

170

2 es.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA



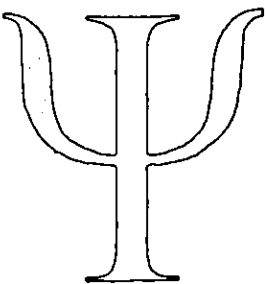
RELACION ENTRE PESO CORPORAL Y CONDUCTA  
ALIMENTARIA DE RIESGO EN MUJERES  
ADOLESCENTES

266851

T E S I S  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA  
P R E S E N T A N  
MARTHA CLAUDIA MARTINEZ HERNANDEZ  
LAURA PEREZ ORTIZ

DIRECTORA DE TESIS: DRA. GILDA GOMEZ PEREZ-MITRE

- SINODALES: MTRA. LUCY REIDL MARTINEZ
- MTRO. JORGE PEREZ ESPINOSA
- MTRO. SOTERO MORENO CAMACHO
- LIC. LILIA JOYA LAUREANO



MEXICO, D.F.

1998



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

DRA. GILDA GÓMEZ PÉREZ-MITRE:

TIENE MI PERENNE RECONOCIMIENTO AL DIRIGIR Y APOYAR CON PACIENCIA LA REALIZACIÓN DE ESTE ÚLTIMO PASO, QUE ME HACE PORTAR EL TÍTULO CON ORGULLO Y RESPONSABILIDAD DE PRACTICAR LA PSICOLOGÍA.

MARTHA CLAUDIA

A MIS PADRES:

A QUIENES LES DEBO TODO LO QUE SOY, A QUIENES CON MUCHOS SACRIFICIOS ME AYUDARON, CON TANTOS DESVELOS Y GRATOS MOMENTOS DESDE MI NIÑEZ, A REALIZAR ESTE SUEÑO, ENSEÑÁNDOME A SER SIEMPRE PERSISTENTE, A NO DESISTIR Y LOGRAR EL TRIUNFO, LES ESTOY CON ETERNA GRATITUD POR APOYARME SIEMPRE CON SU CONFIANZA Y SU CARINO.

MAR

A MIS HERMANOS (PEPE, NORMA, ADRIANA Y RAFA):

LES AGRADEZCO QUE SIEMPRE CON SU OPTIMISMO Y CONFIANZA ME RESPALDARON, QUE ME APOYARON CON SU TIEMPO Y ATENCIÓN EN DIFERENTES SITUACIONES, POR TOLERARME Y ALENTARME EN TODO MOMENTO.

MAR

SALVADOR:

VALORO Y ESTIMO EL TIEMPO EN QUE ME ANIMASTE, AL ESTAR A MI LADO, CON TU CARÍO Y AMOR, A LLEGAR A ESTA ETAPA TAN IMPORTANTE DE MI VIDA.

MARTHA

LAURA:

POR FIN TERMINAMOS. TE AGRADEZCO EL QUE HAYAMOS SIDO COMPAÑERAS EN LA REALIZACIÓN DE ÉSTE ÚLTIMO PASO PARA LLEGAR A SER PROFESIONISTAS.

MARTHA

AHORA QUE HE ALCANZADO EL PRIMER ESCALÓN DE MI VIDA PROFESIONAL, NO DEJANARÉ, NI ME DESANIMARÉ AL VER QUE LA ESCALERA ES ALTA, YA QUE CONTINUARE ASCENDIENDO, VIVIRÉ CADA INSTANTE, RECORDANDO SIEMPRE QUE LA VIRTUD DE UNO ESTA EN LA FUERZA INTERIOR, QUE EN CADA AMANECEER DEBO TENER LA INQUIETUD DE SEGUIR ABRIENDO EL COFRE DE LOS SUEÑOS, CON EL DESEO DE REALIZARLOS, QUE EN CADA MOMENTO LA VIDA NOS DA EXPERIENCIAS, LAS CUALES HAY QUE APRENDER CON SABIDURÍA PARA SUPERARLAS.

MARTHA

A LA DOCTORA GILDA GÓMEZ PÉREZ-MITRÉ  
POR TRANSMITIRME SU CONOCIMIENTO,  
NO VACILANDO EN TIEMPO NI ESPACIO  
POR HACERME PARTICIPE DE  
SU SABER

A MIS PADRES  
QUE ME HAN DADO SIEMPRE LO  
MEJOR DE ELLOS

A MIS HERMANOS  
POR SU ALIENTO, FLEXIBILIDAD  
Y CARINO

SILVIA  
SIEMPRE HAS SIDO  
MI MEJOR AMIGA

VERÓNICA  
ERES MI AMIGA  
INCONDICIONAL.

DR. ALVARO MALDONADO  
TODO ES ASÍ UN  
UNIVERSO DE MAGIA Y ENERGÍA  
GRACIAS POR TU INCREÍBLE  
APOYO Y SABIDURÍA

JOSÉ MANUEL

POR TU APOYO INCONDICIONAL Y CARÍO  
QUE ME BRINDASTE EN LOS MOMENTOS DIFÍCILES

MARTHA CLAUDIA

GRACIAS POR COMPARTIR CONMIGO  
ESTE TRABAJO

## ÍNDICE

RESUMEN. . . . .	1
INTRODUCCIÓN. . . . .	2
CAPÍTULO I ADOLESCENCIA. . . . .	4
1.1. Desarrollo físico de las mujeres. . . . .	7
1.2. Desarrollo psicológico. . . . .	10
1.3. Nutrición y peso en el desarrollo de los adolescentes. . . . .	13
CAPÍTULO II CONDUCTA ALIMENTARIA. . . . .	17
2.1. Trastornos de la conducta alimentaria. . . . .	29
2.2. Teorías que explican los trastornos alimentarios. . . . .	38
2.2.1. Teoría de la patología familiar. . . . .	39
2.2.2. Teoría sociocultural. . . . .	42
2.2.3. Estudios realizados en México. . . . .	45
2.3. Obesidad. . . . .	48
2.4. Anorexia nerviosa. . . . .	67
2.5. Bulimia nerviosa. . . . .	83



<b>CAPÍTULO III METODOLOGÍA.</b>	<b>97</b>
3.1. Objetivo general.	97
3.2. Problemas de investigación.	97
3.3. Hipótesis de trabajo.	97
3.4. Definición de variables.	98
3.5. Definición conceptual.	98
3.6. Definición operacional.	99
3.7. Control de variables.	100
3.8. Método.	100
3.8.1. Diseño de investigación.	100
3.8.2. Muestra.	100
3.8.3. Instrumento.	100
3.8.4. Forma de calificación.	102
3.8.5. Procedimiento.	102
<b>CAPÍTULO IV RESULTADOS.</b>	<b>103</b>
4.1. Descripción de la muestra.	103
4.2. Descripción de la distribución de las variables de estudios.	109
4.3. Análisis para la prueba de hipótesis.	111

CAPÍTULO V DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES. . . . .	117
SUGERENCIAS Y LIMITACIONES. . . . .	122
REFERENCIAS. . . . .	123
ANEXO. . . . .	130

## RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo conocer la relación entre peso corporal (bajo y normal) y conducta alimentaria de riesgo en mujeres adolescentes. Se trabajó con una muestra no probabilística (N=98) de mujeres adolescentes, esta se dividió como sigue: de nivel socioeconómico alto y peso bajo (n=14), nivel socioeconómico alto y peso normal (n=14), nivel socioeconómico medio y peso bajo (n=35) y nivel socioeconómico medio y peso normal (n=35). Se utilizó el cuestionario "ESTUDIO SOBRE LA ALIMENTACIÓN Y SALUD" XX (P). Los datos se analizaron con estadísticas descriptivas y se aplicó también un análisis factorial de varianza (ANOVA), para probar las hipótesis de trabajo, para conocer la interrelación entre las variables: peso bajo, peso normal y nivel socioeconómico medio y alto (V.I.), y conducta alimentaria de riesgo (V.D.). Este estudio forma parte de una investigación mayor "ESTIMACIONES SUBJETIVAS/MEDICIONES OBJETIVAS: LA IMAGEN CORPORAL Y SUS DESVIACIONES COMO FACTORES DE RIESGO PARA LOS DESÓRDENES DEL COMER" (proyecto PAPIIT No. IN304496). Cuyo objetivo fundamental es contribuir a la prevención de los trastornos de la alimentación.

Los medios de comunicación, envían mensajes en que la imagen ideal de la mujer es ser muy delgada, pero el modelo medio, no cuadra con esa imagen; la mujer normal no se parece a la mujer ideal, ya que es más pesada.

En nuestra cultura, como una norma se exige esbeltez, hay una presión social por una figura cada vez más delgada, lo que ocasiona una insatisfacción con la figura.

La sociedad, a través de la publicidad, anima a las personas a mejorar su figura, sometiéndose a severas dietas para bajar de peso. Esta información llega más a las adolescentes.

Las adolescentes opinan que una figura delgada es importante para tener éxito con el sexo opuesto (le dan un significado de seducción), para encontrar pareja, para encontrar trabajo y para sentirse bien con una misma.

La adolescencia es una etapa crítica en el desarrollo del individuo, durante la cual se consolidan las costumbres alimentarias. Y el resultado que da la presión sociocultural por alcanzar un modelo estético de figura delgada, es el seguimiento de rígidas dietas alimentarias, lo que ocasiona desórdenes alimentarios, presentándose cada vez más en mujeres jóvenes.

La falta de peso, que sería la delgadez, proviene de un insuficiente ingreso de calorías, lo cual puede traer complicaciones médicas como la anemia y amenorrea (en las mujeres).

Se ha encontrado que los factores de riesgo de los desórdenes de la conducta alimentaria, se presentan con mayor frecuencia en mujeres adolescentes, y en el estrato socioeconómico medio y alto (Holtz, 1995 y Pope y cols., 1987).

Las alteraciones del comportamiento alimentario están incrementando notablemente en los últimos años, siendo motivo de gran preocupación para los profesionales y científicos que trabajan en esta área. Este incremento del número de personas afectadas por estos trastornos a conducido a que durante la última década se haya producido una gran proliferación de investigaciones a fin de poder determinar, de una parte, los principales factores implicados en la adquisición y mantenimiento de estas alteraciones del comportamiento alimentario y, de otra,

desarrollar instrumentos de evaluación y procedimientos terapéuticos potentes para poder tratar dichos trastornos y potenciar las vías para su prevención (Saldaña, 1994).

Debido al constante aumento en la incidencia de los trastornos alimentarios, surgió el interés de esta investigación que es determinar la relación entre peso corporal (bajo y normal) y conducta alimentaria de riesgo en mujeres adolescentes, ya que actualmente se ha convertido en algo común, siendo necesario contar con datos de la conducta alimentaria de riesgo para prevenir el desarrollo de dichos trastornos.

## CAPITULO I

### ADOLESCENCIA

El objeto de estudio de esta tesis, es determinar, la relación entre peso corporal (bajo y normal) y conducta alimentaria de riesgo en mujeres adolescentes de 16 a 19 años. Para tal propósito se abordaron algunos aspectos de la adolescencia, debido a que la población de esta investigación se encuentra en esta etapa de transición.

La palabra adolescencia se deriva del verbo latino *adolescere*, que significa crecer, desarrollarse hacia la madurez, se refiere a la etapa del desarrollo humano ubicado entre la niñez y la vida adulta y se inicia con la pubertad.

La adolescencia, aún cuando es una etapa que marca el paso de la niñez a la vida adulta, no cuenta con manifestaciones concretas que anuncian con precisión su principio o su fin. Es un proceso que ocurre en lapsos variables de tiempo y se caracteriza por cambios en la forma, el tamaño, las proporciones y funcionamiento del organismo. Se inicia, transcurre y termina de forma diferente en los distintos sexos y grupos humanos e incluso hay variaciones en el desarrollo de personas del mismo sexo y grupo. Cada sociedad define a la adolescencia de manera distinta (Casillas y Vargas, 1985).

La característica de la adolescencia, en su aspecto emotivo, es la inestabilidad y en el aspecto moral, por falta de seguridad, la intolerancia. Desde el punto de vista fisiológico la adolescencia se asemeja al periodo fetal y a los primeros años de vida, debido a la gran rapidez del cambio biológico. Pero a diferencia de los lactantes, el adolescente siente el dolor y placer de observar el proceso entero; se ve así mismo con sentimientos de fascinación, atracción y horror a medida que se producen los cambios biológicos. Sorprendido, avergonzado e inseguro constantemente se compara con otros y revisa su autoimagen. Uno y otro sexo observan con ansiedad su desarrollo o la falta de éste, con un buen conocimiento y con ideas falsas, con orgullo y temor, con esperanza y ansiedad (Craig, 1988).

Los hitos biológicos de la adolescencia son un aumento considerable en el ritmo de crecimiento y de tamaño corporal, un desarrollo rápido de los órganos reproductores y la aparición de características sexuales secundarias. Algunos de los cambios ocurren en todos los niños y niñas (aumento del tamaño, mayor fuerza y vigor), pero en una mayor parte son propios de cada sexo.

Los cambios físicos son controlados por las hormonas, que son productos químicos que segregan en poca cantidad las glándulas endocrinas. Las hormonas que afectan el crecimiento de los adolescentes están presentes en poca cantidad a partir de la etapa fetal, pero su producción aumenta mucho durante la pubertad. Las hormonas "masculinas y femeninas" están presentes en los individuos de ambos sexos, pero los hombres tienen más de las hormonas llamadas andróginas, de las cuales la más importante es la testosterona y las mujeres tienen más de las hormonas llamadas estrógenos y progesterona (Tanner, 1978; citado por Craig, 1994).

Cada hormona está destinada a influir un cierto grupo de blancos o receptores. Por ejemplo, la secreción de testosterona hace que el pene crezca, la espalda se ensanche, y el pelo aparezca en el área genital y en la cara. De la misma manera que el estrógeno hace que el útero y los pechos crezcan, y las caderas se ensanchen. Las células en el área indicada tienen capacidad para responder selectivamente a algunas de las hormonas que circulan en el torrente sanguíneo, y para no responder a otros: por ejemplo, el útero reacciona selectivamente al estrógeno y a la progesterona.

Las glándulas endocrinas segregan un complejo y delicado balance de hormonas, a la glándula pituitaria corresponde mantener este equilibrio. La pituitaria, a veces llamada glándula maestra está situada por debajo del cerebro. Esta glándula produce diversas variedades de hormonas, incluyendo la del crecimiento y algunas hormonas secundarias. Estas últimas estimulan y regulan el funcionamiento de otras glándulas, como los testículos y ovarios, que son glándulas sexuales. Las glándulas sexuales cumplen dos funciones: producir gametos (espermatozoides y óvulos) y segregar andrógenos y estrógenos. Las hormonas que segregan la glándula pituitaria y las glándulas sexuales tienen una repercusión emocional y fisiológica en el adolescente.

Los huesos y los músculos aumentan en tamaño, disparados por la misma fuente de hormonas, en el curso de este incitado crecimiento. Por lo general, los niños pierden la grasa extra que acumularon al principio. Sin embargo, las niñas tienden a conservar la mayor parte de la grasa que acumularon, aun cuando termina distribuyéndose en distintos lugares del cuerpo.

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

Otro cambio es el incremento en tamaño y actividad de las glándulas productoras de grasa sebáceas en la piel, las cuales pueden provocar que la cara de los quinceañeros se cubra de acné. También se desarrolla un nuevo tipo de glándulas sudoríparas, provocando un olor más fuerte en el cuerpo (Craig, 1994).



## 1.1. DESARROLLO FÍSICO EN LAS MUJERES

En términos generales se considera que la adolescencia inicia a la edad de 12 o 13 años y termina entre los 18 y 20 años. Es un proceso que inicia en la pubertad y lleva a la madurez sexual, es decir, cuando el individuo es capaz de reproducirse. Durante la pubertad maduran las funciones reproductoras, crecen órganos sexuales y aparecen las características sexuales secundarias. El proceso toma alrededor de cuatro años y comienza dos años antes en las niñas que en los niños. El inicio de la pubertad puede ser desde los siete hasta los catorce años, aunque generalmente se inicia entre los nueve y diez años. La madurez sexual se da entre los nueve y dieciséis y es más común entre los trece y los catorce años (Unikel, 1998).

El crecimiento en las niñas generalmente comienza poco antes del desarrollo del busto y de la velloidad púbica, que son las dos primeras señales del inicio de la maduración sexual, estas características siempre aparecen entre los diez y los once años de edad. El pecho completa su desarrollo a los trece o catorce años, aunque puede variar en algunas niñas. El crecimiento del vello púbico y de las axilas ocurre al mismo tiempo que el desarrollo del busto, adquiere su pigmentación a los once o doce años y madura plenamente unos dos años después (Sarafino y Armstrong, 1988).

Los principales órganos sexuales internos femeninos son la vagina, las trompas de Falopio, útero y los ovarios. A los órganos sexuales femeninos externos se les conoce colectivamente como la vulva; el clítoris, los labios mayores (o grandes labios externos), los labios menores (o pequeños labios internos), el monte de Venus (o monte púbico) y el vestíbulo (la región hendida encerrada por los labios menores). El himen es un pliegue de tejido conectivo que cierra parcialmente la vagina en la mujer virgen. Las glándulas de Bartolin, situadas a cada lado del orificio vaginal, secretan gotas de fluido durante la excitación sexual.

En la pubertad, aumenta la longitud de la vagina, su cubierta mucosa se hace más gruesa y más elástica y cambia a un color más intenso. Las paredes internas de la vagina cambian su secreción de la reacción alcalina de la niñez a una reacción ácida en la adolescencia. Las glándulas de Bartolin empiezan a secretar sus fluidos.

Los labios mayores, prácticamente inexistentes en la niñez, se agrandan considerablemente, igual que los labios menores y el clítoris. El monte de Venus se hace más prominente por el desarrollo de una almohadilla de grasa.

El útero duplica su tamaño, mostrando un incremento lineal durante el periodo que va de los 10 a los 18 años. Los ovarios incrementan notablemente su tamaño y peso, muestran un crecimiento bastante estable desde el nacimiento hasta la edad de 8 años, cierta aceleración del crecimiento desde la edad de 8 años hasta el momento de la ovulación (a los 12 o 13 años) y un incremento muy rápido después de alcanzar la madurez sexual.

Conforme esos cambios ocurren, el aparato reproductor, incluso la vagina, el clítoris y el útero, también se desarrollan con rapidez. Cuando la niña esta suficientemente madura, experimenta su primera menstruación, llamada menarca, la cual puede ocurrir, entre los diez y los dieciséis años. Sin considerar la edad, la menarca casi siempre ocurre después de culminar el torrente de crecimiento.

La muchacha adolescente comienza a menstruar a la edad, en promedio, de 12 o 13 años, aunque la maduración puede ocurrir considerablemente antes o después (un rango extremo va de los 9 a los 18 años). La menarquía (el inicio de la menstruación) usualmente no ocurre hasta que se ha alcanzado las tasas máximas de crecimiento en peso y estatura. En la actualidad las chicas empiezan a menstruar antes que las generaciones anteriores debido a las mejoras en la nutrición y en el cuidado de la salud (Bullough, 1981; citado por Rice, 1997).

Un incremento en la grasa corporal puede estimular la menarquía, mientras que el ejercicio vigoroso tiende a demorarla (Stager, 1988; citado por Rice, 1997). La longitud del ciclo menstrual puede variar entre 20 y 40 días, con un promedio de alrededor de 28 días.

La ovulación es el momento que ocurre por lo general catorce días antes del inicio del próximo período menstrual, lo cual sería en el día 12 de un ciclo de 26 días y en el día 16 de un ciclo de 30 días.

El ciclo menstrual se compone de tres fases que se configuran en un ciclo promedio de 28 días: la fase folicular, la ovulación y la fase luteínica.

Fase folicular: los folículos, disposiciones ovaes de células en torno a un óvulo joven, empiezan a madurar por la acción de la hormona FSH (foliculoestimulante). Al inicio de esta fase, los niveles de estrógenos y progesterona son muy bajos y el útero expulsa la capa de tejido mucoso que reviste su cara inferior, dando lugar a un periodo de tres a seis días del flujo menstrual.

La ovulación, es decir, la liberación de un óvulo desde un folículo de Graff, acontece en la mayoría de los periodos de 28 días hacia el catorceavo día del ciclo.

Fase luteínica: abarca el tiempo que sigue inmediatamente a la ovulación hasta el comienzo del siguiente periodo. El cuerpo lúteo secreta progesterona y estrógenos en abundancia que alcanza niveles muy altos en esta etapa del ciclo menstrual. La progesterona facilita el desarrollo de los pequeños vasos sanguíneos en el endometrio regenerado y produce el enrollamiento de las glándulas endometriales, alteraciones que preparan al útero para recibir al huevo fecundado en caso de que se produzca el embarazo

## 1.2. DESARROLLO PSICOLÓGICO

Psicológicamente, la adolescencia es el periodo en el cual el individuo se integra dentro de la sociedad de los adultos, la edad en que ya no se siente por debajo del nivel de sus mayores, sino un igual al adulto, por lo menos en cuanto a sus derechos, y muy frecuente por encima de el (debido al surgimiento del narcisismo o egocentrismo que ha menudo a sido señalado). Esta integración en la sociedad adulta tiene muchos aspectos afectivos, más o menos asociados a la pubertad (Caplan y Leovici, 1973).

También involucra cambios intelectuales muy profundos. De acuerdo con Caplan y Leovici (1973), el pensamiento adolescente comienza a manifestarse alrededor de los 11 o 12 años, pero llega a su equilibrio a los 14 o 15 años, consiste en la desvinculación de la lógica concreta de los objetos, de manera que pueda operar con proposiciones verbales o simbólicas.

El adolescente es un individuo capaz de elaborar o comprender teorías y conceptos ideales o abstractos. El adolescente es capaz de hacer proyectos para el futuro, de concebir intereses no inmediatos y de apasionarse por las ideas, los ideales o las ideologías.

Piaget (1969) señala que la capacidad de razonar sobre la base de hipótesis, es el primer rasgo que distingue la inteligencia adolescente de la infantil. Las operaciones aparecen entre los 12 y los 15 años, implica la capacidad de razonar sobre la base de hipótesis, esto es con proposiciones a las que no considera verdaderas o falsas sino que se las formula experimentalmente para extraer todas las posibles consecuencias de ellas, que luego son verificadas comparándolas con los hechos. Este razonamiento basado en hipótesis es un tipo de razonamiento formal.

El mismo autor indica que cuando los adolescentes se encuentran en la etapa de las operaciones formales con frecuencia muestran lo que se llama razonamiento hipotético-deductivo, que es la capacidad de poner a prueba sistemáticamente un conjunto de posibilidades sobre la corrección utilizando métodos lógicos y experimentales.

Los adolescentes también pueden manipular mentalmente pensamientos y sistemas de pensamiento. Esta capacidad para razonar sobre declaraciones verbales y abstracciones se llama pensamiento proposicional, y permite que los adolescentes piensen sistemáticamente sobre el futuro y sobre la ideología y filosofía abstracta (Darley, Glucksberg y Kinchla, 1990).

El desarrollo del pensamiento operativo formal enriquece el pensamiento del adolescente y lo hace mucho más flexible que el del niño. Los adolescentes pueden analizar y explorar el reino de lo imposible y lo improbable, al igual que el de la realidad y pueden evaluar sistemáticamente las diferentes posibilidades de su propia vida, así como la validez de las evaluaciones e hipótesis de otros. Esta adquisición de la capacidad de pensar de manera más abstracta también permite a los adolescentes ser más analíticos y planear mejor (Piaget, 1977).

Otra capacidad cognoscitiva adquirida en la adolescencia es reflexionar sobre el pensamiento. Los adolescentes aprenden a examinar y modificar intencionalmente su pensamiento. Así a veces repiten varios hechos hasta memorizarlos por completo, otras veces se abstienen de sacar conclusiones apresuradas sino tienen pruebas. Los adolescentes también se vuelven extremadamente introspectivos y ensimismados. Y por otra parte, empiezan a poner todo en tela de juicio, a rechazar los viejos límites y categorías. Al hacerlo constantemente excluyen las actitudes tradicionales y se convierten en pensadores más creativos (Keating, 1980; citado por Craig, 1994).

El pensamiento de las operaciones formales puede caracterizarse como un proceso de "segundo orden". El segundo orden consiste en reflexionar sobre los propios pensamientos, buscar relaciones entre relaciones y maniobrar con fluidez entre la realidad y la posibilidad (Inhelder y Piaget, 1958; citados por Craig, 1994). Tres características del pensamiento adolescente:

- 1) La capacidad de combinar todas las variables y encontrar una solución al problema.
- 2) La capacidad de hacer conjeturas sobre el efecto que una variable tiene en otra.

3) La facilidad de combinar y distinguir las variables de modo hipotético-deductivo (Gallagher, 1973 citado por Craig, 1994).

Los conocimientos y habilidades académicas fundamentales, entre las cuales se cuentan la comprensión de la lectura o la memorización, a menudo alcanzan niveles óptimos o casi óptimos de funcionamiento durante la adolescencia.

El perfeccionamiento de las habilidades cognoscitivas que se da en la adolescencia ayuda a tomar decisiones de tipo vocacional. El adolescente puede analizar opciones tanto reales como hipotéticas, y también sus talentos y capacidades.

### 1.3. NUTRICIÓN Y PESO EN EL DESARROLLO DE LOS ADOLESCENTES

Durante el período de rápido crecimiento, los adolescentes necesitan mayores cantidades de comida para atender a los requerimientos corporales. Como consecuencia de ello, desarrollan un apetito voraz. El estómago incrementa su capacidad para ser capaz de digerir las mayores cantidades de alimento. El requerimiento calórico para las chicas puede incrementarse 25% en promedio de los 10 a los 15 años, mientras que para los muchachos el requerimiento calórico puede aumentar en un promedio de 90% de los 10 a los 19 años. Como resultado, para el adolescente resulta casi imposible obtener comida suficiente (Rice, 1997).

#### Importancia de la nutrición

El mantenimiento de la salud depende en parte de los hábitos alimentarios apropiados (Carruth y Golberg, 1990; citados por Rice, 1997). De la buena nutrición depende que pueda alcanzarse la estatura, fuerza, y bienestar físico máximos. Los nervios, huesos, músculos y otros tejidos en crecimiento requieren alimentos que les ayuden a constituir el cuerpo.

Las deficiencias nutricionales están relacionadas con inestabilidad emocional, tensión premenstrual (en las mujeres), menor resistencia a infecciones, reducción en las estaminas y retardo físico y mental.

#### Deficiencias

Muchos adolescentes tienen dietas inadecuadas (U.S. Department of Agriculture and of Health and Human Services, 1985; citado por Rice, 1997). Las principales deficiencias son las siguientes:

1.-Insuficiencia de tiamina y riboflavina.

2.-Insuficiencia vitamínica (especialmente de las vitaminas A y C), causadas sobre todo por la falta de vegetales y frutas frescas en la dieta.

3.-Insuficiencia de calcio, causada principalmente por un consumo inadecuado de leche.

4.-Insuficiencia de hierro, en especial en las mujeres.

5.-Insuficiencia de proteína, por lo general solo en las mujeres.

### Sobre peso y bajo peso

Una vez terminado el crecimiento en la estatura de las adolescentes sobreviene un nuevo aumento de peso. El depósito de grasas en el cuerpo puede generar ansiedad, provocando la restricción en la alimentación y en algunos casos extremos anorexia o bulimia.

Los adolescentes suelen preocuparse por el exceso de peso (Cook, Reiley, Stallsmith y Garretson, 1991; citados por Rice, 1997). Del 10 al 15 % de todos los adolescentes son obesos (es decir tienen un sobrepeso de por lo menos 20% o más), y es más común la obesidad en las chicas que en los muchachos (U.S. Department of Commerce, 1987; citado por Rice, 1997). El exceso de peso afecta el ajuste emocional de los adolescentes, el desarrollo de la identidad del yo, la autoestima y las relaciones sociales. Influye mucho en la tendencia de los adolescentes a experimentar sentimientos negativos acerca de sus cuerpos, lo que es especialmente cierto en el caso de las evaluaciones que las mujeres hacen de sí mismas (Andersen y LeGrand, 1991; citados por Rice, 1997).

El tener sobrepeso también se asocia con la maduración temprana y afecta de manera global las autoevaluaciones de las adolescentes volviéndose éstas negativas (Alasker, 1992; citado por Rice, 1997). También supone un riesgo para la salud futura, ya que la obesidad está relacionada con desórdenes ginecológicos, enfermedades de las articulaciones, hipertensión y enfermedades cardiovasculares (Shestowsky, 1983; Stein, 1987; citados por Rice, 1997).

Por otro lado, los adolescentes cuyo peso es inferior a lo normal se encuentra en la situación opuesta: están quemando más calorías de las que consumen. Especialmente a los varones les preocupa ser demasiado flacos o “no tener buena figura”. En un estudio de 568 adolescentes varones, más de la mitad



reportó sentir insatisfacción con su cuerpo, y 71% que comía para subir de peso (Fleischer y Read, 1982; citados por Rice, 1997). Los adolescentes con peso inferior a lo normal necesitan incrementar su consumo de comidas grasas y superar un mal apetito; también pueden conservar energía pasando más horas en la cama y omitiendo el ejercicio extenuante.

En un estudio realizado por Smolak, Levin y Gralen (1993) en adolescentes acerca del impacto de la pubertad y los problemas alimentarios, encontraron que las chicas del 6° grado que tenían ya la experiencia de la menarca no mostraron un alto nivel de insatisfacción corporal así como la no realización de dietas; en comparación con las jóvenes que aún no había presentado la menarquía las cuales tenían un alto nivel de insatisfacción y una mayor realización de dietas.

En el Distrito Federal; Gómez Peresmitré y Ávila (en prensa b), estudiaron una muestra de 487 niños que cursaban el quinto y sexto 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. Mojica y Sánchez (1998), encontraron que las adolescentes entre 14 y 12 años realizaban dieta

En otro estudio se encontró que las adolescentes sin vida sexual activa presentaron un mayor porcentaje (48%) en la conducta de comer poco en relación a las que presentan vida sexual activa las cuales como en desproporción es decir hasta que les duele el estómago (Navarro, 1998).

Huenemann y cols. (1965; citados por Wilson, Fisher y Fuqua, 1978) al investigar 1000 adolescentes de nivel secundaria, encontraron que la mayoría estaba descontenta con sus proporciones. Las muchachas deseaban pesar menos; el 30% seguían dietas reductoras, aunque solo el 15% fueron obesas.

Gómez Peresmitré y Ávila (en prensa a) en un estudio donde exploraron la relación entre la conducta alimentaria y obesidad, compararon estas variables en muestras de adolescentes hombres y mujeres con diferente peso corporal. Trabajaron con muestras no probabilísticas (N=222). Y los resultados más importantes que encontraron fueron: a) en las mujeres, una relación clara y directa entre la variable obesidad y conducta alimentaria compulsiva; b) entre los hombres

un factor compuesto por variables compensatorias y c)un factor común a hombres y mujeres que involucran variables que miden la preocupación por el peso y por la comida.

Hoy en día la salud de los adolescentes presentan signos visibles de deterioro, sobre todo en lo referente a hábitos alimentarios (“Alertan sobre el...”, 1997).

## CAPITULO II

### CONDUCTA ALIMENTARIA

Surgen en libros, folletos, artículos de revistas y de periódicos, como tema central lo que comemos o debemos comer, hay recetas y más recetas para todas las tendencias y todos los gustos, para todas las preocupaciones y obsesiones por adelgazar.

El deseo y avidez alimentarios son generalmente concebidos como expresión de un desarreglo psicofisiológico que afecta no solo a la vida somática sino también a los comportamientos emocionales, a las relaciones afectivas y sexuales, a la actividad del pensamiento y la imagen corporal.

Hoy en día existe una preocupación particular por las dietas, los alimentos sanos y la buena nutrición, que hace pocos años no había, siendo su objetivo mejorar el bienestar físico y la calidad de vida en la persona.

Savarain ( "Hogar: los riesgos", 1997) dijo: "hay una fisiología del gusto". La comida es una ciencia, arte y tecnología, que guarda armonías, similitudes y hermandades, lógica interna, reglas de oro que durante miles de años han ido encontrando su lugar.

La conducta alimentaria, representa una respuesta biológica inherente a todo ser vivo. Sin embargo, esa conducta cobra más valor aún, en el ser humano, ya que deja de ser totalmente instintiva para convertirse en una respuesta altamente condicionada por factores de otro orden; estos son, psicológicos, sociales y culturales. Así intervienen, por lo tanto, aspectos emocionales y de placer, entre otros, que la hacen más compleja y la convierten en fuente de conflicto generadora de desórdenes alimentarios (Gómez Peresmitré, 1993).

Según Lemery en 1702 ("La medicina", 1973), los alimentos comprenden todo lo que es capaz de reparar la pérdida de las partes sólidas o líquidas de nuestro organismo. En realidad los alimentos no desempeñan únicamente el papel de reponer las pérdidas, sino también de proporcionar al organismo en desarrollo su

propia materia prima. El ser humano tiene necesidad de alimentarse, aunque permanezca completamente inactivo, para asegurar el buen funcionamiento del cuerpo humano. Para el hombre activo, esta necesidad de alimentarse es aún más importante, porque necesita compensar las pérdidas sufridas por el esfuerzo y funcionamiento de sus órganos y tejidos.

La ingestión de comida da inicio a multitud de fenómenos físicos y químicos, por lo que la economía utiliza sus nutrimentos para conservar la temperatura corporal y el funcionamiento de sus sistemas orgánicos vitales, elabora nuevo tejido destinado a crecimiento y reparación, y ejecuta trabajo. A tales procesos se les llama generalmente digestión, absorción y metabolismo de nutrimentos.

**Digestión:** las dos fases principales de la digestión, relacionadas química, mecánica, e íntimamente, se llevan a cabo de modo simultáneo. La primera incluye las contracciones musculares de las paredes del aparato gastrointestinal, que impulsa el alimento en solución (quimo), y permiten el contacto entre él y las enzimas digestivas; la segunda, la digestión química, es un fenómeno de hidrólisis por el que carbohidratos, grasos y proteínas se dividen en unidades más sencillas que se absorben por las paredes del intestino delgado.

**Absorción:** consiste en el paso de nutrimentos de la luz del intestino delgado, por el epitelio intestinal, a la lámina propia, en donde pasan a los vasos sanguíneos y linfáticos.

**Metabolismo:** se define como un proceso por el que las células transforman los nutrimentos en energía aprovechable, que puede servir para ejecutar trabajo y sintetizar nuevos compuestos vitales en su estructura y funcionamiento.

**Metabolismo energético:** se libera energía cuando la economía efectúa trabajo al cumplir cualquier función, sea pequeña o grande. La conservación del peso corporal durante un periodo se considera un índice de equilibrio calórico, o sea que el aporte de energía es igual al consumo. Las necesidades energéticas de un individuo dependen de dos factores principales:

- 1) La energía gastada en el crecimiento y en la conservación, y

2) la gastada en actividad física.

La energía que se utiliza para conservar las actividades basales es relativamente constante e incluye:

1. Conservación del tono muscular y de la temperatura corporal.

2. Circulación.

3. Respiración.

4. Otras actividades glandulares y celulares, sin excluir las relacionadas con el crecimiento (Anderson, Dibble, Turkki, Mitchell y Rynbergen, 1985, p.218).

Para conservar energía en caso de inanición grave o de prolongada desnutrición, el organismo se adapta aminorando el metabolismo basal, quizá hasta 50%.

El cuerpo para asegurar cada una de sus funciones debe recibir una cantidad de energía, al menos igual a la cantidad de energía utilizada.

El estado de equilibrio del organismo se describe así :

$$\text{energía gastada} = \text{energía recibida}$$

El gasto de energía de nuestro organismo ya ligado a diversos factores, debe asegurar el metabolismo basal y los gastos debido al trabajo y a la conservación de la temperatura.

El metabolismo basal: es la expresión de la supervivencia. Representa lo que gastamos si estamos en reposo, a 37 grados C y en calma emocional, es el coste de nuestra actividad celular en reposo. Es variable y propio de cada individuo. Un hombre alto y fuerte tiene un metabolismo basal más elevado que un hombre bajo y delgado. La edad va acompañada de un descenso del metabolismo basal. Un solo órgano actúa sobre el metabolismo basal: la glándula tiroides. Si trabaja demasiado, las células trabajan más y gastan más energía. Si funciona poco, sucede

a la inversa. El coste del metabolismo basal oscila entre 1300 y 1600 calorías (Enciclopedia Larousse Temático, 1997).

El gasto debido al trabajo: varía notablemente de un sujeto a otro. Para la población urbana, se calcula entre 70 y 300 calorías por día. El gasto debido a la conservación de la temperatura: es el gasto de energía necesario para mantener nuestro organismo a 37 grados C, y oscila entre 200 y 1000 calorías por día (Enciclopedia Larousse Temático, 1997).

Otros gastos se deben a la transformación de los alimentos en energía, que están en función de la naturaleza y cantidad de los alimentos ingeridos. Se utiliza alrededor del 20% de la energía de las proteínas ingeridas, el 6% de la energía de los glúcidos y lípidos ingeridos para la utilización de cada uno de los nutrientes: esto representa de 200 a 400 calorías por día. El gasto debido a las emociones, aunque variable, es igualmente un factor de energía.

Si nos llegara a faltar energía, el organismo acude a las reservas para abastecerse (a esto se le debe el adelgazamiento, basado en el control de las calorías); si las tenemos en exceso, el organismo ahorra este exceso y almacena en el tejido graso en previsión de los días difíciles, pues la energía no se elimina más que por el trabajo.

De acuerdo con Zubirán y Miranda (1985; citados por Rivera, 1997, p.60), una alimentación correcta debe ser: completa, suficiente, equilibrada, higiénica, variada, adecuada a la edad, sexo, tamaño, actividad, estado de salud, recursos económicos y disponibilidad local y estacional de alimentos. Además debe incluir dos o tres alimentos de cada grupo alimenticio y variarlos tanto como sea posible. Los tres grupos aportan principalmente:

- a) Energía (cereales, tubérculos, azúcares y grasas)
- b) Proteínas (frijol, garbanzo, haba, alimentos de origen animal)
- c) Vitaminas y minerales (todas las frutas y verduras)

Un individuo con un peso considerado normal tiene un 18 % de grasa. La grasa tiene varias funciones: protege de la temperatura exterior y de las agresiones,

permite la cicatrización de las heridas. He aquí por que no es deseable el estado de extrema delgadez; el 18% de grasa en un hombre de 70 kilos significa una reserva de una 80,000 a 140,000 calorías: o sea, 70 días de supervivencia (Enciclopedia Larousse Temático, 1997, p.779).

Los nutrientes son sustancias esenciales, contenidos en los alimentos, que se necesitan para el funcionamiento normal del organismo. Los seis principales tipos de nutrientes son: hidratos de carbono, proteínas, grasas, minerales, vitaminas y agua.

Se puede definir el estado nutricional como la condición del organismo que resulta de la relación entre las necesidades nutritivas individuales y la ingestión, absorción y utilización de los nutrientes contenidos en los alimentos.

La desnutrición es un déficit de peso y deterioro del crecimiento resultante de una ineficiente ingesta dietaria y de enfermedades infecciosas frecuentes.

La delgadez se define como una disminución aislada de la masa adiposa (menos del 10% del peso corporal del hombre y menos del 14% del de la mujer).

Aunque es cierto que el individuo puede adaptarse metabólicamente a cualquier clase de dieta, el hecho es que, una alimentación inadecuada alterará progresivamente su capacidad funcional y facilitará el desarrollo, más temprano de la vida, de enfermedades crónico degenerativas (Gómez Peresmitré, 1996).

Al respecto y de acuerdo con Chávez, Roldán, Bermejo y Avila (citados por Gómez Peresmitré, 1996) se ha confirmado que el consumo de grasas totales y saturadas, la falta de fibra, y el exceso de alimentos refinados y concentrados precipitan las enfermedades crónicas, así como, el envejecimiento prematuro.

Uno de los medios para conseguirla disminución del aporte calórico es el régimen, que consiste en la elaboración de dieta basada en la reducción de un aporte calórico. A través de los años se ha llegado a la conclusión de que quienes siguen un régimen dietético, son como resortes comprimidos: cuanto más restrictivo es el régimen, más comprimido esta el resorte.

Los sujetos preocupados por su peso establecen controles cognoscitivos que señala, cuando, donde y cuanto comer, mientras que la regulación de la ingesta de alimentos en sujetos sin ese problema se guían más por sus mecanismos fisiológicos y señales del tracto gastrointestinal.

El realizar dietas bajas en calorías, y aún más si son muy bajas, puede llevar a la muerte, ya que tienen un ingreso menor a 500 kcal al día. En 1979 la Food and Drug Administration (FDA), denunció 60 muertes, por el uso amplio de dietas de "proteína líquida" a base de colágena. Algunas dietas se preparan con fines comerciales, y otras con poca base científica (Atkinson, 1993).

Las dietas bajas en calorías prescritas frecuentemente por los profesionales de la salud o intentado por los pacientes, suele dar poco resultado para la obesidad. Hay factores que actúan para impedir el éxito de la pérdida de peso a largo plazo utilizando dietas equilibradas. Uno es la dificultad para seguir fielmente, estamos rodeados de alimentos y de estímulos provenientes del ambiente, presiones sociales y hábitos que resultan difíciles de superar. Otro es el hecho de que una proporción elevada de calorías proviene de la grasa. Los profesionales de la salud (médicos, nutriólogos, etc.) al poner bajo dieta a personas obesas, también deben proporcionar acceso a un programa amplio que incluya ayuda psicológica, consejo nutricional, técnicas de modificación en la conducta y un programa de ejercicio.

Una de la implicaciones más claras es que, cuanto más amplia sea la base dietética, mejores oportunidades habrá para lograr el éxito adaptativo, no obstante, los factores nutricionales no excluyen por si mismos la posibilidad de que los primeros homínidos estuvieran muy especializados en términos de dieta.

Las sustancias utilizadas como combustible por el hombre son proteínas, carbohidratos, grasa y alcohol etílico. A pesar de la simplicidad de elección, se han creado centenares y quizá millares de dietas principalmente con nombres llamativos destinados a vender libros, revistas, o más recientemente vídeo cintas. A esta plétora de dietas Atkinson (1993) las divide en las siguientes categorías:

#### 1. Dietas bajas en calorías.

-Dietas equilibradas. Estas dietas consisten en una mezcla de proteínas, carbohidratos y grasas en las mismas proporciones en las cuales son



consumidas por la población que no sigue alguna dieta. Probablemente es la más utilizada para todas las dietas porque se la prescribe a sí mismo el paciente o le es recomendada por profesionales poco familiarizados o poco interesados en la naturaleza de la enfermedad que es la obesidad. El consejo estándar es “comer pequeñas porciones”. El fundamento es que una simple reducción de la cantidad de comida ingerida constituye el tratamiento de la obesidad.

-Dietas de un solo alimento. La base de estas dietas es la monotonía y la simplicidad. Se aconseja a los pacientes que coman un solo alimento en cada comida. En ocasiones se permite cierta variación o adición de una selección muy limitada de otros nutrientes. Tales dietas son aburridas, rápidamente crean aversión del alimento único y el ingreso se reduce automáticamente. Por otra parte, las dietas de un solo alimento tienen la virtud de la simplicidad para personas con dificultad para limitar la ingestión. El comer otros alimentos que no están prescritos “rompe” la dieta.

-Eliminación o reducción de uno o más nutrientes. Las dietas que limitan mucho, o supriman, una o más fuentes de energía suelen reducir los carbohidratos o la grasa. La restricción de carbohidratos provoca cetonemia, rápida pérdida inicial de peso y, según algún informe anecdótico, se dice que disminuyen el hambre. La restricción de grasas reduce la densidad calórica de la dieta, y puede bajar el nivel en el cual está regulado el peso corporal. En raros casos, una dieta caprichosa limita o elimina las proteínas, pero tales dietas son peligrosas e inadmisibles.

-Dietas vegetarianas y dietas ricas en fibra. Esta categoría de dietas incluye desde las denominadas “vengan” a base de alimentos de origen vegetal, hasta dietas con alimentos de origen animal y de origen vegetal ricas en fibra. Se dice que las dietas ricas en fibra disminuyen el contenido calórico, aumentan la duración de las comidas, desplazan otros alimentos ricos en calorías, y quizá alteran hormonas intestinales de manera que disminuye el hambre o se producen cambios en el metabolismo.

-Dietas de fórmula. Estas dietas pueden ser de una u otra de las categorías anteriores. La mayor parte de las dietas de fórmula son equilibradas y contienen una mezcla de proteínas, carbohidratos y, generalmente, una

cantidad modesta o baja de grasa. Las dietas de fórmula pueden ser líquidas o en forma de un polvo que se mezcle con líquidos. En general, el consumidor se limita a la dieta de la fórmula, o bien a cantidades muy pequeñas de otros alimentos, de manera que una dieta de fórmula puede ser en realidad de un solo alimento. El fundamento de utilizarlas es que son novedosas y cómodas. La facilidad de empleo hace que al consumidor le evite tomar decisiones acerca de elección de alimentos.

-Dietas mágicas y diversas. Varias dietas no pueden clasificarse en alguna de las categorías anteriores. Suelen ser caprichosas, y combinan alimentos que pueden resultar o no fisiológicamente recomendables. Estas dietas pueden tener un plan rígido que evita la toma de decisiones por parte del consumidor, y su carácter novedoso estimula la fidelidad. Se ha dicho que algunas tienen el poder extraordinario de eliminar grasa, quemar calorías extra, etc., y pueden considerarse "mágicas".

## 2. Dietas muy bajas en calorías.

Estas dietas aportan el equivalente de 10 kcal o menos por kg. de peso deseable al día, y suelen contener únicamente pequeñas cantidades de grasa. La mayor parte son dietas de fórmula por la elección limitada de alimentos bajos en calorías que contengan sobre todo proteínas con poca grasa. Las dietas muy bajas en calorías se dividen en dos grupos: ricas en proteínas con pocos carbohidratos, y cantidad igual de proteínas y carbohidratos.

-Dietas ricas en proteínas con un mínimo de carbohidratos. Estas dietas son cetógenas, pues contienen menos de 50 g al día de carbohidratos. Las proteínas pueden obtenerse de alimentos parcialmente elaborados, como caseína o albúmina de huevo, o bien, carne magra.

-Proteínas y carbohidratos equilibrados. Estas dietas contienen cantidades iguales o menores de carbohidratos en comparación con las proteínas. Se discute cuál sea la eficacia de esta dieta comparada con la rica en proteínas y baja en carbohidratos para conservar el equilibrio nitrogenado y evitar efectos secundarios.

Existen muchas personas que, generalmente sin prestar especial atención a su alimentación sino ingiriendo lo que su apetito demanda, mantiene el peso estable durante muchos años. Esto se debe a que el organismo tiende a mantener un peso fisiológicamente determinado, independiente de las presiones estéticas. Esto constituye un peso señalado o "set point". Por ello algunos obesos tienen serias dificultades para bajar de peso o mantener un peso menor que el habitual, por mucho tiempo. Esto también determina que muchos individuos, aunque hagan ingestas copiosas, no aumenten de peso. El organismo adapta su gasto calórico, y probablemente regula el apetito de acuerdo con estos principios.

Encontró Gómez Peresmitré (1996) que algunos investigadores consideran que el seguimiento de dietas (más o menos restrictivas) con propósitos relacionados con el peso corporal es ya un precursor de los desórdenes del comer. Por ejemplo habla de Nylander, que en 1971 había sugerido que existe continuidad, una diferencia cuantitativa, entre hacer dieta para reducir de peso y anomalías de la conducta alimentaria, mientras otros investigadores se oponen a esta sugerencia señalando que no todos los dietantes desarrollan tales problemas. Menciona también a Polivy y Herman que en 1983 hacen notar que de acuerdo con los datos disponibles los individuos con desórdenes del comer comparten varias características con los que hacen dietas (preocupación por la comida y por el peso) pero existe, señalan los investigadores, una diferencia fundamental, ya que los sujetos con desórdenes del comer despliegan una forma de vulnerabilidad psicológica que es un sentido de ineficiencia de fracaso.

Señala Kaplan (1986) que la resolución de empezar una dieta es un camino hacia la emaciación.

Mann en 1951 (Klamroth, 1987) sostiene que cualquier modelo sobre los patrones dietéticos de los primeros homínidos debe proponer la especialización dietética para explicar la diversidad morfológica, poniendo en un plano relevante los diferentes patrones adaptativos dietéticos para explicar no solo las diferencias anatómicas, sino incluso las conductuales, ya que el desarrollo de ciertos hábitos alimenticios pueden ejercer cierta influencia en la evolución de otras conductas

Los hábitos alimenticios no son estáticos y aunque es difícil modificarlos, cambian según evolucionan los pueblos.

Hábito alimenticio se entiende como la forma de alimentación que es relativamente invariable y fácilmente suscitada. El hábito suele iniciarse por costumbres familiares o por la imitación de otras personas; este último, hoy en día se puede ejemplificar con el hecho de que los fans de "X" artista comen lo que su ídolo come.

La preferencia por los alimentos más ricos, que dejan menor proporción de residuos, muchas veces forman parte de una conducta general de la vida diaria, iniciada quizá por el padre o la madre excesivamente indulgentes o demasiado ansiosos por el bienestar del hijo.

El apetito (del latín *apetere*, *apetecer*, *desear*) nos mueve a alimentarnos selectivamente; es una sensación de aparición lenta, agradable. Si el apetito no se satisface se convierte poco a poco en una necesidad indiscriminada e imperiosa de comer, acompañada de malestar, debilidad y contracciones gástricas: es el hambre.

La mayoría de las hormonas estimulan el apetito por su acción reguladora tónica y excitante. Las que actúan más directamente sobre el apetito son:

- Insulina. En muchos obesos (sobre todo los que tienen antecedentes familiares de diabetes) se puede constatar un aumento de insulina en sangre que estimula vigorosamente el centro del hambre.

- Tiroides. Es notable la disminución del apetito y de la sed en los pacientes hipotiroideos. En el hipotiroidismo (en cambio) aparece aumentando el apetito mientras disminuye el peso por la acción estimulante de las hormonas tiroideas en el consumo energético.

- Glándulas suprarrenales. Su participación en el metabolismo de los hidratos de carbono, proteínas, agua, cloro, sodio y potasio explica su acción moduladora del apetito. La inanición prolongada hasta la desnutrición provoca un cuadro clínico similar al de la insuficiencia suprarrenal.

- La enterostatina (descubierta recientemente por la Dra. sueca Charlotte Erlandsson) es una hormona que actúa sobre los centros del apetito-saciedad provocando el rechazo de todo alimento excesivamente graso. Actúa frente a las grasas como el antabús y otras sustancias, frente al alcohol, haciéndolo

repelente. No apetecen más alimentos que los saludables y frugales. Si el nivel de enterostatina en el organismo es bajo, el paciente come más y más aprisa, con preferencia en las grasas (Martínez-Fornés, 1995, p. 34).

Tanto en los animales superiores como en el hombre, existen en el cerebro (hipotálamo) un centro que controla el apetito y otro que regula la saciedad, a través de diferentes estímulos. Los más directos son:

·Nivel de glucosa en la sangre: cuando el ayuno disminuye el nivel de glucosa en la sangre, se estimula el cerebro del hombre. Por el contrario, cuando comemos abundantemente, aumenta la glucemia y se pone en marcha el centro de la saciedad.

·Temperatura de la sangre: existen neuronas capaces de medir la temperatura en el hipotálamo, distinguiéndose un centro que regula la producción de calor y un centro anterior que controla las pérdidas de calor corporal.

La sangre que irriga los centros reguladores del apetito y de la saciedad, activaría este último cuando aumenta la temperatura corporal después de comer abundantemente.

El hipotálamo interviene también desencadenando y modulando emociones, respuestas agresivas, especialmente accesos de cólera. Lo cual explica la agresividad y mal carácter que se padece tantas veces durante las dietas de adelgazamiento.

Durante periodos de gran actividad o trabajo muscular agotador, suelen adquirirse hábitos alimenticios que persisten durante años después que la necesidad de este elevado ingreso calórico ha desaparecido (Houssay, Lewis y Orías, 1957).

El mejoramiento de dichos hábitos puede lograrse a través de la educación en la selección, adquisición, preparación y distribución de los alimentos, con el fin de lograr un consumo racional del alimento disponible, un mejor consumo del presupuesto destinado a los alimentos, una adecuada distribución del alimento a nivel familiar con base en los requerimientos de cada miembro de la familia y un

mayor consumo de los alimentos de alto valor biológico (Bourges, 1987; citado por García, Girón y Victoria, 1996).

La nutrición adecuada del individuo se da en la medida en que el alimento consumido provea a su organismo del tipo y cantidad de nutrimentos que requiera para su óptimo funcionamiento (Monges, 1983, citado por García y cols. ,1996).

Nutrición en jóvenes. Hay que proporcionar suficientes calorías para que el crecimiento se realice normalmente. El periodo de crecimiento rápido en mujeres suele presentarse de 11 a 13 ó 14 años.

Conal-INNSZ, da unas tablas de uso práctico sobre el valor nutritivo de los alimentos de mayor consumo en México, para adolescentes de sexo femenino entre 11 y 18 años (INEGI, 1996):

Peso teórico (Kcal) *peso para la edad central del periodo.	53
Energía(Kcal)	2300
Proteínas (g)	67
Calcio (mg)	700
Hierro (mg)	18
Tiamina (mg)	1
Rivoflamina (mg)	1
Niacina (mg. Eq) *un miligramo equivalente de niacina es igual a 60 miligramos de triptofano.	21
Acido ascórbico (mg)	50
Retinol (mcg Eq) *un miligramo equivalente retinol es igual aun miligramo de niacina o a 60 miligramos de triptofano.	1000

Cabe mencionar que la tabla del Conal-INNSZ, es recomendada para individuos normales con la dieta, en las condiciones de México.

## 2.1. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Las muchachas de maduración precoz, se preocupan porque su rápido crecimiento y el aumento de su estatura superan a los de los muchachos de su misma edad. En consecuencia, restringen su alimentación y a menudo escogen en forma indebida respecto a los nutrimentos esenciales (hay un bajo ingreso calórico). Las de maduración tardía no hacen una reducción drástica en su ingestión de calorías sino hasta mucho más tarde. El interés de las adolescentes gira entorno a perder peso, sea necesario o no.

Los trastornos del comportamiento alimentario están aumentando alarmantemente, atrayendo a las personas afectadas una probable desadaptación, tanto laboral, como social, familiar y sexual.

Para Alemany (1995) los trastornos alimentarios constituyen una auténtica epidemia, ya que aparecen más síntomas relacionados con la presencia de dichos trastornos en la población normal.

Hasta antes de los años 60s los trastornos de la conducta alimentaria eran considerados como enfermedades raras, sin embargo, a partir de entonces las estadísticas sugieren que su diagnóstico está siendo cada vez más frecuente, debido, entre otros factores, a cambios en los valores socioculturales que han ocurrido en muchos países con relación al rol y a las metas femeninas y específicamente en relación con las expectativas ideales de delgadez, que en la práctica han venido a representar uno de los criterios para ser considerada y/o considerarse atractiva o no, y por los cambios que ha habido, en consecuencia, con respecto a las actitudes hacia la obesidad (Unikel y Gómez Peresmitré, en revisión editorial).

En 1987 Yager, Landsverk y Edelstein observaron como efecto de influencias culturales que las mujeres con desórdenes alimentarios se preocupaban por su peso. El primer artículo popular sobre los desórdenes de la alimentación fue publicado el 21 de agosto de 1926 en el periódico norteamericano "The Saturday Evening Post", titulado "Gordura y Moda" por Hutchinson (Holtz, 1995).

Holtz (1995) menciona que los principales factores de riesgo de los desórdenes de la conducta alimentaria son el sexo, la edad y el nivel socioeconómico, ya que se presenta en mujeres (95%) que en hombres, en adolescentes y jóvenes (dentro de un rango aproximado de 13 a 22 años) en clase media y alta. Pope y cols. (1987) hallaron que son más comunes estos desórdenes en el nivel socioeconómico alto.

Unikel (1998) encontró que la presencia de síndromes parciales de los desórdenes del comer, aparecían en su mayoría en las estudiantes con el peso corporal normal (57.4%).

Rivera (1997) presenta que los factores de riesgo alimentario son independientes del nivel socioeconómico, aunque el peso corporal si se relacionaba, ya que muestra que la mayoría de las adolescentes de peso normal realizaban dieta.

Los trastornos alimentarios se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria. Dentro de la categoría de trastornos del comportamiento alimentario se agrupan una serie de alteraciones conductuales que varían en las manifestaciones y gravedad de su sintomatología. De los tipos de trastornos más comunes que afectan tanto a niños y adolescentes como adultos, se encuentran tres principales entidades: obesidad, anorexia y bulimia nerviosa; aunque Saldaña (1994) incluye también a la sobreingesta compulsiva. Para la presente investigación solo se tomaran en cuenta los tres trastornos principales.

En el orden de lo biológico el común denominador de los tres trastornos, es el balance calórico (la relación ingreso-gasto calórico). Hekier y Miller (1994, pp.38-39) dan los criterios diagnósticos para los trastornos de la alimentación (binge eating disorders, BED):

A.Episodios repetidos de "ataques de comer" caracterizado por:

- 1) Comer una gran cantidad de alimentos en un corto periodo de tiempo.
- 2) Sentir falta de control sobre la alimentación durante el episodio.

B.Durante la mayoría de los episodios de voracidad:



Se encuentran presentes por lo menos tres de los siguientes indicadores conductuales de falta de control:

- 1) Desagradable sensación de plenitud
- 2) Comidas abundantes "sin hambre"
- 3) Comidas abundantes fuera de los horarios habituales
- 4) Comer a solas

C. La voracidad se acompaña con marcado malestar.

D. Estos episodios ocurren en promedio, por lo menos dos veces por semana, durante seis meses (p. 38).

Dan los mismos autores una clasificación de los trastornos de la alimentación:

-Anorexia nerviosa

-tipo restrictivo

-tipo purgativo

-Bulimia nerviosa

-tipo purgativo: utilizar métodos purgativos, vómito autoinducido y/o uso de laxantes y/o diuréticos.

-tipo no purgativo: mecanismos compensatorios (como ejercicios físicos extenuantes).

EDNOS (desordenes alimentarios no especificados):

-Binge eating disorders (BED):

a) Frecuencia de Binge eating dos veces por semana durante seis meses

b) Sin mecanismos compensatorios

-otros trastornos de la alimentación no especificados (p. 39).

A partir de 1980 la Asociación Psiquiátrica Americana reconoció formalmente la existencia, desde el punto de vista psicopatológico, de la anorexia nerviosa y bulimia.

Se le empezó a considerar a la obesidad como un trastorno del comportamiento alimentario, a partir del sistema clasificatorio de los desórdenes mentales de 1987 (DSM-III-R, American Psychiatric Association), la investigación y práctica clínica habitual han conducido a incluirla en la categoría de trastornos del comportamiento alimentario, con la esperanza de que la investigación y trabajo clínico que se realiza sobre la obesidad, beneficiara a los profesionales que están estudiando y tratando la bulimia nerviosa y anorexia nerviosa, y viceversa.

Si se parte de que la conducta alimentaria es, en su sentido más estricto una respuesta a la necesidad de nutrientes con objeto de mantener el equilibrio del balance energético y de aportar los principales plásticos y reguladores indispensables y que la conducta alimentaria normal cumple con esos propósitos, entonces puede entenderse de una manera más fácil por qué, la obesidad, la bulimia y la anorexia nerviosa, constituyen las tres entidades o categorías principales de las anomalías de esa conducta. Debe señalarse que éstas se relacionan entre sí, de tal manera, que en la realidad difícilmente podrían encontrarse en forma pura pues se presentan más bien como síndromes que como síntomas o bien como factores o agrupamientos de variables que como variables solas o específicas (Gómez Peresmitré, 1996).

Por otra parte, aunque durante los últimos veinte años han surgido diferentes términos para describir los desórdenes del comer, que incluyen entre otros, bulimia, bulimia nerviosa, anorexia nerviosa, bulimarexia, síndrome del caos dietario, dietantes crónicos, dietantes restrictivos y disorexia, actualmente, la obesidad, al haberse definido más claramente el campo de estudio de las anomalías de la conducta alimentaria, ha quedado como parte de sus elementos

constituyentes, ya que se ha encontrado que el porcentaje más alto de ésta, junto con sobrepeso, provienen de desórdenes del comer y porque comparten, características definitorias. Sin embargo debe dejarse claro que lo anterior no permite equiparar problema alimentario igual a problema de peso, los desórdenes alimentarios no necesariamente se manifiestan con problemas de peso (Gómez Peresmitré, 1996).

Una de las razones fundamentales, que pueden explicar de forma general el incremento de los trastornos del comportamiento alimentario, es el impacto sociocultural, sobre todo en los países desarrollados ya que la relevancia de todas estas alteraciones es muy escasa en los países deprimidos o en vías de desarrollo (Saldaña, 1994).

Si bien la anorexia, la bulimia y la obesidad no son desórdenes nuevos, hay factores socioculturales que en los últimos años han incidido fuertemente en su crecimiento. El contexto social determina que el ideal de peso corporal atractivo haya "adelgazado" en los últimos 25 años (Crispo y cols., 1994).

Unos de los aspectos comunes que se presentan en los sujetos que sufren estos trastornos, son: estados afectivos negativos (básicamente ansiedad y depresión), el deseo por adelgazar, un deterioro de la percepción y cogniciones sobre su imagen corporal y una baja autoestima, consecuencia esta última de sus dificultades para el control de peso.

La imagen externa es como la tarjeta de visita de la personalidad. El miedo al rechazo es vivido como algo terrible. En la muchacha esbelta se adivina un delicioso aire felino y asilvestrado. Esbeltez es la forma más graciosa y delicada de ocupar el espacio. "Delgado" procede etimológicamente del latín *delicatus*. En las sociedades del bienestar y del consumo lo caro, lo elegante, es ser "delgado". Quedando la obesidad para las clases más modestas que se alimentan predominantemente con pan, patatas, pastas, legumbres secas y grasas, en vez de verduras, carne, pescado y fruta; además no practican deportes.

Durante el congreso anual de la Asociación Médica Británica realizada en Cardiff, se lanzó un llamado a los diarios, agencias de moda, canales televisivos y directores cinematográficos para que den una mano en la difícil batalla contra la anorexia y la bulimia; mencionaron que las imágenes insistentes de modelos

delgadísimas tienen una influencia sobre los adolescentes ya que se asocia lo ultradelgado con el deseo y el éxito ("Médicos Británicos", 1998).

Los trastornos de la alimentación se extiende cada día, abarcando más edades y grupos sociales, cada vez es más frecuente la presión social por una figura cada vez más delgada, siendo más valorada en el nivel socioeconómico alto (Bruch, 1973, Palazzoli, 1974; citados por Rivera, 1997).

Ahora se identifica el estar esbeltos, incluso delgados, con una imagen juvenil. Mito alimentado por modistas, modelos, bailarinas, artistas de cine, locutoras; que pasan fácilmente de la esbeltez a la desnutrición. Dirigiéndose principalmente a la imagen de las jovencitas.

Martínez-Fornés (1995), menciona que hasta finales de la década de los cincuenta, la publicidad (que entonces se llamaba propaganda) no era tan agresiva como ahora, ni tan sutil.

Reconoce el talento, la imaginación y el arte puestos al servicio de realizar un auténtico lavado de cerebro a parte del público femenino juvenil al que va dirigido esta publicidad. Y la eficacia con lo que lo consigue. Identificando juventud y belleza, con la delgadez. Luego, la mujer adulta que adelgaza (aunque no lo precise) rejuvenece.

La silueta femenina real (no la que se presenta en las revistas) está sufriendo un lento pero progresivo cambio. Al disminuir las dimensiones del busto y las caderas, esta desapareciendo la cintura femenina. Si se compara el talle de avispa de antes con el actual, este último es más cilíndrico, más parecido al de los muchachos. No siempre resulta fácil hoy distinguir por la silueta a una chica de un chico, con el predominio de la línea unisex, más ostensible al inicio de la adolescencia, que en la feminidad adulta.

El mensaje que les llega a las jovencitas es que sólo siendo delgada será atractiva, espiritual, competitiva con las demás muchachas. Para muchas adolescentes no existe autoestima sin delgadez.

Las muchachitas por su inmadurez psicológica y predisposición cultural, son la población con mayor riesgo de ser presionadas social y publicitariamente a través de los medios audiovisuales: televisión, radio, cine, revistas, libros.

Tras la pantalla estética se mueven intereses comerciales que son apoyados por grandes cantidades monetarias:

- El mundo de la moda y alta costura, a través de sus modelos y mises;
- La industria del vestido;
- El comercio especializado, tanto boutiques, como grandes almacenes;
- Alimentación y bebidas light;
- Cremas y geles;
- Revistas y reportajes;
- Publicidad en todos los medios. Directa o indirecta a través de bonitas chicas excesivamente delgadas;
- Vallas publicitarias, escaparates y exhibición de famosas;
- Institutos de belleza, centros para adelgazar, gimnasios;
- Productos farmacológicos y herbolarios para aprender a perder peso.

La incauta jovencita toma por leal y competente información, lo que es habilísima publicidad.

Hay un efecto de retroalimentación entre las demandas culturales y/o personales de tener determinado tipo de cuerpo, el sentido que la persona le atribuye al logro de tal meta o a la dificultad de conseguirla, y las soluciones que pone en práctica para lograrlo. Mucha gente, queda atrapada en la búsqueda de un objetivo que, por el modo en que está definido, se vuelve inalcanzable.

Hay que considerar el papel de la familia en el desarrollo del desorden alimentario. Tristemente, los factores socioculturales, conjugados con una historia familiar de conflicto, dan como resultado una alta probabilidad de aparición de desórdenes de la alimentación, sobre todo cuando la persona está en la adolescencia, pues es en este periodo cuando la lucha por madurar, ser independiente autónomo, dentro de una inestabilidad interna y familiar, fuerza al adolescente y a sus padres a afrontar y resolver las realidades emergentes del desarrollo.

Algunos autores plantean que muchos de los adolescentes obesos y anoréxicos emergen de la infancia con varios obstáculos como lo son los sentimientos de incapacidad, de dependencia y falta de autodirección. También frecuentemente están menos alerta introspectivamente y sienten una falta de control sobre su propio cuerpo, por lo que recurren al mal uso de la alimentación en el intento de negociar los conflictos relacionados con la separación de sus familias. La dinámica que se da en el adolescente anoréxico es la declarar su independencia ignorando las suplicas de sus padres para que coma, y como contraparte, el adolescente obeso declara su independencia al rechazar las súplicas de sus padres para que reduzca de peso, ya sea ganándolo o perdiéndolo, se generan sentimientos de control y capacidad.

Los trastornos de las conductas alimentarias se desarrollan actualmente sobre unas estructuras variadas, que van desde la neurosis a la psicosis, con un lugar de excepción quizá para la histeria. Lejos de contradecir las hipótesis sociogénicas, este polimorfismo refleja la importancia de la influencia de los factores socioculturales. Estos podrían influir, en cierto momento, sobre la elección del síntoma tanto como los factores psíquicos. Nuestra sociedad ofrece un modelo narcisista, modifica los hábitos alimentarios, prolonga y agrava la dependencia, y confiere a la mujer, primera "candidata" a los trastornos de las conductas alimentarias, un lugar y un papel incómodos. En estas condiciones, no es en absoluto asombroso que tales trastornos de las conductas alimentarias se multipliquen hasta el punto de aparecer como unos síntomas asociados a un contexto sociocultural determinado. El síntoma continúa siendo siempre un medio de comunicar.

La relación entre los trastornos del comportamiento alimentario con problemas de salud está ampliamente demostrado. Para tratar trastornos del comer,

se han creado en España (1985) lugares como el CTC (Centro de trastornos del comer), en donde atienden e investigan de las consultas a desórdenes de la alimentación; ahí toman como trastornos de la alimentación a la anorexia, bulimia y obsesiones con el peso y/o dietas, siendo cada vez más frecuente la demanda de atención relacionada con estos trastornos (Crispo y cols., 1994).

En U.S.A. también existen de estos centros como son: Eating Disorders Center (E.D.C.) del Mental Research Intitute (M.R.I.), Brief Therapy Center (B.T.C.) del M.R.I.

En México los trastornos de la alimentación se pueden atender en el Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán", o en cualquier institución de salud pública. Cabe mencionar que no existe un centro especializado, como los antes mencionados, para dichos trastornos.

Lo fundamental del tratamiento psicológico como una fase del tratamiento integral va dirigido no sólo al entendimiento y elaboración del conflicto original, sino a la prevención de nuevos síntomas paralelos al reprimir el referente a la alimentación. Si el conflicto no se resuelve, buscara permanentemente descargar en otras áreas. El tratamiento no debe ser por ende un restablecimiento únicamente, sino que persigue una reeducación, donde el individuo reprima sus hábitos alimenticios logrando que el alimento sea eso: alimento, tratando de quitarle la mayor carga emocional y sobre todo simbólica, siendo obviamente imposible descategorizarlo por completo (Barber y cols., 1995).

La convicción de que el ser humano está ligado a su familia y a su entorno, y que estos son la fuente primordial de presiones, pero también de recursos; los trastornos de la alimentación se extienden cada día, abarcando más edades y grupos sociales, al tiempo que la presión social por una figura cada vez más delgada se ha convertido en una suerte de tiranía de valores, ha hecho imprescindible describirlos y abordarlos teniendo en cuenta estos contextos que los promueven y mantienen.

## 2.2. TEORIAS QUE EXPLICAN LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Dentro del campo de estudio de los trastornos alimentarios ha cobrado gran importancia el enfoque sistémico, así vemos trabajos como el de Pike y Rodin (1991; citados por Alvarez, Vázquez, Mancilla, López y Eguiluz, 1996), en el que se relaciona a la bulimia con un sistema familiar más conflictivo, desorganizado, crítico o amurallado, que el de las familias normo-peso; también en este sentido han sido caracterizadas la anorexia y la obesidad en su interconexión familiar (Onnis, 1990).

Onnis (1990) reporta algunos casos en que el problema de la obesidad está sostenido por una dinámica familiar disfuncional, donde el paciente obeso sirve de mediador entre los padres, los mensajes pasan a través de él y de su síntoma, el cual adquiere una función específica, comunicativa y relacional en el interior de la familia.

Para la teoría sistémica, que en su forma aplicada se conoce como terapia familiar, el paciente se considera como el portavoz que expresa el malestar de toda su familia, esta perspectiva además de hablar de una técnica de intervención terapéutica diferente, también nos habla de otro modo de concebir al hombre, retomando las relaciones familiares como conformadoras de la condición psicológica de un individuo, yendo más allá de las relaciones causales que involucran únicamente la relación organismo medio ambiente.

Para analizar la relación que existe entre el comportamiento individual y el grupo familiar en un único acto de observación, es necesario considerar a la familia como un todo orgánico, es decir como un sistema relacional que supera y articula entre sí los diversos componentes individuales.

De tal manera, que cuando la familia es estudiada bajo el enfoque estructural sistémico, se descubre que ésta se comporta a partir de reglas propias y singulares, que forman su mundo subyacente, conformado por patrones de interacción que constituyen sus mitos, redes de comunicación, alianzas, amores u odios secretos (Vázquez y Alvarez, 1994). Lo anterior permitió que algunos patrones de comportamiento individual considerados incoherentes o sin sentido hasta entonces,



al trasladarlos al contexto familiar pudieran ser interpretados dentro de una lógica distinta, que se acopla y corresponde a este sistema en particular.

Los trabajos clínicos y de investigación de Minuchin y Fishman (1990) demuestran que el síntoma psicossomático se hace decodificable si se tiene la posibilidad de observarlo en el contexto en que aparece.

### 2.2.1. TEORIA DE LA PATOLOGIA FAMILIAR

Minuchin y col. (1974) escribieron extensamente sobre la familia psicossomática. Ellos se interesaron por un sistema o modelo abierto que explicara la enfermedad psicossomática, incluyendo la anorexia nerviosa. Este sistema incluyó partes como estrés extrafamiliar, organización y funcionamiento familiar la vulnerabilidad del hijo, mecanismos fisiológicos y bioquímicos y el hijo sintomático. El sistema podía ser activado en cualquier punto y las partes podían afectar a cualquier otra. No obstante estos autores mostraron casi exclusivamente la patología familiar en este sistema y declararon que: con los cambios de interacción familiar significativos, ocurren cambios significativos en los síntomas de la enfermedad psicossomática. Minuchin y otros (1978; citados por Rivera, 1997) sugieren las siguientes hipótesis:

a) Ciertas características están relacionadas con el desarrollo y mantenimiento del síntoma psicossomático en los nidos.

b) Los síntomas psicossomáticos de los hijos juegan un papel importante en el mantenimiento de la homeostasis familiar.

El síntoma es una solución protectora: el portador de él se sacrifica por defender la homeostasis de la familia, así lo describe en este documento, Minuchin (1990), agrega que, cuando la queja motiva la demanda de terapia es un problema psicossomático de alguno de los miembros de la familia, la estructura de esta incluye una excesiva insistencia en los cuidados tiernos. La familia parece funcionar óptimamente cuando alguien está enfermo. Entre las características de estas familias se descubre sobreprotección, fusión, o unión excesiva entre los

miembros de la familia, la incapacidad para resolver conflictos, enorme preocupación por mantener la paz o evitar los conflictos y una rigidez extrema.

Mientras que los hijos son utilizados para mantener la estabilidad y prevenir un conflicto abierto, era frecuente sorprender a los padres en conflictos encubiertos (triángulos). La enfermedad de los padres los hace que sumerjan sus conflictos protegiéndose o culpándose con la enfermedad de su hijo, que era señalado como el único problema familiar.

Minuchin, (Onnis, 1990) en una fase precedente y distinta del trabajo terapéutico, estudio los modelos transaccionales de familias con diversos tipos de perturbaciones psicosomáticas (para ser exactos, 11 familias con pacientes anoréxicas, nueve con niños diabéticos psicosomáticos, 10 con hijos asmáticos). Este estudio le permitió documentar que, independientemente del síntoma psicosomático presentado, el sistema familiar revela modelos interactivos y organizativos en los cuales se podían reconocer características disfuncionales típicas. Estas características disfuncionales son fundamentalmente cuatro:

1.- Aglutinamiento. Los miembros de la familia están superinvolucrados recíprocamente. Cada uno manifiesta tendencias intrusivas en los pensamientos, los sentimientos las acciones y las comunicaciones de los otros. La autonomía y la privacidad son escasísimas. Los límites generacionales e interindividuales son débiles con la consiguiente confusión de roles y de funciones.

2.- Sobreprotección. Todos los miembros de la familia muestran un alto grado de solicitud y de interés recíproco. Constantemente se estimulan y suministran respuestas de tipo protector. En particular, cuando el paciente asume un comportamiento sintomático toda la familia se moviliza para intentar protegerlo, sofocando a menudo en este proceso muchos conflictos intrafamiliares. Por ello circularmente, la enfermedad del paciente tiene una función protectora con respecto a la familia.

3.- Rigidez. Es el aspecto que caracteriza más constantemente los sistemas patológicos. La familia es particularmente resistente al cambio tiene a menudo a presentarse como una familia unida y armoniosa en la que no existen problemas más allá de la enfermedad del paciente: niega; en

consecuencia, la necesidad de un cambio en el interior del sistema. También las relaciones con el exterior son particularmente escasas, y la familia permanece como aferrada a la conservación de la propia homeostasis.

4.-Evitación del conflicto. Las familias presentan un umbral muy bajo de tolerancia al conflicto. Se pone entonces en acción toda serie de mecanismos para evitar y para no agravar el desacuerdo, para que quede oculto y no estalle nunca abiertamente. En este proceso para evitar el conflicto, el paciente juega un rol central y vital. No es raro, incluso durante la entrevista, observar que interfiere cada vez que la tensión entre los padres tiende a subir de forma amenazadora o que, con la aparición del síntoma o de la crisis, consigue el bloqueo del conflicto, atribuyendo sobre sí la atención preocupada de los familiares (p. 80).

La exposición de las características disfuncionales de las familias con pacientes psicossomáticos, tal como surge de la investigación de Minuchin, no es clara, sólo descriptiva, ni en las intenciones ni en la concepción del autor. Sirve por el contrario, para documentar una hipótesis de partida que está en la base del modelo sistémico: la organización disfuncional de la familia facilita junto con otros múltiples factores, internos o externos al sistema, la aparición y la persistencia del síntoma psicossomático a cargo de uno de sus miembros, pero éste a su vez y mediante un mecanismo circular y de retroalimentación, tiende a conservar su equilibrio patológico.

El síntoma psicossomático parece así adquirir un significado simbólico o metafórico que, sin descuidar los componentes más estrictamente, se conecta con algo que debe ser comunicado y que no puede serlo más que a través del cuerpo. Solo que aquí, a diferencia de las concepciones psicodinámicas completamente concentradas sobre una valoración monádica del individuo, el cuerpo que habla parece expresar no solamente los movimientos de lo intrapsíquico o las huellas de la biografía del sujeto, sino el sufrimiento más complejo de una situación interactiva de la que el sujeto participa y que no puede dejar de influir en su idioma.

## 2.2.2. TEORIA SOCIOCULTURAL

De acuerdo con el modelo sociocultural, Schwart y Johnson (1982) mencionan que los trastornos alimentarios, podían ser atribuidos principalmente a la preocupación obsesiva por la comida, la delgadez y la práctica de dietas. El motivo principal para esforzarse en permanecer delgada, es el gran énfasis que se le da al atractivo físico.

Según Brumberg (1988), los modernos medios de publicidad visuales enfatizan la preocupación de la mujer por conservarse delgada y sirve como estímulo primario para los trastornos alimentarios.

Shorter (1994), agrega que los trastornos alimentarios tienen el reconocimiento de expresiones legítimas de ansiedad y especialmente los clínicos los han publicado de manera prolifera, por lo que han alterado los patrones de ansiedad y la expresión de la enfermedad en las sociedades occidentales.

Gardner, Garfinkel, Schwart y Thompson (1980), revisaron datos de las concursantes de los últimos 20 años en las revistas de Playboy y Miss América, encontraron una tendencia significativa hacia la esbeltez. Todas las medidas de las chicas que se exhiben en Playboy excepto por la altura y cintura o talle decrecen significativamente. Así, por ejemplo: el peso fue de 9% abajo del promedio general de las chicas que aparecen en la revista en 1959, mientras que en 1978 pesaron solo 16.5% por abajo del promedio general. Las ganadoras que aparecen en las páginas de América desde 1970, pesan 17.5% menos que el promedio de la población y pesaron significativamente menos que el promedio de las concursantes. En tanto que el número de artículos relacionados con las dietas en seis revistas para mujeres se incrementó substancialmente en los últimos 20 años. Sin embargo, Gardner y cols. (1980), encontraron que este, énfasis de estar delgadas y hacer dietas ocurre en una población que se está convirtiendo en más gruesa y pesada. Las estadísticas de peso de la Sociedad de Actuarios correspondientes a los últimos 20 años mostraron un incremento en el peso promedio en todas las categorías para mujeres menores de 30 años de edad.

Dos creencias dan pie para la búsqueda de este ideal según Brownell (1991):

La primera es que el cuerpo puede ser moldeado como se desea y que si se sigue una dieta adecuada, un programa de ejercicio y un esfuerzo personal, cualquier individuo puede tener el contorno y el peso perfecto.

La segunda es que los beneficios justifican la búsqueda que teniendo un cuerpo ideal obtendremos importantes recompensas (por ejemplo: atracción interpersonal, desarrollo profesional, salud y felicidad). Estas creencias han motivado a muchas personas a practicar dietas ejercicio y hasta cirugía plástica en niveles que no tienen precedente.

El ideal de la delgadez se acompaña en nuestros días de una voluntad de seguir siendo joven, la glorificación de la juventud es tal que no importa los medios para preservar el mayor tiempo posible la apariencia de una tierna edad. El tiempo en que vivimos parece detenerse: engordar y dejar aparecer las arrugas y las deformaciones corporales reflejan una agresión implícita contra el grupo social (Laxenarie, 1994; citado por Rivera, 1997).

Lo anterior explica el incremento en la incidencia de anorexia y bulimia nerviosa. Los trastornos alimentarios se han convertido en los trastornos mentales favoritos de las culturas de opulencia (Brumer, 1988).

Bandura y Walters (1963; citado por Rivera, 1997) mencionan que otro elemento que interviene en el desarrollo de estos padecimientos es el fenómeno de la imitación que destaca el aprendizaje por observación, donde se adquieren nuevas conductas por medio de la observación de modelos sin que se produzca forzosamente la respuesta observada, es mucho más.

También se encuentran otros estudios que muestran grupos donde la presión es mayor, y que puede precipitar el desarrollo de la anorexia nerviosa, es mucho más común en mujeres quienes tienen un control más riguroso de su talla y apariencia, tales como: las bailarinas, estudiantes de modelaje y atletas (Druss y Silverman, 1979; Garner y Garfinkel, 1980).

En otras culturas los ideales del peso y la belleza femenina son diferentes. Se sabe que los chinos asocian una figura gruesa con la prosperidad y la longevidad, que la representación de sus dioses siempre ha sido gorda. El saludo Punjabi: "Que te conserves gordo y fresco hoy", es un cumplido (Nasser, 1988; citado por Rivera,

1997).

En la cultura árabe el hecho de ser delgado es indeseable socialmente, y la gordura simboliza la fertilidad y feminidad. En estas culturas la obesidad no solo constituye un símbolo de belleza, además forma parte de los conceptos de maternidad, confiabilidad y cuidado o atención.

Por otra parte podría señalarse el papel de la religión cristiana en la aparición de los trastornos alimentarios, aunque no en la misma intensidad que como fue en los primeros siglos, la idea de que el cuerpo es el responsable de la caída del pecado original, es decir del pecado de la carne. El rechazo de la comida simboliza el rechazo de la sexualidad. La pureza de los sentidos y el rechazo de cualquier forma de la sexualidad (Laxenaire, 1994; citado por Rivera, 1997).

Reconociendo las limitaciones que tiene este paradigma, se han sugerido otras explicaciones que han surgido en otros trabajos de investigación social y de experiencia clínica que también representan un lugar importante, y que podrían resumirse de la manera siguiente:

#### Contexto Social:

- Sobrevaloración de la esbeltez como un ideal cultural de belleza femenina.
- Cambios sociales rápidos de la occidentalización urbanización o inmigración.
- El papel de la publicidad definiendo los trastornos alimentarios como condiciones médicas legítimas.
- El ejemplo de los padres y modelos.
- Trastornos de la dinámica familiar y la lucha por el control.
- La presión para el rendimiento en la danza y el deporte.

## Contexto psicológico

- Falla al establecer un sentido de identidad y autonomía.
- Expresión de piedad religiosa de acuerdo con el ideal de ascetismo.
- El impedimento de madurez sexual y adultez.
- Momento en el que se lleva a cabo un motivo a pesar de sus consecuencias (Rivera, 1997, pp. 37-38).

La práctica de dietas en algunos individuos susceptibles puede conducirlos al desarrollo de anorexia nerviosa. Es decir, una mayor exposición a una situación potencialmente dañina trae como consecuencia que más personas resulten afectadas (Rivera, 1997).

### 2.2.3. ESTUDIOS REALIZADOS EN MÉXICO

Sepulveda, Lezana, Tapia-Conyer, Valdespino, Madrigal y Kumate (1990) realizaron un estudio del estado nutricional de preescolares y mujeres en México, del cual reportaron que aproximadamente 12.6 millones de niños mexicanos menores de cinco años presentan algún grado de desnutrición, pero particularmente en la ciudad de México se reportó la cifra más baja, con una media de 550 mil niños desnutridos. En lo que se refiere a la obesidad se encontró que el 4.4.% a nivel nacional de menores la padece.

Por otra parte la proporción de mujeres adultas, no embarazadas, que de acuerdo al índice de masa corporal, mostraron un estado nutricional inadecuado, debido, por bajo peso o por sobrepeso, que represento casi la mitad de la muestra de un total de 2.57 millones de mujeres de 12 a 49 años (13.8%) tienen algún grado de anemia. La mayoría de los casos de anemia en mujeres es nutricional, asociada con los factores siguientes: dieta insuficiente, alta paridad y períodos intergenésicos cortos. Por último un 14.6% de mujeres a nivel nacional padecen obesidad.

En un estudio realizado por Gómez Peresmitré (1993), en una muestra de población estudiantil (n=197) que cursaba preparatoria, licenciatura y posgrado, con el propósito de detectar indicadores de la conducta alimentaria anómala (obesidad, bulimia y anorexia nerviosa). De la cual se obtuvieron los siguientes resultados se mostró la inexistencia del problema de obesidad (2%), sin embargo para el problema de sobrepeso la prevalencia fue del 41 por ciento y se hallaron patrones y practicas alimentarias que pueden considerarse como factores de riesgo para el surgimiento y desarrollo de los problemas bulimianorexicos, tres factores se relacionan con esas prácticas; algunas de las técnicas que pueden ser consideradas como de purga, accesos bulímicos o binge eating, y alimentarse bajo ciertos estados de ánimo.

Escobar (1992), exploró las prácticas relacionadas con trastornos alimentarios en una muestra estudiantil (n=929), de secundaria, preparatoria y licenciatura. Los resultados que encontró fueron que la práctica más reportada fue el seguimiento de dietas, que fue alta en escuelas privadas en los niveles de secundaria y preparatoria (66%), y baja (37%), en estudiantes de escuelas públicas. También se encontró que en estudiantes de nutriología fue baja (48%) esta conducta en relación con estudiantes de otras licenciaturas (64%). Con respecto a la preocupación por comer, la frecuencia era más alta en las escuelas públicas (47%) y baja para las escuelas privadas (45%), para los estudiantes de nutriología se observó una frecuencia baja (10%) y alta para otras licenciaturas (32%). Se halló la presencia de accesos bulímicos, en escuelas privadas representó el 31% y en escuelas públicas el 12%. Para los estudiantes de nutriología el 6% y para estudiantes de otras licenciaturas el 13%. También se observó que es escasa la presencia de vómito autoinducido y el uso de laxantes.

En otro trabajo se exploró la conducta alimentaria en dos grupos de estudiantes: uno formado por escuelas privadas de secundaria y preparatoria y el otro por estudiantes de danza clásica. De dicha investigación se obtuvieron los siguientes resultados sin llegar a la patología franca. El grupo de danza tenía los mayores porcentajes en el seguimiento de dietas, accesos bulímicos y ejercicio excesivo; otras conductas como el vómito autoinducido y el uso de laxantes se presentaron en porcentajes relativamente bajos en ambos grupos (Unikel y Gómez Peresmitré, 1996).

Por los datos mencionados anteriormente se puede concluir que las



evidencias conducen a la hipótesis de que los desórdenes alimentarios se están desarrollando en nuestra cultura aunque no de la misma manera en que ocurre en las sociedades desarrolladas, pero con grandes desventajas ya que no gozamos de los mismos recursos para combatirlos, ni para conducir a la población de escasos recursos a mejorar su estado nutricional.

Por lo que es necesario aportar información propia de nuestro contexto y elaborar programas de prevención primaria destinados a atender a la población considerada como de alto riesgo a fin de disminuir la frecuencia de estos trastornos.

Es importante señalar que la prevención primaria, busca reducir el riesgo de la perturbación mental para una población íntegra. Su meta por ende, es la de crear una situación de vida óptima para todos los miembros de una población de manera que sean capaces de adaptarse constructivamente a cualquier crisis que enfrenten. El programa preventivo primario debe identificar las influencias ambientales que son dañinas, como también las fuerzas ambientales que son útiles para resistir a las influencias adversas (Caplan, 1964; citado por Rivera, 1997).

### 2.3. OBESIDAD

La obesidad es un estado físico en el cual, es excesiva la cantidad de grasa almacenada en el organismo (exceso de grasa corporal).

Pasqualini (1973; citado por Barber y cols., 1995) dice que la obesidad es el estado en el cual el organismo acumula un exceso de tejido adiposo, con desviación notoria de la conformación somática. En otros términos, podría definirse como una hiperplasia e hipertrofia difusa del tejido adiposo; este tejido superfluo se distribuye principalmente en el celular subcutáneo, pero abarca también otras áreas. Cuando los acúmulos son encapsulados y arcuncritos se trata de lipomatosis. En relación con el peso corporal el exceso de tejido adiposo es de magnitud muy variable, pues se relaciona con el resto de los tejidos, principalmente con el esqueleto y los músculos estriados, estimándose que existe obesidad cuando el peso sobrepasa en un 10% al que corresponde de acuerdo con el peso y la talla, estimado sobre bases estadísticas.

Para Kolb (1976) la obesidad es un aumento en el impulso coercitivo que lleva al individuo a comer. De la Fuente (1981; citado por Lira, 1989) menciona que esta se presenta cuando la ingestión de calorías es excesiva, en relación al gasto de energía. Se explica por alteraciones en la absorción o en la utilización de la energía (disfunción tiroidea, hipofisaria y alteraciones del hipotálamo).

Para Stuart (1981; citado por Lira, 1989) es el aumento patológico de grasa en el cuerpo que determina un peso superior al normal. Bray (1989; citado por Saldaña, 1994) dice que, por definición, hay obesidad cuando el tejido adiposo constituye una fracción mayor del peso "normal" del peso corporal total. En varones de 18 años, aproximadamente 15% a 18% del peso corporal es grasa. La grasa correspondiente para mujeres es de 20% a 25%. El porcentaje de peso corporal que es grasa suele aumentar con la edad, pero quizá no sea necesario o deseable. La obesidad se ha definido como un contenido de grasa corporal mayor de 25% del peso corporal total para los varones y mayor del 30% para mujeres.

Pantoja (1991) la define como una enfermedad o un grupo de enfermedades caracterizadas por un exceso de tejido adiposo cuyas células pueden aumentar en tamaño y/o en número.

Cormillot (Barber y cols., 1995) define a la obesidad como una tendencia a ingerir más de lo que el organismo necesita para guardar su equilibrio en el peso normal, siendo generalmente este exceso debido a los hidratos de carbono, y/o a una mala utilización de la ingesta que hace que se transforme muy fácilmente en grasa, y/o una disminución de la actividad física.

Shroeder (1992, citado por Barber y cols., 1995) plantea que el Instituto Nacional de Salud define a la obesidad como un peso relativo mayor de 12%: las leves con un peso relativo de 12% a 14%; la moderada es un peso relativo de 14% a 20% y la grave o mórbida es un peso relativo mayor de 20%.

Gómez Peresmitré (1993) considera que una persona es obesa cuando la masa total de tejido adiposo crece desproporcionadamente en relación con otros tejidos. Por lo general los obesos ingieren alimentos de alto valor energético en las últimas horas del día, en raciones mayores, abusan en el consumo de hidratos de carbono simples, es escaso o nulo el ejercicio físico, prefieren los alimentos dulces y consumen de manera exagerada alimentos entre comidas.

Gómez Peresmitré (1993) encontró que personas entre los 15 y 49 años, solo un 20% desconocía lo que constituye una dieta balanceada y lo que define a la obesidad; es decir las personas cuentan con información para no caer en la obesidad, hay una educación sobre lo que se debe comer. Más sin embargo encontró que el 41% tenía tendencia al sobrepeso. Su muestra en general mostró un conocimiento mínimo sobre algunos aspectos relacionados con anomalías de la conducta alimentaria. Por ejemplo una quinta parte conocía lo que era bulimia y anorexia, en cambio, una gran mayoría sabía lo que era una dieta balanceada y lo que define a la obesidad, aunque desconocían que esta fuera una enfermedad.

Cameron (citado por Barber y cols., 1995) dice que las personas obesas se comportan como si fueran adictos a la comida; parecen incapaces de controlar su excesiva necesidad de alimento. Se ponen a dieta una y otra vez, pero en cuanto han perdido algo de peso, comienzan a excederse en la comida, hasta ganar los kilos perdidos.

Desde el punto de vista del metabolismo energético la obesidad es solo un caso de desequilibrio entre la ingestión y el consumo de energía. En general, se ingiere más alimento que el necesario para sostener los gastos calóricos, a

consecuencia de una alteración del apetito. En el plano normal, no existen individuos que digieran o utilicen más eficientemente los alimentos, y, por lo tanto, la causa de la obesidad no es un mayor aprovechamiento de alimentos.

La alimentación excesiva rápidamente se convierte en un hábito que más tarde se mantiene constante por el mecanismo fisiológico de la hipoglucemia.

En Diciembre de 1977, el Select Committee on Nutrition and Human Needs, publicó Dietary Goals for the United States, en donde un punto dice:

“1. Para evitar la obesidad, ingiérase únicamente la cantidad de energía (calorías) que se gaste; si hay exceso de peso, disminuyese el aporte de energía y aumente su consumo”.

González B. (García, 1997) estima que alrededor del 35% de la población mexicana presenta diversos grados de sobrepeso debido a múltiples factores, entre ellos, el aspecto genético, la forma de vida, disfunciones del sistema endocrino y metabólico.

La obesidad suele ocurrir durante la adolescencia en los dos sexos, y después de los 45 años en las mujeres. Se ha visto que existen dos tipos de gordos: los que engordan durante la niñez y la adolescencia, y los que lo hacen después. La obesidad es el resultado de un equilibrio positivo de energía y puede originarse en una ingestión calórica diaria que rebasa las necesidades de energía de un individuo

Leann, Lipps y Birch en 1991 calcularon que existen, aproximadamente 34 millones de adultos obesos en Norteamérica. La encuesta Nacional de Nutrición realizada por la Secretaría de Salud en 1988, informó, que solo un 14.6% de 17,300 mujeres de edad reproductiva no embarazadas clasificaron con obesidad (Gómez Peresmitré, 1996).

Es más frecuente que la obesidad se presente en las mujeres que en los hombres. A medida que los hombre incrementan su edad, son más susceptibles a la obesidad al presentar índices de grasas más elevados en el periodo de los 40 a los 59 años; lo mismo se evidencia con las mujeres de los 36 a los 52 años de edad.

Hay un factor hereditario que concierne a la obesidad: el 75% de los individuos que tienen ambos padres obesos corren el riesgo de desarrollar una obesidad en la edad adulta. Este factor hereditario no se puede corregir (Enciclopedia Larousse Temático, 1997).

La posible contribución genética en el desarrollo de la obesidad y en el mantenimiento del desequilibrio energético ha sido un factor cuestionado durante muchos años, pero que en la actualidad está teniéndose en mayor consideración, como resultado de investigaciones que han empezado a demostrar la existencia de una estrecha relación entre la herencia y la aparición de la obesidad. Mediante las técnicas de análisis de padres adoptivos versus padres naturales, se ha encontrado que la herencia es responsable de entre el 20% y 60% de la varianza de la grasa corporal, mientras que el ambiente familiar es el responsable de aproximadamente el 39%. Estos datos ponen de manifiesto que la obesidad es más hereditaria que la mayoría de los trastornos médicos y psiquiátricos que han sido investigados. Algunos sujetos tienden a heredar la acumulación de grasa en la parte superior del cuerpo (generalmente hombres), mientras que otros (generalmente mujeres), en la parte inferior del cuerpo. En este sentido, parece ser que la obesidad que se acumula en la parte superior del cuerpo está significativamente asociada con mayor morbilidad y mortalidad que la que se produce por acumulación de grasa en la parte inferior del cuerpo (Saldaña, 1994).

Los resultados de investigaciones epidemiológicas señalan en relación con la obesidad y sobrepeso, que la prevalencia se incrementa con la edad: mayor frecuencia en adultos que en jóvenes y adolescentes

La obtención y la conservación de un peso apropiado, según la talla, sexo, edad y actividad durante toda la vida constituyen un medio positivo de evitar o de retardar muchos de los trastornos relacionados con la obesidad.

Según la edad de comienzo del problema se distinguen dos categorías:

1)obesidad infantil, que se inicia en la infancia del sujeto y abarca hasta el final de la adolescencia; y

2)obesidad adulta, se inicia después de la adolescencia.

Se le considera un grave problema de salud pública, si bien hay pocas estadísticas sobre su frecuencia general y particular de la población global. Al parecer empieza a elevarse la frecuencia.

Las personas con problemas de obesidad o sobrepeso se convierten en dietantes crónicos y suelen exhibir conductas reactivas recurrentes: períodos de dietas altamente restrictivas, que llevan a accesos bulímicos con o sin práctica de expulsión.

Bray (1986; citado por Saldaña, 1994) propone criterios para determinar cuándo una persona presenta sobrepeso y cuándo es obesa:

#### Sobrepeso

1. Índice de masa corporal (IMC) de 25 a 30 kg/m<sup>2</sup>.
2. Peso corporal entre el límite superior normal y un 20% por encima de dicho límite.

#### Obesidad

1. IMC por encima de 30 kg/m<sup>2</sup>.
2. Pliegue subcutáneo del tríceps más subescapular (mm): 45 mm para los hombres y 69 mm para las mujeres.
3. Peso corporal superior al 20% por encima del límite superior para la altura.
4. Grasa corporal 25% del peso corporal para los hombres y 30% para las mujeres.

Este mismo autor, pero en 1989 (citado por Barber y cols., 1995), clasifica a los obesos en diversas formas:

1)Según las características anatómicas del tejido adiposo y su distribución: se basa en el número de adipocitos (células grasas) y la distribución regional de la grasa.

2)La edad de comienzo de la obesidad: obesidad de comienzo infantil y obesidad de comienzo en la vida adulta.

3)Los factores etiológicos: a)causas genéticas de obesidad (por ejemplo los síndromes de BardetBiedl, de AlstromHallgren, de Cohen, de Carpenter, de PraderWilli); b)causas endocrinas (fallas en la hipófisis, enfermedad suprarrenal, enfermedades ováricas, hiperinsulinismo); c) inactividad física; d)dieta; e)obesidad hipotalámica; f)fármacos; g)factores psicológicos y socioeconómicos.

Guwton (Barber y cols., 1995), propone la siguiente clasificación:

1.Obesidad tipo psíquico: los estudios llevados a cabo con pacientes obesos demuestran que muchos deben su condición a factores psíquicos, tal vez el más frecuente sea la idea de que una alimentación correcta supone tres comidas copiosas al día. Además, se sabe que hay aumento de peso ante situaciones de tensión, como la muerte de un ser querido o la presencia de una enfermedad grave. Parece que el comer se asocia con la disminución de tensión.

2.Anormalidades hipotalámicas como causa de obesidad: las lesiones en los núcleos ventromedicales del hipotálamo causan ingestión excesiva de alimento, estas lesiones se acompañan de excesiva producción de insulina que, a su vez, aumenta el depósito de grasa. Además, muchos tumores de hipófisis que invaden hipotálamo se asocian con obesidad progresiva.

3.Factores genéticos de la obesidad: está claro que hay familias de obesos. Los genes pueden modificar la nutrición de distintas maneras, por ejemplo: a)causando anomalía en el centro de la ingestión de alimentos, que estabilice el nivel de las reservas alimenticias arriba o abajo de lo normal y b)aportando una anomalía psíquica que suprime el apetito o haga que el comer se vuelva un mecanismo de escape.

4. Sobrenutrición durante la infancia como posible causa de la obesidad: la formación de nuevas células grasas es especial rápida durante los primeros años de vida, y cuanto mayor el almacenamiento de grasas, mayor también el número de células adiposas. En niños obesos el número de células adiposas es hasta tres veces mayor que en niños normales. Sin embargo, en la adolescencia el número de células grasas se conserva igual para el resto de la vida. Por tanto, se ha sugerido que la alimentación de los niños, sobre todo en la lactancia, puede producir obesidad de por vida.

En función del grado de obesidad Infante en 1993 (citado por García y cols., 1996) la ha clasificado en tres categorías:

- a) Leve que corresponde cuando el peso excede del 130 al 135% con respecto a la talla.
- b) Moderada entre 136 y 150%.
- c) Grave o severa cuando el peso excede el 150%.

García (1997) asegura que no es un problema de calorías. Es un asunto de emocionalidad que obliga a preguntarnos cómo se relaciona cada persona con el alimento y con todos los demás aspectos de su vida. De acuerdo con la distribución de la grasa en el cuerpo, clasifica en cuatro tipos a la obesidad:

- a) personas cuya grasa se encuentra distribuida en todo el cuerpo.
- b) personas que tienden a acumular la grasa en el tronco, la espalda y el abdomen.
- c) personas que acumulan grasa sólo en el abdomen (la típica "panza").
- d) personas cuya grasa se distribuye en piernas y brazos.

La obesidad es un factor de riesgo para las enfermedades cardiovasculares, hipertensión, hiperlipidemia, intolerancia a los carbohidratos, diabetes mellitus, trastornos pulmonares y renales, riesgos ante intervenciones quirúrgicas, problemas con la anestesia, complicaciones durante el embarazo, frecuentes



problemas en las articulaciones, como artritis, dolor de espalda, dificultades con las caderas, rodillas y tobillos (Saldaña, 1994).

Se ha observado que la diabetes sacarina y la hipertensión afectan con más frecuencia a los gordos que a los individuos de peso normal. Aunque no existe una clara relación entre obesidad y cardiopatías coronarias, el obeso tiende a poseer elevadas concentraciones de triglicérido y colesterol en la sangre (Anderson y cols., 1985).

Por sus acciones desfavorables ante los anestésicos, los muy gordos representan un grupo de gran riesgo cuando son sometidos a una intervención quirúrgica; experimentan además varios problemas cutáneos y esqueléticos. Asimismo, el análisis de los datos relacionados con la mortandad, indica que los obesos viven menos tiempo que los no obesos.

La conducta obesa de comer es controlada en mayor grado por el medio externo y en menor grado por el estado interno del organismo, por lo tanto la respuesta de comer es producida bajo una serie de variadas circunstancias ambientales.

La alimentación es una necesidad del hombre, este consume alimentos tanto por hambre como por apetito, comúnmente se les trata como sinónimos, aún cuando existe gran diferencia entre ellos, ya que el apetito es generado por aspectos mentales y/o motivacionales, mientras que el hambre es generada por una necesidad real de alimento.

Las personas obesas creen sentir una necesidad de comer todo el tiempo y dicen sentirse con una necesidad física de comer, aunque esto es irreal, y consumen alimentos por apetito, empleando la comida principalmente por un efecto placebo, ya que al comer sienten reducen su "molestia" llamada por ellos hambre y eliminan de esta forma el conjunto de sensaciones y pensamientos que les indican que algo anda mal, esto es, prefieren comer y sentirse "bien" cediendo a su problemática, que enfrentarse y "sufrir" al darse cuenta de la muy necesaria autoayuda y búsqueda de auxilio externo, porque al hacer esto, se sienten débiles, teniendo que romper la imagen de fortaleza que habían creado ante ellos mismos y supuestamente ante los demás (Lira, 1989).

Todavía muchos pueblos con tradición de pobreza identifican la obesidad con el poder y la belleza.

Se puede seguir la moda en la figura humana en cuanto a la obesidad, a través de los escultores y pintores: rupestres, cerámica oriental, Giotto Botticelli (sus madonas con vientre convexo como cristales de reloj), El Greco, Rubens, Rembrandt, Velázquez, Tiziano, Goya, Renoir, Cezanne, Rodin, Picasso (Martínez-Fornés, 1995).

Hace un siglo Renoir, por ejemplo, pintaba a las adolescentes símbolo de belleza de su tiempo con unos 10-12 kilogramos más, repartidos mórbidamente en senos, caderas y abdomen, que los que agracian a las jóvenes de hoy.

Cada sociedad tiene sus modelos estéticos y morales: “La reina ha engordado y está mucho más hermosa”, informa en una carta el embajador de Venecia en la corte de Felipe IV.

Puesto que la gordura no es una característica culturalmente aceptada, hoy en día, el individuo que tiene exceso de gordura está sujeto a burlas y a sobrenombres desagradables. Sufre diversos cambios psicológicos como una imagen corporal negativa, pérdida de la autoestima además de ansiedad, depresión, hostilidad, sentimientos de culpa y síntomas somáticos, los cuales afectan sus patrones alimentarios.

La dieta occidental (el tipo de comida), la vida sedentaria y la premisa del menor esfuerzo, han dado lugar a la obesidad entre otras de las enfermedades. Por causa del trabajo y de la situación económica actual, las personas permanecen en actividades totalmente sedentarias, o con poca actividad física, propiciando esto la obesidad, ya que la grasa (tejido adiposo) cumple funciones de aislamiento térmico y protección, siendo entonces esta el lugar donde se almacena la energía no empleada en el metabolismo por la inactividad física.

La mayoría de las personas, en su vida cotidiana, comen a unas horas regulares y no cuando sienten hambre, por lo que muchas personas pierden la sensación real de hambre; no comen por necesidad, sino más bien por costumbre, lo que hace que se genere el hambre psicológica, la cual viene del cerebro y no de los intestinos. La propaganda comercial y los medios de comunicación son

promotores de este tipo de hambre, ya que además de promover productos que no son los más adecuados para consumir, despiertan el antojo de las personas.

Schachter propone una teoría que dice que los obesos son menos sensibles que las personas de peso normal a las señales internas de hambre, como los dolores agudos del hambre y el azúcar sanguíneo en bajas concentraciones. Como les es difícil distinguir cuando tienen hambre y cuando no, esas personas ejercen menos control sobre la cantidad de comida que ingieren. Además, afirman que suelen ser muy sensibles a los estímulos ambientales relacionados con la comida y que su conducta de comer está controlada fundamentalmente por esos estímulos. Estímulos como la vista y el olor desencadenan el hambre en todos, pero los obesos son más vulnerables a esas señales (Barber y cols., 1995).

En la investigación (García y cols., 1996) se determinó que el género no se asocia con la determinación de los patrones de conducta relacionados con la gestación y mantenimiento de la obesidad, que el factor biológico no se asocia determinadamente con la gestación de la obesidad, sino que deriva de una vinculación estrecha de prácticas cotidianas.

Por lo mismo parece no importar el concepto que existe de salud, y para las personas obesas, el concepto tanto de salud como de la gordura es erróneo ya que no asocian de ningún modo el sobrepeso como un problema de salud.

Se le etiqueta a estos pacientes bajo términos que implican irresponsabilidad personal como: flojo, débil, autodestructivo, etc.

Cuando la persona obesa se ve expuesta a frustraciones sociales con el consecuente sentimiento de hostilidad, la lleva a buscar satisfacción comiendo, expresando simbólicamente así su agresión, como si la comida representara para la persona la demostración de que es a él a quien más quieren.

La televisión es una de las causas que mantienen a las personas con sobrepeso, ya que con trucos publicitarios, con los anuncios, hacen presión social para que asocien determinados alimentos con diferentes factores "benéficos" como la "buena alimentación" y otros mensajes psicológicos donde por el alimento obtendrán amor, status económico, lo mejor de lo mejor, etc.

En México, la tradición juega un papel muy importante para tener sobrepeso, ya que existen festividades marcadas que se relacionan con la ingestión de alimentos.

En la sociedad se realizan reuniones, festejos, encuentros, etc., que como regla general se llevan a cabo comiendo y bebiendo, y que por educación o costumbre no se pueden desairar los platillos, reforzando así el hecho de tener sobrepeso.

La adolescencia es una etapa crítica en el desarrollo del individuo, durante la cual consolida costumbres alimentarias, la autoimagen corporal y los rasgos de personalidad. En esta etapa, las muchachas sufren emocionalmente por el exceso de grasa, debido a que la norma cultural exige esbeltez en las mujeres.

El problema social por el que pasa la adolescente gorda, es en general, retirarse de las situaciones sociales, ya que se le discrimina de múltiples maneras; es blanco de burla, sus coetáneos la rechazan, sus padres la hostigan, la moda la aísla de las personas normales, generalmente queda excluida de la corriente principal de la vida propia del adolescente. Frecuentemente las muchachas se someten a severas dietas para eliminar el exceso de grasa, y a veces casi mueren de hambre (Powell, 1975).

Una minoría de jóvenes de ambos sexos tienen la costumbre de tomar más calorías de las que pueden utilizar en la producción de energía y en el crecimiento, adquiriendo así exceso de peso, respecto a su talla y su edad. Se debe a una actividad excesiva, a demasiada comida, o a una combinación de ambas, la obesidad del adolescente plantea un verdadero problema para su adaptación social y emotiva lo mismo que para su salud futura.

A pesar de que ocasionalmente pueden ser causas glandulares las que provocan el exceso de grasa, la causa más común de la obesidad en la adolescencia es un consumo mayor de alimentos.

Berea (1963), encontró que la obesidad no obedece a causas orgánicas o endocrinas, reconoce, en la mayoría de los casos observados, un origen psíquico específica de frustración emocional, que surgió principalmente en el ambiente familiar y social de los sujetos, y se manifiesto en forma de ansiedad que ellos

trataron de aliviar mediante el mecanismo compensador de la excesiva alimentación.

Las frustraciones emocionales llevaron al individuo a la ingestión excesiva de alimentos para tratar de aliviar su ansiedad, y por ser este el medio más rápido y económico (en esfuerzo) de compensarse.

La alimentación excesiva rápidamente se convierte en un hábito que más tarde se mantiene constante (ya no por el deseo consciente de aliviar la tensión que produce la ansiedad), sino por el mecanismo fisiológico de la hipoglucemia a la que es sensible el hipotálamo (creándose el círculo vicioso).

Lowrey (1959; citado por Powell, 1975) piensa que el aumento en el consumo de alimentos, se debe a cambios psicológicos subyacentes, mientras que Burch sostiene que algunos de los aspectos puede ser el resultado del sobrepeso, que a su vez se debe a una serie de problemas subyacentes en la regulación del apetito y del peso.

Es frecuente que la obesidad aparezca a continuación de un estado de ansiedad. Y no rara vez, el obeso comenzó a comer y a beber al mismo tiempo.

El desarrollo de la obesidad suele ocurrir en un marco familiar en que los padres compensan las propias frustraciones y desengaños de sus vidas a través de su devoción hacia el niño, o sea, rodean la vida de sus hijos con sus expectativas y no permiten al niño desarrollarse comúnmente tratándolos con una sobreprotección angustiada que incluye forzarlos a que coman; en estos casos creen que dándole de comer, le demuestran amor, y, le brindan salud y protección, condicionándolos a comer para complacer a sus padres, y a su vez, para poder recibir atención.

Muchos niños obesos lo son por un excesivo proteccionismo de sus padres con personalidad inmadura. Incapaces de darles ternura, les atiborran de comida y regalos. En un estudio de Bruch y Touraine, de ciento cuarenta pacientes estudiados, la mitad estaba constituida por hijos no deseados que conservan un sentimiento de inseguridad y rechazo en la vida: complejo de Poil de Carotte. Satisfacer el hambre es (para ellos) sentirse más seguros, más fuertes, más queridos. Muchos viejos viven la ilusión de restaurar su vigor disminuido comiendo en exceso (Martínez-Fornés, 1995).

La teoría psicoanalítica explica: la comida puede ser la expresión en el que el niño obeso de un insaciable deseo por un imposible de obtener, y como tal significa autoindulgencia. Los adolescentes obesos con mayor frecuencia reportaron tristeza o envidia al observar una pareja de novios, posiblemente derivados de su figura corporal. Se ha propuesto que los jóvenes obesos suelen tener alterada la percepción de su cuerpo, al que contemplan como grotesco y repulsivo, en ocasiones llegan a la autofobia. Esto provoca frustración y depresión por temor a ser ridiculizados y humillados (Jiménez, Díaz y Malacara, 1992).

Algunos individuos utilizan el sobrepeso como medio de escapar a sus angustias, esto se complica más cuando sienten que sus familiares y amigos los rechazan por su obesidad, por lo que buscan el equilibrio a través de la comida, misma que se vive como expresión de amor y satisfacción. La comida les esta representando algo (inconscientemente), formándose una necesidad que no pueden satisfacer, por lo que comen más y más, generalmente se trata de una necesidad no satisfecha de otra etapa (Lira, 1989).

La obesidad surge también, porque los obesos se encuentran aburridos, con pocas atenciones que compitan en su atención con la comida, como no socializan para ser rechazados y la actividad física se reduce por su dificultad de movimientos y su propia devaluación corporal-emocional, tienen mucho tiempo libre que cubren con alimentos (Lira, 1989).

Fernández (Barber y cols., 1995) establece que la obesidad se centra en el periodo de separación de la diáda, así se recurre a la obesidad como un mecanismo de compensación en el momento de la separación. Por otra parte señala que las personas obesas no aprenden a discriminar entre respuestas emocionales y hambre, y como resultado comen inapropiadamente en respuesta a la activación emocional, manteniendo este comportamiento a causa de las cualidades reforzantes del alimento, más que por su capacidad de reducir el estrés.

Pérez (Barber y cols., 1995) comenta que el obeso tiene la sensación de rechazo debido a su imagen corporal, lo cual lo lleva a ser inseguro y agresivo pasiva o activamente, se cobra entonces la sensación de menosprecio comiendo y agrediéndose física y emocionalmente; por lo tanto, sus afectos guardan siempre la hostilidad y es el aparato psíquico quien los procesa de manera que no les puede dar una salida adecuada o mejor dicho adaptativa al servicio del Yo. Los afectos en

el obeso en la última instancia son impulsos que él satisface parcialmente a través de la comida, ya que no se puede que la persona degusta el alimento sino que más bien lo engulle semimasticándolo y tratando de llenar un hueco, un vacío difícil de llenar.

Comillot (Pantoja, 1991) menciona que algunos obesos no comen, se desquitan, que la obesidad en si misma provoca varios problemas psicológicos que van desde el trastorno de la imagen corporal o dificultad para formar pareja, hasta depresiones profundas.

Al parecer la comida brinda una expresión de amor, protección y dominio, además de manejo de agresión y culpa en huida de la angustia, así como de un proceso reparador ante el sentimiento de pérdida.

La apariencia de una persona obesa es de sumisión y de no ser agresivo, aunque generalmente se trata de personas insatisfechas y con marcadas carencias afectivas, que al vivir en conflicto, no se permiten ver y expresar sus propias potencialidades

En febrero de 1985 se realizo en Estados Unidos, una conferencia de consenso sobre la obesidad y sus implicaciones para la salud. Al analizar los problemas psicológicos derivados de la enfermedad se consideró que los más importantes son :

- Tendencia al aislamiento
- Reacciones fóbicas
- Depresión
- Hostilidad
- Dificultades sexuales
- Trastornos del esquema corporal
- Sentimientos de inferioridad

Es habitual ver como el paciente obeso se retrae y encierra. Este proceso se da de forma directamente proporcional al sobrepeso y se agrava notablemente si el medio social es prejuicioso u hostil.

La obesidad ha sido descrita como uno de los problemas más frustrantes de tratar. Es bastante frecuente que la gente que acude a consulta por sobrepeso tenga una actitud tipo "todo o nada", con respecto al manejo de su problema. Se controlan en cada una de sus ingestas, midiendo cada caloría y haciendo la cantidad exacta de ejercicio prescrita, de modo tal de sentir que están en el camino correcto de acuerdo con lo determinado por el médico. Pero con el mismo extremismo, ante el menor desvío de este estricto plan, sucumben bajo la idea de que han fracasado, refuerzan su presunción de que son incurables, se autocondenan moralmente (generalmente ayudados en esto por sus "compañeros del mismo problema") bajan los brazos, y les gana la sensación de que son absolutamente incapaces de sostener una dieta y no vale la pena intentar ya nada. Entonces solo queda comer, comer incluso más de lo habitual y de este modo recuperar el peso perdido hasta ese momento y aún más.

Se pueden comprender las idas y vueltas entre el aumento de peso, los esfuerzos para bajarlo y la constante actitud vigilante sobre el mismo, como dándose en un mismo nivel lógico. El paciente definido como crónico debe mantener siempre una actitud vigilante con respecto a sus ingestas, y para esto se le sugiere mantenerse dentro de los grupos de autoayuda, ir a correr juntos, participar en convenciones sobre el tema, etc. El tema central sigue siendo la comida, esta vez bajo el tema de la prohibición, con lo cual el problema no ha dejado de ser crónico.

Dietas alimenticias bajas en calorías:

- Dietas cetogénicas, con gran ingesta de proteínas
- Medicamentos: anoréxicos, laxantes, diuréticos, "medicamentos naturales"
- Hipnosis
- Cirugía y/o liposucción



-Acupuntura

-Dietas populares en las que se consumen uno o dos tipos de alimentos a lo más.

Los ocasionales aumentos o disminuciones de peso resultan cambios aparentes dentro de una misma situación que permanece idéntica: el combate contra la balanza.

El excesivo control sobre el peso de uno puede ser muchas veces exitoso en términos de kilos, pero es como una espada de doble filo: el tema sigue siempre cerca y amenazador.

La restricción del ingreso energético hasta niveles bajos o muy bajos constituye un tratamiento común empleado para la obesidad. La dieta de máxima limitación es el ayuno total, pero la índole drástica de este tratamiento, los grandes costos metabólicos, y las posibles complicaciones, incluida la muerte, han hecho que se valoraran y usaran dietas con pequeñas cantidades de alimento, pero con las cuales la pérdida de peso todavía es rápida (Atkinson, 1993).

En muchos casos se logra una reducción de peso, el problema es que difícilmente esa pérdida de kilos en muy pocos casos se mantiene por tiempo indefinido. Y es que las personas obesas, están convencidas de que necesitan de una especie de "fuerza exterior" para lograr su esbeltez, generándose la falsa idea de que el control de sus vidas, de sus conductas y, por lo tanto de su peso es totalmente ajeno a ellos.

García (1997) explica que los médicos atacan solo el efecto final del problema "la gordura", pero no intentan aclarar cual es la relación del individuo obeso con los alimentos que consume. Menciona que en recientes investigaciones revelan que en la obesidad, lo importante no es tanto la cuantificación de calorías, sino la situación del individuo que padece estos problemas, o sea, que situación les obliga a ello. Menciona para el tratamiento las siguientes terapias:

-Individual: el terapeuta establece una relación de calidez y confianza con el paciente.

-Grupal: se maneja la posibilidad de compartir un punto intermedio, reconociendo lo esencial de cada individuo.

-Familiar: el afectado recibe el apoyo de quienes viven con él. En casos extremos.

-Conductivo-conductual: la persona aprende a manejar la emoción presente, mediante técnicas destinadas a mejorar su autoestima. Esta ha sido la que más notables resultados le ha dado, ya que por un lado permite entrar en las funciones racionales y afectivas de la persona y, por el otro, brinda la oportunidad de instrumentar estrategias específicas para atacar el problema.

Por su parte Pantoja (1991) reitera que la terapia cognitiva-conductual, ha tenido buenos resultados. Menciona que se enfoca en trabajar con el comportamiento, con las creencias, las actitudes y las razones y concesiones que tenemos con nosotros mismos, todo lo cual rige gran parte de nuestras emociones y sentimientos, nuestros pensamientos y nuestra conducta.

Armengol en 1976 (citado por Barber y cols, 1995, pp.31-32) plantea los siguientes tipos de tratamiento:

1) Tratamientos dietéticos: a) Ayuno total. b) Alimentos artificiales: se refiere a alimentos sólidos o líquidos que son bajos en calorías y contienen todos los elementos básicos de la nutrición. c) Dieta Zen Macrobiótica: se basa en las prácticas budistas que clasifican a los alimentos que contienen azúcar (yin) y a las carnes y huevos (yan). d) Dietas bajas en carbohidratos: parten de la base de que los carbohidratos producen menos saciedad y más insulina, mientras que la ingestión de proteínas aumenta el costo de la ingestión. e) Dieta hipocalórica equilibrada: es un sistema de alimentación que trata de proveer al organismo los elementos necesarios para su buen funcionamiento.

2) Tratamiento farmacológico: a) Anorexigénicos: son estimulantes del sistema nervioso central, cuyo efecto es producir una anorexia. b) Antidiabéticos: son medicamentos que aumentan el aprovechamiento de la glucosa y causan pérdida de peso. c) Estimulantes metabólicos: son preparaciones tiroideas que aumentan el nivel de utilización de glucosa y la disponibilidad de hormonas tiroideas a nivel de tejido graso.

d)Psicotr6picos: se utilizan en individuos labiles emocionalmente que comen como respuesta a estados emocionales, generalmente son tranquilizantes antidepressivos. e)Productores de volumen: compuestos a base de metilcelulosa, que sirven para disminuir la sensaci3n de hambre durante las dietas. f)Alteradores de la absorci3n intestinal: laxantes, vomitivos o productores de n6usea para tratar de reducir la absorci3n intestinal.

3)Tratamientos quir6rgicos: a)Lipectomía: consiste en remover dep3sitos locales de grasa. b)Electrocoagulaci3n esterostática: se hace una electrocoagulaci3n en los centros hipotalámicos laterales en el lugar de más excitaci3n de hambre. c)Anastomosis yeyuno-ilial: consiste en un cortocircuito intestinal con el fin de provocar un s3ndrome de mala absorci3n.

4)Tratamientos en ambientes especiales: a)Hospitalizaci3n: es indicada en casos en que el ambiente familiar sea totalmente negativo o se desee emplear un tratamiento drástico. b)Granjas y campamentos: en estos lugares se controla la ingesti3n de comida, brindando un ambiente relajante y en que todos comparten la misma problemática.

5)Dietas en un club o en un grupo: a)Weight Watchers, Diet Workshop, Jenny Craig, etc. Estos ofrecen informaci3n nutricional, una dieta adaptable a cada persona, enseñan combinaciones culinarias haciendo la dieta variada y adem6s ofrecen grupos de apoyo.

6)Ejercicio.

7)Terapéutica psicol3gica: a)Hipnoterapia: sirve para cambiar las actitudes subsecuentes del paciente hacia el logro de sus metas. b)Terapias de insight: se basa en consideraciones de tipo psicoanalítico que caracterizan a la obesidad como un tipo de conducta compulsiva, producto de depresi3n infantil, fijaci3n hacia el pecho materno, etc. Trata de hacer al paciente consciente de la causa inconsciente subyacente de su obesidad. c)Terapias de grupo: tratan de promover el cambio de actitudes, sobre todo en lo que respecta a la utilizaci3n de la comida, buscando promover formas adaptativas diferentes. d)Terapias conductuales: son terapias respondientes,

derivadas de modelos de Pavlov y cuyo énfasis se encuentra en el condicionamiento aversivo hacia determinados alimentos.

La valoración subjetiva de la obesidad, influyen el tipo y éxito del afrontamiento que la persona hará en relación al mismo. A más negativa la valoración, más negativo el afrontamiento, más negativas las consecuencias psicológicas y mayor la probabilidad de que alguna de estas incremente la sobrealimentación y en consecuencia se mantenga o se incremente el problema de obesidad estableciéndose, círculos o ciclos repetitivos que lo único que hacen es escalar el conflicto. Asimismo, la capacidad de resistencia a la frustración, es otra de las variables que complican todavía más el problema de la obesidad. La persona con problemas de peso tiene que tener una alta capacidad de respuesta frente a la frustración ya que el organismo tiende a compensar los efectos introducidos por cambios manteniendo estable el peso corporal. Este mecanismo compensatorio se conoce como punto o peso regulado "set point".

Para el tratamiento, los pacientes deben tener apoyo social por parte de las personas próximas a él (pareja, familiares, amigos). El objetivo debe perseguir que mediante la intervención haya un cambio en los patrones alimentarios y en la actividad física del sujeto, de forma que se restaure el balance energético. Además se le debe hacer notar al sujeto de habilidades de autocontrol, habilidades para el manejo de situaciones productoras de ansiedad y de estrategias de afrontamiento para la resolución de problemas y la prevención de la recaída es el elemento fundamental que diferencia a los programas de intervención a otras formas terapéuticas.

En las terapias se deben reforzar dos aspectos: el autoaprecio y la orientación respecto de cuestiones nutricionales.

El propósito de estar en tratamiento, no es solo el de bajar de peso, sino el de conquistar un estilo de vida más pleno, más sano, a partir del cual el mantenimiento del peso deseado sea una consecuencia lógica y natural.

## 2.4. ANOREXIA NERVIOSA

La anorexia nerviosa consiste en el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, en un miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo. Además las mujeres afectas a este trastorno, aunque hayan pasado la menárquia, sufren amenorrea (DSM-IV, 1997, p. 553).

Los criterios para el diagnóstico, de acuerdo al DSM-IV son:

- A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla.
- B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- D. En las mujeres postpubertales, presencia de amenorrea: por ejemplo ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos.

Especifica dos tipos:

- El restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o a purgas.
- El compulsivo/purgativo: durante el periodo de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas.

Los criterios que se consideran en el CIE-10 (1993), para el diagnóstico de la anorexia nerviosa son:

- A. Pérdida del peso, o falta de ganancia de peso en los niños, que conduce a un peso corporal de al menos 15% por debajo del peso normal esperado para

la talla y edad correspondientes.

B. La pérdida de peso es autoinducida mediante la evitación de alimentos “que engordan”.

C. Distorsión específica de la imagen corporal psicológica, en forma de idea sobrevalorada e intrusa de miedo intenso y persistente a la obesidad, de tal manera que el enfermo se impone un dintel de peso corporal.

D. Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotálamo-hipófisis-adrenales, puesto de manifiesto en la mujer por la amenorrea, y en el varón por la pérdida de interés por la sexualidad e impotencia (una excepción aparente es la persistencia de sangrado vaginal en mujeres anoréxicas bajo terapia de sustitución hormonal, la forma más frecuente de la cual es la toma de píldoras contraceptivas).

E. No cumple los criterios A y B de bulimia nerviosa (ver en el capítulo de bulimia nerviosa).

Halmi (citado por Reyes, 1986) establece un diagnóstico a base de señales visuales reconocidas, describiendo los siguientes criterios:

A. Determinación de llevar una dieta para lograr una delgadez extrema, que en la misma es una señal del deseo de cambiar la forma del cuerpo.

B. Amenorrea temprana.

C. Una cualidad impulsiva para mantener la anorexia.

D. Evasión activa de la sexualidad.

E. Imagen corporal distorsionada.

Se debe distinguir la anorexia nerviosa de la anorexia, esta última, es generalmente temporal, que se conjuntamente con algunas enfermedades como la indigestión, gastritis, úlceras gastroduodenales, cáncer de estómago, tuberculosis y enfermedades febriles; así como distinguirla de la posible anorexia que se puede

desarrollar a raíz de psicopatología severa, como en algunos casos de la esquizofrenia, en donde hay falta de apetito pero no un miedo mórbido a engordar.

La Asociación Americana de Anorexia Nerviosa (citado por Barber y cols., 1995, p. 21) define la anorexia como "un trastorno de deliberada inanición con profundos componentes físicos y psiquiátricos".

Menciona Edwards en 1993 (Barber y cols., 1995), que la anorexia nerviosa es un desorden potencialmente amenazador para la vida, caracterizado por el rechazo del paciente para mantener su peso arriba del 85% de lo esperado de acuerdo a la edad y a la estatura, distorsión de la imagen corporal y tres meses de amenorrea (en el caso de las mujeres). Estas personas tienden a ser perseverantes, con actitudes perfeccionistas, pero con una tendencia a la inseguridad social y a la dependencia excesiva.

Donoso (1990, citado por Barber y cols., 1995), dice que no es un enflacamiento de origen mental, sino una modificación global de la conducta nutritiva y, sobre todo, una pérdida de la normal actitud ante el peso y la propia figura corporal.

El primer reporte que se puede considerar como anorexia nerviosa es el que hizo Morton en 1684, al describir una adolescente inglesa de 18 años, menciona que desarrollo amenorrea por "una multitud de ansiedades y pasiones de su mente". La descripción que hizo de ella fue "No recuerdo haber visto en toda mi práctica a una paciente que conversara con los vivos y estuviera tan emaciada, en el grado más grande de consumación (como un esqueleto solamente revestido de piel); sin embargo no había fiebre, sino al contrario, una frialdad en el cuerpo entero; ni tos, ni dificultad en respirar, ni ninguna señal de ningún otro desorden en los pulmones o en las vísceras. Solo su apetito estaba disminuido y su digestión era difícil, con ataques de desmayos que la ocurrían frecuentemente...". Morton le llamo a esta enfermedad "consumación nerviosa", estableciendo que casi siempre procede de la tristeza y la ansiedad" (Hotlz, 1995).

Numerosos teóricos, incluyendo a los miembros de la American Psychiatric Association, pasan por alto el informe de Morton y consideran que los primeros en dar reportes médicos completos son el médico inglés Gulls y el francés Lasègue.

En 1847, Sir Gull (Herscovici y Bay, 1990) acuñó el nombre de anorexia nerviosa, en sus casos informa su aparición en la adolescencia, con efectos de agotamiento calórico sobre los signos vitales, preponderando en las mujeres.

Laségue (1873; citado por Reyes, 1986) publicó el artículo "La anorexia Histórica" en el cual propuso que el término anorexia reemplazara al de inanición. De acuerdo con él, la etiología era un peculiar estado mental y perversión intelectual resultado de los disturbios emocionales. Sugirió que se le distinguiera de la histeria, y la denominó anorexia nerviosa. Describió distorsiones cognitivas, negación y distorsión de imagen corporal.

Se hacían los primeros relatos de una enfermedad misteriosa, que transforma a la persona que la padece, y que se caracteriza por una gran pérdida de peso a partir de una dieta de hambre autoimpuesta.

En la edad media tardía las mujeres, siguiendo un modelo de ascetismo, comían muy poco porque creían que era una de las maneras para desprenderse de sus lazos terrenales e intensificar su espiritualidad.

Se dice que Liduina de Shiedam, una santa del siglo XIV, vivió durante años alimentándose "solo con trocitos de manzana del tamaño de una hostia" (Herscovici y Bay, 1990).

Lacey cuenta la leyenda medieval de Santa Wilgerortis, diciendo que era de alto rango social (hija del rey de Portugal) y siendo doncella, ayunó y le rezó a Dios, rogándole le arrebatara su belleza para así ahuyentar la atención de los hombres. Al cabo de un tiempo de adoptar un régimen de plegarias, ascetismo y dieta de inanición, su rostro y cuerpo comenzaron a cubrirse de vello. Se dice en algunos países de Europa, que fue adoptada como santa patrona por aquellas mujeres que deseaban verse liberadas de la atención masculina (Herscovici y Bay, 1990).

Las personas con este trastorno se ven con una extrema delgadez sus brazos y piernas como palos de escoba, articulaciones de codos y rodillas claramente visibles bajo la piel, rostro esquelético. Se preocupan por su tamaño corporal y frecuentemente están insatisfechas con algún rasgo de su apariencia física. Niegan el estar en deplorable estado físico y la existencia de un apetito normal.



Al principio presentan un estado de gran actividad física, lo que contribuye para el enflaquecimiento. Más tarde surge un cansancio y flaqueza. Si no se trata oportunamente, causa una gran desnutrición que puede llevar a una deshidratación grave y sobrevenir la muerte por colapso cardiocirculatorio o por alguna infección.

Una típica descripción que se puede hacer de una anoréxica, de su situación, refiere como al principio hizo un gran esfuerzo de voluntad por dejar de comer: pacto con una amiga, promesa religiosa, etc. Esto daría cuenta de que la pérdida del deseo de comer a que hace referencia el nombre de esta enfermedad (del griego: an=sin, orexis= deseo) no ocurre hasta que la paciente se encuentra bien adentrada en su estado de desnutrición. Lo que indica que la pérdida del deseo de comer no es causa, sino consecuencia del dejar de comer. Existen evidencias experimentales que apoyan esta argumentación. Garfinkel y Garner mencionan algunos experimentos realizados durante la segunda guerra mundial. Sujetos normales se sometieron voluntariamente a una dieta de alimentación mínima durante un lapso de seis meses. Esto se daba en un contexto muy parecido a la normalidad; estaban rodeados por gente que comía normalmente. Al cabo de cierto tiempo estos sujetos empezaron a mostrar pérdida del deseo de comer, preocupación excesiva por la comida, comportamientos obsesivos, reducción de la concentración, pérdida del sueño, pérdida del interés sexual, hipocondría y depresión. O sea, síntomas típicos de una anoréxica nerviosa verdadera (Crispo y cols., 1994).

La chica empieza a hacer dieta como parte de una resolución de convertirse en una persona mejor, una persona fuerte y autosuficiente, una persona admirada, superior. Al principio procede igual que cualquier otra chica que hace régimen, habla con entusiasmo de su dieta a quienquiera que la oiga. Controla la cantidad de hidratos de carbono que ingiere e intensifica los ejercicios gimnásticos. En pocos meses pasara de un simple régimen a un semiayuno, estará en camino a la emaciación (peso muy por debajo de lo normal).

La enfermedad se inicia entre los 13 y los 18 años, observándose más del 90% de los casos en mujeres. Kaplan (1986) menciona que se presenta casi exclusivamente en niñas adolescentes de clase media alta y alta.

Reyes (1986), dice que frecuentemente se presenta en muchachas adolescentes y mujeres jóvenes provenientes de hogares educados y prósperos.

Iniciándose entre los 10 y 30 años de edad, con frecuencia entre los 17 y 18 años, el 85% de las pacientes anoréxicas desarrollan la enfermedad entre los 13 y 20 años.

Halmi en un estudio realizado en 1978, encuentra que el inicio es entre los 14.5 y los 18 años, haciendo notar que estas edades coinciden con el tiempo en que los adolescentes empiezan a tener mayor independencia de su familia (Reyes, 1986).

Herscovici y Bay (1990) mencionan diferentes autores que reportan los casos que han encontrado, como Theander, en 1970 evaluó en Suecia el número de nuevos pacientes afectados que se presento cada año entre 1930 y 1960, e informo un incremento desde 1,1 a 5,8 casos nuevos por año, al principio y al final del período. Nylander encontró 1 caso por cada 100 mujeres adolescentes. Crisp halló que 1 por cada 200 mujeres en escuelas privadas, 1 por cada 100 mujeres mayores de 16 años en escuelas privadas, 1 por cada 500 mujeres en escuelas estatales. Szmukler, por cada 90 mujeres de 16- 18 años en escuelas privadas, 1 por cada 700 mujeres mayores de 16 años. Jones informa, entre 1960 y 1969, la presencia de 0,35 cada 100,000 mujeres, y entre 1970 y 1976, 0,64 cada 100,000 mujeres.

Casanueva, Kaufer-Horwitz, Pérez-Lizaur y Arroyo (1995) mencionan que la anorexia nerviosa es más común en las mujeres que en los hombres, y más frecuente en los niveles socioeconómicos altos que en los bajos.

Porque la cultura desprecia a las obesas, es que la mayoría que la padecen son mujeres. En el caso del hombre es diferente, pues su éxito no depende tanto de su peso (García, 1997).

Los anoréxicos mientras bajen de peso y se restrinjan la alimentación, los procesos físicos sufren efectos adversos. Las complicaciones médicas que acompañan a la anorexia nerviosa, con mayor frecuencia están relacionadas con distintos sistemas del organismo o distintas áreas de salud. Por ejemplo, complicaciones metabólicas, como hipoglucemia, gastrointestinales, como dilatación gástrica, dolores abdominales y estreñimiento, cardiovasculares, como hipotensión, arritmias y bradicardia, renales, como hiperazotemia y formación de cálculos, hematológicas, como anemia, endocrinas, como amenorrea, disminución del interés sexual e impotencia, dentales, como caries y descalcificación, etc. En

último extremo, la anorexia nerviosa conduce a la muerte en un porcentaje que oscila entre el 8 y el 18%, siendo éste el trastorno psicopatológico que, aunque de menor incidencia que muchos otros, tiene con mucho mayores tasas de mortalidad (Hsu, 1990, Toro y Vilardell, 1987; citados por Saldaña, 1994).

Si el comienzo del trastorno es prepuberal, se retrasa o incluso detiene la secuencia de acontecimientos que constituye la pubertad (se detiene el crecimiento; en las chicas no se desarrollan las mamas y existe amenorrea primaria. En los chicos, los genitales permanecen infantiles).

Se piensa que el origen de la anorexia puede ser parcialmente cultural. Todos los que vemos televisión o leemos revistas observamos la enorme importancia que la sociedad concede al hecho de estar esbelto. Estos estereotipos culturales inciden en la percepción que tiene la mujer de su cuerpo

Parece ser, que prevalece mucho más en las sociedades industriales en las que abunda la comida, y en las que estar delgado se relaciona estrechamente con el atractivo (especialmente en mujeres).

Pasqualini (1973; citado por Barber y cols., 1995) describe un encadenamiento patogénico sobre la etiología de la enfermedad:

1.La causa inicial en la mayoría de los casos es psicogénica y sus modalidades particulares han sido agrupadas en dos categorías: a)un grupo denominado obsesivo, en el cual la enfermedad se establece consecutivamente a una reacción fóbica frente al exceso de peso, real o imaginario, que conduce a la privación voluntaria de la alimentación, y b)un grupo calificado como histérico, que se distingue por los estigmas de la personalidad histérica y en el cual la pérdida del apetito tiene la misma categoría que la de la movilidad de un miembro o de la visión. La frecuencia relativa de estas dos modalidades es difícil de establecer y varía según el origen de las estadísticas. Sin frecuencia menor, la circunstancia que precede a la enfermedad es un estrés psicogénico de cualquier otra naturaleza.

2.La reacción psicogénica de asiento cortical o donde quiera que se origine, influye sobre los centros hipotalámicos del apetito, con lo que queda abolida la sensación de hambre, de opuesto modo a la exacerbación de la obesidad.

3.Las mismas influencias neurogénicas alcanzan los núcleos hipotalámicos de "Ide"; se producen los releores hipofisotróficos de las gonadotrofinas, primero de la B y subsiguientemente de la A, con lo cual queda abolida la producción cíclica de gonadotrofinas A y B, seguida de su desaparición, con lo que se establece la amenorrea. Los datos de anatomía patológica del hipotálamo en esta afección son prácticamente nulos, en relación con la reducidísima de autopsias completas realizadas.

4.La anorexia conduce a la hipofagia, con disminución del aporte calórico, que origina la desnutrición, la desaparición del tejido adiposo y la subsiguiente acentuación del catabolismo proteico. La reducción del aporte energético es la única alteración metabólica de significado patogénico, conservándose normal la capacidad de utilización de la glucosa.

5.La desnutrición crónica por si misma puede incidir sobre la función gonadotrófica de la hipófisis, determinando la insuficiencia gonadotrófica secundaria que se agrega a la inicial y que contribuye a la disminución absoluta de gonadotrofinas A y B. En cambio, existen evidencias de que se conserva la producción de tirotrófina. La somatrofina se mantiene y hasta puede hallarse aumentada, como consecuencia de la estimulación por la hipoglucemia.

En 1990 Donoso (Baber y cols., 1995) encontró que la anorexia nerviosa se da como un cambio conductual sin causa aparente, siguiendole un periodo de formación del síndrome y más tarde oscilaciones físicas transitorias. Los eventos desencadenantes son la aparición de los cambios puberales y la consiguiente sexualización corporal, así como también la presencia de situaciones altamente estresantes y la imposibilidad para hacer frente a dichas situaciones.

Conviene evitar el mito de considerar a la anorexia nerviosa como una "enfermedad de moda", que podría hacerla más atractiva a algunas adolescentes un tanto complicadas psicológicamente.

En la anorexia el funcionamiento intelectual o vocacional puede mantenerse hasta cierto límite. Las chicas con este trastorno son solitarias, reservadas, pretenciosas, evasivas, insinceras, taimadas, ambiciosas, perfeccionistas, perseverantes, hiperactivas, tienden a ser inseguras en la sociedad y a la

dependencia excesiva. Son totalmente intransigentes en sus pensamientos y actitudes, lo único que cuenta son las reglas, la obediencia y el deber, la combinación de cosas opuestas, o la posibilidad de llegar a un acuerdo entre puntos de vista contrarios, resultan intolerables. No muestran ningún signo de preocupación por su actual estado físico, hay una total ausencia de preocupación por su adelgazamiento, tienen la convicción inamovible de estar procediendo de forma correcta y razonable, defienden con terquedad y vigor su exquisita delgadez, insisten en lo bien que se sienten. Muchas de sus actividades son planeadas y ritualistas.

Antes de llegar al grado de emaciación, la niña tiene conciencia de su aislamiento. Ansía intimidad, conversación, miradas aprobatorias, manos que estrechen la suya, calor humano. "Veo a los demás como a través de un cristal; me llegan sus voces. Anhele estar con ellos. Lo intento. pero no me oyen" (Kaplan, 1986).

Barber y cols. (1995) mencionan que estas personas provienen de una familia cuyos miembros están altamente orientados a metas y logros. Las relaciones interpersonales pueden ser inadecuadas o destructivas. Los padres suelen ser excesivamente directivos y preocupados por la delgadez y mal aspecto físico y gran parte de la conversación de la familia se centra alrededor de temas dietéticos.

Inicialmente la explicación del trastorno se centraba, en los componentes "orales". Se consideraba además las fantasías antropofágicas: el deseo de incorporar oralmente a la madre, el temor de tragar a la madre y el anhelo de fecundación oral por el padre (Barber y cols., 1995).

Masserman (Reyes, 1986) entiende a la anorexia como una adaptación defensiva hacia fantasías inconscientes altamente instintivas. Para Cohler la enfermedad es una expresión simbólica de una necesidad desesperada de la paciente por mantener el control sobre un mundo interpersonal e intrapsíquico, el cual es sentido más allá de su control. Entiende este disturbio como el resultado de una vida en la cual, casi desde el nacimiento las señales del cuerpo han sido distorsionadas y negadas, pues las sensaciones ordinarias de hambre y satisfacción no son correctamente percibidas y no proveen el significado de señalamiento fisiológico del peligro. Explica que el paciente anoréxico se siente abrumado por

su madre controladora quien incorpora a su hija dentro e su psique y la usa para sus propios fines. En esta forma pocas veces, en el futuro del paciente, existe como una persona en su derecho propio, existe sólo como un significado para satisfacer las necesidades de su madre (quien a su vez se siente controlada por su propia madre). No siendo capaz de tener diferenciación o individualización con respecto a su madre, entonces concluye: el anoréxico desarrolla el sentimiento de que ella es solamente un aspecto de la personalidad de su madre, y como esta, un día será transformada en su madre; una metamorfosis que teme y que desea.

Para Bruch (Reyes, 1986) el problema psicológico estaría relacionado con las limitaciones subyacentes en el sentido de la identidad y la autonomía. Los anoréxicos están retrasados en su proceso de separación individualización, aunado a limitaciones importantes en el Yo, como resultado de las interacciones madre-hijo crónicamente perturbadas. En su formulación acerca de la dinámica subyacente de la anorexia incluye tres facetas importantes: A)Una falla en el desarrollo de la autonomía en relación a la figura de los padres, especialmente de la madre debido a la intervención de éstos y al control excesivo; B)La elaboración de un "falso self" sobresocializado y exageradamente complaciente como una defensa contra el juicio de los padres, pero deficiente en cuanto al pensamiento individual, sentimiento y sensaciones que dan sentido a la vida; C)Una vulnerabilidad importante del Yo, latente en la niñez. Pero que se actualiza en la adolescencia debido a las múltiples demandas de este periodo y especialmente por la mayor independencia y seguridad requeridas.

Finalmente Reyes (1986) dice que el futuro anoréxico no es enseñado en la infancia a que sus necesidades internas sean satisfechas, los signos de hambre se confundieron desde la lactancia. Durante las primeras manifestaciones de hambre, del caso que estudio, ya se percibían las dificultades para saber cuándo tenía hambre y como gradualmente fue perdiendo o confundiendo las señales de hambre, y finalmente, el deseo de comer. El síntoma de no comer pudo haber surgido en un intento por controlar: a) a la madre; b) a ella misma y; c) a otros. Probablemente a través de no comer se demuestra a si misma y a otros, que retiene el control y el poder, adquiriendo así una artificial autonomía.

La familia del anoréxico, juega un papel muy importante. Holtz (1995) enumera las siguientes características de la familia: rígida, sobreprotectora, constreñida, con límites confusos, intrusivos, falta de relaciones objetales y

empatía, falta de privacidad e independencia, poca o nula resolución de conflicto. Desviación y negación del conflicto, bajo una fachada de perfección, autosacrificio y amor, triangulación el paciente se encuentra envuelto en el conflicto parental, lealtad al grupo, "la familia antes que nada", ponen una gran importancia en mantener el "status quo", demandantes y controladores; ni los deseos, ni los conflictos se expresan abiertamente, fóbica, alianzas secretas entre los miembros de la familia.

La misma autora propone el siguiente cuadro de factores socioculturales: presión social para ser delgada, confusión de roles sexuales, alta presión para sobresalir, énfasis en la delgadez como modelo de belleza, popularidad, control y éxito, estigma hacia la obesidad, obesidad vista como fracaso, falta de control, falta de cultura, fealdad y soledad, bombardeo de mensajes de la industria de las dietas, a través de medios de comunicación, alta competencia.

Muchos investigadores concluyen que la anorexia empieza cuando las adolescentes que han sido obedientes son presionadas para adecuarse a los estereotipos corporales y deciden ponerse a dieta. Es probable que en un principio se le alabe y anime a seguir la dieta. Sólo más tarde, familia y amigos, notan la severidad de ésta. Con frecuencia es en ese momento cuando el anoréxico inicia una dieta más restrictiva y su ingestión de calorías es insuficiente, incluso para realizar las actividades diarias mínimas. Una característica sorprendente de este trastorno, es que si bien, los otros ven a la afectada terriblemente delgada, ella no se ve a sí. De hecho, con frecuencia se visten de manera de llamar la atención por su delgadez (Hsu, 1990; Toro y Vilardell, 1987; citados por Saldaña, 1994).

Es típico que los padres describan a estas jóvenes como hijas modelo, que siempre fueron muy colaboradoras, dóciles, sensiblemente cuidadoras de sus padres y hermanos, y que jamás tropezaron con una negativa de su parte hasta la instalación del cuadro anoréxico.

El curso de la anorexia nerviosa es muy variado. Aún no se comprende con precisión que factores contribuyen a que un paciente se recupere completamente y otro se convierta en crónico. Herscovici y Bay (1990) han podido aislar factores que perpetúan la enfermedad:

### 1. Síndrome de inanición

Gran preocupación por la comida, mientras se pierde el interés por otras áreas. Hay irritabilidad, ansiedad, dificultad en la concentración, introversión social, preocupación por si mismos, depresión, labilidad de humor, indecisión, pensamiento obsesivo y conductas compulsivas. Acaparación de comida, perturbaciones del sueño y pérdida del interés sexual. Presentan aislamiento social y marcada reducción de los intereses.

## 2. Vómitos

Pueden exacerbar la persistencia del síndrome, por representar una solución al problema en tanto permiten comer en exceso y al mismo tiempo mantenerse delgado.

## 3. La fisiología gastrointestinal

Hay un vaciamiento gástrico retardado y una constipación crónica que dan una sensación de saciedad. Esto puede facilitar que la persona anoréxica comience a reducir la cantidad o frecuencia de sus comidas.

## 4. Percepciones corporales

Aún cuando no se sabe con certeza si los trastornos en la imagen corporal son consecuencia o determinantes de la anorexia nerviosa, cuando están presentes otros factores perpetuantes significativos. Con frecuencia no reconocen un mecanismo interno que ayuda a regular las cantidades de carbohidratos ingeridos, se sienten fuera de control cuando comienzan a comer y, por ende, las suprimen.

## 5. Factores cognitivos

Garner y Bemis en 1982 describen estos trastornos. Destacan que el pensamiento se vuelve egocéntrico, concreto y dicotómico, en donde no hay cabida para los puntos intermedios. Así, se torna difícil para la persona regular su ingesta de comida o su actividad física sin caer en extremos. Todos los anoréxicos coinciden en algún punto, en que la delgadez deviene fundamental para su sensación de bienestar, y su autoestima comienza a ser regulada por un sistema de valores que tiene como eje el peso. Hay un



# ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

refuerzo positivo en la pérdida de peso exitosa y de la evitación del incremento de peso; la evitación de comidas perpetua una retracción social y así se mantiene el ciclo. Los tipos de trastorno que diferencian Garner y Bemis son:

a) Abstracción selectiva: basar una conclusión en detalles aislados, ignorando evidencia contradictoria.

b) Sobregeneralización: por medio de la cual extraen una regla a partir de un hecho y la aplican a situaciones disímiles.

c) Magnificación de los estímulos: es notable cómo, para estos pacientes las cosas suelen estar connotadas exageradamente.

d) Razonamiento dicotómico: piensan en extremos y absolutos.

e) Personalización y autoreferencia: hacen una interpretación egocéntrica de hechos impersonales.

f) Pensamiento supersticioso: creen en la relación causa-efecto de hechos no contingentes.

## 6. Factores predisponentes no resueltos

Conflictos familiares referidos a la maduración y autonomía pueden contribuir a la cronicidad o recurrencia, si no son encarados en forma inmediata.

Algunos autores reportan problemas dentro del área psicosexual. Una gran mayoría de adolescentes anoréxicos tienen un desarrollo sexual y psicosocial tardío, y los adultos muchas veces tienen un interés en el sexo marcadamente disminuido.

Un temor irracional hace sentirse a la anoréxica, una persona feliz por comer cada vez menos. Ello constituye un rasgo patológico que lleva a los afectados a creer que, en la medida en la cual controlan su hambre, son capaces de controlar su

vida. Tienen una concepción distorsionada de la realidad que las hace sentirse inferiores si tienen un poco de sobrepeso (García, 1997).

Barber y cols. (1995) mencionan que se presenta una regresión, en la cual la persona no quiere crecer; la paciente tiene miedo de ser adulta y actúa como niña, existe un gran temor a separarse de los padres y el ayuno representa la forma de "detener" el desarrollo físico y además manipular la atención de los padres.

La sintomatología es caracterizada por tender a la depresión (ataques de llanto, insomnio, y hasta intento de suicidio), así como un comportamiento obsesivo compulsivo y ansiedad, además presentan quejas de tipo somático, especialmente malestares epigástricos.

En cuanto al tratamiento, si la chica anoréxica es menor de edad y vive con sus padres, es garantía de un fracaso seguro. Lo habitual es que la paciente no sienta que haya que hacer nada para modificar su situación alimentaria. En general los motivados a hacer algo diferente si es menor de edad son los padres, y, si es mayor, el marido si lo hay o algún pariente o amistad (Crispo y cols., 1994).

Gilbert y de Blassie (citados por Barber y cols., 1995) proponen un tratamiento a través de los siguientes modelos:

-Modelo conductual: aplicación de técnicas de condicionamiento operante y reforzamiento social.

-Modelo de terapia familiar: pretende involucrar a toda la familia en el problema a fin de resolver los conflictos existentes en la interacción de sus miembros.

-Modelo nutrienteautoritativo: basado en una forma de terapia elaborada por Levenkron, en donde el terapeuta es demandante y directivo. Representa una figura de autoridad hacia el cual el paciente puede establecer una dependencia.

Barber y cols. (1995) dan los siguientes recursos para el éxito del tratamiento:

1. Aislamiento en relación con la familia en un ambiente adecuado.

2. Administración de doropromacina en dosis crecientes, empezando con 300 mg por día y aumentando 100 mg diarios hasta lograr la respuesta, que consiste en la reaparición de la voluntad de comer. Dadas las dosis que es preciso alcanzar, el manejo de esta droga debe quedar en manos experimentadas y recordando las múltiples reacciones de intolerancia.

3. Al mismo tiempo se debe asegurar la alimentación progresiva, comenzando con 1,000 calorías por día hasta llegar a 4,000 o más. En casos graves, con gran desnutrición y rechazo alimentario, se debe recurrir a la intubación gástrica.

4. Como complemento se administra insulina, preferentemente lenta, comenzando con 10 U. y aumentando hasta provocar una ligera reacción hipoglucemia, que se debe neutralizar de inmediato con alimentación. En este sentido no debe olvidarse que estos pacientes son pocos resistentes a la insulina.

5. La psicoterapia debe adecuarse a cada situación, recordando que para los autores con mayor experiencia, y no obstante algunas opiniones entusiastas, el psicoanálisis es inoperante y está contraindicado (de acuerdo a los autores antes mencionados).

Laségue reconoció en el padecimiento el involucramiento de la familia y recomendó aislamiento del paciente con relación a la familia como factor necesario para el tratamiento (Reyes, 1986).

Este padecimiento no es de fácil manejo, pues además de poner en peligro la vida de los pacientes, por la vía de la desnutrición y de sus complicaciones, se vinculan con complejas perturbaciones psicológicas y con distintas modalidades enfermizas de la vida familiar.

A esta trama se le suman complejos mecanismos socioculturales, que con gran dificultad logran comprender las razones de la caída al abismo de la inanición autoimpuesta. Es por esto que el tratamiento correcto requiere un marco institucional, con facilidades para llevar a cabo estrategias diversas de manejo de

las niñas y sus familias, o de un equipo multidisciplinario, integrado y comprometido con la ardua tarea.

El temor intenso a ganar peso y ser obeso está presente en todos los pacientes con esta enfermedad. Este miedo indudablemente contribuye a su desinterés y a su resistencia a la terapia.

## 2.5. BULIMIA NERVIOSA

La bulimia nerviosa surge eventualmente, ante la compleja heterogeneidad de los síntomas en los pacientes diagnosticados con anorexia nerviosa. A la par que se hacían investigaciones sobre la anorexia nerviosa, se fue descubriendo la bulimia, como diagnóstico diferenciado, en respuesta a un crecimiento de este tipo de problemas.

La bulimia nerviosa consiste en atracones y en métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso. Además, la autoevaluación de los individuos se encuentra excesivamente influida por la silueta y el peso corporales (DSM-IV, 1997, p. 564).

Los criterios para el diagnóstico, mencionados en el DSM-IV son:

A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:

(1)ingesta de alimentos en un corto espacio de tiempo en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo de tiempo similar y en las mismas circunstancias.

(2)sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento.

B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vomito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enémos u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.

C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un periodo de tres meses.

D. La autoevaluación esta exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.

La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Se especifican dos tipos en el DSM-IV:

-El purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

-El no purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

En el CIE-10 (1993, pp. 222-223) los criterios para el diagnóstico de bulimia nerviosa son:

A)Preocupación continua por la comida, con deseos irresistibles de comer, de modo que el enfermo termina por sucumbir a ellos, prestándose episodios de polifagia durante los cuales consume grandes cantidades de comida en períodos cortos de tiempo.

B)El enfermo intenta contrarrestar el aumento de peso, así producido, mediante uno o más de uno de los siguientes métodos: vómitos autoprovocados, abuso de laxantes, períodos intervalares de ayuno, consumo de fármacos, tales como supresores de apetito, extractos tiroideos o diuréticos. Cuando la bulimia se presenta en un enfermo diabético, éste puede abandonar su tratamiento con insulina.

C)La psicopatología consiste en un miedo morboso a engordar, y en el enfermo se fija de forma estricta un dintel de peso muy inferior al que tenía antes de la enfermedad, o al de su peso óptimo o sano. Con frecuencia, pero no siempre, existen antecedentes previos de anorexia nerviosa con un intervalo entre ambos trastornos de varios meses o años. Este episodio precoz puede manifestarse de una forma florida o por el contrario adoptar una forma menor, con una moderada pérdida de peso o una fase transitoria de amenorrea.

En el Talmud (400-500 a.C.) el término "boolmut" se utiliza para describir un síndrome en el cual una persona esta tan agobiada por el hambre, que tanto su

juicio en relación con el alimento como su nivel de conciencia respecto de acontecimientos externos se encuentra menoscabada (Galindo, 1993).

James (1743; citado por Galindo, 1993) empleó el término “boolimus” en asociación con “caninus appetitus” para describir la forma en que la persona vomitaba como un perro, para aliviar el estómago, luego de ingerir demasiada comida.

Kaplan y Garfinkel (Holtz, 1995) mencionan que el término bulimia se deriva del griego “bulimy”, que se traduce como hambre excesiva o “hambre de buey”. Galen describe las palabras griegas “kinos orexia” o hambre canina como sinónimos de la bulimia, considerada como consecuencia de un estado de ánimo anormal que conduce a un deseo exagerado de alimento y frecuentes ingestiones.

Rusell en 1970, propuso una clasificación con tres criterios para el diagnóstico (Herkier y Miller, 1994):

- 1) Poderosos y no dominables impulsos a comer por atracones.
- 2) Evitación exagerada de los alimentos que consideran engordantes, induciendo vómitos o tomando purgantes para expulsarlos o recurriendo a ambos mecanismos.
- 3) Miedos enfermizos a engordar.

Boskind-White (1978; citado por Galindo, 1993) definen a la bulimia en un conjunto de hábitos alimenticios, caóticos, la consideran como un trastorno vinculado a un malestar psicológico considerable, que lleva entonces a buscar descargas, en actos que en mucho son autodestructivos como es el comer para luego vomitar.

Martínez-Fornés (1995) define a la bulimia como episodios intermitentes en los que se pierde el control y se come con voracidad, justamente todo aquello que contiene ingredientes que aumentan el peso.

Wolfson (citado por Igoín, 1979) hace una descripción de las crisis bulímicas, siendo la siguiente:

1.La excitación previa, descrita por los pacientes como una vaga impresión de hambre, sensación de angustia, irritabilidad, malestar.

2.La elección de la comida, que implica una oposición entre lo que debería de comer y lo que se come, no solamente en la cantidad sino en la calidad. Wolfson describe la simultaneidad de la conciencia respecto a una norma que exige una elección de los alimentos y la certeza de que solo acabará comiendo alimentos “inferiores”.

-Los más ricos en calorías y los pobres en proteínas, lo que en los discursos de los pacientes se traduce bajo la forma de “azúcar”, “todo lo que no se debe de comer”, “todo lo que esta prohibido”, con referencia a un régimen que, casi siempre, no ha sido en absoluto prescrito.

-Los primeros alimentos que se tienen a mano, es decir, lo contrario de los alimentos escogidos.

-Los más fáciles de comer y en el menor tiempo posible, es decir, lo que son contrario a todas las reglas de preparación culinaria propias de la sociedad humana.

3.La soledad, que es una constante; no hay nadie en casa, o el paciente esta solo en su habitación de alquiler o incluso en la calle en medio de una multitud anónima.

4.La prisa, que hace comer vorazmente, hasta ahogarse, tragando sin masticar, sin que el sujeto se dé cuenta incluso de lo que come y sin que nada pueda detenerle, excepto el hecho de que ya no puede nada o de que ya no puede más.

Esta enfermedad es considerada como síndrome hasta 1940 con el trabajo de Ludwig Binswanger, al reportar el caso de la señora Ellen West, contando sus historias de depresión, obsesión alrededor de la comida, despersonalización, ideas suicidas, etc.



La bulimia nerviosa se inicia generalmente al final de la adolescencia o al principio de la vida adulta. Los atracones suelen empezar después o durante un período de régimen dietético (DSM-IV, 1997).

Galindo (1993) menciona que ocurre entre el 1 y 2 por ciento de mujeres, entre los 18 y 30 años de edad. También encontró que en una investigación realizada por Abraham y Beaumont en 1982, la edad promedio fue de 15 y 27 años. Kaplan (1986) estima que ocurre aproximadamente en el 13% de los adolescentes, mientras que el 30% presenta algún síntoma de este trastorno. Gómez Peresmitré (1993) encontró que la edad promedio en el que se establece el acceso bulímico es a los 18.4 años.

La incidencia de la bulimia nerviosa en relación hombre-mujer es de 1/10, comienza entre los 17 y 20 años, presentándose más en clases medias y altas (Hekier y Miller, 1994).

Los problemas de salud que con mayor frecuencia presentan los pacientes con bulimia nerviosa no están tan bien descritos como en el caso de la obesidad y la anorexia nerviosa y, por tanto, no han sido recogidos de forma sistemática en la literatura.

Entre el uno y tres por ciento de las mujeres jóvenes padecen bulimia nerviosa. Es mucho menos frecuente en los varones, que suelen ejercer profesiones que exigen estar delgados: modelos, ballet, jockeys (Martínez-Fornés, 1995).

Los síntomas que presentan suelen ser secundarios a los hábitos que utilizan para combatirla: diarreas y vómitos provocados, abuso de laxantes, diuréticos y anfetaminas o derivados para controlar el exceso de apetito.

Además, aparecen también complicaciones gastrointestinales, como dilatación gástrica, afecciones en las glándulas parótidas y pancreatitis, anormalidades electrolíticas, como alcalosis, acidosis, etc., complicaciones debidas al abuso de laxantes, como hiperuremia, hipocalcemia, retención de líquidos, pigmentación de la piel, síndrome de mala absorción, etc.; asimismo, aparecen complicaciones hematológicas, alteraciones en el electroencefalograma y anormalidades endocrinas, además de importantes problemas dentales (Saldaña, 1994).

Se quejan de diarrea que alterna con grave estreñimiento cuando interrumpen los laxantes. Ningún laxante les satisface y cambian continuamente de preparado. No rara vez, utilizan varios a la vez.

Galindo (1993) menciona también complicaciones médicas como: faringitis, esofagitis, gastritis, hernia hiatal, irregularidades en la menstruación, arritmias, hipokalemia y osteoporosis entre otros.

El cansancio que presentan se debe a la pérdida de líquidos, cloruros, sodio y potasio que es ocasionado por el consumo excesivo de laxantes y diuréticos. En ocasiones (como sucede en algunas anoréxicas) con verdadera rumiación: los alimentos del estómago vuelven a la boca para ser nuevamente deglutidos.

Cuando el consumo de laxantes y diuréticos es excesivo provocan espasmos y calambres musculares, sobre todo en las pantorrillas por haber perdido calcio, magnesio y potasio a través del intestino y riñón.

En cuanto a las complicaciones que pueden presentarse en el curso de la bulimia por la enfermedad Martínez-Fornés (1995) menciona las siguientes:

·Dilatación aguda del estómago: complicación poco frecuente tras comidas copiosas, especialmente en personas hipoalimentadas. No hay ingestión más grave que la del hambriento. En la dilatación gástrica aguda, el estómago se convierte en un reservorio pasivo sin tono muscular, ni movimientos peristálticos, con hipersecreción de jugos gástricos que no consigue evacuar. Son muy ostensibles los eructos, náuseas, vómitos, mareos, abdomen globuloso por la distensión y timpanizado al percutir. El paciente se queda frío, pálido con sudor frío y pulso filiforme.

·Esofagitis: al pasar el contenido ácido del estómago a través del esófago durante los vómitos provocados, el reflujo y rumiación, la mucosa esofágica (no adaptada para entrar en contacto con sustancias ácidas) se altera gravemente.

·Hernia del hiatus esofágico: es la penetración del estómago en el tórax a través del hiatus esofágico. Es decir, a través del orificio que permite el paso

del esófago desde del tórax al abdomen. Se produce por los esfuerzos abdominales en los primeros vómitos.

·Trastornos de las relaciones sexuales: rehuyen de la vida amorosa y sexual.

·Deterioro grave de la dentadura por desnutrición y carencia de vitaminas o por la erosión de los ácidos gástricos al vomitar.

·Trastorno de la función renal por exceso de diuréticos y laxantes.

·Tetania: tendencia patológica a la aparición de espasmos y calambres musculares por disminución del calcio en sangre, potasio y magnesio, secundaria a vómitos y diarreas.

·Autolesiones cutáneas. Quemaduras cáusticas, lesiones cutáneas provocadas intencionalmente por el paciente, ocultando su origen, se denomina dermatitis simulada.

Entre otras complicaciones a corto, mediano y largo plazo se debe contar con la posibilidad de suicidio. La autoevaluación de los individuos con esta enfermedad, se encuentra excesivamente influida por la silueta y el peso corporal.

Las personas pueden estar sin comer uno o más días, o realizar ejercicio intenso. Cuanto más tiempo el organismo es sometido a dietas probablemente más se resista a perder peso. Cuando se repiten ciclos de dieta y no dieta, el organismo se ve más afectado, lo que hace cada vez más difícil lograr el descenso del peso deseado, y esto contribuye a perpetuar el ciclo de los pacientes bulímicos.

La enfermedad tiene su inicio con la búsqueda de delgadez, llegando finalmente, a un miedo mórbido a la obesidad.

Los individuos con este trastorno se sienten generalmente muy avergonzados de su conducta e intentan ocultar los síntomas. Los atracones se realizan a escondidas o lo más disimuladamente posible (DSM-IV, 1997).

Bajo la tremenda presión social y publicitaria de culto al cuerpo delgado y unisex, la bulimia pasa de ser un trastorno alimentario acompañante de la obesidad

a constituirse en un síndrome autónomo denominado bulimia nerviosa, muy afín en su psicopatología a la anorexia nerviosa, de la que tantas y tantas veces forma parte.

Nuestra cultura occidental vincula la comilona con obesidad, algo con más vigor, más fuerza, más energía. "Impropio de una adolescente". De aquí el sentimiento de vergüenza y culpabilidad que sigue, en las chicas especialmente, a todo desorden alimentario.

La chica bulímica, en dos horas es capaz de ingerir cuatro hamburguesas, casi un kilo de helado, una docena de bizcochos y tres paquetes de caramelos. Una vez que tiene el estómago repleto y a punto de estallar, la niña se depura por medio del vómito autoinducido, o de laxantes y diuréticos. Ansiosa de sentirse aceptada y aprobada se vuelca hacia la comida para aliviar su ansiedad; la comida es algo seguro, reconfortante, con lo que puede contar. Las grandes comilonas anestesian sus temores y adormecen su angustia y soledad; come en procura de consuelo emocional. Se rinden ante sus apetencias de contacto corporal, caricias, calidez, aprobación y admiración. Algunas son frenéticas sexuales, que buscan con desesperación los brazos y la adoración que ansían (Kaplan, 1986).

La persona es consciente de que su alimentación compulsiva es anormal, aun cuando no pueda cambiar de comportamiento. Se define atracón, al consumo a lo largo de un periodo corto de tiempo, de una cantidad muy superior a la que la mayoría de los individuos comerían (DSM-IV, 1997).

A pesar que el tipo de comidas que se consume en los atracones puede ser variada, generalmente se trata de dulces y alimentos de alto contenido calórico (como pasteles y helados). Sin embargo, los atracones se caracterizan más por una cantidad anormal de comida ingerida, que por un ansia de comer un alimento determinado, como los hidratos de carbono (DSM-IV, 1997).

Al parecer los individuos restringirían su ingesta y no se atracarían sino pensarán vomitar después, pues el vómito alivia los sentimientos de angustia, ineficiencia y falta de control. El atracón ocurre generalmente solo cuando la persona anticipa el vómito.

Con el transcurso del tiempo la bulímica se desborda en sus atracones, con más frecuencia y resignación. Pierde la disciplina alimentaria, ya que juzga a los atracones como algo vergonzoso pero ineludible (y a la vez) morbosamente placenteros.

A los episodios periódicos de sobrealimentación descontrolada han sido denominados en lengua sajona como binge eating, que no tiene una traducción literal en nuestro idioma, pero que significa en realidad “una parranda” o “fiesta” alimentaria, donde se unen el descontrol y el placer.

Hay otros aumentos episódicos de apetito que no son tan compulsivos, ni que se siguen de vómitos, ni de sentimientos de culpabilidad, es decir que no son bulímicos; pueden ser motivados por estrés, penas, angustia y ansiedad, contrariedades, aburrimiento o por la adolescencia.

La conducta de comer exageradamente, nos recuerda la historia de la antigua Roma y sus festines. Se sabe que los romanos preparaban grandes banquetes en los cuales los comensales se repartían y engullían los alimentos, para luego estimular la garganta con plumas o ingerir eméticos, vomitar y de esta manera reiniciar su glotonería (Galindo, 1993).

Muchos de los individuos usan diversos métodos para intentar compensar los atracones, y así evitar subir de peso, tales como: el vómito autoinducción (siendo el más habitual), el uso excesivo de laxantes o diuréticos (a este conjunto de prácticas se le denomina técnicas de purga), seguimiento de dietas restrictivas o ayunos (que junto con el uso de supresores de hambre son denominados prácticas de evitación) y ejercicio excesivo.

Los que padecen bulimia nerviosa como ponen demasiado énfasis en el peso y la silueta corporales, al autoevaluarse, estos factores son los más importantes al determinar su autoestima.

Las personas bulímicas al parecer han aprendido o tienen una predisposición a utilizar el alimento, como un medio de abordar el estrés o los conflictos emocionales (Dunker, 1984; citado por Galindo, 1993).

García (1997), menciona que el problema radica en que el individuo ignora como controlar sus emociones, mismas que canaliza mediante el manejo de la comida. En el fondo de las adicciones y las compulsiones esta presente la falta de control y una disfunción emocional muy grande.

Martínez-Fornés (1995, pp. 46-47), dice que las diferencias entre pacientes de anorexia nerviosa y las bulímicas son, que estas últimas:

- cultiva las amigas y amigos y la vida social; a veces, hasta demasiado;
- no prescinde del amor;
- más que enfermas se consideran personas con hábitos vergonzosos que deben ocultar;
- cuando adquieren conciencia de enfermedad y solicitan ayuda, se alivia notablemente su baja estima y disforia;
- frente al rigor obsesivo de las anoréxicas, las bulímicas muestran escasa disciplina;
- con frecuencia las bulímicas asisten a la consulta sin conocimiento de la familia, a diferencia de las anoréxicas que suelen asistir, más que acompañadas, por su madre;
- las bulímicas tienen horror a la gordura, pero sin grave distorsión de la imagen corporal;
- inestables, con cambios frecuentes de estudios o de ocupación laboral.

Galindo (1993), menciona las siguientes características de las bulímicas:

- se enfrenta a diario con muestras de su incapacidad para controlarse a si misma y lo que come.
- en lugar de someterse a inanición voluntaria periódica o además de ello, trata de regularse evitando absorber los alimentos que ha ingerido, por

medio del vómito o empleando laxantes a fin de restablecer cierto sentido de control.

-es impulsiva, variable, confundida y con sentimientos de culpa.

-son más deprimidas, más impulsivas, neuróticamente ansiosas y más alienadas que sus pares sanos (p. 15).

Lo más importante en la génesis de la bulímica son una serie de trastornos psicológicos como la neurosis de angustia: desde la cuna aprendemos a calmar la angustia con presencia materna, que significa limpiar al bebé y suministrarle alimento; y el contagio psicológico: no pocas muchachitas aprenden a atracarse y vomitar después "imitando a mi mejor amiga".

Al contrario de las anoréxicas (que se manifiestan eufóricas), la bulímica se siente culpable, avergonzada, disfórica, con síntomas depresivos, de relativa severidad, siendo los más comunes, la tristeza, la irritabilidad, dificultad en la concentración e ideas suicidas.

Diversos estudios coinciden en que las pacientes bulímicas son más deprimidas, impulsivas, variables confundidas, neuróticamente ansiosas y más alienadas que sus pares sanos. Teniendo como factores predisponentes: a) inestabilidad afectiva, referida a estados de humor depresivos y altamente variables, conducta impulsiva, y baja tolerancia a la ansiedad y a la frustración, y b) baja autoestima.

La bulímica nerviosa aparece con una conducta regresiva autoerótica, en relación con:

-Trastornos de la relación materno-infantil.

-Padres muy laboriosos, protectores y supervisores, con vida aburridamente monótona. Similares a los padres de las anoréxicas.

-Inestabilidad emocional por inmadurez.

-Paciente descontrolada por temporadas, alternando con otras sin salir de casa, salvo a la escuela.

-Anorexia mental con crisis de bulimia.

Hay anoréxicas que en su búsqueda ascética llegan a suprimir la sensación de hambre como exigencia energética del organismo.

La bulímica seguida de vómitos y diarreas, erosiona gravemente la autoestima, ya alterada por la mala conciencia del gordo, que celebra un banquete cuando las cosas le salen bien y se consuela comiendo cuando le salen mal.

Son impulsivos y obsesivos, con inestabilidad afectiva que les lleva de la depresión a la euforia y viceversa, sin apenas intervalo alguno.

A semejanza de los obesos, los bulímicos también han adquirido mal, el sentido de la saciedad, pues son comilones sin señales fisiológicas. Sin embargo, no es gula, ni manía de picotear entre comidas. Ellos comen tan pronto “muy poco” tan pronto “enormemente”, pueden estar durante largos periodos de tiempo sin hacer nunca una comida, entendiendo por comida, secuencias ordenadas de alimento a horas dadas, en una mesa común y en un lugar destinado para este uso (Rausch, 1990; citado por Galindo, 1993).

Algunos teóricos prefieren considerar que la preocupación de la bulímica de peso normal con respecto a los alimentos y al comer, es evidencia de su fijación en una etapa temprana del desarrollo, conocida como etapa oral, en la que la comida y el hambre dominan los procesos mentales (Galindo, 1993).

A nivel inconsciente y a partir de una ambivalencia en la relación del Yo con el objeto, se busca vaciar, agotar o devorar el seno materno, de acuerdo con Klein, como una incorporación destructora, y que simbólicamente en el acto bulímico se realiza a través de ingerir alimentos que no son el seno materno, pero que tienen como característica el ser comestibles (Galindo, 1993).

Las bulímicas carecen de lealtad a su médico y cambian con frecuencia de este. Abandonan con frecuencia el tratamiento antes de ser dadas de alta. Cuentan con una inestabilidad afectiva que si bien no caen en un nivel patológico grave, si



les lleva a una confusión, que se ve exacerbada por un clima familiar de conflicto y por un medio sociocultural que atraviesa un periodo de transición, lo cual se conjuga para ponerlas a la vera de una estimación baja y a tener dificultades de autorregulación, que solo después de mucho tiempo en la lidia del padecimiento, mantenido siempre con discreción, se llega a la resolución de buscar apoyo profesional o bien a asistir a grupos de ayuda mutua, que cada vez son más en la actualidad.

De acuerdo con Martínez-Fornés (1995, pp.63-64) en el tratamiento la familia debe colaborar activamente. Los atracones no buscan tanto alimentarse como apaciguar un hambre de afecto y ternura que (tantas veces) viene desde la infancia. La colaboración familiar exige:

- Evitar comprar comida tentadora en “grandes cantidades” por ahorro o por comodidad.
- Cerrar el refrigerador, con llave si es preciso.
- Ayudarle a restringir los atracones a un solo alimento.
- Contribuir en la medida de lo posible a que la paciente cultive amistades sobrias y equilibradas.

El mismo autor menciona que un buen programa de ayuda psicoterapéutica comprende:

·Terapia cognitiva: explicarle que saltarse una comida provoca apetito excesivo, angustia y compulsión a comer en exceso. Aclararle que el vómito provocado, el uso de laxantes y diuréticos jamás son la solución; en cambio la disciplina, con otra ayudas, le liberará. Hay que incitar y desarrollar las cualidades positivas de la personalidad que aparecen en los test psicológicos. Enseñarle a pensar; en lugar de “soy un fracaso. Con la recaída he perdido todo lo que había ganado”, debe repetirse: “he conseguido tres días sin atiborrarme de comida, ni de vómitos, ni de laxantes..., esto marcha. La próxima vez lograre controlarme una semana”. “Poco a poco voy poniendo orden en el caos en que se había convertido mi vida, y me lo saben valorar”. Hay que desmontar creencias irracionales sobre alimentación. Ayudarle a

conocer mejor su imagen corporal sin distorsiones; defenderse de la enorme presión de la moda, que impone una figura no ya esbelta sino excesivamente delgada por debajo del peso estético y biológico; romper el círculo vicioso y reflejo de atracón-vómitos-laxantes-anfetaminas, y vuelta a empezar; desarrollar el placer gastronómico basado más en la calidad que en la cantidad; mejorar sus relaciones interpersonales, un tanto deterioradas; ayudarle a evitar situaciones de estrés.

·Terapia conductual. Enseñarle a no saltarse jamás una comida; no picar nunca nada del refrigerador, sino comer a sus horas, sentada en el comedor y con cubiertos apropiados; realizar acuerdos para conseguir objetivos concretos y realistas (un día sin laxantes, por ejemplo).

·Terapia de grupo: con un programa similar al de "Alcohólicos Anónimos" o al de los obesos. El contacto con otros pacientes que superaron la bulimia es muy estimulante, ya que las bulímicas no ocultan ese deseo competitivo (pp. 63-64).

Las bulímicas son pacientes con trastornos caractereológicos: extremistas, rebeldes, desordenados, propensos a todo festín. Escudados en el diagnóstico de bulimia esperan del médico un tratamiento, sin tener ellos o ellas que poner nada de su parte. De aquí viene su decepción inmediata y abandono del tratamiento .

## **CAPITULO III**

### **METODOLOGÍA**

**3.1. OBJETIVO GENERAL:** El propósito de esta investigación fue aportar información para la prevención del desarrollo de desórdenes alimentarios en población de mujeres adolescentes.

#### **3.2. PROBLEMAS DE INVESTIGACIÓN:**

1) Determinar la relación que existe entre peso corporal (bajo y normal) y conducta alimentaria de riesgo en mujeres adolescentes.

2) Determinar la relación que existe entre el nivel socioeconómico medio y nivel socioeconómico alto con la conducta alimentaria de riesgo en mujeres adolescentes.

#### **3.3. HIPÓTESIS DE TRABAJO:**

Entre las estudiantes adolescentes se encontraran las siguientes relaciones:

1) Conducta alimentaria anómala y peso corporal.

2) Conducta alimentaria restrictiva y peso corporal.

3) Conducta alimentaria normal y peso corporal.

4) Conducta alimentaria anómala y nivel socioeconómico.

5) Conducta alimentaria restrictiva y nivel socioeconómico.

6) Conducta alimentaria normal y nivel socioeconómico.

### **3.4. DEFINICIÓN DE VARIABLES**

#### **VARIABLES INDEPENDIENTES:**

1)Peso corporal: Peso bajo.

Peso normal.

2)Nivel socioeconómico: Nivel socioeconómico medio.

Nivel socioeconómico alto.

#### **VARIABLE DEPENDIENTE:**

1)Conducta alimentaria de riesgo.

### **3.5. DEFINICIÓN CONCEPTUAL**

#### **VARIABLES INDEPENDIENTES**

**PESO BAJO:** El término falta de peso es aplicable a personas que tienen del 10 al 15 por ciento menos del peso estándar o del óptimo (Krause y Hunsher, 1983).

**PESO NORMAL:** Es cuando las personas se encuentran dentro del peso estándar, de acuerdo con su edad y estatura.

**NIVEL SOCIOECONÓMICO:** 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; citado por Rivera, 1997).

#### **VARIABLE DEPENDIENTE**

**CONDUCTA ALIMENTARIA DE RIESGO:** Son las conductas relacionadas con problemas en la ingesta alimentaria; por ejemplo, seguimiento de dieta con propósito en el control de peso, dieta restrictiva, exclusión de alimentos con alto contenido calórico, hábitos inadecuados, ayunos y atracones.

### 3.6. DEFINICIÓN OPERACIONAL

#### VARIABLE INDEPENDIENTE

**PESO BAJO:** Se definió con un IMC de 15 a 18.9, de acuerdo a la escala combinada del diagnóstico validada en una muestra de adolescentes mexicanas (Gómez Peresmitré y Saucedo Molina, 1997).

**PESO NORMAL:** Se definió con un IMC de 19 a 22.9, de acuerdo a la escala combinada del diagnóstico validada en una muestra de adolescentes mexicanas (Gómez Peresmitré y Saucedo Molina, 1997).

**NIVEL SOCIOECONÓMICO:** Para definir el nivel socioeconómico se procedió de la siguiente manera; se le dieron puntajes a cada categoría de respuesta de las siguientes variables:

- a) Ingreso mensual familiar
- b) Años de estudio del padre
- c) Años de estudio de la madre
- d) Ocupación del padre
- e) Ocupación de la madre

Se dieron los puntajes más altos a las categorías que representaban más del reactivo; por ejemplo, se dio un puntaje de 6 a la categoría “18 años o más de estudios de tu padre”, por último se sumaron los puntajes de los cinco reactivos, obteniéndose un rango total de 4 a 27, que se subdividió en tres grupos, quedando los siguientes puntos de corte:

Puntos de corte	Índice socioeconómico
De 4 a 11	NSE Bajo
De 12 a 19	NSE Medio
De 20 a 27	NSE alto

#### VARIABLE DEPENDIENTE

**CONDUCTA ALIMENTARIA DE RIESGO:** Se midió a través de las escalas de conducta alimentaria: restrictiva, dietaria, anómala y normal.

### **3.7. CONTROL DE VARIABLES**

SEXO: Femenino

EDAD: 16 a 19 años

ESCOLARIDAD: Nivel bachillerato

### **3.8. MÉTODO**

#### **3.8.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

La presente investigación es un estudio correlacional, ya que se observó la relación recíproca entre todas las variables; de campo, ya que se llevó a cabo en un escenario natural; su objetivo es confirmatorio, porque se prueban hipótesis de trabajo; por tiempo, es transversal, debido a que fue en un momento determinado.

#### **3.8.2. MUESTRA**

La selección de la muestra fue no probabilística porque todos los miembros de esta selección no tuvieron la misma oportunidad de ser elegidos para dar respuesta al problema de investigación. Los sujetos de la muestra se tomaron de la población estudiantil femenina de nivel bachillerato de 16 a 19 años, del D.F. y del área conurbada. El tamaño de la muestra fue de 98 mujeres adolescentes de 16 a 19 años, de nivel socioeconómico medio y alto, de las cuales 49 fueron de peso bajo y las otras 49 de peso normal.

#### **3.8.3. INSTRUMENTO**

El presente estudio forma parte de una investigación mayor "ESTIMACIONES SUBJETIVAS/MEDICIONES OBJETIVAS: LA IMAGEN CORPORAL Y SUS DESVIACIONES COMO FACTORES DE RIESGO PARA LOS DESÓRDENES DEL COMER" (Proyecto PAPIIT No.IN304496), para la cual se aplicó el cuestionario "ESTUDIO SOBRE ALIMENTACIÓN Y SALUD" (Gómez Peresmitré, 1996), que se ha venido aplicando y sometiendo a prueba desde 1993. De este cuestionario se tomaron los reactivos que exploran las variables involucradas en la solución de los problemas de investigación del presente estudio.

El cuestionario es de formato mixto que incluye reactivos cerrados, dicotómicos y de escala tipo Likert . Las respuestas se dieron en hojas de respuesta para lector óptico.

El instrumento utilizado en la presente investigación consta de 50 reactivos (ver anexo) que exploran las siguientes áreas:

Datos sociodemográficos. Se tomaron de la sección A, los reactivos 8,10,11,32 y 33 (ver anexo).

Conducta alimentaria restrictiva. En esta variable se emplearon los reactivos de la sección B: 3, 9, 19, 21, 22, 23, 24 (ver anexo).

Conducta alimentaria dietaria. En esta variable se emplearon los reactivos de la sección A: 14, 15, 16 (ver anexo).

Conducta alimentaria anómala. De esta variable se agruparon los siguientes reactivos de la sección E: 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 18, 19, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 30, 31, 33, 34 (ver anexo).

Conducta alimentaria normal. En esta variable se reunieron de la sección E los reactivos restantes: 5, 15, 17, 20, 21, 28, 29, 32 y 35 (ver anexo).

Se obtuvo el coeficiente de consistencia interna ALPHA\* para todas las variables de estudio, siendo aceptable (ALPHA= .80).

Obteniéndose también coeficientes de consistencia interna aceptables, para cada escala utilizadas en la presente investigación:

Conducta alimentaria restrictiva (n=7) alpha = .74

Conducta alimentaria dietaria (n=3) alpha = .62

Conducta alimentaria anómala (n=26) alpha = .79

---

\* Debe señalarse que actualmente la escala utilizada cuenta con un análisis factorial obtenido con una N= 1915 de sujetos mujeres.

Conducta alimentaria normal (n=9) alpha = .76

#### **3.8.4. FORMA DE CALIFICACIÓN**

Se le asignó a cada reactivo de las escalas, 5 opciones de respuesta (nunca, a veces, frecuentemente, muy frecuentemente y siempre). A esta escala se le dio un valor numérico del 1 al 5, de esta forma los puntajes más altos indicaron mayor presencia de problemas alimentarios.

#### **3.8.5. PROCEDIMIENTO**

Se solicitó la autorización de los directivos de las instituciones de nivel bachillerato para la aplicación del instrumento.

Formaron parte de la muestra aquellas estudiantes mujeres adolescentes que aceptaron participar voluntariamente.

El material que se utilizó fue el cuestionario "Estudio sobre alimentación y salud"(XX) (Gómez Peresmitré, 1996), hojas de respuestas de lectura óptica, lápices del No. 2 o 2 1/2 .

El escenario donde se aplicó el cuestionario, fue en los salones de clase de las escuelas. Su aplicación se llevo a cabo de manera colectiva y se les dieron las mismas instrucciones en todos los casos. Se les informó que el propósito de la investigación era conocer los diferentes aspectos que se relacionan con la salud integral (física y psicológica) de la comunidad estudiantil. Además se les explicó que sus respuestas serían tratadas en forma confidencial y anónima.



## CAPITULO IV

### RESULTADOS

Con el fin de analizar la relación entre peso corporal (bajo y normal) y conducta alimentaria de riesgo en mujeres adolescentes, se realizaron análisis estadísticos, cuyos resultados se describen a continuación.

#### 4.1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

Se seleccionó una muestra total (N=98) de adolescentes estudiantes de nivel bachillerato, de sexo femenino, que contaban con edades entre los 16 y 19 años, dividiéndose en 4 grupos: rango IMC de peso bajo y nivel socioeconómico alto (n=14), rango IMC de peso bajo y nivel socioeconómico medio (n=35), rango IMC de peso normal y nivel socioeconómico alto (n=14), y rango IMC de peso normal con nivel socioeconómico medio (n=35).

Para definir los grupos por nivel socioeconómico se procedió de la siguiente manera; se le dieron puntajes a cada categoría de respuesta de las siguientes variables: 1)ingreso mensual familiar, 2)años de estudio del padre, 3)años de estudio de la madre, 4)ocupación del padre y 5)ocupación de la madre; se dieron los puntajes más altos a las categorías que representaban más de la variable; por ejemplo, se dio un puntaje de 6 a la categoría “18 años o más”, en la variable “años de estudio de tu padre”; por último se sumaron los puntajes de las cinco variables, obteniéndose un rango total de 4 a 27, que se subdividió en tres grupos, quedando los siguientes puntos de corte:

<u>Puntos de corte</u>	<u>Índice socioeconómico</u>
4 a 11	NSE Bajo
12 a 19	NSE Medio
20 a 27	NSE Alto

El promedio de edad de la muestra total (98 sujetos) fue de 17 años, con una DE= 1.036. A continuación se describen los porcentajes correspondientes de cada edad de la muestra total (ver tabla 1).

Tabla 1. Distribución en porcentajes,  $\bar{X}$  y DE de la variable edad para la muestra total.

EDAD	PORCENTAJE (%)
16	22.4
17	29.6
18	29.6
19	18.4
<b>TOTAL</b>	<b>100.0%</b>
<b><math>\bar{X}=17.439</math></b>	<b>DE= 1.036</b>

La muestra total se dividió en cuatro subgrupos, que estuvieron conformados de la siguiente forma :

A)El primer subgrupo estuvo compuesto (n=35), por las adolescentes del nivel socioeconómico medio y rango IMC de peso bajo, obteniendo una  $\bar{X}=17.6286$ , una DE=.9727 de edad.

B)El segundo subgrupo estuvo formado por (n=14), de nivel socioeconómico alto y rango IMC de peso bajo, el cual obtuvo una  $\bar{X}=16.7143$  de edad y una DE=.9139.

C)Tercer subgrupo, estuvo conformado (n=35) por las adolescentes de nivel socioeconómico medio y rango IMC de peso normal, el cual obtuvo una  $\bar{X}=17.5429$  de edad y una DE=1.0939.

D)Por último el cuarto subgrupo estuvo compuesto (n=14) por las adolescentes de nivel socioeconómico alto y rango IMC de peso normal, éste obtuvo una  $\bar{X}=17.4286$  y una DE=.9376 de edad.

En la siguiente tabla se muestran los porcentajes que había en cada subgrupo por edad.

Tabla 2.- Distribución de porcentajes de la edad, por subgrupo.

SUBGRUPO	16 Años	17 Años	18 Años	19 Años	TOTAL %
Peso bajo	5	10	13	7	35
NSE medio	5.1%	10.2%	13.3%	7.1%	35.7%
Peso normal	7	11	8	9	35
NSE medio	7.1%	11.2%	8.2%	9.2%	35.7%
Peso bajo	8	2	4		14
NSE alto	8.2%	2%	4.1%		14.3%
Peso normal	2	6	4	2	14
NSE alto	2.0%	6.1%	4.1%	2.0%	14.3%
<b>TOTAL %</b>	22	29	29	18	98
	22.4%	29.6%	29.6%	18.4%	100%

De acuerdo con los reactivos que se utilizaron para agrupar a la población en el nivel socioeconómico, se obtuvieron los siguientes datos.

La variable Ingreso familiar mensual tiene una  $\bar{X}$  total=2.866 y una DE total=1.343; a continuación se presentan los subgrupos con sus medias y desviaciones estándar que se obtuvieron (ver tabla 3).

Tabla 3.- Distribución en porcentajes,  $\bar{X}$  y DE de las respuestas dadas a la variable ingreso familiar mensual, por subgrupos.

SUBGRUPO	1) 2000 o menos	2) 2001 a 4000	3) 4001 a 6000	4) 6001 a 8000	5) 8001 a 10000	6) 10001 ó más	TOTAL %	$\bar{X}$ y DE
Peso Normal	1.9	4.3	4.3	1.6	1.0	.9	14	$\bar{X}$ =3.8571
NSE Alto	0%	2.1%	6.2%	2.1%	0%	4.1%	14.4%	DE=1.5119

Peso Bajo	1.9	4.3	4.3	1.6	1.0	.9	14	$\bar{X}=3.7143$
NSE Alto	2.1%	0%	2.1%	6.2%	4.1%	0%	14.4%	DE=1.3260
Peso Normal	4.6	10.5	10.5	3.9	2.5	2.1	34	$\bar{X}=2.2353$
NSE Medio	7.2%	15.5%	11.3%	0%	0%	1.0%	35.1%	DE=.9865
Peso Bajo	4.7	10.8	10.8	4.0	2.5	2.2	35	$\bar{X}=2.7429$
NSE Medio	4.1%	13.4%	11.3%	3.1%	3.1%	1.0%	36.1%	DE=1.2210
<b>TOTAL</b>	13	30	30	11	7	6	97	$\bar{X}=2.866$
<b>%</b>	13.4%	30.9%	30.9%	11.3%	7.2%	6.2%	100%	DE=1.343

Se obtuvo una  $\bar{X}$  total =4.439 y una DE total=1.451 en la variable Años de estudio del padre (ver tabla 4).

Tabla 4.- Distribución en porcentajes,  $\bar{X}$  y DE de las respuestas dadas a la variable años de estudio del padre, por subgrupos.

SUBGRUPO	1) Menos de 6 años	2) De 6 a 8 años	3) De 9 a 11 años	4) De 12 a 14 años	5) De 15 a 17 años	6) De 18 ó más años	TOTAL %	$\bar{X}$ y DE
Peso Bajo	.4	5.0	3.9	6.4	8.2	11.1	35	$\bar{X}=4.2059$
NSE Medio	0%	7.1%	4.1%	7.1%	2.9%	8.2%	35.7%	DE=1.4726
Peso Normal	.4	5.0	3.9	6.4	8.2	11.1	35	$\bar{X}=3.8788$
NSE Medio	1.0%	7.1%	7.1%	9.2%	6.1%	5.1%	35.7%	DE=1.3638
Peso Bajo	.1	2.0	1.6	2.6	3.3	4.4	14	$\bar{X}=5.7143$
NSE Alto	0%	0%	0%	0%	4.1%	10.2%	14.3%	DE=.4688
Peso Normal	.1	2.0	1.6	2.6	3.3	4.4	14	$\bar{X}=5.5000$
NSE Alto	0%	0%	0%	2.0%	4.1%	8.2%	14.35	DE=.7977

<b>TOTAL</b>	1	14	11	18	23	31	98	$\bar{X}=4.439$
<b>%</b>	1.0%	14.3%	11.2%	18.4%	23.5%	31.6%	100%	DE=1.451

Se encontró en la variable años de estudio de la madre una  $\bar{X}$  total=3.990 y una DE total=1.343 (ver tabla 5).

Tabla 5.- Distribución en porcentajes,  $\bar{X}$  y DE de las respuestas dadas a la variable años de estudio de la madre, por subgrupo.

SUBGRUPO	1) Menos de 6 años	2) De 6 a 8 años	3) De 9 a 11 años	4) De 12 a 14 años	5) De 15 a 17 años	6) De 18 o más años	TOTAL %	$\bar{X}$ y DE
Peso Bajo	.7	4.6	7.1	10.4	6.1	6.1	35	$\bar{X}=3.4412$
NSE Medio	1.0%	6.1%	14.3%	8.2%	4.1%	2.0%	35.7%	DE=1.1597
Peso Normal	.7	4.6	7.1	10.4	6.1	6.1	35	$\bar{X}=3.6667$
NSE Medio	1.0%	7.1%	6.1%	13.3%	5.1%	3.1%	35.7%	DE=1.3150
Peso Bajo	.3	1.9	2.9	4.1	2.4	2.4	14	$\bar{X}=5.1429$
NSE Alto	0%5	0%	0%	4.1%	4.1%	6.1%	14.3%	DE=.8644
Peso Normal	.3	1.9	2.9	4.1	2.4	2.4	14	$\bar{X}=5.3333$
NSE Alto	0%	0%	0%	4.1%	4.1%	6.1%	14.3%	DE=.7785
<b>TOTAL</b>	2.0	13	20	29	17.0	17	98	$\bar{X}=3.990$
<b>%</b>	2.0%	13.3%	20.4%	29.6%	17.3%	17.3%	100%	DE=1.343

En la variable ocupación del padre se encontró que el mayor porcentaje se halló en los profesionistas (34.7%) y empleados (33.7%), (ver tabla 6).

Tabla 6.- Distribución en porcentajes de las respuestas dadas a la variable ocupación del padre, por subgrupo.

SUBGRUPO	Obrero	Comer ciante	Emplea do	Profesio nista	Empresa rio	TOTAL %
Peso Bajo	.7	6.3	11.8	12.2	4.1	35
NSE Medio	1.1%	6.3%	13.7%	14.75	1.15	36.8%
Peso Normal	.7	6.1	11.5	11.8	3.9	34
NSE Medio	1.1%	9.5%	17.9%	5.3%	2.1%	35.8%
Peso Bajo	.3	2.5	4.7	4.9	1.6	14
NSE Alto	0%	0%	0%	8.4%	6.3%	14.7%
Peso Normal	.3	2.1	4	4.2	1.4	12
NSE Alto	0%	2.1%	2.1%	6.3%	2.1%	12.6%
TOTAL %	2 2.1%	17 17.9%	32 33.7%	33 34.7%	11 11.6%	95 100%

Se encontró en la variable ocupación de la madre que los porcentajes mayores se ubican en ama de casa (41.7%) y profesionista (32.3%), (ver tabla 7).

Tabla 7.- Distribución en porcentajes de las respuestas dadas a la variable ocupación de la madre, por subgrupo.

SUBGRUPO	Ama de casa	Emplea da domésti ca	Obrera	Comer ciante	Profesio nista	TOTAL %
Peso Bajo	14.2	1.4	.4	7.1	11	34
NSE Medio	18.8%	2.1%	1.0%	5.2%	8.3%	35.4%
Peso Normal	14.2	1.4	.4	7.1	11	34
NSE Medio	16.1%	2.1%	0%	7.3%	9.4%	35.4%

Peso Bajo	5.8	.6	.1	2.9	4.5	14
NSE Alto	4.2%	0%	0%	4.2%	6.3%	14.6%
Peso Normal	5.8	.6	.1	2.9	4.5	14
NSE Alto	2.1%	0%	0%	4.2%	8.3%	14.6%
<b>TOTAL</b>	40	4	1	20	31	96
<b>%</b>	41.7%	4.2%	1.0%	20.8%	32.3%	100%

#### 4.2. DESCRIPCIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO.

Para el análisis de la distribución en porcentajes de la conducta dietaria se aplicó un CROSSTABS.

El subgrupo que obtuvo el mayor porcentaje respondiendo afirmativamente, en la variable "¿Alguna o algunas ocasiones has hecho dieta para controlar tu peso?", fue el de NSE alto y peso normal (42.9%), en tanto que el subgrupo de NSE medio y peso bajo obtuvo el menor porcentaje (5.9%), (ver tabla 8).

Tabla 8.-Distribución en porcentajes, por subgrupo, de la variable ¿Alguna o algunas ocasiones has hecho dieta para controlar tu peso?.

SUBGRUPO	NO	SI	TOTAL %
Peso bajo	94.1%	5.9%	100%
NSE medio			
Peso normal	79.4%	20.6%	100%
NSE medio			
Peso bajo	85.7%	14.3%	100%
NSE alto			

Peso normal	57.1%	42.9%	100%
NSE alto			

De acuerdo con la variable “¿Qué edad tenías cuando hiciste tu primera dieta?”, el subgrupo que mayor porcentaje reportó fue el de nivel socioeconómico alto y rango IMC de peso normal (42.9%), en un rango de edad entre 15 y 17 años. Cabe mencionar que el 79.6% de la muestra total no ha realizado dieta (ver tabla 9).

Tabla 9.-Distribución de porcentajes de las respuestas dadas a la variable edad de la primera dieta, por subgrupo.

SUBGRUPO	SUJETOS SIN DIETA	MENOS DE 9 AÑOS	DE 9 A 11 AÑOS	DE 12 A 14 AÑOS	DE 15 A 17 AÑOS	TOTAL %
Peso bajo NSE medio	91.4%	2.9%	2.9%	2.9%		100%
Peso normal NSE medio	80%			5.7%	14.3%	100%
Peso bajo NSE alto	71.4%		14.3%		14.3%	100%
Peso Normal NSE alto	57.1%				42.9%	100%
<b>TOTAL %</b>	<b>79.6%</b>	1.0%	3.1%	3.1%	13.3%	100%

En la variable “¿En los últimos 6 meses has hecho dieta?”, el 28.6% de las adolescentes del subgrupo nivel socioeconómico alto y rango IMC de peso bajo, respondieron afirmativamente; siendo éste el de mayor porcentaje; mientras el subgrupo nivel socioeconómico medio y peso bajo obtuvo el menor porcentaje (2.9%), (ver tabla 10).



Tabla 10.- Distribución en porcentajes de las respuestas dadas a la variable ¿En los últimos 6 meses has hecho dieta?, por subgrupo.

SUBGRUPO	NO	SI	TOTAL %
Peso bajo NSE medio	97.1%	2.9%	100%
Peso normal NSE medio	88.6%	11.4%	100%
Peso bajo NSE alto	71.4%	28.6%	100%
Peso normal NSE alto	85.7%	14.3%	100%

#### 4.3. ANÁLISIS PARA LA PRUEBA DE HIPÓTESIS

En la presente investigación se plantearon 6 hipótesis de trabajo. Con el propósito de someterlas a prueba, se formularon las hipótesis estadísticas correspondientes y se utilizaron ANOVAS.

Con los reactivos que exploran las variables involucradas en la presente investigación, se formaron tres subgrupos de acuerdo con los contenidos de las variables conducta alimentaria de riesgo, que se denominaron: conducta alimentaria anómala con 26 reactivos, conducta alimentaria normal con 9 reactivos, y conducta alimentaria restrictiva con 7 reactivos (ver anexo).

De acuerdo con los resultados del análisis de varianza aplicado a las conductas anómalas, por rango de peso y nivel socioeconómico, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas para los efectos principales, ni para las interacciones [ $F(2, 94) = .584, p = .560$ ], por lo tanto se aceptó la hipótesis nula:

$\bar{X}_1 = \bar{X}_2 = 0$ , se rechazó la hipótesis alterna:  $\bar{X}_1 \neq \bar{X}_2 \neq 0$ , y en consecuencia no se confirman las hipótesis de trabajo 1 (IMC) y 4 (NSE).

Sin embargo las medias muestran que el grupo de NSE alto ( $\bar{X}=48.9286$ ,  $DE=11.9224$ ) y el grupo con IMC de peso normal ( $\bar{X}=48.4286$ ,  $DE=12.4466$ ) (ver tabla 12), tienden a desarrollar más conductas alimentarias anómalas, como se puede apreciar en la figura 1. En la tabla 11 se exponen los resultados del ANOVA.

Tabla 11.-ANOVA. Conducta alimentaria anómala, por rango IMC y NSE.

Fuente var.	Suma de cuadrados	Grados de libertad	Media cuadrada	F	p
Efectos principales	132.155	2	66.078	.584	.560
Rango IMC	18.322	1	18.322	.162	.688
NSE	113.833	1	113.833	1.006	.318
Var. Explicada	485.176	3	161.725	1.430	.239
Residual	10633.866	94	113.126		
Total	11119.061	97	114.629		

$H_0 \bar{X}_1 = \bar{X}_2 = 0$

Se acepta hipótesis nula

$H_1 \bar{X}_1 \neq \bar{X}_2 \neq 0$

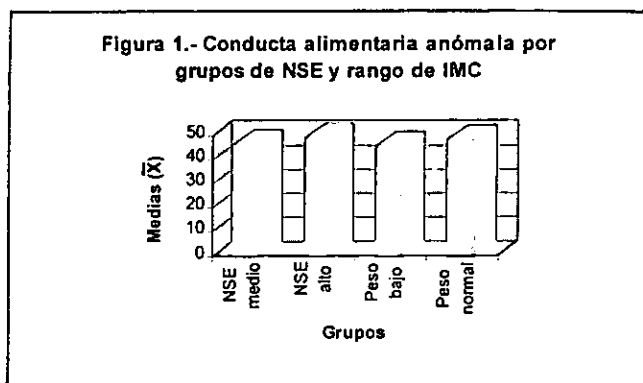
Se rechaza hipótesis alterna

$F(2, 94) = .584, p = .560$

No se confirman las hipótesis de trabajo 1 y 4.

Tabla 12.- Medias y Desviaciones Estándar por grupos de rango IMC y NSE, de la conducta alimentaria anómala.

NSE	$\bar{X}$	DE
ALTO	48.9286	11.9224
MEDIO	46.5429	10.1919
PESO		
BAJO	46.0204	8.5890
NORMAL	48.4286	12.4466



En el siguiente paso se utilizó el ANOVA con los datos de la escala conducta alimentaria restrictiva por grupos de NSE y el rango de IMC, hallándose solamente diferencias estadísticamente significativas en los grupos por rango de IMC, en donde la media obtenida ( $\bar{X}=9.2653$ ,  $DE=.5401$ ) por el grupo de peso normal indica que las adolescentes de este grupo desarrollan más esta conducta alimentaria, que en el grupo de las adolescentes con IMC de peso bajo, que obtuvo una  $\bar{X}=7.6122$ ,  $DE=.7890$  (ver tabla 14), lo cual nos indica que este grupo presentó menos esta conducta alimentaria; por lo tanto se confirma la hipótesis de trabajo 2 (IMC) y no se confirma la hipótesis de trabajo 5 (NSE). En la tabla 13 se exponen los resultados del ANOVA.

Tabla 13.-ANOVA. Conducta alimentaria restrictiva, por rango de IMC y NSE.

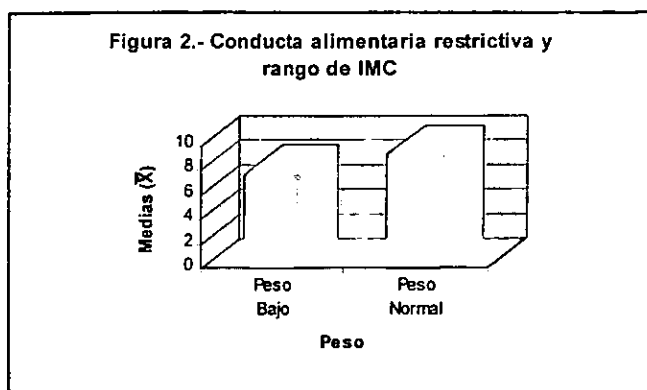
Fuente var.	Suma de cuadrados	Grados de libertad	Media cuadrada	F	p
Efectos principales	61.755	2	30.878	3.849	.025
Rango IMC	61.751	1	61.751	7.698	.007
NSE	.004	1	.004	.001	.982
Var. Explicada	68.133	3	22.711	2.831	.043
Residual	754.000	94	8.021		
Total	822.133	97	8.476		

$H_0 \bar{X}_1 = \bar{X}_2 = 0$	Se rechaza hipótesis nula
$H_1 \bar{X}_1 \neq \bar{X}_2 \neq 0$	Se acepta hipótesis alterna
$F(1, 94) = 7.698, p = .007$	
Se confirma la hipótesis de trabajo 2. No se confirma la hipótesis de trabajo 5.	

Tabla 14.-Medias y Desviaciones Estándar por grupos de rango de IMC y NSE, de la conducta alimentaria restrictiva.

NSE	$\bar{X}$	DE
Medio	8.4429	3.1925
Alto	8.4286	2.0981
PESO		
Bajo	7.6122	1.7890
Normal	9.2653	3.5401

En la figura 2 se muestran las diferencias significativas entre la conducta alimentaria restrictiva y el rango IMC.



A través del ANOVA se analizó la escala conducta alimentaria normal por grupos de rango de IMC y nivel socioeconómico; en la cual las diferencias estadísticamente significativas se encontraron en el grupo de nivel socioeconómico; indicando la media ( $\bar{X}=32.0714$ ,  $DE=5.5971$ ) del grupo de nivel socioeconómico alto que las adolescentes de este grupo realizan una conducta alimentaria normal con menos frecuencia que las adolescentes de nivel socioeconómico medio ( $\bar{X}=28.9286$ ,  $DE=6.6623$ ), como se puede observar en la tabla 16. En consecuencia se confirma la hipótesis de trabajo 6 (NSE), y no se confirma la hipótesis de trabajo 3 (IMC).

Tabla 15.- ANOVA. Conducta alimentaria normal, por rango de IMC y NSE.

Fuente var.	Suma de cuadrados	Grados de libertad	Media cuadrada	F	p
Efectos principales	197.616	2	98.808	2.434	.093
Rango IMC	.065	1	.065	.002	.968
NSE	197.551	1	197.551	4.866	.030

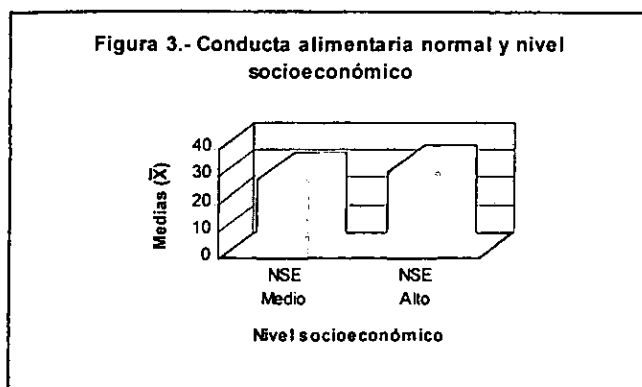
Var. Explicada	289.708	3	96.569	2.379	.075
Residual	3816.343	94	40.599		
Total	4106.051	97	42.330		

$H_0 \bar{X}_1 = \bar{X}_2 = 0$	Se rechaza hipótesis nula
$H_1 \bar{X}_1 \neq \bar{X}_2 \neq 0$	Se acepta hipótesis alterna
$F(1, 94) = 4.866, p = .030$	
Se confirma la hipótesis de trabajo 6.	
No se confirma la hipótesis de trabajo 3.	

Tabla 16.-Medias y Desviaciones Estándar por grupos de rango de IMC y NSE, de la conducta alimentaria normal.

NSE	$\bar{X}$	DE
Medio	28.9286	6.6623
Alto	32.0714	5.5971
PESO		
Bajo	29.3878	6.8032
Normal	30.2653	6.2342

En la figura 3 se muestran las diferencias significativas entre la conducta alimentaria normal y nivel socioeconómico.



## CAPITULO V

### DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre peso corporal (bajo y normal) y la presencia de conductas alimentarias de riesgo en mujeres adolescentes.

La muestra estuvo conformada por adolescentes mujeres de nivel socioeconómico medio y alto, con un rango de índice de masa corporal bajo ( $\bar{X}=47.427$ ,  $DE=3.394$ ) y normal ( $\bar{X}=54.541$ ,  $DE=4.968$ ). El rango de edad abarcó de los 16 años hasta los 19 años, siendo la edad promedio en el total de la muestra de 17 años con  $DE=1.036$ .

En los resultados que se obtuvieron con respecto a la conducta alimentaria anómala, no se encontró relación con el peso corporal (bajo o normal), ni con el nivel socioeconómico (medio o alto), sin embargo se observó una tendencia de mayor frecuencia en las adolescentes de peso normal y en las adolescentes de nivel socioeconómico alto.

En cambio, se encontró que la conducta alimentaria restrictiva se relacionó con el peso corporal. Las adolescentes de peso normal mostraron mayor conducta alimentaria restrictiva. Sin embargo esta conducta no se relacionó con el nivel socioeconómico.

Es interesante observar que las adolescentes de nivel socioeconómico alto presentaron menos conductas alimentarias normales, que las adolescentes del nivel socioeconómico medio. Sin embargo esta conducta alimentaria resultó ser independiente del peso corporal. Como lo han señalado Gómez Peresmitré y Ávila (en prensa a) esta conducta tiene mayor presencia entre las adolescentes con peso normal que entre las más delgadas.

Otro hallazgo de interés se relaciona con el hecho de que sólo una décima parte de la muestra aceptó hacer dieta para controlar su peso. Este porcentaje resultó ser menor en comparación con lo que indica la literatura nacional e internacional como Huenemann y cols. (1965; citados por Wilson, Fisher y Fuqua, 1978) y Rivera (1997) quienes encontraron que un 30% de las jóvenes adolescentes han realizado dieta; Johnson, Lewis, Love, Stuckey y Lewis, L. (1983; citados por Rivera, 1997) y Escobar (1992) reportaron que entre un 60% y 70% de las jóvenes seguían esta práctica alimentaria. Así mismo Holtz (1992) encontró un 59% de adolescentes dietantes.

Por otra parte los datos de esta investigación muestran que el inicio de la dieta tuvo más incidencia también en las adolescentes de peso normal y nivel socioeconómico alto, y que esta se iniciaba en edades tan tempranas de hasta menos de 9 años, aunque el rango de más frecuencia se encontró entre los 15 y 17 años. Este hallazgo confirma lo reportado por Gómez Peresmitré y Ávila (en prensa b), en donde niños de quinto y sexto año de primaria (preadolescentes) ya presentaban seguimiento de dietas; Rivera en 1997, quien encontró que las



adolescentes la iniciaban con más frecuencia entre los 12 y los 17 años. También Mojica y Sánchez (1998) muestran que entre los 12 y 14 años fueron las edades reportadas del inicio de la primera dieta.

La importancia de hacer una detección temprana reside en lo que diferentes investigadores han mostrado, entre ellos Garner, Olmsted y Polivy (1983; citados por Polivy, Heatherton y Herman, 1988), Polivy y Herman (1985) y Gómez Peresmitré y Ávila (en prensa b) con respecto a que el seguimiento de dietas (más o menos restrictivas) con propósitos relacionados con el peso corporal, es ya un precursor de los desórdenes del comer. Kaplan (1986) va más lejos cuando señala que la resolución de empezar una dieta es un camino hacia la emaciación.

Con base en los resultados anteriormente mencionados se puede afirmar que las adolescentes que presentan más incidencia de conductas alimentarias de riesgo son las de peso normal con nivel socioeconómico alto; Rivera (1997) también encontró que los factores de riesgo alimentario se relacionaban con el peso corporal, ya que en su muestra la mayoría de las adolescentes de peso normal realizaban dieta, sin embargo resultaron ser independientes estos factores del nivel socioeconómico en contraste con los resultados ya mencionados.

Hotlz (1995) menciona que los principales factores de riesgo de los desórdenes de la conducta alimentaria son el sexo, la edad y el nivel socioeconómico ya que se presenta en mujeres (95%) que en hombres, en adolescentes y jóvenes (dentro de un rango aproximado de 13 a 22 años) en clase

media y alta. Pope y cols. (1987) hallaron que son más comunes estos desórdenes en el nivel socioeconómico alto.

Al igual que los resultados de esta investigación, Unikel (1998) encontró que la presencia de síndromes parciales de los desórdenes del comer, aparecían en su mayoría en las estudiantes con peso corporal normal (57.4%). Alemany (1995) menciona que los trastornos de la alimentación afecta a muchachas jóvenes (típicamente entre los doce y diecisiete años), del 2% al 6% de la población en sociedades ricas.

En la actualidad los trastornos alimentarios constituyen una auténtica epidemia (Alemany, 1995), ya que aparecen más síntomas relacionados con la presencia de dichos trastornos en la población normal, lo que nos sirve como base para saber que personas tienen un mayor riesgo de desarrollarlos, como lo han comprobado anteriormente Unikel (1998), Holtz (1992) y Gómez Peresmitré y Ávila (en prensa a).

En un estudio realizado por Gómez Peresmitré (1993) se hallaron patrones y prácticas alimentarias que pueden considerarse como factores de riesgo para el surgimiento y desarrollo de los problemas bulimianorexícos; como son: prácticas de purga, accesos bulímicos o "binge eating" y alimentarse bajo ciertos estados de ánimo.

Además como lo menciona Brumberg (1988), los modernos medios de publicidad visuales, enfatizan la preocupación de la mujer por conservarse delgada y sirve como estímulo primario para los trastornos alimentarios. Este énfasis se ve reflejado en revistas como Playboy y Miss América, en las cuales se encuentra una tendencia significativa hacia la esbeltez (Gardner, Garfinkel, Schwart y Thompson, 1980). Rivera (1997) señala que la delgadez es más valorada en el nivel socioeconómico alto (concordando con algunos autores citados por ella como son Bruch, 1973 y Palazzoli, 1974), lo cual contribuye que con más frecuencia se presenten los trastornos alimentarios en este grupo. En 1987 Yager, Landsuverk y Edelstin observaron como efecto de influencia culturales que las mujeres con desórdenes alimentarios se preocupaban por su peso.

Hoy en día la salud de las adolescentes presenta signos visibles de deterioro, sobre todo en lo referente a hábitos alimentarios ("Alertan sobre el ...", 1987). La actitud de los adolescentes hacia los alimentos y la nutrición siempre es un componente importante de una valoración amplia. Cuando se guía a los adolescentes para que adquieran hábitos de alimentación sanos, deben incluirse el conocimiento, la actitud y la conducta. El conocimiento y la enseñanza pueden proporcionarse en diversos ambientes, desde los salones de clase, hasta la cama en los hospitales. En el proceso deben incluirse los padres y ayudarlos a que apoyen.

## SUGERENCIAS Y LIMITACIONES

- \* Para futuras investigaciones se sugiere trabajar con grupos extremos, con respecto al nivel socioeconómico, con el propósito de que se puedan comprobar resultados previos.
- \* Realizar estudios acerca de los hábitos alimentarios de las adolescentes mexicanas, utilizando entrevistas a profundidad para precisar nuestro conocimiento al respecto.
- \* Realizar estudios con muestras probabilísticas que permitan generalizar a las poblaciones donde se extrajeron estas.

Cabe asumir la limitación siguiente:

- \* Debido a que los datos obtenidos solo son aplicables a la muestra estudiada, no pueden generalizarse, ya que se utilizó una muestra no probabilística.

## REFERENCIAS

- Aleman, M. (1995). Enciclopedia de las dietas y la nutrición. España: Planeta.
- Alertan sobre el estado nutricional de la población argentina. (1997, Diciembre). Revista informática médica. 1, (12), 60
- Alvarez, R. G., Vázquez, A. R., Mancilla, D. J., López, A. X. y Eguiluz, R. L. (1996). El juego del cuerpo y la comunicación en la genesis de la obesidad. Revista Psicología. 31, (Julio-Agosto), 18-23.
- Anderson, L., Dibble, M. V., Turkki, P. R., Mitchell, H. S. y Rynbergen, H: J. (1985). Nutrición y dieta de Cooper. México: Interamericana.
- Atkinson, R. L. (1993) Dietas bajas y dietas muy bajas en calorías. Clínicas médicas de Norteamérica. 1, 241-257.
- Barber, S., Bolaños-Camacho, P., López-Jensen, Ch. y Ostrosky, A. (1995). Los extremos en los trastornos alimenticios: anorexia y obesidad. Psicología Iberoamericana. 3, (2), 20-34.
- Berea Gómez, L. (1963). La obesidad como consecuencia de un mecanismo compensador de la frustración. Tesis de maestría. Universidad Latinoamericana. Colegio de Psicología, México, D.F.
- Brownell, K. D. (1991). Dieting and the reseach for the perfect body: Where Psychology and culture collide. Behavior Therapy. 22, 1-12.
- Brumberg, J. J. (1988). Fasting girls. The emergence of anorexia nervosa as a modern disease. Cambridge:Howard: University.
- Caplan, G., Leovici, S. (1973). Psicología social de la adolescencia. Desarrollo, familia, escuela, enfermedad y salud mentales. Buenos Aires: Paidós.

- Casanueva, E., Kauter-Horwitz, M., Pérez-Lizaur, A. y Arroyo P. (1995). Nutriología Médica. México: Panamericana.
- Casillas, C. y Vargas, L. (1985). Alimentación y nutrición en la adolescencia. Cuadernos de nutrición. 3, (Mayo-Junio), 12-32.
- CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico.(1993). Madrid: Meditor.
- Craig, G. (1988). Desarrollo psicológico. México: Prentice Hall.
- Craig, G. (1994). Desarrollo psicológico. México: Prentice Hall.
- Crispo, R.; Figueroa, E. y Guelar, D. (1994). Trastornos del comer. Terapia estratégica e intervenciones para el cambio. Barcelona: Herder.
- Darley, J., Gluksberg, S., y Kinchla, R. (1990). Psicología. México: Prentice Hall.
- Druss, R., Silverman, J. (1979). Body image and perfectionism of ballerinas. General Hospital Psychiatric. 2, 115-121.
- DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.(1995). Barcelona: Masson.
- Enciclopedia Larousse Temático (1997). 4, México: Autor.
- Escobar, G. M. (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 inédita. Universidad Iberoamericana. México, D.F.
- Galindo, M. G. (1993). Autoconcepto en el trastorno de bulimia. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. U.N.A.M, México, D.F.
- García, A. (7-Abril-1997). Conferencia: Obesidad, comentarios y reflexiones. Segundo foro de obesidad. Gaceta U.N.A.M., pp.14-15.

- García, C., Girón, M., Victoria, Y. (1996) Estilo de vida y obesidad: estudio exploratorio sobre algunos indicadores de asociación. Tesis de licenciatura. E.N.E.P. Iztacala. U.N.A.M., México, D.F.
- Gardner, D. M. y Garfinkel, P. E. (1980). Sociocultural factor in the development of anorexia nervosa. Psychological Medicine. 10, 647-656
- Gardner, D. M., Garfinkel, P. E., Schwartz, D. y Thompson. (1980). Cultural expectations of thinnes in women. Psychological reports. 47, 481-491.
- Gómez Peresmitré, G. (1993). Detección de anomalías de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios: obesidad, bulimia anorexia nervosa. Revista Mexicana de Psicología. 10, (1), 17-27.
- Gómez Peresmitré, G. (1996). Una aproximación multifactorial en la detección temprana de los desórdenes del comer para la promoción de la salud. (Proyecto en investigación).
- Gómez Peresmitré y Ávila A. (En prensa a). Conducta alimentaria y obesidad.
- Gómez Peresmitré y Ávila A. (En prensa b) ¿Los escolares mexicanos preadolescentes hacen dieta con propósitos de control de peso?.
- Gómez Peresmitré y Saucedo M. (1997). Validez diagnóstica del IMC (Índice de masa corporal) en una muestra de escolares preadolescentes y adolescentes mexicanos. Acta Pediátrica de México. 18, (3), 103-110.
- Hekier, M. y Miller, C. (1994) Anorexia-Bulimia: Deseo de nada. México: Paidós.
- Herscovici, C. R. y Bay, L. (1990). Anorexia Nerviosa y Bulimia. Amenazas a la autonomía. México: Paidós.
- Hogar los riesgos de comer bien. (8-Mayo-1997). Sección cultural. El Universal. p 4.

- Holtz, V. (1992). Factores psico-bio-sociales de los desórdenes de la alimentación: estudio piloto en una preparatoria. Tesis de licenciatura. Universidad Iberoamericana.
- Holtz, V. (1995). Antecedentes históricos de la anorexia nervosa. Rev. Psicología Iberoamericana. 3, (2), 5-13.
- Houssay, A., Lewis, T. y Orias, O. (1957). Fisiología humana. Argentina: Ateneo.
- Igoín, L. (1979). La bulimia y su infortunio. Madrid: Akal.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (1996). Sector alimentario en México. México: Autor.
- Jiménez, Díaz y Malacara. (1992). La percepción de la función familiar y el desarrollo psicosexual en el adolescente obeso. Rev. Investigación clínica. (44), 525-530.
- Kaplan, L. J. (1986). Adolescencia. El adiós a la infancia. Buenos Aires: Paidós
- Klamroth W., E. (1987). El papel de trabajo en el proceso de hominización. México: Escuela Nacional de Antropología e Historia.
- Kolb, C. L. (1976). Psiquiatría Dinámica. México: La prensa médica mexicana.
- Krause y Huncher (1983). Nutrición y dietética en clínica. México: Interamericana.
- La medicina y la salud. Enciclopedia para la familia. (1973). España: Católica.
- Lira, C. (1989). Influencia de la ansiedad sobre la obesidad tratada en psicoterapia de grupo. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. U.N.A.M., México, D.F.
- Martínez-Fornés, S. (1995). La obsesión por adelgazar. Bulimia y Anorexia. México: Espasa Calpe Mexicana.
- Médicos Británicos piden a los medios dar batalla contra la anorexia y la bulimia. (14-Julio-1998). Sección Nuestro Mundo. El Universal. p.2.



- Minuchin, S. (1974). Families and family therapy. México: Paidós.
- Minuchin, S. y Firshman, H. (1990). Técnicas de terapia familiar. Barcelona: Paidós.
- Mojica, M. V. y Sánchez, S. G. (1998). Relación entre conductas alimentarias de riesgo y nivel socioeconómico de preparatorias públicas y privadas. Tesis de licenciatura inédita. Facultad de psicología, U.N.A.M., México, D.F.
- Navarro C. (1998). Relación entre la vida sexual activa y la imagen corporal (Satisfacción Insatisfacción / Alteración Sobreestimación Subestimación). Tesis de licenciatura inédita. Facultad de Psicología. U.N.A.M., México, D.F.
- Onnis, L. (1990). Terapia familiar de los trastornos psicossomáticos. Barcelona: Paidós.
- Pantoja, M. (1991). Implicaciones psicológicas de la obesidad y su tratamiento. Psicología al día. 1, (8), 12-13.
- Piaget, J. (1969). Psicología del niño. Madrid: Morata
- Piaget, J. (1977). Seis estudios de psicología. Barcelona: Seix Barral.
- Polivy, J. y Herman, C. P. (1985). Dieting and Binging: A causal analysis. American Psychologist. 40, 193-201.
- Polivy, J., Heatherton, T. y Herman, P. (1988). Self-Esteem, Restraint, and Eating Behavior. Journal of Abnormal Psychology. 97, (3), 354-356.
- Pope, H., Champoux, R. y Hudson, J. (1987). Eating Disorder and Socioeconomic Class. Anorexia Nervosa and Bulimia in Nine Communities. The Journal of Nervous and Mental Disease. 175, (10), 620-623.
- Powell, M. (1975). La psicología de la adolescencia. Madrid: Fondo de Cultura Económica.

- Reyes, N. I. (1986). Anorexia Nerviosa: Una investigación psicodinámica. Tesis de doctorado. Facultad de Psicología. U.N.A.M., México, D.F.
- Rice, F. (1997). Desarrollo humano. Estudio del ciclo vital. México: Prentice Hall.
- Rivera, M. L. (1997) Relación que existe entre el nivel socioeconómico y la presencia de factores de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios en mujeres de 15 a 19 años. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología, U.N.A.M., México, D.F.
- Saldaña, C. (1994). Trastornos del comportamiento alimentario. Madrid: Groupe Donograph.
- Sarafino, P. y Amstron, J. (1988). Desarrollo del niño y del adolescente. México: Trillas.
- Schwartz, D. M. y Johnson, C. L. (1982). Anorexia nervosa and bulimia: The sociocultural context. International Journal of Eating Disorders. 1, 20-30.
- Sepulveda, J., Lezama, M. A., Tapia-Conyer R., Valdespino, J. L., Madrigal y Kumate. (1990). Estado nutricional de preescolares y mujeres en México: Resultado de una encuesta probabilística nacional. Gaceta Médica. 126, (3), 207-225.
- Shorter, E. (1994). From the mind into the body: the cultural origins of the psychosomatic sintoms. New York Free press. 18, (3), 537-553.
- Smolak, L., Michael, P., Levine, G., Gralen, S. (1993). The impact of puberty and dating on eating problems among middle school girls. Journal of Youth and Adolescence. 22, (4), 355-368
- Unikel, S. C. (1998). Desórdenes alimentarios en mujeres estudiantes y profesionales del ballet. Tesis de maestría clínica. Facultad de Psicología. U.N.A.M., México, D.F.

Unikel S. y Gómez Peresmitré (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. y Gómez. Peresmitré, G. (En revisión editorial). Trastornos de la conducta alimentaria en una muestra de mujeres adolescentes estudiantes de danza. Revista Salud Pública de México.

Vázquez, R. y Alvarez, G. (1994). Una aproximación sistémica de la obesidad. Rev. Cubana de alimentación y nutrición. 8, (1-2), 33-38.

Wilson, E., Fisher K. y Fuqua, M. (1978). Fisiología de la alimentación. México: Interamericana.

Yager, J., Landsverk, J. y Edelstein, M. (1987). A 20-Month Follow-Up Study of 628 women with Eating Disorders, I: Course and Severity. American Journal Psychiatry. 144, (9), 1172-1177.

# ANEXO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

ESTUDIOS SOBRE ALIMENTACIÓN Y SALUD  
(XX)

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

El logro de nuestros propósito depende de ti, de tu SENTIDO DE COOPERACIÓN: que quieras contestar nuestro cuestionario y que lo hagas de la manera más verídica posible. Como veras no pedimos tu nombre y la información que nos des es CONFIDENCIAL Y TOTALMENTE ANÓNIMA.

GRACIAS

## INSTRUCCIONES GENERALES

Lee cuidadosamente cada pregunta y contesta en la hoja de respuestas que se te entrego junto con este cuadernillo. En la hoja de respuestas debes rellenar completamente el círculo, no solo tacharlo o subrayarlo.

Utilizar lápiz

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

### SECCION A

8.El ingreso mensual familiar es aproximadamente de:

- a) N\$2000 ó menos
- b) N\$2001 a 4000
- c) N\$4001 a 6000
- d) N\$6001 a 8000
- e) N\$8001 a 10000
- f) N\$10001 ó más

10.Años de estudio de tu padre:

- a) Menos de 6 años
- b) De 6 a 8 años
- c) De 9 a 11 años
- d) De 12 a 14 años
- e) De 15 a 17 años
- f) 18 ó más

11.Años de estudio de tú 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) 18 ó más

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

- a) No
- b) Sí

15. ¿Que edad tenías cuando hiciste tu primera dieta?

- a) Menos de 9 años
- b) De 9 a 11 años
- c) De 12 a 14 años
- d) De 15 a 17 años
- e) De 18 a 20 años
- f) 21 o más

32. ¿Cuál es la ocupación de tu padre?

- a) Obrero
- b) Comerciante
- c) Empleado
- d) Profesionista
- e) Empresario

33. ¿Cuál es la ocupación de tu madre?

- a) Ama de casa
- b) Empleada doméstica
- c) Obrera
- d) Comerciante
- e) Profesionista

## SECCION B

En la lista que sigue aparece una serie de condiciones de salud física y de estados de ánimo que en determinados períodos de nuestra vida todos podemos tener en mayor o menor grado. Lee con cuidado cada uno de ellos y responde con qué frecuencia los tienes o los has tenido de acuerdo con la siguiente clave

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

	Nunca	A veces	Frec	Muy Frec	Siempre
3. Hiciste dieta para controlar tu peso.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
9. Te pusiste a dieta de líquidos.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
19. Ayunaste para bajar de peso.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
21. Tuviste que recurrir a inhibidores del hambre para controlar tu peso (anfetamina derivados, fibras).	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
22. Hiciste dietas de frutas y/o verduras para controlar tu peso.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
23. Te provocaste el vómito porque comías de más.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
24. Hiciste ejercicio en exceso (10 o más horas/semana) para reducir tu peso.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)



## SECCION E

En cada una de las siguientes afirmaciones señala aquella opción que más se aproxime a la manera como ves la situación o que más se acerque a tu manera de ser o de pensar. La clave de la respuesta es como sigue:

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

	Nunca	A veces	Frec	Muy Frec	Siempre
1.Me gusta tomar mis alimentos viendo la T.V.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
2.Como rápidamente y en corto tiempo grandes cantidades de alimento.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
3.Cuando estoy aburrída me da por comer.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
4.Paso por períodos en los que siento que podría comer sin parar.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
5.Cuido que mi dieta sea nutritiva.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
6.Siento que la comida me tranquiliza.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
7.Como porque tengo que hacerlo (porque hay que comer para vivir).	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
8.Creo que la comida es un buen remedio para la tristeza o depresión.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
9.Como tan rápidamente que los alimentos se me "atragantan".	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
10.Tengo temporadas en las que materialmente "me mato de hambre".	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
11.Comer de más me provoca sentimientos de culpa.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
12.Si me despierto tengo que comer algo para reconciliar el sueño.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
13.Ingiero comidas y/o bebidas dietéticas	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

libres de azúcares con el propósito de cuidar mi peso.

- |   |     |     |     |     |     |
|---|-----|-----|-----|-----|-----|
| 14.Sostengo verdaderas luchas conmigo misma antes de consumir alimentos “engordadores”.   | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 15.Como lo que es bueno para mi salud.  | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 16.Paso por periodos en los que como con exceso.  | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 17.Cuido que mis comidas contengan alimentos con fibra.                                   | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 18.Me sorprendo pensando en la comida.  | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 19.Si me excedo con la comida me provocó vómito.  | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 20.Procuro mejorar mis hábitos alimentarios.  | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 21.Como con moderación.   | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 22.Consumo alimentos chatarra.  | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 23.Evito comer harinas y/o pastas para no subir de peso.                                  | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 24.Con tal de no subir de peso mastico mis alimentos pero no los trago (los escupo).      | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 25.Como despacio y/o mastico más tiempo mis alimentos como una medida de control de peso. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 26.Evito las tortillas y el pan para mantenerme delgada.                                  | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 27.Como entre comidas.  | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 28.Procuro comer verduras.  | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 29.Procuro estar al día sobre lo que debe ser una dieta adecuada.                         | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 30.Cuido que mi dieta contenga un mínimo de grasas.                                       | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 31.Como grandes cantidades de alimento aunque no tenga hambre.                            | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 32.Tomo mis alimentos sólo cuando tengo hambre.   | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 33.Suelo servirme dos o más porciones.  | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |

34. Como hasta sentirme (A) (B) (C) (D) (E)  
inconfortablemente llena.
35. Procuró tomar complementos (A) (B) (C) (D) (E)  
vitamínicos.