924

El valor de alpha obtenido en esta variable fue de .8868 lo cual nos indica que el coeficiente de consistencia interna es alto.

En esta variable no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos: de nivel socioeconómico $F(1, 231) = 3.053$ $P = .082$; y por sexo $F(1, 231) = 1.501$ $P = .222$. No obstante, se observó un incremento en la conducta alimentaria compulsiva en los estudiantes de nivel socioeconómico

medio tanto en mujeres $X=25.4231$ $S=9.4627$ como en hombres $X=24.1786$ $S=7.0145$, con respecto al nivel bajo que obtuvieron $X=22.5179$ $S=6.3532$ en hombres y $X=23.4815$ $S=7.5629$ en mujeres (ver tabla 10).

Tabla 12.- Distribución de Medias y Desviaciones Estandard del grupo de variables que se relacionan con: CONDUCTA ALIMENTARIA NORMAL.

REACTIVO	X	S
116. Procuro comer verduras.	2.99	1.1659
93. Cuido que mi dieta sea nutritiva.	3.59	1.1738
105. Cuido que mis comidas contengan alimentos con fibra.	3.94	1.1054
103. Como lo que es bueno para mi salud.	2.91	1.2223
108. Procuro mejorar mis hábitos alimentarios.	3.27	1.1164
117. Procuro estar al día sobre lo que debe ser una dieta adecuada.	4.21	1.0570
118. Cuido que mi dieta contenga un mínimo de grasa.	1.93	1.1875
123. Procuro tomar complementos alimenticios.	1.91	1.1070

Alpha: .5172

X: 24.7457

S: 4.3693

En esta variable el valor de alpha obtenido fue de .5172, lo cual indica que el coeficiente de consistencia interna es bajo.

En la variable de conducta alimentaria normal no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos: por nivel socioeconómico $F(1,28)=.020$ $P=.888$, y por sexo $F(1,228) =1.230$ $P=.269$. Sin embargo se observó que en la media de los hombres de nivel socioeconómico medio $X=25.3571$ $S=3.6102$ y en las mujeres de nivel socioeconómico bajo $X=24.6111$ $S=4.5284$ hubo un ligero incremento en la conducta estudiada, con respecto a los demás grupos. (ver tabla 10).

Tabla 13.- Distribución de Medias y Desviaciones Estandard del grupo de variables que se relacionan con: PREOCUPACION POR EL PESO Y LA COMIDA.

REACTIVO	X	S
99. Comer de mas me provoca sentimientos de culpa.	1.66	1.1353
101. Ingiero comidas y/o bebidas dietéticas libres de azucares con el propósito de cuidar mi peso.	1.43	.9205
102. Sostengo verdaderas luchas conmigo mismo (a) antes de consumir alimentos "engordadores"	1.58	.9786
141. Soy de los (as) que se preocupan constantemente por la comida (porque siento que como mucho, porque lemo engordar)	2.09	1.1972
142. Si no veo la comida me la puedo pasar sin comer.	2.35	1.1440
144. Me avergüenza comer tanto.	1.82	1.0368
145. Me deprimó cuando como de mas.	1.74	1.0120

Alpha = .8338 X: 12.6752 S: 5.2734

El valor de alpha obtenido en esta variable fue de .8338, lo cual indica que el coeficiente de consistencia interna es alto.

En las variables de preocupación por el peso y la comida si se encontraron diferencias estadísticamente significativas y estas diferencias se encontraron para el efecto principal sexo $F(1,230) = 18.348$ $P = .000$ (ver tabla 14). Las mujeres de ambos tipos de escuela observaron incremento. En las de nivel socioeconómico medio la $X = 13.8462$ $S = 5.6582$ y en las de nivel bajo la $X = 14.5556$ $S = 6.7199$, a diferencia de los hombres de nivel socioeconómico bajo y medio, que mostraron medias de $X = 10.4286$ $S = 3.7845$ y $X = 11.8036$ $S = 3.3052$, respectivamente. (ver tabla 10).

Tabla 14. Análisis de varianza para los grupos de hombres y mujeres de NSE medio y NSE bajo, para el grupo de variables que se relacionan con la preocupación por el peso y la comida.

	Suma de cuadrados	Grados de Libertad	Media Cuadrada	F	Probabilidad
Efectos Principales	519,754	2	259,877	10,032	.000
Nivel Socioeconómico	37,292	1	37,292	1,440	.231
Sexo	476,292	1	476,292	19,349	.000
Interacción NSE-Sexo	1,719	1	1,719	.066	.797
Varianza explicada	521,473	3	173,824	6710	.000
Residual	5957,84	230	25,904		
Total	6479,316	233	27,808		

Tabla 15.- Distribución de Medias y Desviaciones Estandard del grupo de variables que se relacionan con: DIETA CRONICA Y RESTRICTIVA.

REACTIVO	X	S
135. Siempre estoy a dieta, la rompo y vuelvo a empezar.	1.66	.9519
138. Me la paso "muriéndome de hambre" ya que constantemente hago dietas.	1.45	.6688
139. "Pertenezco al club" de los (as) que para controlar su peso se saltan las comidas.	1.46	.7067
140. Suelo comer masivamente (por ejemplo, no desayuno, no como pero ceno mucho).	1.86	.9339
149. Hago ejercicio en exceso como un medio de control de peso.	2.08	1.0226
154. Las personas que pierden el control con la comida se guían por el lema "todo con exceso nada con medida"	2.76	1.1837
162. Poco se puede esperar de alguien que no tiene control sobre su apetito.	2.40	1.2280

Alpha = .6208

X: 13.6652

S: 3.7783

El valor de alpha obtenido en esta variable fue de .6208 por lo que el coeficiente de consistencia interna es aceptable.

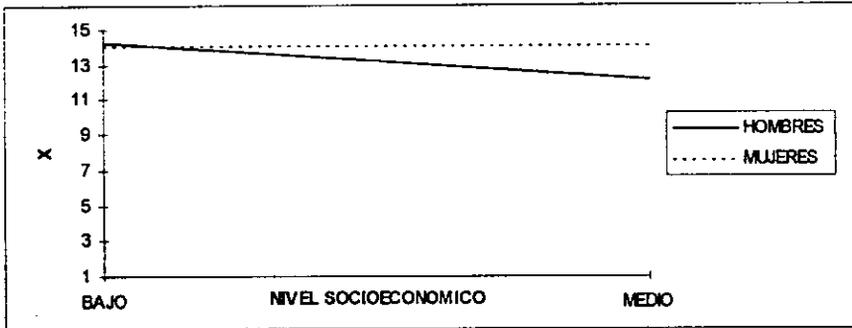
En el análisis de varianza de dos factores se encontró que existen diferencias significativas en la variable dieta crónica y restrictiva en la interacción de los grupos (interacción nivel socioeconómico y sexo) $F(1, 229) = 4.975$ $P = .027$ y en el efecto principal nivel socioeconómico $F(1, 229) = 3.942$ $P = .048$. (ver gráfica 16).

Tabla 16.- Análisis de varianza para los grupos de hombres y mujeres de NSE medio y NSE bajo, del grupo de variables que se relacionan con la dieta crónica y restrictiva.

	Suma de cuadrados	Grados de Libertad	Media Cuadrada	F	Probabilidad
Efectos Principales	84,518	2	42,259	3,064	.049
Nivel Socioeconómico	54,381	1	54,381	3,942	.048
Sexo	30,482	1	30,482	2,210	.139
Interacción NSE-Sexo	88,630	1	88,630	4,975	.027
Varianza explicada	153,019	3	51,006	3,698	.013
Residual	3158,869	229	13,794		
Total	3311,888	232	14,275		

Se puede destacar que las medias de las mujeres de los dos niveles socioeconómicos se mantuvieron constantes, a diferencia del caso de los hombres que tuvieron un leve decremento en el NSE medio (ver gráfica 3).

Gráfica 3. Interacción de los grupos de hombres y mujeres de NSE medio y NSE bajo, con respecto al grupo de variables relacionadas con dieta crónica y restrictiva.



En esta variable se observó que los puntajes de los grupos fueron similares, los hombres de nivel socioeconómico bajo $X=14.2500$ $S=3.5891$, en las mujeres de nivel medio la $X= 14.0385$ $S=4.4456$ y en las de nivel bajo la $X=14.0370$ $S=3.3868$; pero hubo un decremento en las medias de los hombres de nivel medio con una $X=12.1250$ $S=3.1338$ (ver tabla 10).

Tabla 17.- Distribución de Medias y Desviaciones Estandard del grupo de variables que se relacionan con: DIETA HIPOCALORICA.

REACTIVO	X	S
111. Evito comer harinas y/o pastas para no subir de peso.	1.66	.9882
114. Evito tortillas y el pan para mantenerme delgada (o)	1.57	.9556
118. Cuido que mi dieta contenga un mínimo de grasas.	1.93	1.1745

Alpha = .7531

X: 5.1597

S: 2.5622

El valor de alpha de esta variable fue de .7531 lo cual nos indica que el coeficiente de consistencia interna es aceptable.

En la dieta hipocalórica se observaron diferencias significativas, las cuales se encontraron para el efecto principal sexo: $F(1,234)=7.690$ $P=.006$ (ver tabla 18), ya que hubo un incremento en las medias de las mujeres de ambos niveles socioeconómicos, con respecto a las de los hombres; para las mujeres de nivel socioeconómico medio la $X= 6.0192$ $S=2.9605$ y para los hombres la $X=4.3929$ $S=2.5131$; para las mujeres de nivel bajo la $X= 5.2778$ $S=2.4909$ y para los hombres $X= 4.8929$ $S=2.2618$ (ver tabla 10).

Tabla 18.- Análisis de varianza para los grupos de hombres y mujeres de NSE medio y NSE bajo del grupo de variables que se relacionan con la dieta hipocalórica.

	Suma de cuadrados	Grados de Libertad	Media Cuadrada	F	Probabilidad
Efectos Principales	50,210	2	25,105	3,929	.021
Nivel Socioeconómico	1,201	1	1,201	.188	.665
Sexo	49,134	1	49,134	7,690	.006
Interacción NSE-Sexo	10,640	1	10,640	1,665	.198
Varianza explicada	60,849	3	20,283	3,175	.025
Residual	1495,084	234	6,389		
Total	1,555,933	237	6,565		

CAPITULO VII

DISCUSION Y CONCLUSIONES

El propósito de la presente investigación fue determinar la relación entre las conductas alimentarias de riesgo y el nivel socioeconómico en estudiantes de preparatorias públicas y privadas con la finalidad de explorar dichas conductas en los adolescentes mexicanos.

La muestra estuvo conformada por adolescentes hombres y mujeres de niveles socioeconómicos medio y bajo con un rango de edades entre 14 y 19 años, siendo la edad promedio en el total de la muestra de 16 años.

En los resultados que se obtuvieron en relación al nivel socioeconómico (NSE), tanto en el NSE medio como en el NSE bajo se pudo corroborar lo que dijo Theodorson y Theodorson en 1978 y Loaeza y Stern en 1987, acerca de que el NSE no sólo se encuentra determinado por el factor económico sino también por el factor cultural. En este caso los padres de los adolescentes de nivel medio además del ingreso, tenían un mayor nivel de estudios que los de la clase baja.

Al igual que en estudios previos (Rivera, 1997), el nivel socioeconómico no fue un factor relevante en la presencia de conductas alimentarias de riesgo, a diferencia de otras culturas en estudios de autores como: Moore, Stunkard y Srole 1962; Gordon y Stunkard, 1969; Rimm y Rimm, 1974 citados por Saldaña y Russell, 1988. que hallaron más la presencia de trastornos como la obesidad en el NSE bajo, así como Garfinkel y Garner (1982), citados por Toro (1988), que demostraron que la anorexia incide más en las clases sociales altas.

En nuestra investigación la ausencia de diferencias estadísticamente significativas en relación con el NSE se debió posiblemente a que aunque los ingresos y el grado de estudios de los padres variaban, estas muestras no son muy representativas de cada nivel socioeconómico, como se ha dado en otros países.

Lo que se ha visto en investigaciones en México es la ausencia de patologías como la anorexia, la bulimia y la obesidad en poblaciones normales, pero si hay estudios que muestran un incremento en el peso en estudiantes de escuelas públicas (Gómez Pérez-Mitré, 1995). No obstante, cada vez aparecen más algunos síntomas relacionados con la presencia de trastornos alimentarios en la población normal, lo que nos sirve como base para saber que personas son las que tienen un mayor riesgo de desarrollar trastornos alimentarios, como lo han comprobado anteriormente Unikel, (1998), Holtz (1992), Gómez Pérez-Mitré y Avila Angulo (en prensa).

Fue interesante observar que la mayoría de los adolescentes hombres y mujeres de NSE medio y los hombres de NSE bajo reportaron no haber tenido problemas con su peso corporal, a diferencia de las mujeres de NSE bajo. Al plantear lo anterior de manera más directa y cuestionar a los adolescentes si tenían sobrepeso o falta de éste, las mujeres de ambos niveles aceptaron en su mayoría tener sobrepeso; los hombres reconocieron tener sobrepeso pero en un porcentaje menor que las mujeres.

Murrieta (1997), también encontró una tendencia mayor en las adolescentes de NSE medio a percibirse con mayor sobrepeso que las de NSE bajo, esto coincide con las teorías sociales que hablan acerca de que el acto de comer está condicionado a los roles, y que las mujeres se sienten cada vez más presionadas a mantener un peso bajo para acercarse a los estereotipos

sociales, la teoría cognitiva-conductual también nos da información que nos ayuda a entender acerca de las ideas equivocadas que se tienen sobre el cuerpo y la figura; en el caso de los hombres aunque tengan sobrepeso son más aceptados por los demás, siendo las exigencias hacia éstos en función del poder y el estrato social.

Se pudo comprobar que al igual que en otros países la práctica de dietas es más común en las mujeres que en los hombres; aunque no hay la presencia de trastornos clínicos en la población estudiantil mexicana, si existe la presencia de conductas alimentarias de riesgo (síndromes parciales), siendo la conducta dietaria la que más se ha desarrollado. (Brownell 1991 citado por Mora y Raich, 1994; Holtz, (1992), Gómez Pérez-Mitré y Avila Angulo (en prensa) y Rivera (1997).

Es de destacar que las edades en donde los estudiantes comentaron haber iniciado su primer dieta fue entre los 12 y los 14 años, como lo han señalado antes Gómez Pérez-Mitré y Avila Angulo (en prensa), en donde niños de 5º y 6º grado de primaria (preadolescentes) ya presentaban "seguimiento de dietas", Rivera en 1997, obtuvo un mayor porcentaje de inicio de dietas entre los 12 y los 14 años y Takehito et al. (1994) publica el caso de una niña de 7 años.

En la mayoría de los grupos de variables que se relacionan con las conductas alimentarias, las mujeres presentaron una media más alta que los hombres, lo que concuerda con los hallazgos previos de autores como Escobar (1992), que encontró que las mujeres de escuelas privadas tenían una mayor prevalencia de conductas alimentarias de riesgo en comparación con las de escuelas públicas; en nuestro estudio las mujeres de NSE medio y NSE bajo se comportaban de forma similar, con un incremento significativo

con respecto a los hombres, lo que nos indicó que las conductas de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios no se relacionan de manera significativa con el nivel socioeconómico, pero el género sí tiene una correlación directa con las conductas de riesgo, como lo han dicho estudios previos. Brownell (1991); Canals, Gentzane, Fernández, Marti-Henneberg y Domenech (1996); Martínez, Toro, Salamero, Blecuá y Zaragoza (1993).

En el grupo de variables de conducta alimentaria compulsiva aunque no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de NSE medio y NSE bajo, los adolescentes tenían una media mayor en las variables que se referían al sentimiento de comer más y con mayor rapidez que la mayoría de la gente; en relación a esto Gómez Pérez-Mitré (1995), opina que el sentimiento de pérdida de control trae importantes trastornos psicológicos como son los sentimientos de culpa, inseguridad, baja autoestima y una constante lucha de la persona consigo misma, a lo que hay que sumar los cambios que se presentan normalmente en esta etapa.

En el grupo de variables de conducta alimentaria normal se vio que la mayoría de los estudiantes cuidan que sus comidas contengan alimentos con fibra y procuran estar al día sobre lo que es una dieta adecuada, también aquí no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

En el grupo de variables de preocupación por el peso y la comida, la variable sexo fue determinante para que se encontraran diferencias estadísticamente significativas, presentándose conductas como: preocupación constante por la comida y falta de control con respecto a la ingesta alimentaria en las mujeres de ambos niveles socioeconómicos, lo que concuerda con el estudio realizado por Moreno y Thelen (1995), en donde la mitad de las mujeres de su muestra dijeron haber hecho dieta en algún momento de su vida. Hubo

además un pequeño incremento en los estudiantes de NSE bajo con respecto a los de NSE medio lo que coincidió con los resultados obtenidos por Unikel, (1998).

En el grupo de variables de dieta crónica y restrictiva si hubo diferencias estadísticamente significativas en la interacción de los grupos por nivel socioeconómico y sexo; las mujeres se mantuvieron constantes en sus resultados, lo que sugiere que la presencia de dietas y ejercicio existe tanto en la clase media como en la clase baja, como lo han demostrado estudios como los de Touyz, Kopec-Schrader y Beumont, (1993); Unikel y Gómez Pérez - Mitré (1996), Unikel (1998), Crips, Burns y Bhat, (1986), Brownell, (1991) citado por Mora y Raich, (1994) y Rivera, (1997).

Con respecto a la variable anteriormente citada, se encontró una interacción en las medias de las mujeres de ambos NSE y la media de los hombres de NSE bajo, lo que nos aporta que las mujeres en general se mantienen estables en la realización de dieta crónica y restrictiva, pero en los hombres se decremantan estas conductas en el nivel socioeconómico medio.

En las variables de dieta hipocalórica las diferencias estadísticamente significativas fueron provocadas por la variable sexo, y nuevamente en el caso de las mujeres hubo un puntaje mayor en las medias, especialmente en relación al cuidado de que la dieta contenga un mínimo de grasas, lo que nos enseña la influencia de los medios de comunicación que cada vez anuncian más el consumo de alimentos "light" (bajos en calorías) y con un mínimo de grasas; esto corrobora los resultados que se dieron en el estudio de Azevedo y Ferreira (1992), en donde la ausencia de medios masivos de comunicación influyó significativamente en la baja prevalencia para ambos sexos de desórdenes alimentarios y síndromes parciales.

Finalmente, es fundamental destacar que la información que se tiene sobre los índices de mortalidad, recuperación y recaída en los trastornos de la conducta alimentaria, en general no muestran un buen pronóstico; de ahí el interés y la importancia de que se realicen programas de intervención primaria para evitar conductas alimentarias de riesgo que puedan desencadenar un problema más severo.

SUGERENCIAS Y LIMITACIONES

- ⇒ Ampliar los resultados encontrados en las conductas alimentarias de riesgo, comparando muestras más contrastadas, es decir, en lugar del NSE medio ver el NSE alto en escuelas como: Universidad La Salle, Universidad Iberoamericana, Universidad de las Américas y Universidad Anahuac; para el caso del NSE bajo, explorar en escuelas de colonias proletarias.
- ⇒ Hacer más investigación acerca de la ingesta compulsiva, ya que la mayoría de los estudios que existen se centran en la anorexia y la obesidad.
- ⇒ Con base en los estudios que se han realizado en México relacionados con el Índice de Masa Corporal (I.M.C), examinar esto en investigaciones posteriores en hombres y mujeres y con muestras contrastadas.
- ⇒ De acuerdo a los resultados encontrados, se sugiere hacer investigación sobre conductas alimentarias de riesgo en hombres y mujeres desde una perspectiva de género.

- ⇒ Profundizar acerca de los hábitos alimentarios de los adolescentes hombres y mujeres mexicanos.
- ⇒ Efectuar más estudios con respecto a los síndromes parciales en estudiantes adolescentes mexicanos, ya que como se observó en ésta y otras investigaciones es lo que más frecuentemente se presenta.
- ⇒ Entre las limitaciones que vimos sería el que no se cuenta con datos suficientes sobre la prevalencia e incidencia de los trastornos alimentarios en México, para tener más certeza de como se ha venido incrementando este problema en los últimos años.
- ⇒ Otra limitación es que los resultados obtenidos no se pueden generalizar a la población de adolescentes estudiantes mexicanos.

REFERENCIAS

Anorexia Nervosa and Related Eating Disorders, Inc. Post Office Box S102 Eugene, OR 9740.USA , 1996. [Http://www.anred.com](http://www.anred.com).

Aguiar, Y. & Rodríguez, A.R. (1997). Relación entre el nivel socioeconómico, la autopercepción de la imagen corporal y la autoatribución en adolescentes del nivel medio superior. Tesis de Licenciatura en Psicología. U.N.A.M.

Avila, H. (1997). El otro lado de la obesidad. Cuadernos de Nutrición, Vol. 20, No. 6, 8-12.

Barber, S.; Bolaños-Cacho, P.; López-Jensen, Ch. & Ostrosky, A. (1995). Los extremos en los trastornos alimenticios: anorexia y obesidad. Psicología Iberoamericana, Vol. 3 (2), 20-33.

Behar, R. & McColl, P. (1992). El síndrome anoréctico en el hombre: otra psicopatología contemporánea. Revista Chilena Neuro-Psiquiátrica, 30:295-299.

Behar, R.; Botero, J.C.; Corsi, P. & Muñoz, P. (1994). Detección de trastornos del hábito del comer en una población estudiantil de la V Región. Revista Chilena Neuro-Psiquiátrica, 32: 159-165.

Beumont, P. J. V. (1991). The history of eating and dieting disorders, Clinical Applied Nutrition, 1, 2:9-20.

Braguinsky, J. & Mazza, C. (1989). Obesidad, patogenia, clínica y tratamiento, Buenos Aires: Promedicina.

Braier, O. (1988). Fisiología y Clínica de la Nutrición, Buenos Aires: Médica Panamericana.

Bruch, H. : Eating Disorders. Obesity, anorexia nervosa and the person within, Nueva York, Basic Books, 1973.

Canals, J.; Gentzane, C.; Fernández, J.; Marti-Henneberg, C. & Domenech (1996). Biopsychopathology risk profile of adolescents with eating disorder symptoms. Adolescence, Vol. 31, (122) 443-449.

Coleman, J. (1985). Psicología de la Adolescencia, Madrid: Morata.

Colmenares, M. (1996). Propuesta de intervención para el adolescente obeso. Tesina de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología. U.N.A.M.

Cormillot, A.; Zurerfeld, R.; Olkies, A. & Murua, C. (1977). Obesidad, Argentina: Médica Panamericana.

Craig, G. J. (1994). Desarrollo Psicológico, México: Prentice-Hall Hispanoamericana.

Crish, Hsu, Harding & Hartshorn (1980). Clinical Features of anorexia nervosa. A study of a consecutive series of 102 female patients. Journal of Psychosomatic Research, 24- 179-191.

Chinchilla, A. (1994). Anorexia y Bulimia Nerviosas, Madrid: Ergón.

Chinchilla, A. (1995). Guía teórico-práctica de los trastornos de conducta alimentaria, Barcelona: Masson.

Davis, C. (1992). Body Image, Dieting Behaviours, and Personality Factors: A Study of High-performance Female Athletes. Journal Sport Psychology, 23: 179-192.

de Azevedo, M.H. & Ferreira, C.P. (1991). Anorexia nervosa and bulimia: a prevalence study. Acta Psychiatrica Scandinavica, 86 (6): 432-436.

De Silva Padmal. (1995). Theory, Treatment and Research. Hand book of eating disorders, 141-151.

Escobar, G.M.I. (1992). Prevalencia de conductas generalmente presentes en pacientes que padecen de anorexia nervosa y bulimia en estudiantes de secundaria, preparatoria y universidad de la Ciudad de México. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad Iberoamericana.

Feinholz, D. (1997). Anorexia y Bulimia: aspectos psicológicos. Cuadernos de Nutrición, Vol.20, No. 5. 5-7.

Freud, A. (1936). El Yo y los Mecanismos de Defensa, México: Paidós.

Freud, S. (1893). Sobre el mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos: Obras Completas Vol. III, Argentina: Amorrortu.

Freud, S. (1895). Historiales Clínicos, Obras Completas Vol. II, Argentina: Amorrortu.

Freud, S. (1930). *Duelo y Melancolía*, Obras Completas Vol. XIV, Argentina: Amorrortu.

González, V. (1976). Observaciones sobre alteraciones de la imagen corporal en pacientes obesos quirúrgicos. Tesis de Doctorado en Psicología Clínica. Facultad de Psicología. U.N.A.M.

Gómez Pérez-Mitré & Avila Angulo, E. (en prensa). ¿Los estudiantes mexicanos preadolescentes hacen dieta con propósitos relacionados con el peso corporal?

Gómez Pérez-Mitré (1993a). Detección de anomalías de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios: obesidad, bulimia y anorexia nerviosa. Revista Mexicana de Psicología, Vol. 10 (1) 17-27.

Gómez Pérez-Mitré (1995). Peso real, peso imaginario y distorsión de la imagen corporal. Revista Mexicana de Psicología, Vol. 12, (2) 185-197.

González, G. (1996). Anorexia Nervosa. Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología. U.N.A.M.

Goodwin, G. M.; Fairburn, C. G. & Cowen, P. J. (1987). Dieting changes serotonergic function in women, not men: implications for the actiology of anorexia nervosa?. Psychological Medicine, 17: 839-842.

Gordon, R. (1974). El Desarrollo de la Personalidad, Madrid: Alianza Editorial.

Gordon, R. A. (1990). Anorexia and bulimia: anatomy of a social epidemic, Oxford: Blackwell.

Guillemot, A. & Laxenaire, M. (1994). Anorexia y Bulimia, el peso de la cultura, España: Masson.

Gull Sir, W. (1874). Anorexia Nervosa (apepsia hysterica, anorexia hysterica), Transactions of the clinical Society, London, 7, 22-28 in Hsu G.L.K. (1983) The actiology of anorexia nervosa. Psychological Medicine.

Habermas, T. (1986). Friderata: a case of miraculous fasting. International Journal of Eating Disorders; 5 (3), 555-562.

Habermas, T. (1989). "The Psychiatric history of anorexia nervosa and bulimia nervosa: weight concerns and bulimic symptoms in early case reports". International Journal of Eating Disorders, 8:259-273.

Herscovici, C. R. & Bay, L. (1990). Anorexia y Bulimia, amenazas a la autonomía. México: Paidós.

Hoek, H.W. (1991). The incidence and prevalence of anorexia nervosa and bulimia nervosa in primary care. Psychological Medicine, 21 (2) : 455-460. Phillip W. Long, M.D. Internet Mental Health ([Http://www.mentalhealth.com](http://www.mentalhealth.com)) Copyright 1995-1997.

Holtz, V. (1992). Factores psico-bio-sociales de los desórdenes de la alimentación: estudio piloto en una preparatoria. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad Iberoamericana.

Holtz, V. (1995). Antecedentes Históricos de la Anorexia Nervosa, Psicología Iberoamericana, 3 (2), 5-13.

Horrocks, J. E. (1984). Psicología de la Adolescencia. México: Trillas.

James, R. (1743). A Medicinal Dictionary. Londres: Osborne.

Janet, P. (1903). Les obsessions et la psychasthenie, París: Felix Alcan.

Johnston, Y. (1998). Autoatribución e imagen corporal en adolescentes obesos y no obesos. Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología. U.N.A.M.

Klein, M. (1957). Envidia y Gratitud. Obras Completas, Volumen III. Barcelona: Paidós.

Korkina, M.V.; Tsyvilko, M.A.; Marilov, V.V. & Kareva, M.A. : Anorexia Nervosa as manifested in Russia (review). International Journal of Psychosomatics 1992; 39 (1-4): 35-40. Phillip W. Long, M.D. Internet Mental Health ([Http://www.mentalhealth.com](http://www.mentalhealth.com)) Copyright 1995-1997.

Laseque, C. (1873). On hysterical anorexia. Medical Times Gazette 2, 265-367 in Hsu G.L.K. (1983). The actiology of anorexia nervosa. Psychological Medicine.

Lehalle, H. (1986). Psicología de los Adolescentes. Barcelona: Crítica.

Leon, G. R.; Fulkerson, J.A.; Perry, Ch. L. & Dubé, A. (1994). Family Influences, School Behaviors, and Risk for the Later Development of an Eating Disorder. Journal of Youth and Adolescence, 23 (5) 499-515.

Loeza S. & Stern C. (1987). Las Clases Medias en la Coyuntura Actual. México: El Colegio de México.

López, X.; Mancilla, J.M. & González, A. (1995). Evaluación de los patrones de comunicación en familias obesas. Revista Mexicana de Psicología, Vol. 12. No. 2, 199-210.

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-III (1980). Barcelona: Masson.

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-III-R (1987). Barcelona: Masson.

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM IV (1995). Barcelona: Masson.

Martínez, E.; Toro, J.; Salamero, M.; Blecua, M.J. & Zaragoza, M. (1993). Influencias socioculturales sobre las actitudes y conductas relacionadas con el cuerpo y la alimentación. Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona, 20 (2) 51-65.

Mendoza, S. (1996). Factores de riesgo en la aparición de trastornos alimentarios en preadolescentes: alteraciones de la imagen corporal y conducta dietaria. Proyecto de Tesis de Maestría en Psicología. Facultad de Psicología. U.N.A.M.

Miller, B. (1995). Tratamiento médico de la obesidad. Revista de Psicología Iberoamericana, Vol. 3 No. 2 64-64.

Minuchin, S.; Rosman, B.L. & Baker, L. *Psychosomatic Families: anorexia nervosa in context*, Harvard University Press, Cambridge, M.A. 1978.

Moller-Madsen, S. & Nystrup, J. (1992). Incidence of anorexia in Denmark. Acta Psykiatrica Scandinavica 86 (3): 197-200. Phillip W. Long, M.D. Internet Mental Health ([Http://www.mentalhealth.com](http://www.mentalhealth.com)) Copyright 1995-1997.

Mura, M. & Raich, R.M. (1994). Naturaleza continua versus naturaleza categorial de la bulimia nerviosa. Psiquis, 15 (3): 123-132.

Moreno, A. & Thelen, M. (1995). Eating Behavior in Junior High Scholl Females. Adolescence, Vol. 30 (117) 171-174.

Murrieta, C. M. (1997). Relación entre distorsión de la imagen corporal y el nivel socioeconómico en mujeres estudiantes de preparatorias públicas y privadas. Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología. U.N.A.M.

Norrington, C.E.A. & Sohlberg, S.S. (1993). Outcome, recovery, relapse and mortality across six years in patients with clinical eating disorders. Acta Psychiatrica Scandinavica, 87, 437-444.

Organización Mundial de la Salud (1992). Trastornos mentales y del comportamiento (CIE-10): clasificación internacional de las enfermedades. Editorial Meditor. Décima Revisión.

Oyewumi, L.K. & Kazarian, S.S. (1992). Abnormal eating attitudes among a group of Nigerian Youths: II Anorexic Behavior. East African Medical Journal, 69 (12): 667-669. Phillip W. Long, M.D. Internet Mental Health ([Http://www.mentalhealth.com](http://www.mentalhealth.com)) Copyright 1995-1997.

Palma, M. D. (1997). Trastornos de la Conducta Alimentaria. Cuadernos de Nutrición, Vol. 20 (5), 21-28.

Parry-Jones, W. & Parry-Jones, B. (1994). Implications of historical evidence for classification of eating disorders. A dimension overlooked in DSM-III-R and CIE-10. British Journal of Psychiatry, 165, 287-292.

Pate, J.; Pumariega, A.; Hester, C. & Gamer, D. (1992). Cross-Cultural Patterns in Eating Disorders: A Review. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 31 (5), 802-809.

Piñeiro, R.; Pérez, E. & Leyva, J. (1995). Diccionario de Ciencias de la Salud. España: Interamericana.

Plazas, M. (1997). El otro lado de la obesidad. Cuadernos de Nutrición, Vol. 20, No. 6, 44-46.

Papalia, D. & Wendkos, S. (1990). Desarrollo Humano. México: Mc Graw Hill.

Raboch, J. & Faltus, F. (1991). Sexuality of women with anorexia nervosa. Acta Psychiatrica Scandinavica 84, 9-11.

Raimbault, G. & Eliacheff, C. (1991). Las indomables figuras de la anorexia. Buenos Aires: Nueva visión.

Ramos, A. (1995). Obesidad, conceptos actuales, México: Página Electrónica S.A. de C.V.

Rodríguez, A.R. (1997). Relación entre nivel socioeconómico, la autopercepción de la imagen y la autoatribución en adolescentes de nivel medio superior. Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología. U.N.A.M.

Romeo, F. (1994). Adolescent boys and anorexia nervosa. Adolescence, Vol. 29, No. 115.

Russell, G. F. M. (1979): Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa, Psychological Medicine, 9: 429-448.

Saldaña, C. & Rossell, R. (1988). La Obesidad, Barcelona: Biblioteca de Psicología, Psiquiatría y Salud.

Saldaña, C. (1994). Trastornos del comportamiento alimentario, Madrid: Fundación Universidad-Empresa.

Secord, P. & Backman, C. W. (1976). Psicología Social, México: Mc Graw-Hill.

Silverman, J. (1986). Anorexia nervosa in seventeenth century england as viewed by physician, philosopher and pedagogue. An essay. International Journal of Eating Disorders. 5 (5), 847-853.

Stein, D. & Laakso, W. (1988). Bulimia: a historical perspective. International Journal of Eating Disorders. 7 (2), 201-210.

Stierlin & Weber (1990). Qué hay detrás de la puerta de la familia, México: Gedisa.

Stunkard, A. J. (1959). Eating patterns and obesity. Psychiatry Quarterly, 33: 284-295.

Szmukler, G. ; Dare, C. & Treasure J. (1995). Handbook of Eating Disorders: Theory, treatment and research, Inglaterra: John Wiley & Sons.

Takehito, O.; Hiroshi, T.; Kaname, T.; Keiichi, H.; Hiroko, M.; Hiroko, O.; Hirofumi, U.; Toshinori, T. & Kazuo, S. (1994). Excessive food aversion, compulsive exercise and decreased height gain due to fear of obesity in a prepubertal girl. Psychotherapy and Psychosomatics 62, 203-206.

Theodorson, G. & Theodorson A. (1978). Diccionario de Sociología, Buenos Aires: Paidós.

Thiel, A.; Gottfried, H. & Hesse, F.W. (1993). Subclinical eating disorders in male athletes. Acta Psiquiatrica Scandinavica, 88, 259-265.

Toro, J. & Vilardell, E. (1987). Anorexia Nerviosa, Barcelona: Martínez Roca.

Toro, J. (1988). Factores Socioculturales en la anorexia nerviosa. Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona, 15, 2, 99-109.

Touyz, S.W.; Kopec-Schrader, E.M. & Beumont, P.J. (1993). Anorexia Nervosa in Males: A report of 12 cases. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 27 (3): 512-517. Phillip W. Long, M.D. Internet Mental Health ([Http://www.mentalhealth.com](http://www.mentalhealth.com)) Copyright 1995-1997.

Unikel, S.C. & Gómez Pérez-Mitré (1996). Trastornos de la conducta alimentaria en muestras de mujeres adolescentes: estudiantes de danza, secundaria y preparatoria. Psicopatología, 16 (4), 121-126.

Unikel, S. C. (1998). Desórdenes alimentarios en mujeres estudiantes y profesionales del ballet. Tesis de Maestría en Psicología Clínica. Facultad de Psicología. U.N.A.M.

Weller, B. (1989). Diccionario Enciclopédico de Ciencias de la Salud, México: Mc Graw-Hill Interamericana.

Zierold, E. (1993). Modelo de intervención psicoanalítico psicodinámico en el tratamiento de pacientes obesas resistentes a tratamientos tradicionales. Tesis de Maestría en Psicología Clínica. Facultad de Psicología. U.N.A.M.

ANEXO 1.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

CUESTIONARIO DE ALIMENTACION Y SALUD XX Y XY

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

El logro de nuestros propósitos depende de ti, de tu **SENTIDO DE COOPERACION**, que quieras contestar nuestro cuestionario y que lo hagas de la manera más verídica posible. Como verás no pedimos tu nombre y la información que nos des es **CONFIDENCIAL Y TOTALMENTE ANONIMA.**

GRACIAS

Investigación dirigida por la Dra. Gilda Gómez Pérez-Mitré.
Coordinación de Psicología Social y Ecológica.
Facultad de Psicología, U.N.A.M.

INSTRUCCIONES GENERALES

Lee cuidadosamente cada pregunta y contesta en la hoja de respuestas que se te entregó junto con este cuadernillo. En la hoja de respuestas debes rellenar completamente el círculo, no sólo tacharlo o subrayarlo. Utiliza lápiz o pluma de tinta negra.

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

1.- ¿Qué estás estudiando?

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

2.- ¿Trabajas?

- A) SI
- B) NO

3.- Actualmente vives con:

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

7.- El ingreso mensual familiar es aproximadamente de:

- A) \$ 1000 ó menos
- B) \$ 1001 a 3000
- C) \$ 3001 a 5000
- D) \$ 5001 a 7000
- E) \$ 7001 a 9000
- F) \$ 9001 ó más

8.- ¿Quién o quienes aportan al ingreso mensual familiar?

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

9.- Años de estudio de tu padre:

- A) Menos de 6 años
- B) De 6 a 8 años
- C) De 9 a 11 años
- D) De 12 a 14 años

- E) De 15 a 17 años
- F) De 18 años o más

10.- Años de estudio de madre:

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

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

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

12.- Tu problema es o era:

- A) Sobrepeso
- B) Falta de peso

13.- ¿Alguna o algunas ocasiones has hecho dieta para controlar tu peso?

- A) No. (Pasar a la pregunta 16)
- B) Si. (Pasar a la siguiente pregunta)

14.- ¿Qué edad tenías cuando hiciste tu primera dieta?

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

15.- ¿En los últimos 6 meses has hecho dieta?

- A) NO
- B) SI

16.- ¿Qué peso te gustaría tener?

- A) Mucho menor del que actualmente tengo
- B) Menor del que actualmente tengo
- C) El mismo que tengo

- D) Más alto del que actualmente tengo
- E) Mucho más alto del que actualmente tengo

17.- ¿Cómo te sientes con tu figura?

- A) Muy satisfecha
- B) Satisfecha
- C) Indiferente
- D) Insatisfecha
- E) Muy Insatisfecha

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

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

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

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

- | | |
|--|-----------|
| 89.- Me gusta tomar mis alimentos viendo la T.V. | A B C D E |
| 90.- Como rápidamente y en corto tiempo grandes cantidades de alimento. | A B C D E |
| 91.- Cuando estoy aburrida (o) me da por comer. | A B C D E |
| 92.- Paso por periodos en los que podría comer sin parar. | A B C D E |
| 93.- Cuido que mi dieta sea nutritiva. | A B C D E |
| 94.- Siento que la comida me tranquiliza. | A B C D E |
| 95.- Como porque tengo que hacerlo (porque hay que comer para vivir). | A B C D E |
| 96.- Creo que la comida es un buen remedio para la tristeza o depresión. | A B C D E |

- 97.- Como tan rápidamente que los alimentos se me atragantan. A B C D E
- 98.- Tengo temporadas en las que realmente me mato de hambre. A B C D E
- 99.- Comer de más me provoca sentimientos de culpa. A B C D E
- 100.- Si me despierto tengo que comer algo para conciliar el sueño. A B C D E
- 101.- Ingiere comidas y/o bebidas dietéticas libres de azúcares con el propósito de cuidar mi peso. A B C D E
- 102.- Sostengo verdades luchas conmigo misma (o) antes de consumir alimentos engordadores. A B C D E
- 103.- Como lo que es bueno para mi salud. A B C D E
- 104.- Paso por periodos en los que como con exceso. A B C D E
- 105.- Cuido que mis comidas contengan alimentos con fibra. A B C D E
- 106.- Me sorprendo pensando en comida. A B C D E
- 107.- Si me excedo con la comida me provoco vómito. A B C D E
- 108.- Procuro mejorar mis hábitos alimentarios. A B C D E
- 109.- Como con moderación. A B C D E
- 110.- Consumo alimentos chatarra. A B C D E
- 111.- Evito comer harinas y/o pastas para no subir de peso. A B C D E
- 112.- Con tal no subir de peso mastico mis alimentos pero no los trago (los escupo). A B C D E
- 113.- Como despacio y/o mastico más tiempo mis alimentos como una medida de control de peso. A B C D E
- 114.- Evito las tortillas y el pan para mantenerme delgada (o). A B C D E
- 115.- Como entre comidas. A B C D E
- 116.- Procuro comer verduras. A B C D E
- 117.- Procuro estar al día sobre lo que debe ser una dieta adecuada. A B C D E
- 118.- Cuido que mi dieta contenga un mínimo de grasas. A B C D E
- 114.- Evito las tortillas y el pan para mantenerme delgada. A B C D E
- 115.- Como entre comidas. A B C D E

- | | |
|---|-----------|
| 116.- Procuero comer verduras. | A B C D E |
| 117.- Procuero estar al día sobre lo que debe ser una dieta adecuada. | A B C D E |
| 118.- Cuido que mi dieta contenga un mínimo de grasas. | A B C D E |
| 119.- Como grandes cantidades de alimento. | A B C D E |
| 120.- Tomo mis alimentos solo cuando tengo hambre. | A B C D E |
| 121.- Suelo servirme dos o más porciones. | A B C D E |
| 122.- Como hasta sentirme inconfortablemente llena (o). | A B C D E |
| 123.- Procuero tomar complementos vitamínicos. | A B C D E |

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

A	B	C	D	E
totalmente falso	falso	a veces falso y a veces cierto	cierto	totalmente cierto

- | | |
|--|-----------|
| 124.- No siento apetito o ganas de comer pero cuando empiezo nadie me detiene. | A B C D E |
| 125.- Siento que mi forma de comer se sale de mi control. | A B C D E |
| 126.- Mi problema es empezar a comer pero cuando empiezo nadie me detiene. | A B C D E |
| 127.- No soy consciente (no me doy cuenta de cuanto como). | A B C D E |
| 128.- Siento que no puedo parar de comer. | A B C D E |
| 129.- Como sin medida. | A B C D E |
| 130.- Me asusta pensar que pueda perder el control sobre mi forma de comer. | A B C D E |
| 131.- Dificilmente pierdo el apetito. | A B C D E |
| 132.- Disfruto, me gusta sentir el estómago vacío. | A B C D E |
| 133.- No tengo problemas con mi forma de comer | A B C D E |
| 134.- Prefiero la sensación de estómago vacío que la de estómago lleno. | A B C D E |

- 135.- Siempre estoy a dieta, la rompo y vuelvo a empezar. A B C D E
- 136.- No tengo horarios fijos para las comidas, como cuando puedo. A B C D E
- 137.- Soy de las (los) que se hartan (se llenan) de comida. A B C D E
- 138.- Me la paso "muriéndome de hambre" ya que constantemente hago dietas. A B C D E
- 139.- "Pertenezco al club" de las (los) que para controlar su peso se saltan las comidas. A B C D E
- 140.- Suelo comer masivamente (por ejemplo, no desayuno, no como pero ceno mucho). A B C D E
- 141.- Soy de las (los) que se preocupan constantemente por la comida (porque siento que como mucho, porque temo engordar). A B C D E
- 142.- Si no veo la comida me la puedo pasar sin comer. A B C D E
- 143.- Siento que como más de lo que la mayoría de la gente come. A B C D E
- 144.- Me avergüenza comer tanto. A B C D E
- 145.- Me deprimó cuando como de más. A B C D E
- 146.- Siento que los problemas lejos de quitarme el apetito me lo incrementan. A B C D E
- 147.- Siento que como más rápidamente que la mayoría de la gente. A B C D E
- 148.- No tengo control sobre mi forma de comer. A B C D E
- 149.- Hago ejercicio con exceso como un medio de control de peso. A B C D E

Las siguientes afirmaciones describen diferentes formas de ser y/o pensar. No hay respuestas buenas ni malas. En cada afirmación menciona la opción correspondiente.

- | A | B | C | D | E |
|---|------------|--------------|---------------|--------------------------|
| totalmente de acuerdo | de acuerdo | indecisa (o) | en desacuerdo | totalmente en desacuerdo |
| 150.- Las personas que comen con mesura (con medida) son dignas de respeto. | | | | A B C D E |
| 151.- Quien mantiene con control sobre su ingesta alimentaria también controla otros aspectos de su vida. | | | | A B C D E |

- 152.- Una persona que puede cometer excesos con la comida también puede excederse con otras conductas. A B C D E
- 153.- Admiro a las personas que pueden comer con medida. A B C D E
- 154.- Las personas que pierden el control con la comida se guían por el lema "todo con exceso nada con medida" A B C D E
- 155.- Creo que las personas con problemas de control sobre su forma de comer no deberían preocuparse ya que "genio y figura hasta la sepultura". A B C D E
- 156.- Es muy difícil mantener control sobre la ingesta alimentaria pues todo lo que nos rodea nos incita a comer. A B C D E
- 157.- Creo que mantener una dieta para bajar de peso es como querer mantener la respiración por mucho tiempo. A B C D E
- 158.- No sé por qué se preocupa la gente por su peso, ya que, "el que nace barrigón aunque lo fajen". A B C D E
- 159.- Creo que "comer y rascar el trabajo es comenzar". A B C D E
- 160.- No importa a que se dedique uno en la vida el chiste es ser el mejor. A B C D E
- 161.- Solo se debe de competir para ganar. A B C D E
- 162.- Poco se puede esperar de alguien que no tiene control sobre su apetito. A B C D E
- 163.- Se deben vencer las tentaciones para fortalecer el carácter. A B C D E

Nuevamente muchas gracias por tu colaboración. Toda observación o comentario que puedas hacer con respecto a este instrumento será bienvenido.