

34



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

"DETECCION DE FACTORES DE RIESGO QUE INCIDEN EN EL DESARROLLO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN MUESTRAS DE HOMBRES DEPORTISTAS Y NO DEPORTISTAS"

T E S I S

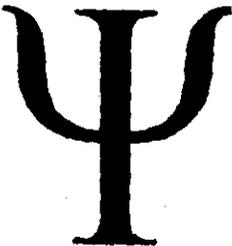
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A N :

CORTES ZAMORA IRMA LAURA VILLARRUEL RIVAS MARIA BEATRIZ

DIRECTORA: DRA. GILDA GÓMEZ PÉREZ-MITRÉ

REVISORA: MTRA. LUCY REIDL MARTÍNEZ



MÉXICO, D.F.

2000.

283106



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.

El presente estudio formó parte de la investigación mayor del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT), cuyo registro correspondiente es CONACyT '98 25845-H y denominada *"Imagen corporal en preadolescentes y adolescentes: un instrumento para el autodiagnóstico de factores de riesgo en el desarrollo de trastornos de la alimentación"*.

Un agradecimiento sincero a
Mi familia, que tanto me ha
Apoyado y que confiaron en
que alcanzaría mi meta.

Agradezco desde el fondo
de mi corazón todo el apoyo
que recibí de Arturo mi esposo,
sin su apoyo y comprensión
no me hubiera sido posible
alcanzar este anhelo que es
tan importante para mí.

Un agradecimiento más a mi
precioso Arturo Sebastián,
que ha soportado con bastante
paciencia no tener mamá por
mucho tiempo y cuya sonrisa
y amor me animaban en los
momentos en que mi ánimo
flaqueaba.

Y un agradecimiento muy especial
a Bety, por su compañerismo,
comprensión y compromiso,
gracias de verdad por permitirme
compartir contigo todo este tiempo
y por tu esfuerzo para que de la
mano llegáramos a nuestra meta.

A la memoria de mi padre

A mi madre

A mis hermanos y hermanas

A Irma y familia

**A todas las personas
que han enriquecido
mi aprendizaje con
su experiencia**

“No hay cosa más condicional y limitada que nuestro sentido de la belleza. El que quiera representarse lo bello abstraído del placer que el hombre produce al hombre, perderá pie en seguida. *Lo bello en sí* no es más que una frase, ni siquiera una idea. El hombre se toma a sí mismo como medida de perfección en lo bello, y en ciertos casos escogidos, se adora. Una especie no puede menos de afirmarse a sí misma de esta manera. Su más bajo instinto, el de conservación y dilatación, se refleja todavía en esas sublimidades. El hombre se figura que el mundo está de suyo lleno de bellezas, y *se olvida* de que es él mismo la causa de estas bellezas. El y nadie más que él es quien se ha llenado el mundo de belleza humana, demasiado humana, y nada más. En resumen, el hombre se refleja en las cosas, y todo aquello que le ofrece su imagen le parece bello; su juicio de lo bello es la *vanidad de la especie*”.

Federico Nietzsche
El crepúsculo de los ídolos

INDICE

RESUMEN	2
INTRODUCCION	3
CAPITULO I	6
HISTORIA DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS	
CAPITULO II	17
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	
CAPITULO III	33
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN HOMBRES	
CAPITULO IV	40
CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO	
CAPITULO V	59
IMAGEN CORPORAL	
CAPITULO VI	77
COMPOSICIÓN CORPORAL	
CAPITULO VII	85
METODO	
CAPITULO VIII	98
RESULTADOS	
8.1 Descripción de la muestra	99
8.2 Análisis de las variables relacionadas con el peso corporal y la conducta alimentaria	102
8.3 Análisis de las variables relacionadas con la imagen corporal	107
8.4 Comprobación de hipótesis de trabajo	109
CAPITULO IX	116
DISCUSION Y CONCLUSIONES	
CAPITULO X	122
SUGERENCIAS Y LIMITACIONES	
REFERENCIAS	123
ANEXO	130

RESUMEN

La presente investigación tuvo como principal propósito detectar la presencia de factores de riesgo que influyen en el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria - como son la preocupación por el peso corporal, las conductas alimentarias de riesgo, la alteración de la imagen corporal y la insatisfacción con la imagen corporal -, en una muestra no probabilística de estudiantes del género masculino que practican y que no practican ejercicio.

Para estos fines se aplicó la Escala de Factores de Riesgo para el Desarrollo de Trastornos Alimentarios (EFRATA) con la cual se exploraron tanto conductas alimentarias normales y anómalas, así como la autopercepción de la imagen corporal y la satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal. Entre los resultados más importantes se encontró que los hombres de ambas muestras se mostraron preocupados por el peso corporal y la comida y sin embargo, ingieren alimentos en forma compulsiva; además, a pesar de que los dos grupos se percibieron más delgados que las dimensiones reales y se mostraron insatisfechos con su imagen corporal, los deportistas querían tener un cuerpo más voluminoso o más delgado, pero en ambos casos tratando de mostrar una musculatura definida.

Por otra parte, también se observaron evidencias de que los hombres que practican deporte tienen mayor problema con su conducta alimentaria, ya que cuidan menos sus hábitos alimentarios y presentan mayor dificultad para controlar la ingesta que los hombres que no practican deporte.

INTRODUCCION

La concepción y el significado del cuerpo han definido las diferentes etapas históricas de las sociedades. La importancia del cuerpo y de su representación repercute en el ámbito individual y social. En el plano individual, desde las primeras etapas del desarrollo el cuerpo es el vehículo por medio del cual el ser humano se reconoce como un individuo único y diferenciado de los otros, logrando establecer los límites del yo y no-yo las partes de su cuerpo y las integra en un esquema corporal que le permite explorar su medio ambiente.

En el transcurso del desarrollo, la noción de esquema corporal da origen a una representación simbólica del propio cuerpo, una imagen única que se construye a partir de las vivencias del sujeto, el contacto con los otros, los deseos y necesidades individuales, así como los esquemas de referencia propios del grupo social que lo educa. No obstante, esta imagen corporal se modifica a la par de la vida de la persona, no sólo como resultado de sus propias experiencias y necesidades, sino también a partir de las exigencias de los patrones estéticos que prevalecen en ese momento.

En el plano social, los significados del cuerpo abarcan categorías opuestas: vida Vs. muerte, yo Vs. No-yo, fertilidad Vs. esterilidad, placer Vs. sufrimiento, belleza Vs. fealdad, recompensa Vs. Castigo, control Vs. Impulso, etc. De igual manera, a través de las diferentes épocas, las funciones del cuerpo han estado al servicio del poder, con el fin de poner límites entre el individuo y los grupos sociales, así como ajustar el crecimiento individual a un patrón estandarizado de control y consumo.

Hoy en día, ante los cambios socioeconómicos producto de la "globalización" los seres humanos nos vemos obligados a ejercer un control por distintos medios sobre nuestro cuerpo para ajustarnos a las exigencias sociales - ahora reforzado por la mercadotecnia -, aún cuando en muchas ocasiones sean ineficaces y atenten contra la salud y el bienestar integral de quienes los practican. De manera importante, se practican regímenes alimentarios inadecuados surgidos de creencias, desconocimiento y aún peor, del lucro de quienes comercian con la estética.

En el caso de México, la influencia de la cultura "globalizante" ha provocado que cambie de manera sustancial la forma de vida de la población. Así pues, hoy en día los cambios en el estilo de vida de la población han provocado una disminución de la actividad física y la sustitución de la dieta tradicional por el consumo de comida rápida, aunado a patrones estéticos y de consumo propios de los países

industrializados, aún cuando la economía de la mayoría sea precaria. Al mismo tiempo, la adopción de la cultura de la delgadez propicia la comercialización de publicaciones periódicas especializadas en dietas, ejercicio y técnicas para estar delgado y/o controlar el peso, tiendas especializadas en productos adelgazantes - y desde hace algunos años se anuncian y venden en los medios masivos de información -, clínicas para el "control de peso" y gimnasios para adaptarse a los estándares de belleza, en muchas ocasiones poco éticos y profesionales, ineficaces, inadecuados para la persona y no en pocas ocasiones, provocando daño y problemas severos de salud a corto y mediano plazo.

Ahora bien, aunque tradicionalmente la presión social, cultural y de los medios de comunicación se centraban en la mujer, a partir de la década de 1990 se ha hecho evidente en los hombres: en la actualidad los patrones estéticos masculinos exigen un cuerpo más voluminoso con musculatura definida. Para lograrlo practican ejercicio (en muchas ocasiones utilizando pesos) y cambian drásticamente su dieta para tener el mínimo de grasa y resaltar la musculatura. En casos extremos se agrega a lo anterior el uso de complementos alimenticios, aminoácidos, proteínas y esteroides anabólicos, ya sea por desconocimiento o porque su necesidad de tener el cuerpo deseado se antepone a su salud.

La presente investigación tiene como propósito determinar si los hombres que practican ejercicio constituyen un grupo de riesgo para desarrollar trastornos de la conducta alimentaria, como son la bulimia y la anorexia nerviosa.

Así mismo, conocer si en deportistas y no deportistas del género masculino se presentan conductas y actitudes que pueden conducir al desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria, lo que implicaría un primer acercamiento al estudio de los desórdenes alimentarios en los hombres y sobre todo en los deportistas de la población mexicana.

En el primer capítulo se hará una revisión histórica de los desórdenes alimentarios, desde las primeras referencias que se han documentado hasta las clasificaciones actuales del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) y la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS (CIE-10). Así mismo, se hará referencia a los cambios en las conceptualizaciones y clasificaciones de la anorexia y la bulimia nervosas, así como los intentos para elaborar un cuadro diagnóstico y sintomatológico.

El segundo capítulo se centra en la descripción de los trastornos de la conducta alimentaria, basados en el DSM-IV: *anorexia nerviosa*, *bulimia nerviosa* y *trastorno de la conducta alimentaria no especificado*. Además, se aborda la descripción de la *obesidad*, a pesar de ser un desorden de etiología múltiple.

En el tercer capítulo se abordan de manera específica los desórdenes alimentarios en el género masculino. En primer lugar, se ha elaborado una recopilación de las referencias que aparecen en la historia de hombres que han padecido *anorexia nervosa* o *bulimia nervosa*. Posteriormente, se hace una revisión de los estudios y supuestos que existen en relación con los hombres, así como las *diferencias de género en el desarrollo de las alteraciones del comer*.

Posteriormente, en el cuarto capítulo se presenta una revisión de las conductas alimentarias de riesgo, así como sus conceptos y estudios realizados en poblaciones normales y en grupos de riesgo, como son las bailarinas, modelos y deportistas.

En el quinto capítulo se exponen las diferentes teorías en las que se revisa el concepto de imagen corporal, desde la perspectiva filosófica, psicobiológica y psicodinámica, que concuerdan en la idea de la *imagen corporal* como la concepción de sí mismo, construida a partir de las experiencias sensoriales, motoras, medioambientales que adquiere a través de su vida, las cuales le retroalimentan y de ésta manera permiten hacer una evaluación de sí mismo y sentirse satisfecho o insatisfecho consigo mismo.

En el sexto capítulo se aborda el tema de la composición corporal, como un elemento importante para determinar el estado nutricional de las personas. Así mismo, se mencionan los diferentes métodos existentes para estimar la grasa corporal, haciendo énfasis en el Índice de Masa Corporal (IMC).

En el séptimo capítulo se detalla el problema de investigación, los objetivos y la metodología que es empleó para realizar la presente investigación, en tanto que el octavo capítulo se exponen los resultados obtenidos y por último, en las conclusiones (Capítulo IX) se efectúa una breve revisión y discusión de los datos analizados y se ubican con respecto a lo encontrado por otros investigadores.

CAPITULO I

HISTORIA DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Desde el inicio de la humanidad, la alimentación ha sido una necesidad primaria y fundamental que el hombre ha tenido que satisfacer para vivir. El desarrollo pleno del ser humano sólo se puede dar cuando recibe diariamente las cantidades y combinaciones adecuadas de nutrimento, ya que cuando esto no sucede resulta en hábitos alimentarios inadecuados que ponen en peligro el bienestar físico y emocional del individuo (Alvarez, Mancilla, Martínez y López, 1998).

La alimentación tiene un papel primordial dentro del desarrollo de todo ser humano en la medida que está cimentado en un requerimiento fisiológico. Sin embargo, hay que distinguir entre alimentación y nutrición. Higashida (1991, citado por Alvarez *et al.*, 1998) distingue entre estos dos términos, estableciendo que la alimentación es una acción voluntaria, mediante la cual se ingieren comestibles y está mediada por aspectos como la cultura, la situación económica, la disponibilidad de alimentos, las preferencias, los contextos sociales, e incluso, los estados de ánimo; mientras que la nutrición es el conjunto de procesos químicos que realiza el organismo con esos insumos (Alvarez *et al.*, 1998).

En tanto que el proceso fisiológico llamado nutrición es semejante entre un individuo y otro, el proceso llamado alimentación adopta formas muy diferentes de país a país, de región a región, de un estrato social a otro, de familia en familia, entre los miembros de una misma familia, e inclusive, en términos generales, tiene variaciones en un mismo sujeto de acuerdo al contexto en que se encuentre. Esta variabilidad en las formas o estilos alimentarios puede observarse en diversos aspectos o parámetros como son: el número y horario de las comidas efectuadas en un día, los alimentos más frecuentes o bien, los evitados y erradicados de la dieta, la forma de prepararlos y combinarlos, el número y tamaño de las porciones, hasta llegar a los ritos sociales, familiares e individuales que rodean al acto de comer (Alvarez *et al.*, 1998).

En vista de estas manifestaciones Bourges (1987), sostiene que la conducta alimentaria del ser humano es un fenómeno complejo en el que intervienen múltiples factores:

- Biológicos (sensación de hambre, requerimientos especiales de acuerdo con el crecimiento, embarazo o lactancia);
- Geográficos (disponibilidad de alimentos de acuerdo a la región, clima y estación del año);
- Psicológicos (apetito, gustos, experiencias ligadas a los alimentos, ritos y tradiciones)

Por otra parte, para Virseda (1995), el comer es una actividad cotidiana de suma importancia en la vida de todas las personas, de tal modo que los excesos, las deficiencias y los desequilibrios originan alteraciones no sólo en el aspecto fisiológico, sino en el psicológico y en la convivencia con los demás, de tal forma que la alimentación influye de manera circular y multicausal en esas variables y a su vez, éstas en la alimentación. En el aspecto psicológico, se retoma la adquisición de hábitos alimentarios en el seno familiar. Mucho de lo que define y delimita nuestra actitud ante la vida, el aprecio que se le da a la salud y a la alimentación depende tanto de los valores propios de la cultura, como de la percepción que se tenga de la vida misma (Avila, 1982).

El comportamiento alimentario representa además, una forma de intercambio del individuo con su entorno, ya que el hombre aprende a alimentarse a partir de la convivencia con otras personas a la hora de ingerir los alimentos, convirtiendo el comer en un acto social. En México, Ocampo, Mancilla y López en 1996 efectuaron un estudio con el fin de comparar los patrones de la ingesta en mujeres obesas y mujeres de peso normal. Los resultados mostraron que existen diferencias en las situaciones ambientales e individuales que estimulan la ingesta, puesto que el grupo que presentó peso normal acostumbra comer cuando "sienten hambre", mientras que el grupo de obesas reportó hacerlo al enfrentarse a diferentes situaciones sociales, como son: acompañada, sola, aburrida, nerviosa, etc., por lo que se mostraron más sensibles a los estímulos externos o ambientales.

Otros autores indican que la ansiedad parece jugar un papel central en la conducta de ingesta (Saldaña y Rosell, 1988). Szamos (1994) refiere que los alimentos sirven para somatizar los miedos, sueños, frustraciones y convicciones, de modo que si algo anda mal, se come para expresarlo. De esta manera, la preocupación por la talla es una distracción conveniente y socialmente aceptada, que aleja al sujeto de aquellas razones más complejas y profundas que jamás se resolverán con fuerza de voluntad, controlar la cantidad de calorías ingeridas y/o ejercicio. Así mismo, se come aunque no se tenga hambre como apoyo para enfrentar la angustia ante el rechazo, la desconfianza, la carencia afectiva, la ira reprimida y el dolor.

Ahora bien, es importante hacer notar que la cultura es un factor muy poderoso y determinante para el peso corporal. Inclusive en algunas culturas existe la creencia de que el sobrepeso es una manifestación de salud y riqueza; no obstante y contraria a ello, la delgadez ha ido incrementando y extendiendo su valor como ideal cultural en la cultura occidental (Cooper, 1995; Streigel-Moore, 1995).

Si bien los desórdenes de la alimentación tales como: la anorexia nervosa, la bulimia nervosa y la obesidad no son recientes, existen factores socioculturales que han incidido de manera significativa en su incremento. Así, el contexto social ha determinado que en los últimos 25 años haya disminuido el peso y la talla en las mujeres, en tanto que a los hombres se les exige que sean fuertes, sin importar si tienen sobrepeso (Crispo, Figueroa y Guelar, 1994).

A pesar de que el estudio sistemático del comportamiento alimentario comenzó en las décadas de 1960 y 1970 (Saldaña, 1994), se encuentran evidencias históricas que suponen la existencia de estas alteraciones desde periodos antiguos de la Humanidad.

Así pues, desde tiempos antiquísimos, se han reportado alteraciones en el comportamiento alimentario, aunque hasta hace algunas décadas y tan sólo en los países más desarrollados, el comer de manera suficiente ha sido un privilegio reservado a una pequeña proporción de la población (Turón, 1997).

Se han encontrado evidencias de que en la época de mayor apogeo de las culturas de Grecia y Egipto existían periodos de ayuno breve, practicados entre 1 y 3 días, que obedecían a propósitos específicos. Uno de estos era ayunar como una preparación para entrar en periodos cortos de trance que les propiciaran visiones sagradas. El ayuno también tenía el significado de penitencia o purificación, a través del cual la persona se privaba a sí mismo del placer de comer, y en ocasiones de prácticas sexuales, con el fin de atenuar las transgresiones a las deidades, o como un medio para hacer súplicas y obtener favores de los dioses (Bemporad, 1996).

De esta manera, el ayuno en este contexto era una forma de abstenerse del placer temporalmente para demostrar su devoción a los dioses (Bemporad, 1996). Por ejemplo, entre el pueblo egipcio,

existía la creencia de que la comida era causa de enfermedad, por lo que se purgaban mensualmente (Saldaña, 1994).

El concepto de "hambre salvaje" es mencionado en escritos de poetas y cómicos griegos como Aristófanes y Timocles en los siglos IV y V a. C. en tanto que el primer reporte del fenómeno clínico de hambre extrema o incontrolable que se ha encontrado fue realizado por Diocles de Karystos, médico griego del siglo IV a. C. (Ziolko, 1996).

En la Grecia clásica la conducta más cercana al ayuno es mencionada por Pitágoras, quien se abstuvo de comer carne de cualquier especie. Sin embargo, esta restricción en la dieta se fundaba en la creencia de que en la transmigración de estos alimentos podría existir el alma de otro ser humano (Bemporad, 1996).

Hacia el periodo del Imperio Romano, era costumbre entre la clase media y la nobleza hacer succulentos banquetes en donde se ingerían grandes cantidades de alimento hasta sentir malestar y provocarse el vómito, en lugares especiales denominados vomitorios con el objeto de disminuir las molestias de la indigestión (Saldaña, 1994).

En esta época Asclepiades, un médico griego que practicaba en Roma en el siglo I a. C. mencionó a pacientes que tomaban alimento de forma ininterrumpida de día y de noche, p.ej. el caso de un siervo que únicamente comía pan durante períodos muy prolongados de tiempo (Ziolko, 1996).

En cuanto a las religiones orientales la situación fue distinta, puesto que la práctica del ayuno prolongado cercano a la muerte, tenía como finalidad purificarse del mundo material, concebido esencialmente como perverso, siendo el objetivo final liberar al alma de la coraza corporal a través de la austeridad y del control extremo de sí mismo, comparando la muerte por privación con la entrada al paraíso (Bemporad, 1996).

Posteriormente, las filosofías orientales fueron ejerciendo influencias importantes en el Mediterráneo, especialmente en las sectas Gnósticas, las cuales suponían que el alma estaba separada de Dios por el mundo material, que era gobernado por el demonio. Esta idea del cuerpo como esencialmente "malo" aparece en el mundo Heleno como resultado de la influencia que ejerció el Gnostisismo mediante las sectas cristianas, que se diseminaron por el mundo por esta vía (Bemporad, 1996).

Los elementos Gnósticos de la primera etapa del Cristianismo, aunados a la creencia popular de que el fin del mundo era inminente, llevaron a que proliferaran los ermitaños, que eran personas que abandonaban la civilización y se retiraban a una vida solitaria de privación y reclusión en lugares poco accesibles (Bemporad, 1996).

La filosofía de esta doctrina ascética estaba basada en que las necesidades corporales y los deseos eran tentaciones del demonio que tenían que resistirse de todas las formas posibles para preservar la pureza del alma eterna que se encontraba aprisionada temporalmente por los hábitos corporales. De manera peculiar, los ermitaños eran predominantemente hombres que incluían el ayuno severo como parte de una liberación de sus propios cuerpos y de las cosas materiales (Bemporad, 1996).

El caso contrario era la sobreingesta de alimentos, que hacia el Siglo IV d. C. se describió como "*bulimos*". Este padecimiento fue descrito por Oribasius de Pergamon y se caracterizaba por hambre, en su etapa inicial, seguida de debilitamiento y colapso (Ziolko, 1996).

Entre los Siglos V y X d. C. ocurrieron una serie de desastres que destruyeron los restos de la civilización Greco-Romana en el Oeste y el Norte de Europa, circunstancias distintas que provocaron privación involuntaria de alimentos en la generalidad de las poblaciones del Viejo Mundo. Así, luego de que se sucedieron numerosas invasiones de los bárbaros del Norte, se presentó una plaga que perduró por dos siglos, así como un deterioro climático que redujo la producción agrícola en el Siglo IX (Bemporad, 1996).

Esto, provocó una disminución drástica de la población debido a las enfermedades y la escasez de alimentos; sin embargo, no hay registros históricos que muestren la práctica religiosa del ayuno. Tan sólo se tiene el registro de dos casos documentados de privación alimentaria que se presentaron entre los Siglos V y VIII d. C. En ambos se trataba de mujeres jóvenes que se negaban a comer porque pensaban que estaban poseídas por el demonio y fueron curadas mediante exorcismo (Bemporad, 1996).

En los inicios del año 1000 la palabra "*bulimo*" se utilizaba como sinónimo de apetito desmesurado, apareciendo en consecuencia más referencias, tal como se puede ver en los documentos realizados por la Escuela de Medicina de Salerno en los siglos X y XI. Al parecer la forma de denominar a los

pacientes con síntomas de bulimia fue cambiando con el paso del tiempo, utilizando diferentes términos como "bulimos", "fames syncopalis", "bolmos", "magna fames", etc. (Ziolko, 1996).

Ya en el siglo XI, un médico árabe, Avicena relató el caso del Joven príncipe Hamadhan, quien se privó de comer debido a que sentía una inmensa melancolía. Este podría considerarse como el primer caso documentado de trastornos de la conducta alimentaria en hombres, aunque probablemente este padecimiento fuera secundario a un trastorno depresivo (Turón, 1997).

Turón (1997) indica que hasta el siglo XII se encuentran las primeras referencias de cuadros clínicos de trastornos de la conducta alimentaria, descritos dentro del marco conceptual de la medicina. En ésta época comienza a surgir una serie de relatos de personas que presentaban un severo cuadro de inanición debido a conductas restrictivas de alimentación. Así mismo, se consideran socialmente alteradas, anómalas y sin justificación religiosa. Como ejemplos dentro de éste periodo se encuentran descripciones de casos como el de Jane Baian (Turón, 1997) de 14 años, quien no comió ni bebió en un lapso de 3 años y Martha Taylor (Bemporad, 1996; Turón, 1997) que a los 11 años presentó un periodo largo de restricción alimentaria.

En el medioevo, en las ciudades italianas de la Edad Media se denominaba "popolo grasso" a la aristocracia, en tanto que se llamaba "popolo magro" a los estratos inferiores, puesto que la gordura era seductora y significaba poder económico y político, mientras que la delgadez denotaba hambre, enfermedad y pobreza (Contreras, 1993). En los banquetes de las clases pudientes se comía y bebía en exceso, alternando episodios de vómito provocado para poder continuar con el festín (Turón, 1997).

En este periodo de la historia, era común que las personas que tenían fuertes convicciones religiosas y llevaban una vida ascética se sometieran a ayunos prolongados como sacrificios destinados a la purificación del cuerpo y el alma, así como lograr un mayor acercamiento a Dios. Existen anécdotas y leyendas acerca de las místicas de la Edad Media, tales como santa Wilgefortis (derivado de Virgo fortis: virgen fuerte), Santa Catalina de Siena, Margarita de Hungría, etc., las cuales presentaban características que en la actualidad corresponderían a cuadros de anorexia nerviosa (Bemporad, 1996; Chinchilla, 1995; Turón, 1997).

Schenck von Grafenberg en 1609 publicó en "*Jessenius*" la observación de un hombre de 50 años que, desde su pubertad era atacado por un hambre muy intensa por varios tipos de comida y después vomitaba. El hambre desenfadada aparecía en épocas de solsticio y no duraba más de 20 días; ayunaba durante varios días posteriores al período de atracón y lo poco que comía lo hacía con disgusto; y comía de forma más moderada durante el resto de año (Ziolko, 1996).

En la época del Renacimiento, estas formas de inanición continuaron presentándose, pero con menor frecuencia, debido a que hubo un cambio en la actitud por parte de la Iglesia hacia las mismas. Las "anoréxicas santas" fueron cuestionadas y castigadas por la Inquisición y en consecuencia se reprimía a quienes realizaban estas prácticas. También se modificaron los ideales estéticos de la feminidad y de la estructura social de la población, en el sentido de que se concibió a la mujer como procreadora (Bemporad, 1996).

En 1689, el médico Richard Morton hace una descripción de la conducta anoréxica incluyendo esta en un tratado de diversas formas de deterioro del cuerpo. En este trabajo, hizo referencia a dos casos, uno de los cuales se refería a un varón de 18 años (el cual puede considerarse la primera descripción moderna y completa de un cuadro clínico de anorexia nervosa). Este autor clasificó este padecimiento como una "atrofia nerviosa", sin fiebre recurrente, tos o dificultad para respirar, pero con disminución del apetito y mala digestión, enflaqueciendo día a día (Bemporad, 1996).

Es sólo hasta el siglo XVIII cuando se encuentran referencias históricas de casos que probablemente se relacionan con el actual cuadro clínico de la bulimia. En 1708 el *Physical Dictionary* de Blanckaert y en 1726 en el *Diccionario Médico* de Quincy se encuentran descripciones sistemáticas de bulimia nervosa y los autores relacionan los episodios bulímicos con alteraciones digestivas (Turón, 1997).

Alrededor de 1743, el *Diccionario Médico* de la Ciudad de Londres describe el cuadro "*True bulimus*", caracterizado por preocupación por la comida, ingestas voraces y periodos de ayuno; además, describe el cuadro "*caninus appetitus*", en donde el vómito es consecuente al atracón (Stunkard, 1990, cit. por Turón, 1997).

Hacia 1751 un paciente joven del médico De Jaucourt presentó éste desorden después de una fiebre, ingiriendo hasta 200 libras de alimento en 6 días. Sin embargo nunca llegó a sentir saciedad porque vomitaba constantemente y finalmente murió terriblemente delgado (Ziolko, 1996).

En 1764, Whytt cataloga estos cuadros como atrofia nerviosa, en tanto que en 1860 Marcé la denomina delirio hipocondríaco. Por otra parte, la historia de la bulimia nerviosa es reciente, a pesar de que las referencias de excesos de alimentación también abundan desde periodos muy antiguos (Turón, 1997).

Pocos años después, en 1772 Françoise Boissier de Sauvages de La Croix propuso la clasificación de la bulimia o "*faim canine*" como una alteración en la cual el paciente come mucho más de lo que puede digerir. También en el mismo año, un medico rural, llamado William Cullen diferenció varias formas de bulimia en desórdenes locales o idiopáticos: bulimia *helluonum* (simple glotonería), bulimia *syncopalis* (en la cual el peligro de debilitamiento acompaña a un hambre feroz), y bulimia *emetica*, (apetito desmesurado en el cual vomitar es la clave). Las formas sintomáticas eran: bulimia *verminosa*, la cual era causada por parasitosis; bulimia *adephagia*, la cual afectaba a los niños (asociada con *atrophia infantilis*); bulimia *convulsorum* (en el caso de pacientes con ataques epilépticos); y bulimia *ab acidis* (cit. por Ziolkó, 1996).

En contraparte, Wastell en 1786 curó exitosamente a un paciente de "apetito canino" que ingería 379 libras de alimentos en 6 días pero que estaba muy delgado como resultado del vomito; el tratamiento consistió en la prescripción de frecuentes y repetidas porciones pequeñas de gelatina caliente (cit. por Ziolkó, 1996).

Es hasta el Siglo XIX cuando la descripción médica del padecimiento se hace más precisa, enlistando una serie de síntomas, los cuales, al ser agrupados crearon una serie de síndromes a los que se les dieron distintas denominaciones. En este periodo se describen con detalle diversos síndromes que corresponden a los criterios actuales para diagnosticar los trastornos de alimentación (Bemporad, 1996).

Hasta el Siglo XIX, existían pocas referencias acerca de la obesidad, la bulimia y la anorexia. En 1859, Louis-Victor Marce fue el primero en publicar un estudio médico acerca de la anorexia. En este trabajo describió a un grupo de mujeres jóvenes que tenían la idea delirante de que eran incapaces de comer cualquier cosa, presentaban oposicionismo y obsesión por la comida. Así mismo, cita a pacientes que fallecieron de inanición y recomienda separar a los pacientes de las familias y alimentarlos de manera forzada hasta que recobren la salud (Bemporad, 1996).

En 1873, Gull y Lasègue realizan las primeras descripciones sistemáticas de cuadros anoréxicos. Tanto Gull como Lasègue consideraron que la etiología del trastorno subyace en la histeria y la denominaron *Anorexia histérica* (Lasègue) y *Apepsia histérica* (Gull) (Bemporad, 1996; Turón, 1997).

Tiempo después, Gull supuso que este trastorno tenía un origen orgánico, y posteriormente afirmó que era de origen psicógeno, puesto que no halló alteraciones en la pepsina del estómago de las pacientes (Turón, 1997). Por otra parte, Lasègue también reconsideró su postura acerca de la anorexia y la denominó Anorexia Nerviosa (Chinchilla, 1995).

En este siglo también se reportó otro desorden alimentario conocido como "*clorosis*", denominado así por el color verdoso que presentaban los pacientes. Los síntomas consistían en la disminución o selectividad del apetito, disminución de la energía, dolor de cabeza, dificultad para respirar, amenorrea y anemia. De manera curiosa, a pesar de que este padecimiento fue relativamente común en este siglo y en la primera década del siglo XX, prácticamente desapareció al inicio de la Primera Guerra Mundial (Bemporad, 1996).

De igual manera se presentaron con relativa frecuencia casos de los llamados "artistas profesionales del hambre", quienes eran hombres y mujeres que ayunaban para llamar la atención y/o obtener dinero, los cuales no se clasifican como anoréxicos en el sentido estricto del término (Bemporad, 1996).

Para 1914 se mantenía vigente la suposición de Gull, hasta que Simmond realizó diversos estudios necrópsicos (Turón, 1997) en los que describió la *caquexia hipofisaria* y la relación de este trastorno con la alteración de las sustancias hormonales, situando a la anorexia dentro de un modelo panhipopituitario (Chinchilla, 1995; Turón, 1997).

En otro sentido, a principios del siglo XX se inició otra línea de explicación de los trastornos alimentarios basada en el modelo psicoanalítico. De acuerdo con éste, la anorexia era un tipo de neurosis relacionada con la pérdida de la libido, lo que se manifestaba como conversión histérica (Turón, 1997).

A pesar de que la bibliografía muestra de manera general descripciones de cuadros anorécticos en mujeres, Lacan (cit. por Stevens en: Aflalo, Arenas, Brouse, Clastres, Di Cacia, Fryd, Leguil y Menard, 1989) informó en 1935 que consultó en análisis alrededor de 30 pacientes masculinos que presentaban la sintomatología de la anorexia nervosa.

Así mismo, Stevens (en Aflalo *et al.*, 1989) describió el caso de un varón de 17 años de edad que asistió a psicoanálisis. Este autor supone que la anorexia nervosa más allá de ser un cuadro clínico, es la expresión más franca de revelarse al "deseo del otro", entendiendo éste como las necesidades y atenciones agobiantes de los padres, especialmente cargados de ritos obsesivo-compulsivos, que poco o nada tenían que ver con las necesidades del propio hijo, transformando éste su deseo en "deseo de nada".

Chiplely describió en 1959 una forma de inanición llamada "sitofobia" (derivada de *Sitos*: miedo a crecer), que se presentaba como un trastorno secundario a una psicosis en pacientes psiquiátricos y se caracterizaba por un rechazo intenso de los cereales (Bemporad, 1996); por su parte, en el mismo año Stunkard presentó un reporte acerca de "atracones de comida" en un grupo de pacientes que presentaban un exceso significativo de peso corporal, siendo esta la primera publicación científica que hace una descripción de la bulimia. Al respecto, Pope, Hudson y Miales (1985; cit. por Ziolk, 1996) afirman que ya había descripciones de casos severos de bulimia publicados por Janet en 1903, pero niegan categóricamente que haya menciones anteriores a ese período (Ziolk, 1996).

A partir de la década de 1960 se han multiplicado los estudios sobre los trastornos de la alimentación y la visión que perdura desde entonces es más pragmática y heterodoxa, respecto a la etiología, los modelos de investigación clínica, los estudios epidemiológicos, las líneas terapéuticas y la formulación de clasificaciones de los trastornos de la alimentación más adecuadas (Turón, 1997).

Solo hasta 1972 fue posible establecer un sistema de clasificación por categorías fundamentado en criterios establecidos de manera clara. En 1979 Russell concibió a la bulimia nervosa como una variante de la anorexia nervosa, definiéndola como bulimia nervosa, caracterizada por periodos de sobreingesta, con vómitos consecuentes, uso de diuréticos y/o laxantes para eliminar el alimento (Turón, 1997).

Hamilton, Gelwick y Meade en 1984 (cit. por Ziolko, 1996) comparten la idea de Casper de que la bulimia había sido mencionada de forma muy esporádica en años recientes, y que antes de los años setenta sólo era mencionada como un síntoma de anorexia nervosa. De acuerdo con Beumont (1988, cit. por Ziolko, 1996), la medicina apenas había reconocido a la bulimia como cuadro clínico de manera reciente. Para Diebel-Braune (1991, cit. por Ziolko, 1996) la bulimia ya había sido descrita como una entidad patológica separada por Russell en 1979.

Es hasta la época actual, con la publicación del DSM-III, y posteriormente el DSM-III R, DSM-IV y CIE-10 que se validan los criterios para definir los trastornos de la conducta alimentaria (Chinchilla, 1995), de manera que hasta 1992 la OMS elaboró otra clasificación para la anorexia y la bulimia nervosas, situándolas como trastornos de la alimentación (Turón, 1997).

CAPITULO II.

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Cualquier ser vivo, para mantenerse como tal, necesita alimentarse. Esta necesidad también se cumple en el ser humano. La imprescindible nutrición exige la ingesta de alimentos, el acto de comer. En conclusión: sin comer, sin comer en cantidad suficiente y sin comer con una mínima variedad alimentaria, no es posible vivir (Toro, 1990).

En general, los trastornos de la conducta alimentaria se caracterizan por hábitos anormales en el consumo de los alimentos, los cuales subyacen a factores psicológicos, psiquiátricos, sociales y médicos que predisponen a estos padecimientos, alterando de manera significativa la salud física y mental del individuo (Braguinsky, 1996; Crispo, Figueroa y Guelar, 1996; Kristi, 1998; Morea, 1999; Toro, 1990). Estos no son trastornos nuevos ya que como se vio en el capítulo anterior, se han encontrado descripciones de inanición en redacciones medievales y la anorexia nervosa fue definida por primera vez como un problema médico en 1873.

Diversos autores (v. gr. Braguinsky, 1996; Crispo *et al.*, 1996; Morea, 1999) coinciden en que los trastornos de la conducta alimentaria son enfermedades devastadoras originadas dentro de una cultura en la cual hay sobreabundancia de alimentos y una obsesión por la delgadez.

En general, los trastornos de la conducta alimentaria se presentan en los extremos de un continuo, ya sea en la abstención o restricción de los alimentos, o en la ingesta desmesurada de los mismos. De acuerdo a los criterios de diagnósticos propuestos por los sistemas de clasificación más utilizados a saber: la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) se categorizan como bulimia nervosa y anorexia nervosa principalmente.

En el aspecto emocional, la bulimia y la anorexia comparten características comunes como la depresión, la ocultación y una obsesión con la pérdida de peso, pero difieren en la gravedad, rasgos de personalidad y en otros factores (Morea, 1999).

Hoy en día ya se habla de una tercera categoría dentro de los trastornos de la conducta alimentaria: es el atracón o "binge eating" caracterizado por episodios de ingesta compulsiva y excesiva (alrededor de 1500 calorías en cada episodio), sin purgarse, lo que conlleva en la mayoría de los casos a presentar sobrepeso u obesidad (Braguinsky, 1996; Chinchilla, 1995; Morea, 1999).

Prevalencia

En países como los Estados Unidos, la estimación de prevalencia tanto de bulimia como anorexia fluctúa de entre un 2% a 18%. La gran mayoría de pacientes, cerca del 90%, son mujeres. Aunque sólo 10% de adultos con anorexia son hombres, éste número va en aumento (Morea, 1999).

Ahora bien, en México no existen estudios por parte de los Sistemas de Salud que muestren la prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria, aunque sí se han efectuado investigaciones con poblaciones estudiantiles, abarcando un amplio rango de edades (Gómez Pérez-Mitré, 1993, 1997) así como también en grupos de mujeres deportistas y estudiantes de danza, considerados poblaciones de riesgo para desarrollar estos trastornos (Aquino, 1998; Unikel y Gómez Pérez-Mitré, 1996).

Poblaciones de riesgo

En un principio la población de riesgo estaba formada principalmente por mujeres blancas de clase media o alta y eran raros los casos que se presentaban en mujeres negras u orientales de nivel socioeconómico bajo y casi nunca se observaban en varones (Domingo, 1997).

Etiología

A pesar de que aún no se conoce qué es lo que origina estos trastornos, si es posible hablar de diversos factores socioculturales e individuales que desencadenan estos padecimientos. En relación con los factores socioculturales se ha observado que estas alteraciones se presentan con mayor frecuencia en países desarrollados cuyo estilo de vida está "occidentalizado", en estratos socioeconómicos medios o altos, en poblaciones donde es fácil conseguir alimentos y donde abunda el sobrepeso u obesidad (Braguinsky, 1996).

Ahora bien, en el aspecto fisiológico se ha supuesto la existencia de alteración en los niveles de serotonina, así como alteraciones en el funcionamiento del hipotálamo y el sistema endocrino. Este hecho está apoyado por el hecho de que se ha notado en diversos estudios que las alteraciones

hipotalámicas asociadas desaparecen con el aumento de peso (Braguinsky, 1996; Chinchilla, 1995; Domingo, 1997).

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 4° edición (DSM-IV, 1995) y la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades: Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE-10, 1992), coinciden en que los trastornos de la conducta alimentaria que se encuentran claramente definidos son la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa.

Sin embargo, a diferencia de la CIE-10, el DSM-IV no considera a la obesidad como trastorno de la conducta alimentaria debido a su etiología multifactorial, aunque sí incluye al trastorno de la conducta alimentaria no especificado.

Factores explicativos

De acuerdo con Alvarez, Román, Manríquez y Mancilla (1996), la anorexia y la bulimia nervosas comparten el deseo de adelgazar, originado por un temor irracional a convertirse en obeso o de tener sobrepeso, asociados a alteraciones de la imagen corporal, específicamente la insatisfacción con el propio cuerpo y la distorsión de la imagen corporal.

A esto se debe agregar la importancia de los diversos factores predisponentes como son la conducta dietaria y la presencia de conductas alimentarias de riesgo (Gómez Pérez-Mitré, 1993, 1997), trastornos emocionales y de la personalidad, patrones familiares de interacción, una posible sensibilidad genética o biológica y recientemente se ha postulado el abuso sexual infantil como otro factor de riesgo, aunque no existen estudios concluyentes que lo demuestren (Wonderlich, Brewerton, Zeljko, Dansky, y Abbott, 1997; Rovira, en: Braguinsky, 1996).

Al respecto, Garfinkel y Garner (1982; cit. por Lemus y Rubio, 1993) indican que estos trastornos obedecen a diversos factores explicativos, que pueden agruparse en: predisponentes, precipitantes y perpetuantes (Ver Tabla 1).

Tabla 1. Factores explicativos de los trastornos de la conducta alimentaria según Garfinkel y Garner (1982; cit. por Lemus y Rubio, 1993).

Factores Predisponentes	Factores Precipitantes	Factores perpetuantes
Factores genéticos	Cambios corporales de la adolescencia	Consecuencias de la inanición
Edad (13 a 20 años)	Separaciones y pérdidas	Interacción familiar
Mujeres	Rupturas conyugales de los padres	Aislamiento social
Padecer trastorno afectivo	Inicio de contactos sexuales	Cogniciones "anoréxicas"
Introversión/inestabilidad	Incremento rápido de peso	Actividad física excesiva
Rasgos obsesivos	Críticas respecto al cuerpo	Iatrogenia (manejo terapéutico inadecuado en fase inicial)
Nivel social medio alto	Enfermedad adelgazante	
Antec. familiares de obesidad	Traumatismo desfigurador	
trastorno afectivo, adicciones o trastorno de la ingesta,	Incremento de actividad física	
Obesidad materna y valores estéticos dominantes	Acontecimientos vitales o sucesos estresantes	

ANOREXIA NERVOSA

Criterios diagnósticos

Con base en el DSM-IV (1995, p.p.558, 559), los criterios diagnósticos de la anorexia nervosa son los siguientes:

- A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla p. ej. disminución del peso corporal que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable, o fracaso en conseguir el aumento del peso normal durante el periodo de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso normal.
- 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 pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus

menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p. ej. administrando estrógenos) (DSM-IV, 1995; p.553).

Además, se distinguen dos subtipos:

- *Tipo restrictivo*. La pérdida de peso corporal se consigue haciendo dieta, ayunando o realizando ejercicio intenso. Durante los episodios de anorexia nervosa, estos individuos no recurren a atracones ni purgas.
- *Tipo compulsivo/purgativo*. Este subtipo se caracteriza porque el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (o ambos), mediante prácticas tales como: el vómito auto inducido, diuréticos, laxantes o enemas de manera excesiva. En algunos casos no presentan atracones, pero suelen recurrir a purgas, incluso después de ingerir pequeñas cantidades de comida.

Síntomas y trastornos asociados

Al tener una pérdida de peso considerable, los pacientes pueden presentar síntomas del tipo de estado de ánimo deprimido, retraimiento social, irritabilidad, insomnio y pérdida de interés por el sexo. Pueden presentar cuadros clínicos que cumplen los criterios de *trastorno depresivo mayor* (DSM-IV, 1995).

En estos enfermos se han observado características del trastorno obsesivo - compulsivo, ya sea en relación con la comida o no. La mayoría de las personas con este trastorno están ocupadas en pensamientos relacionados con la comida, y algunas coleccionan recetas de cocina o almacenan alimentos. Se ha visto que conductas asociadas a otras formas de inanición sugieren que las obsesiones y las compulsiones relacionadas con la comida se pueden producir o exacerbarse por la desnutrición. Si estos individuos presentan tales conductas no relacionadas con la comida, la silueta corporal o el peso, se hace un diagnóstico de *trastorno obsesivo - compulsivo* (DSM-IV, 1995).

Por otra parte, también puede asociarse a la anorexia nervosa la preocupación por comer en público, el sentimiento de incompetencia, una gran necesidad de controlar el entorno, pensamiento inflexible, poca espontaneidad social y restricción de la expresividad emocional y de la iniciativa (DSM-IV, 1995).

Comparando a los individuos con anorexia nervosa de tipo restrictivo, los del tipo compulsivo/purgativo tienen más probabilidades de tener dificultades en el control de impulsos, de abusar del alcohol o de otras drogas, de manifestar más labilidad emocional y de ser activos sexualmente (DSM-IV, 1995).

Por otra parte, Lubin y Rubio (1993) refieren que inicialmente, la sintomatología asociada a la anorexia se asemeja a la de la anemia causada por una dieta insuficiente en nutrientes. Los pacientes suelen presentar pesadez en las piernas al caminar o al correr, hinchazón en los tobillos y pantorrillas, el cabello carece de brillo, cansancio frecuente, tensión arterial baja, disminución significativa del número de glóbulos rojos, deficiencia para recuperarse de las lesiones, entre otros. Estos autores elaboraron una clasificación de la sintomatología del padecimiento basada en la revisión de la literatura existente (Ver Tabla 2) en la cual dividen el cuadro sintomatológico en tres rubros, a saber: síntomas fisiológicos, síntomas conductuales y síntomas cognitivos, que se presentan enseguida de la fase inicial que se asemeja a la anemia ferropénica (Lubin y Rubio, 1993, p.461).

Tabla 2. Clasificación sintomatológica sugerida por Lubin y Rubio (1993, p.461).

Síntomas fisiológicos	Síntomas conductuales	Síntomas cognitivos
Estreñimiento pertinaz	Realiza un régimen bajo en calorías	Siente el hambre, pero el miedo irracional de engordar le impide comer
Pérdida continuada de peso		Cuando come algo, enseguida se siente hinchada y saciada
El esqueleto es cada vez más visible	Se pesa constantemente con pánico de haber engordado	Vive la sensación de vacío y delgadez corporal como algo agradable, mientras que la sensación de plenitud y ganancia de peso es vivida negativamente
Las extremidades se tornan violáceas y frías	Es hiperactiva y se obsesiona con hacer ejercicio	Sobrestima su imagen corporal
Desaparece la menstruación	Duerme poco	No reconoce su problema
Suele tener frío cuando todos tienen calor	Abusa de laxantes y diuréticos	Tiene un concepto de autocontrol de todo o nada

Síntomas fisiológicos	Síntomas conductuales	Síntomas cognitivos
Presenta piel seca, pérdida de cabello, bradicardia, hipotensión, deshidratación	Se aísla de la gente, se vuelca de manera obsesiva en el estudio y en las actividades secretas encaminadas a adelgazar	Padece síntomas depresivos, de ineficacia y baja autoestima
	Rehusa comer en lugares públicos o con su familia	
	Centra sus actividades y pensamientos en relación con los alimentos	
	Crea hábitos peculiares, como trocear la comida o esconderla	

Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo

Según el DSM-IV (1995), la anorexia nervosa se presenta con mayor incidencia en las sociedades industriales, en las que abundan los alimentos y en donde se ha arraigado la idea de que ser delgado es ser atractivo. Se presenta con mayor frecuencia en Estados Unidos, Canadá, Europa, Australia, Japón, Nueva Zelanda y Sudáfrica. Así mismo, se ha encontrado que las personas que proceden de culturas donde la anorexia es poco frecuente a poblaciones donde existe mayor prevalencia es muy probable que presenten el trastorno cuando asimilan el ideal de delgadez como belleza.

De acuerdo con la edad, se ha encontrado que la anorexia nervosa se inicia en la primera adolescencia (alrededor de los 13 y 18 años), en tanto que según el sexo, el 90% de los casos se presentan en mujeres (DSM-IV, 1995).

La prevalencia general del padecimiento se sitúa entre el 0.5 y el 1% de casos que cubren todos los criterios diagnósticos; sin embargo, se ha hallado que es más frecuente encontrar a personas que no cumplen con todos los criterios, por lo que son diagnosticados como trastorno de la conducta alimentaria no especificado (DSM-IV, 1995).

Respecto al curso del trastorno, la edad promedio de inicio es de 17 años, aunque se encuentran casos entre los 14 y 18 años, y el padecimiento es muy raro en mujeres mayores de 40 años (DSM-IV, 1995).

El inicio del padecimiento se asocia con frecuencia a un acontecimiento estresante. Por otra parte, el curso y término del trastorno varían, puesto que algunas se recuperan después de sufrir un episodio único, otras presentan un patrón fluctuante de pérdida y normalización de peso, en tanto que otras sufren un deterioro progresivo a lo largo de varios años; de los sujetos que se hospitalizan, alrededor del 10% fallece debido a la inanición prolongada, por suicidio o desequilibrio electrolítico (DSM-IV, 1995).

Así mismo, se ha observado un riesgo mayor de padecer *anorexia nervosa* entre los parientes de primer grado. En adición, se ha notado que los familiares en primer grado presentan mayor riesgo de presentar trastornos de ánimo, especialmente los parientes de los enfermos que presentan el tipo compulsivo/purgativo (DSM-IV, 1995).

Hallazgos de laboratorio

Respecto a las alteraciones endocrinas, de manera general se produce una regresión del eje hipotálamo-hipófiso-gonadal en ambos sexos. Los niveles séricos de tiroxina se encuentran en límite normal-bajo y los de triyodotironina disminuidos. También se observan hiperadrenacortisolismo y respuestas anormales a diferentes pruebas endócrinas. En las mujeres se presentan niveles séricos bajos de estrógenos y en los varones ocurre lo mismo con la testosterona (DSM-IV, 1995).

BULIMIA NERVOSA

De acuerdo al DSM-IV, la bulimia nervosa se caracteriza por atracones y la utilización de métodos compensatorios inadecuados para evitar ganar peso. Así mismo, los individuos que se encuentran afectados por la enfermedad muestran una gran preocupación por la silueta y el peso corporales. Presentan episodios recurrentes de voracidad, en los cuales se consumen grandes cantidades de alimento fácilmente digeribles y con alto contenido calórico en un corto periodo de tiempo, a la vez que se experimenta un sentimiento de pérdida de control de las cantidades y el tipo de alimentos que se están ingiriendo, unido a una preocupación intensa de convertirse en obeso, razones que ocasionan que se recurra a conductas compensatorias inadecuadas que tienen la finalidad de prevenir el incremento de peso, tales como: purgas, vómito inducido, laxantes, dietas restrictivas y ejercicio físico intenso (DSM-IV, 1995).

Criterios diagnósticos.

Los criterios diagnósticos especificados en el DSM-IV (1995, p.p.563, 564) correspondientes a la bulimia nervosa son:

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

- 1) ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej. en un periodo de dos horas) 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 (p. ej. sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).

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

B. Los atracones y las conductas compensatorias tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un periodo de 3 meses.

C. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.

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

Subtipos

Este trastorno está dividido en dos subcategorías:

- *Tipo purgativo*: durante el episodio de bulimia nervosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.
- *Tipo no purgativo*: durante el episodio de bulimia nervosa, el individuo emplea otro tipo de 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 (DSM-IV, 1995; p.564).

Síntomas y trastornos asociados.

Los síntomas referidos por pacientes bulímicos pueden ser variados, la mayoría son secundarios a los vómitos, el uso de diuréticos y laxantes:

1. Dolor de garganta, de estómago, que se presentan cuando el contenido de ácido gástrico ha lesionado la mucosa esofágica y de las fauces.
2. Debilidad o fatiga cuando existen trastornos del medio interno.
3. Quienes han sufrido pérdidas de agua significativas, refieren un síncope.
4. Facies abotagada (cara hinchada) cuando existe tumefacción de las glándulas salivales.
5. Con posterioridad a un atracón, puede referirse malestar o dolor abdominal, náuseas, distensión, dolor. Los síntomas dependen de la cantidad y tipo de comida ingerida, de las alteraciones del vaciamiento gástrico y probablemente, de factores como modificaciones de las hormonas gastrointestinales.
6. Diarrea o constipación, la primera por abuso de laxantes o cuando han mezclado alimentos que producen intolerancia.
7. Constipación, en periodos de restricción alimentaria y de uso prolongado y exagerado de laxantes.
8. Vómitos de sangre.
9. Irregularidades menstruales.
10. Episodios de sudoración, debilidad, taquicardia, somnolencia y/o letargo que tienen lugar después de los atracones (DSM-IV, 1995; Herscovici y Bay, 1990; citado por Herrera y Herrera, 1999).

Los sujetos que padecen bulimia nervosa presentan por lo general un peso normal. Este trastorno se puede manifestar en sujetos con obesidad moderada y "mórbida". Entre atracón y atracón disminuyen la ingesta calórica y escogen alimentos con bajo contenido calórico o "dietéticos", a la vez que evitan los alimentos que engordan o pueden propiciar un atracón (DSM-IV, 1995).

En otro aspecto, la incidencia de síntomas depresivos en bulímicos es alta, al igual que los trastornos del estado de ánimo, de síntomas de ansiedad o trastornos de ansiedad, los cuales desaparecen cuando se trata la bulimia nervosa. También se ha observado dependencia y abuso de sustancias (alcohol y estimulantes) en aproximadamente un tercio de los pacientes. Generalmente, el consumo

de sustancias estimulantes comienza en un intento por controlar el apetito y el peso. Entre un tercio y la mitad de los individuos con bulimia nervosa tienen rasgos de la personalidad que cumplen los criterios diagnósticos para uno o más trastornos de la personalidad (predominando el trastorno límite de la personalidad) (DSM-IV, 1995).

"Datos preliminares sugieren que en los casos del tipo purgativo hay más síntomas depresivos y una mayor preocupación por el peso y la silueta corporal que en los casos del tipo no purgativo" (DSM-IV, 1995, p.561).

Hallazgos de laboratorio

El DSM-IV (1995) señala que las purgas conducen frecuentemente a alteraciones del equilibrio electrolítico, tales como: hipopotasemia, hiponatremia e hipocloremia. Además, el vómito produce pérdida de ácido clorhídrico que puede originar alcalosis metabólica (bicarbonato sérico elevado), en tanto que las diarreas por uso excesivo de laxantes producen acidosis metabólica. Algunos de estos pacientes presentan niveles séricos ligeramente altos de amilasa, que posiblemente sean reflejo del aumento de la isoenzima salivar.

Hallazgos de la exploración física y enfermedades médicas asociadas

La práctica frecuente del vómito autoinducido puede producir una pérdida del esmalte dental, principalmente en la superficie posterior de los incisivos. Al observarlos se pueden notar resquebrajados o carcomidos y pueden observarse muchas cavidades en la superficie de las piezas dentales. En algunos pacientes las glándulas parótidas se encuentran incrementadas en tamaño (DSM-IV, 1995).

Así mismo, la estimulación del reflejo de vómito a través de introducir la mano en la boca provoca que se formen callos o cicatrices en la superficie dorsal de la mano. En las personas que han ingerido jarabe de ipecacuana para provocar el vómito se pueden presentar miopatías esqueléticas y cardíacas graves " (DSM-IV, 1995).

Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo

La bulimia nervosa se presenta con mayor frecuencia en países industrializados, como Estados Unidos, Canadá, Australia, Japón, Nueva Zelanda, Sudáfrica y los países de Europa. Así mismo, se

estima que alrededor del 90% de los casos son mujeres, mientras que en los hombres se encuentra una prevalencia más alta de obesidad premórbida que en las mujeres (DSM-IV, 1995).

Prevalencia

Aunque es difícil conocer en realidad el número de individuos enfermos, la prevalencia de bulimia nervosa en las mujeres adolescentes y adultas jóvenes se estima entre 1 y 3 % de la población total, siendo 10 veces menor en el caso de los hombres (DSM-IV, 1995).

Curso

Este trastorno de manera general se inicia al final de la adolescencia o al inicio de la vida adulta. En adición, es común que la práctica de un régimen dietético durante cierto tiempo preceda a los atracones y la conducta alimentaria inadecuada persiste durante varios años en un alto porcentaje de los pacientes. El curso de este padecimiento puede ser crónico o intermitente, con periodos de remisión que se alternan con los atracones. Sin embargo, se desconoce la evolución a largo plazo (DSM-IV, 1995).

Evaluación clínica y tratamiento

Braguinsky (1996), propone que para hacer una valoración clínica de los pacientes, es necesario elaborar una historia clínica basada en exámenes físicos y de laboratorio cuidadosos, así como un interrogatorio acerca de las características del padecimiento y del ámbito familiar. Así mismo, no existe un tratamiento específico para la anorexia nervosa ni para la bulimia nervosa. El intenso temor a engordar, unido a las alteraciones de la percepción que dan lugar a una sobreestimación del tamaño corporal son factores que influyen para que exista una poderosa resistencia al tratamiento. Los beneficios de las actuaciones psiquiátricas son escasos y generalmente se dirigen a procurar restablecer la salud física del paciente (Domingo, 1997).

Trastorno de la conducta alimentaria no especificado

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (1995) clasifica en la categoría *trastorno de la conducta alimentaria no especificado* a los trastornos que no cumplen todos los criterios de la anorexia nervosa o la bulimia nervosa.

Criterios diagnósticos del trastorno de la conducta alimentaria no especificado

1. En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nervosa, pero las *menstruaciones son regulares*.
2. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nervosa, excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso poco significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad.
3. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nervosa, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de 2 veces por semana o *durante menos de 3 meses*.
4. Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal.
5. Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.
6. Trastorno compulsivo: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nervosa (DSM-IV, 1995; p.564).

OBESIDAD

La obesidad es un trastorno que no está especificado dentro de los criterios del DSM-IV (1995) debido a que su etiología es múltiple, sin embargo, la CIE-10 (1992) la considera dentro de la categoría de *hiperfagia en otras alteraciones psicológicas*.

Según los criterios de la CIE-10 (1992, p.223), la ingesta excesiva se codifica como "una reacción a acontecimientos estresantes y que da lugar a obesidad. Duelos, accidentes, intervenciones quirúrgicas y acontecimientos emocionalmente estresantes pueden dar lugar a una "obesidad reactiva", en especial en enfermos predispuestos a la ganancia de peso".

Sin embargo, considera que la obesidad como causa de alteraciones psicológicas debe clasificarse como trastornos del humor (afectivos), trastorno mixto ansioso-depresivo, trastorno neurótico sin especificación, más el código de obesidad, indicando el tipo de obesidad (CIE-10, 1992).

Algunos autores señalan que la obesidad se caracteriza por una acumulación de grasa corporal que es innecesaria (Mahoney, Mahoney, Rogers Straw, 1979; citado por Saldaña, 1994). De manera clínica, se considera que una persona es obesa cuando excede el 20% de su peso ideal, de acuerdo con su edad, sexo, talla y complexión.

Además de los trastornos clásicos (anorexia, bulimia y obesidad), existen diferentes subtipos como la bulimianorexia, la anorexia restrictiva, la bulimia de tipo purgativo y no purgativo, así como un trastorno no clasificado que en la actualidad está incidiendo de manera significativa en la población: el trastorno de ingesta compulsiva o sobreingesta compulsiva (Saldaña, 1994; Chinchilla, 1994).

INVESTIGACIONES.

Gómez Pérez-Mitré (1993) una investigación con el objetivo de detectar indicadores de la conducta alimentaria anómala (obesidad, bulimia y anorexia nervosa). La muestra (n=197) fue obtenida de una población estudiantil que cursaba preparatoria, licenciatura y posgrado. Se halló que en esta población la obesidad era inexistente (2%). En cambio, el 41% tenía sobrepeso. Así mismo, se hallaron prácticas alimentarias que pueden ser consideradas como factores de riesgo para el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria. Esencialmente, se encontraron tres factores

relacionados con esas prácticas: técnicas consideradas como de purga, accesos bulímicos o binge eating, así como alimentarse en ciertos estados de ánimo específicos.

En otro estudio, Escobar (1992) analizó las prácticas relacionadas con trastornos de la conducta alimentaria en una muestra estudiantil ($n=929$) de secundaria, preparatoria y licenciatura. Encontró que la práctica más frecuente es el seguimiento de dietas, siendo más practicada en las escuelas privadas de niveles de secundaria y preparatoria (66%) que en escuelas públicas (37%). También fue baja en estudiantes de nutrición (48%) y alta (64%) en estudiantes de otras licenciaturas. La preocupación por el comer era más frecuente en las escuelas públicas (47%) que en las escuelas privadas (45%), en los estudiantes de nutrición se observó un porcentaje del 10% y en otras licenciaturas alcanzó el 32%. La presencia de accesos bulímicos se presentó en un porcentaje del 31% en las escuelas privadas y en un 12% en las escuelas públicas, así como un 6% en los estudiantes de nutrición y alrededor del 13% en estudiantes de otras licenciaturas. Las prácticas de vómito autoinducido y uso de laxantes fue poco frecuente.

En otro trabajo Unikel (1998) exploró la presencia de alteraciones de la conducta alimentaria en dos grupos de estudiantes: uno formado por alumnos de secundaria y preparatoria de escuelas privadas y el otro por estudiantes de danza clásica. Los resultados mostraron que no se presenta una franca patología en estos grupos, pero en cambio se encontraron factores de riesgo. El grupo de danza presentó los mayores porcentajes en el seguimiento de dietas, accesos bulímicos y ejercicio excesivo, en tanto que el vómito autoinducido y el uso de laxantes se presentaron en porcentajes relativamente bajos en ambos grupos.

Díaz (1995) realizó una investigación tratando de encontrar si había algún correlato fisiológico relacionado con la aparición de la anorexia, esta investigación se realizó con ratas macho de 28 días de nacidas, con las cuales formaron 3 grupos experimentales de 12 sujetos cada uno: un grupo control, un grupo deficiente en zinc y un grupo de alimentación. El período experimental fue de 29 días, al término del cual se encontró que los animales del grupo deficiente en zinc consumieron menor cantidad de alimento durante todo el periodo experimental, siendo además su consumo de forma irregular con días de máxima y mínima ingesta. La deficiencia de zinc provocó anorexia a partir del tercer o cuarto día de ensayo, lo cual coincidió con un mayor número de ciclos de ingestión alimentaria en estos animales. Concluyó que la deficiencia de zinc afecta de forma adversa la ingestión alimentaria y provoca que ésta se realice de forma cíclica.

En las investigaciones actuales se le esta dando cada vez mayor importancia al control de la ingesta mediante mecanismos neurofisiológicos, resaltando como estructura anatómica fundamental al hipotálamo y, dentro de éste, los núcleos ventromedial y laterales, que aparecen como agrupaciones neuronales responsables de producir tanto las sensaciones de saciedad como de hambre (Díaz, 1995).

CAPITULO III.

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN VARONES

La forma ideal del cuerpo masculino ha variado a través de la historia. En la Grecia del siglo I a.C. el físico atlético caracterizaba al hombre ideal. Desde entonces, el bajo peso y el sobrepeso han preocupado a los hombres durante siglos, pero su importancia ha sido eclipsada por la atención social hacia la apariencia física de las mujeres (Silverman, 1987; cit. por Andersen, 1997).

La mayoría de las personas piensa que los trastornos de la conducta alimentaria sólo se presentan en las mujeres adolescentes y en realidad, son problemas que pueden padecer también las mujeres maduras, los niños, y los hombres. A pesar de que en fechas recientes es enorme la cantidad de información que contienen las publicaciones periódicas de acceso popular (revistas de moda y salud) realmente no existe un conocimiento de los trastornos de la conducta alimentaria, los factores explicativos y quiénes están en riesgo de desarrollarlos (Thompson, 1996).

En este sentido, es necesario precisar que los trastornos de la conducta alimentaria no son un problema de personas vanidosas que recurren a estas conductas para que les quede un vestido de menor talla. Para la mayoría de las personas es difícil creer que éstos trastornos en realidad no se relacionan de manera directa con la comida (Thompson, 1996).

A pesar del ritmo de vida acelerado en el que están inmersas las personas que viven en una sociedad occidentalizada, es curioso notar que a diario miles de mujeres (y hombres) pierden muchas horas del día pensando en la comida. Su necesidad por adelgazar o su obsesión por la comida los absorbe, incluso hasta llegar al extremo de afectar su salud física y emocional al atracarse de comida, vomitar y purgarse, o a través de la inanición. Estos son problemas emocionales y físicos tan severos que, como ya se explicó en capítulos anteriores, pueden originar un deterioro importante de la salud, al grado de amenazar la vida del paciente (Thompson, 1996).

En relación con los hombres, los trastornos de la conducta alimentaria constituyen un tópico de estudio dentro de la salud que sólo hasta fechas recientes se ha abordado, tanto por el área clínica como por el interés de la investigación. En la actualidad se observa un creciente interés debido a las

presiones que se ejercen en los varones para cambiar su peso y aumentar su volumen corporal (Andersen, en: Cohn y Lemberg, 1999).

Como ya mencionó con anterioridad, los trastornos de la conducta alimentaria comúnmente asociados con la población femenina, han existido históricamente también en hombres. Por ejemplo, en 1694 el Dr. Richard Morton, médico del Rey de Inglaterra, es el primero que describe a la anorexia nervosa en un estudio de dos pacientes, uno de los cuales era masculino. El resultado del tratamiento en el varón fue positivo, mientras que la mujer murió. Hay dos puntos que continúan siendo importantes en la discusión del asunto de los trastornos de la conducta alimentaria en varones hoy: los varones también desarrollan trastornos de la conducta alimentaria, y ser hombre no es un factor de riesgo por sí mismo (Andersen, en: Cohn *et al.*, 1999).

De la misma manera, William Gull, en su estudio detallado de anorexia nervosa realizado a mitad del siglo XIX describió a varones que padecían estos trastornos. Entonces cabría preguntarse, ¿Por qué ha habido tan poca, o casi nula mención sobre los trastornos de la conducta alimentaria en varones desde entonces? (Andersen, en: Cohn *et al.*, 1999).

Andersen (en: Cohn *et al.*, 1999) plantea que existen diversas circunstancias históricas que provocaron que el estudio de estos trastornos se centrara básicamente en mujeres, debido a diversas circunstancias:

En primer lugar, algunas de las teorías psicodinámicas basaban su diagnóstico de anorexia nervosa en la presencia de un "miedo de impregnación oral" o de amenorrea (ausencia anormal de menstruación), como se puede suponer, estos dos factores excluirían a los varones de manera automática.

En un nivel menos teórico, los varones con trastornos de la conducta alimentaria probablemente se resisten a recibir tratamiento (Andersen, 1990; Gómez Pérez-Mitré, 1995), por lo que buscan ayuda profesional con poca frecuencia y sólo hasta que ingresan a una clínica por complicaciones médicas asociadas con la evolución de los trastornos, razón por la cual se volvieron una rareza estadística.

Para finalizar, los estereotipos sociales y culturales sostenidos por pacientes y médicos hicieron creer que los varones no desarrollan trastornos de la conducta alimentaria, lo que a menudo resultaba en

que el médico dudara del trastorno y negara el diagnóstico, en tanto que la presencia de una sintomatología similar en una mujer llevaba a hacer un diagnóstico adecuado (Thompson, 1996).

A partir de la década de 1990, Crisp y otros comenzaron a estudiar la ocurrencia de anorexia nervosa en varones, y el interés por este tema comenzó a aumentar subsecuentemente y aún se está investigando para saber cuales son los factores implicados, así como su tratamiento y el éxito del tratamiento a mediano y largo plazo, aunque hasta ahora parece que la mayoría de sus características son similares a las que se presentan en las mujeres (Andersen, en: Cohn *et al.*, 1999).

Ahora bien, además de la anorexia y la bulimia nervosas se está contemplando el atracón como un nuevo síndrome posiblemente distinto, que se caracteriza por ingerir grandes cantidades de comida pero sin recurrir a conductas compensatorias (Andersen, en: Cohn *et al.*, 1999).

Por otra parte, diversos autores hacen mención de otra categoría de los trastornos de la alimentación denominada "anorexia inversa" (Andersen, en: Cohn *et al.*, 1999; Pope, Katz y Hudson, 1993). Es curioso que mientras que en la anorexia nervosa se sobreestima la imagen corporal; es decir la persona cree que su cuerpo es más grande de lo que es en realidad (Gómez Pérez-Mitré, 1997) en la anorexia inversa sucede lo contrario y al parecer, no sólo los varones presentan esta alteración, puesto que Pope, Katz y Hudson, (1993) detectaron este problema en 108 mujeres que practicaban fisicoculturismo.

Incidencia de trastornos de la conducta alimentaria en hombres

De acuerdo con Andersen, (1992) 10% de los casos que se presentan al Hospital John Hopkins en la Clínica de trastornos en la alimentación y del peso en la Universidad de Iowa son varones. Por otra parte, un estudio reciente realizado en Suecia encontró una incidencia casi idéntica de 10 mujeres a 1 varón con algún trastorno de la conducta alimentaria (Rastam, Gillberg, y Gorton, 1989; cit. por Andersen, 1992), siendo confirmada esta cifra por estudios hechos en Dinamarca (Nielsen, 1990; cit. por Andersen, 1992). Las cifras oscilan entre 3 y 10% para Haguenau y Houpemik, 4% para Dally, 5% para Decourt y Fleck, y para Bruch y Berkman del 24% (cit. por Chinchilla, 1994).

Thompson (1996) supone que la proporción de 1:10 estimada estadísticamente no es confiable debido a que muchos hombres se avergüenzan de admitir que pueden estar padeciendo una

enfermedad que creen que sólo afecta a las mujeres. Indica que por ejemplo, la revista *Newsweek*, en su número del 2 de mayo de 1994, efectuó una encuesta con 131 jugadores de fútbol universitario, en la cual se encontró que el 40% manifestó estar teniendo algún tipo de trastorno relacionado con la alimentación (vomitar y purgarse) y el 10% presentó algún trastorno de la conducta alimentaria (Thompson, 1996).

Diferencias según el género en el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria

La evidencia actual pesa a favor de que los factores psicológicos y sociales son más importantes que las razones biológicas para la proporción tan diferente del desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria entre hombres y mujeres. Hsu (1989) examinó las diferencias de género en cuanto a los trastornos de la conducta alimentaria y ha concluido que "los trastornos de la conducta alimentaria son más prevalentes en las mujeres, porque son más las que se someten a dietas para perder o controlar peso". Otro apoyo en esta dirección viene del estudio realizado por Andersen y Di Domenico (1992) en el que se compararon los contenidos de 10 revistas populares que mayoritariamente son leídas por hombres con 10 revistas leídas por mujeres principalmente. Estos investigadores encontraron una proporción de 10.5 a 1 en las revistas femeninas contra las revistas masculinas en cuanto a los artículos y anuncios acerca de la pérdida de peso. Esta proporción fue similar a la estimada por el DSM-IV y el CIE-10 en los dos sexos. Sin embargo, encontraron que los hombres se influyen desmesuradamente hacia la manera de cambiar su forma corporal y lograr un cuerpo más voluminoso, "hiper-masculino" y con definición muscular .

En adición, al parecer las publicaciones para hombres enfatizan la actividad, el movimiento y la fortaleza física, así que los hombres responden pensando que si entrenan y se ejercitan regularmente, se sentirán más satisfechos con su cuerpo. En cambio la respuesta de las mujeres se relaciona más con aspectos de su apariencia, particularmente el peso (Thompson, 1996).

Por otro lado, es probable que el número de mujeres que padecen de trastornos de la conducta alimentaria sea más alta que en los hombres, debido a que ellos de alguna manera aún no han llegado a estar bajo la misma presión de estar delgados y porque los hombres intentan huir de sus problemas trabajando en exceso, ingiriendo alcohol o drogas (Thompson, 1996).

Al parecer, esta hipótesis de que las mujeres están más presionadas por la sociedad para perder peso está bien sustentada. Cada diferencia significativa en la relación con el género presente en las

conductas relacionadas con el control del peso corporal o con el cambio de su forma puede estar correlacionada con la intensidad de valores socioculturales que existen relacionados con ellos. Si la influencia sociocultural estuviera igualmente distribuida entre ambos sexos, la respuesta conductual debería de ser aproximadamente igual en ambos. A pesar de estas diferencias de género, el número de hombres que desarrollan trastornos de la conducta alimentaria va en aumento de forma rápida y progresiva (Thompson, 1996).

Por otra parte, en cuanto al origen de estas alteraciones del comportamiento alimentario, se hallan evidencias de rasgos predisponentes, factores precipitantes y mecanismos de sostén (Garfinkel y Garner, 1982, cit. por Lemus y Rubio, 1993; Gómez Pérez-Mitré, 1993^a, 1997; Rovira, en: Braguinsky, 1996) que pueden estar implicados en el proceso de la enfermedad.

Factores implicados en el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria en hombres

Las razones por las que los hombres llegan a desarrollar trastornos de la conducta alimentaria, en realidad son las mismas por las cuales esto sucede en las mujeres y en los niños. En ocasiones fueron víctimas de abuso sexual, provenir de familias disfuncionales, haber sido sujetos de burlas por parte de los pares, etc., también experimentaron el no poder compartir sus sentimientos con nadie más, presentan baja autoestima, tienden a ser perfeccionistas, tienen dificultad para diferenciar y expresar las emociones, evitan los conflictos (Rovira, en: Braguinsky, 1996; Thompson, 1996).

Por otra parte en un estudio realizado por Andersen y Holman (1997) se encontró que los hombres, en comparación con las mujeres, hacen dieta por cuatro razones principales:

1. A diferencia de las mujeres que, en general se sienten gordas antes de comenzar a hacer dieta, ellos, presentaban generalmente, sobrepeso u obesidad en algún momento de su vida, sobre todo si el trastorno de la conducta alimentaria incluye cualquier rasgo de bulimia. Además eran especialmente sensibles, a que otros muchachos los fastidiarán sobre su peso.
2. Los hombres, más a menudo que las mujeres, hacen dieta para lograr ciertas metas en deportes o para evitar los posibles efectos del aumento de peso, es decir, les preocupa que una lesión relacionada con el deporte los pueda forzar a dejar su actividad física temporalmente.
3. Más hombres que mujeres hacen dieta para evitar complicaciones médicas potenciales, sobre todo alguna que ya habían visto desarrollada en sus padres. Ninguna de las mujeres jóvenes que recurren a hacer dieta, lo hacen para evitar alguna enfermedad médica futura.

4. Entre los varones homosexuales solo algunos hacia dieta ocasionalmente para ser más atractivo a algún compañero.

La sexualidad en varones con trastornos de la conducta alimentaria

En varones adolescentes, los problemas que involucran identidad sexual parecen activar el surgimiento de los trastornos de la conducta alimentaria, mientras que más tarde, otros aspectos de su vida, como el matrimonio y los conflictos de relación laboral, pueden ser los gatillos disparadores en hombres de mayor edad. Herzog, Bradbum, y Newman (1990, p. 41) encontraron que "los varones anoréxicos despliegan un grado considerable de ansiedad con respecto a las actividades sexuales y relaciones interpersonales". También se encontró que había bajos niveles de actividad sexual antes y durante el ataque de anorexia en varones anoréxicos.

En cuanto a la preferencia sexual, muchas personas automáticamente asumen que si un hombre tiene un trastorno de la alimentación, entonces debe de ser homosexual. Sin embargo, cualquiera puede padecer alguno de estos trastornos sin que tenga algo que ver su preferencia (Thompson, 1996) de hecho, los varones homosexuales representan arriba del 20 por ciento de los varones con trastornos de la conducta alimentaria, a pesar de que por algún tiempo se creyó que eran mayoría. El aumento de la ocurrencia en varones homosexuales probablemente se relaciona con la valoración más alta que ellos ponen en la delgadez, no en factores biológicos (Siever, 1994).

Se ha visto que tanto los varones y las mujeres que padecen bulimia nervosa, son generalmente más activos sexualmente antes del ataque de bulimia y en el momento de su enfermedad, que los afectados de anorexia nervosa. Burns y Crisp (1990) han asociado el comienzo de la anorexia nervosa en varones con la frecuencia de trastornos de la actividad sexual previos al diagnóstico del trastorno de la conducta alimentaria. El peor pronóstico se daba en aquellos que presentaban trastornos de la conducta sexual previos al trastorno de la conducta alimentaria.

En el aspecto endocrino varios estudios han documentado que la anorexia nervosa en varones esta asociada con una disminución de los niveles de testosterona en plasma. En contraste con el fenómeno de la amenorrea en mujeres, el nivel disminuido de testosterona en varones es más linealmente proporcional a la disminución de peso en el varón, haciendo pensar en que puede ser un parámetro para supervisar el retorno al peso saludable durante el tratamiento de los varones anoréxicos (Andersen, en: Cohn *et al.*, 1999).

Características psicológicas de los varones con trastornos de la conducta alimentaria

Tanto varones como mujeres con trastornos de la conducta alimentaria parecen tener algún otro desorden psiquiátrico co-mórbido, así como desórdenes de personalidad adicionales. Los diagnósticos más comunes son trastornos del humor, uso y abuso de drogas, síndromes de ansiedad, desórdenes obsesivo-compulsivos, y desórdenes de personalidad (Andersen, en: Cohn *et al.*, 1999).

Por otra parte, Andersen (1990) supone que la razón para que la incidencia de trastornos de la alimentación sea mayor en pacientes de familias con trastornos del estado de ánimo diagnosticados puede deberse a factores hereditarios. Esta clase de trastornos parece ser importante puesto que cuando una persona joven experimenta depresión, el humor bajo parece hacerlos más autocríticos *sobre todo hacia el tema de la figura corporal. También, la autoinanición y/o las conductas del atracón-purga mejoran temporalmente su humor, así como el uso y abuso de drogas le hace sentir que mejora su estado de ánimo.*

Aunque varones y mujeres comparten muchos de los factores predisponentes de trastornos de la alimentación, también experimentan algunos problemas que los diferencian y que reflejan la vulnerabilidad masculina y las presiones sociales que se ejercen hacia los varones (Andersen, 1990).

El tener baja autoestima, una personalidad vulnerable o provenir de una familia muy rígida, puede llevar a los varones a intentar logros a través de dietas y seguir un estereotipo de cuerpo mesomorfo creyendo que eso los hará sentirse más masculinos, con mayor autoridad sobre ellos mismos y también provocará que quienes están a su alrededor sientan más respeto hacia ellos. Otro factor interesante es que los varones generalmente desean cambiar sus cuerpos, principalmente de la cintura para arriba, mientras que las mujeres normalmente detestan sus cuerpos de la cintura hacia abajo. El deseo de tener un cuerpo atlético y musculoso los lleva al consumo de esteroides para cambiar la forma y tamaño corporales lo cual los puede llevar a una dependencia física y psicológica que a largo plazo tendrá repercusiones severas en su salud (Brower, Eliopoulos, Blow, Catlin y Beresford, 1990).

CAPITULO IV FACTORES DE RIESGO

La ingesta en los humanos obedece a procesos históricos y no sólo a necesidades biológicas. En el transcurso del tiempo se ha modificado la dieta, la manera de adquirir los alimentos, la elaboración de la comida y sus ritmos, debido a los cambios que experimentan los grupos sociales, así como por la aparición de periodos de escasez y abundancia (Caparrós y Sanfeliú, 1997).

Contreras (1993) refiere que de manera esencial, la evolución del comportamiento humano se ha realizado con base en interacciones entre los comportamientos alimentarios y las instituciones culturales; éste comportamiento incide a su vez en la anatomía, la fisiología y la evolución del organismo humano. Así, la alimentación es un signo de la actividad, trabajo, ocio, esfuerzo, deporte, festividad o circunstancia social.

En la actualidad, se ha dicho que la nutrición representa una parte primordial en el desarrollo del individuo, desde sus fases más tempranas. Es así como el ceremonial alimentario funciona, en un inicio, como un nivel psicológico de integración (Caparrós y Sanfeliú, 1997).

Hoy en día, se observa que la función de los alimentos ha ido más allá de la supervivencia; ahora también desempeñan funciones en la identidad individual o grupal, ya que la comida proporciona importantes elementos de identidad y estatus sociocultural (Contreras, 1993).

Es así como el incremento de los ingresos o de las disponibilidades económicas está asociado a una mayor ostentación festiva y a una mayor convivencialidad. Esto repercute en una incitación a consumir cada vez en mayor cantidad alimentos grasosos lo que propicia una demanda creciente. Debido a lo anterior, el hombre ha perdido su capacidad para equilibrar su alimentación y mantener un adecuado estado de salud (Contreras, 1993).

En forma particular, México ha sufrido modificaciones importantes en los últimos 30 años: pasó de ser un país básicamente rural y con una economía basada en la producción agrícola a constituirse en la actualidad como un país urbano, con un desarrollo moderado de la industria y algunos servicios.

Estos cambios se han reflejado en algunas características sociales como son la alimentación, la nutrición y la salud (Doode y Pérez 1994).

Este proceso de transición socioeconómica que se manifiesta en la alimentación de la población mexicana obedece al cambio de una dieta rural de autoconsumo basada en el maíz y en el frijol a una dieta comercial más variada, originando una transición epidemiológica y nutricional (Doode y Pérez, 1994).

No obstante, la población no se ha percatado de estas modificaciones hechas en la alimentación y de sus repercusiones en la salud. En este sentido, Chávez y Chávez (1997) refieren que en la Encuesta Nacional de Salud de 1977 se encontró que un 30% de los mexicanos no se sentían sanos, pero nadie relacionó sus problemas de salud con los hábitos de vida y menos con la alimentación.

Así mismo, Matte (cit. por Chávez y Chávez, 1997) investigó hacia 1980 las motivaciones para alimentarse en la población mexicana, encontrando que en primer lugar, los mexicanos se alimentan para satisfacer el hambre, aceptando los alimentos comunes; en segundo lugar, por gusto y en tercer lugar por prestigio. En esta encuesta casi nadie mencionó que su alimentación estaba motivada por la salud.

En otro estudio, Muñoz de Chávez (cit. por Aisworth, Coumat, Esteva, Fischer y De Garine, 1988) ha encontrado cambios significativos en la dieta mexicana, que obedecen a algunos factores, enumerados en el siguiente cuadro:

Tabla 1. Factores que han provocado las modificaciones en la dieta de la población mexicana

• Algunos alimentos dejan de consumirse por considerarlos símbolo de nivel social bajo.
• Se pierden hábitos alimentarios, como la ingesta de 5 comidas: en la actualidad se reduce a 2 ó 3 comidas.
• Introducción de técnicas modernas de procesamiento de alimentos.
• Disminución en la práctica del amamantamiento.
• Creciente popularización de alimentos que pueden prepararse fácilmente.
• En algunos estratos sociales, se ha incrementado el consumo de carnes industrializadas.
• Incorporación en la dieta de alimentos industrializados para condimentar.
• Los patrones alimentarios comunes entre la clase media urbana se van modificando, consumen menos frijoles, pastas y cereales; mientras que en contraste, consumen con mayor frecuencia "comida rápida".
• Algunos de los alimentos que se consumen en niveles sociales con accesibilidad económica no poseen adecuadas propiedades nutritivas o son costosos por su contenido.

Factores de riesgo en los trastornos de la conducta alimentaria

Con respecto a los Trastornos de la conducta alimentaria, la hipótesis que explica la etiología de la anorexia y la bulimia y que es más aceptada actualmente, es la que considera que estos padecimientos tienen un sentido y un propósito psicológico. Este sentido tiene que ver, con el individuo y su familia, pero también con la cultura y la sociedad en la que vive (Buckroyd, 1997).

La idea que subyace tras estos conceptos del sentido psicológico es que la anorexia y la bulimia son funcionales, es decir, se las busca para lograr algo diferente del propósito confesado de estar delgado. Desde una perspectiva estrictamente lógica, tanto el anoréxico como el bulímico se han metido en una posición donde nunca alcanzan lo que dicen que es su objetivo. Es decir, la anorexia y la bulimia no se limitan a la comida y a la delgadez, a pesar de lo que refieran verbalmente los enfermos (Buckroyd, 1997).

En este sentido, las conductas alimentarias pueden convertirse en factores de riesgo (seguimiento de dietas restrictivas, ayunos, saltarse comidas, acceso bulímicos, purgas, entre otras) directamente relacionadas con el estado de salud-enfermedad de un sujeto. Por ejemplo, en la población femenina joven y adolescente de la sociedad norteamericana el consumo de alimentos dietéticos, "light" o bajos en calorías y/o seguimiento de dietas para el control de peso son conductas que se derivan de una situación considerada normativa, a saber: la insatisfacción con la imagen corporal que tiene que ver con la apropiación de una imagen ideal tan delgada que en la práctica se podría calificar como una imagen anoréctica (Gómez Pérez-Mitré, Saucedo y Unikel, en prensa).

Al respecto, Striegel-Moore, Silberstein y Rodin (1986) han especificado tres categorías de factores de riesgo que están presentes al inicio y/o en la cronicidad de los desórdenes de la alimentación:

1. **Factores socioculturales** en los que la delgadez es altamente valorada.
2. **Factores individuales:** desórdenes psicopatológicos, desórdenes de la personalidad, obesidad, diabetes y trastornos de la imagen corporal.
3. **Factores familiares:** estructura familiar estricta, sobreprotección, psicopatología familiar.

En los varones se ha podido encontrar que actúan los mismos factores de riesgo que en las mujeres, incluyendo una baja autoestima y en ocasiones antecedentes de abuso físico y sexual durante la niñez. Además también se ha visto que es mucho más difícil establecer un diagnóstico de trastornos

de la alimentación en ellos debido a que son más aptos para ocultar esta problemática que las mujeres, por lo que, la enfermedad puede estar muy avanzada cuando es diagnosticada (Gómez Pérez-Mitré, 1995; Morea, 1999).

Control sobre la ingesta

En los pacientes anoréxicos se ha encontrado que manifiestan una fuerte necesidad de control sobre sus vidas, por lo que la cubren a través de la ingesta. Creen que todo mundo los controla, y que su vida no tiene un significado, además de sentir que nada les pertenece, por lo que encuentran que lo único que es totalmente suyo y en lo que pueden tomar decisiones propias es su cuerpo. Cuando comienzan a adelgazar la gente que los rodea comienza a admirarlos y esto refuerza positivamente el control sobre los alimentos que consumen (Kristi, 1998).

Patton, Johnson-Sabine, Wood, Mann y Wakeling, (1990) demostraron en dos años de seguimiento de una submuestra de mujeres adolescentes, que había factores predictores de trastornos de la alimentación, tales como: conducta dietante y actitudes anormales hacia el comer.

Un gran número de estudios epidemiológicos confirma esto y además que hay otros varios factores que se asocian con bulimia como: alteración de la percepción de la forma corporal, actividad sexual y conductual (Coover, Kinder y Thompson, 1989).

Factores de riesgo en poblaciones normales

Dwyer, Feldman, Seltzer y Mayer (1969) estudiaron las actitudes que hacia su peso tenía una muestra bastante numerosa de estudiantes de enseñanza media. Encontraron que el 80% de las muchachas deseaban pesar menos, mientras que solamente el 20% de los muchachos compartían este deseo. Por otro lado, en el momento en que se llevó a cabo la encuesta estaban siguiendo algún tipo de dieta restrictiva el 30% de la población femenina y tan sólo el 6% de la masculina. También encontraron que el 60% de las muchachas habían seguido con anterioridad alguna dieta restrictiva, contra un 24% de los varones que lo habían hecho.

Clarke y Plamer en 1983 (cit. por Toro y Vilardell, 1987) hicieron un estudio en la Universidad de Leicester, en el cual mediante envíos postales administraron el Eating Attitudes Test a una población de estudiantes universitarios constituida por 156 muchachas y 120 varones. En este test, una puntuación por arriba de 30 indica actitudes ante la ingesta comparables a las mostradas por los

pacientes anoréxicos. El resultado fue que superaron tal puntuación el 11% de esa población femenina, mientras que eso no sucedió con los varones; algunas de esas muchachas fueron analizadas psiquiátricamente, no apareciendo ninguna anoréxica, pero la mitad de ellas presentaron importantes trastornos del comportamiento alimentario.

Toro, Castro y García en 1985 (cit. por Toro y Vilardell, 1987) administraron el Eating Attitudes Test (EAT) a una población de 1,030 estudiantes adolescentes de Barcelona y su cinturón metropolitano. Estableciendo el punto de corte en una puntuación de 34, se detectaron 58 sujetos como supuestamente patológicos, correspondiendo al 5.63% de la población estudiada. Este subgrupo "anoréxico" estaba compuesto por siete varones y 51 muchachas, constituyendo el 1.35% y el 9.98% de sus respectivos sexos. Los autores señalan que se refirieron a una población en riesgo y no a una población clínicamente patológica.

Leichner, Arnett y Rallo en 1986 (cit. por Toro y Vilardell, 1987) realizaron otro estudio similar en la Universidad de Manitoba en el cual administraron el E.A.T. a 5,150 estudiantes de entre 12 a 20 años de edad. Superando el punto de corte, y por lo tanto se situaban en una zona posiblemente patológica, el 5% de los varones y el 22% de las muchachas. También observaron que la población adolescente urbana tendía a puntuar por arriba de la rural y que los incrementos de puntuación se establecían entre los 12 y 13 años, manteniéndose a partir de esa edad relativamente estables.

Influencias culturales

Las presiones socioculturales occidentales desempeñan una función principal en el desencadenamiento de muchos casos tanto de anorexia como de bulimia nervosas. En la actualidad, al incluir a los atracones (binge eating) como un tercer trastorno del comer que conlleva a la obesidad, se vuelve indiscutible que se analice la forma en que el comportamiento alimentario inadecuado se presenta en países industrializados, como en el caso de Estados Unidos. En culturas como éstas, la publicidad muestra mensajes contradictorios mediante un enorme número de anuncios que promueven la reducción de peso, mientras que al mismo tiempo se anuncian alimentos con un alto contenido energético, tales como golosinas, "snacks" y comida rápida, los cuales se consumen de manera frecuente en el estilo de vida sedentaria (Morea 1999).

En cuanto a la moda, la ropa femenina está diseñada y modelada para cuerpos tan delgados que sólo pocas mujeres, además de las modelos, las podrán utilizar. Las mujeres jóvenes son quienes

corren más riesgo de ser influidas por estas presiones culturales y aquellas cuyos sentidos de autoestima se basan en la aprobación externa y en la apariencia física, pero, en realidad, pocas mujeres son inmunes a estas influencias (Morea, 1999).

La familia

Los factores emocionales negativos en la familia o en otras relaciones íntimas tienen una función principal en el desencadenamiento y perpetuación de los trastornos de la alimentación. Las madres de las anoréxicas tienden a estar demasiado involucradas en la vida de sus hijos; por el contrario las madres de bulímicas critican con frecuencia al tiempo que en los hechos se muestran desinteresadas con las hijas (Morea, 1999).

Conducta dietante como factor de riesgo

La palabra dieta es de origen muy antiguo y su significado ha tenido varias modificaciones a través de los siglos. El vocablo dieta tuvo su origen en la voz latina - *diata* - que significa régimen de vida, en virtud de que la alimentación es necesaria para la vida y sus manifestaciones (Olascoaga, 1969).

Con anterioridad, se nombraba dieta a las raciones reducidas en cantidad y modificadas en varios aspectos; pero actualmente se usa en un sentido más amplio, que incluye los regímenes deficientes en calorías, los normales y los vastos en todos los nutrientes, siempre y cuando sean adecuados (Olascoaga, 1969).

Entre los factores de riesgo para el desarrollo de alteraciones de la conducta alimentaria el más ampliamente reconocido como tal, es el seguimiento de dietas para el control o reducción de peso. Diferentes investigadores han encontrado que hacer dieta lleva a la desinhibición en el comer o a la sobrealimentación y que hacer dieta precede al desarrollo de desórdenes del comer sin importar la edad del dietante (Herman y Polivy, 1980; Polivy y Herman, 1985)

Por otra parte, varios investigadores hipotetizan un continuo entre conductas alimentarias normales y desórdenes del comer (Patton, 1988; Striegel-Moore, Silberstein, Frensch y Rodin, 1989) y muestran que las conductas de control de peso, especialmente la conducta dietante, son factores de riesgo para desarrollar desórdenes del comer más severos (Patton, *et al.*, 1990).

Para comprender mejor este punto, cabe mencionar que el principio fundamental de las dietas adelgazantes es la reducción de las calorías ingeridas, generalmente reduciendo la cantidad de grasas y carbohidratos ingeridos. Con este tipo de dietas se alcanza una reducción rápida del peso corporal, pero debido a la deshidratación y a la pérdida de tejido magro (Grande, 1988).

Al respecto, Feldman (1990, p.157) menciona que las dietas populares para perder peso son de 5 tipos:

- Bajas en carbohidratos (ingesta menor del 20% de las calorías ingeridas)
- Altas en carbohidratos
- Ayuno modificado preservador de proteínas
- Frugívora
- Aditivos para prevenir el incremento de grasa corporal.

Las dietas de bajo contenido en carbohidratos o libres de carbohidratos fueron muy populares ya que se alcanzaban pérdidas de peso importantes aunque no sin reacciones adversas. Cuando disminuyen o se suprimen los carbohidratos de la dieta, la concentración de glucosa tiene que mantenerse a expensas de otras fuentes, básicamente de los aminoácidos de las proteínas.

De igual manera, la mayor parte de la energía obtenida después de los primeros días de la dieta proviene de las grasas. Esto origina un conflicto metabólico, puesto que uno de los productos intermedios del proceso de oxidación de las grasas también se produce en la síntesis de glucosa a partir de las proteínas.

Debido a que estas rutas metabólicas funcionan en direcciones contrarias, se llega a una situación de compromiso, de tal manera que la síntesis de glucosa y la oxidación de las grasas continúa pero sólo parcialmente. Las grasas parcialmente oxidadas forman cuerpos cetónicos que se eliminan por la orina, pero la pérdida de peso se debe en mayor proporción por la pérdida de agua, sodio y de tejido muscular. Lo anterior conlleva problemas de salud como: hipoglucemia, cetosis, náuseas y deshidratación (Gibney, 1986; García, 1990).

Las dietas con bajo contenido de proteínas (con una ingesta diaria menor a 20 gr./día, siendo la media de 90 gr./día pretende reducir el volumen de la musculatura en caderas, muslos y hombros.

Los problemas derivados de éste régimen son: afectación de los tejidos ricos en proteínas (músculos, corazón, hígado, bazo), deterioro de la capacidad digestiva y de la respuesta inmunitaria (Gibney, 1986).

La dieta vegetariana se basa en el consumo de grandes cantidades de fibra vegetal. Por lo general, se compone de alimentos como: hortalizas, frutas, cereales y legumbres, los cuales contienen fibra que no es digerible y diluye a los componentes que brindan energía. Así mismo, presenta bajas concentraciones de proteínas en la ingesta. Este tipo de régimen dietético es practicado por los vegetarianos (de manera voluntaria) o en casos en que la salud está afectada (Gibney, 1986). El mayor inconveniente de este tipo de dieta es el escaso consumo de proteínas, que limita la disposición de aminoácidos para mantener de manera adecuada los procesos fisiológicos, y produce deficiencia de vitamina B12 (Olascoaga, 1969).

Algunas otras dietas se refieren a las proporciones relativas de proteínas, carbohidratos y grasa en la dieta; otras se centran en el consumo de determinados alimentos y compuestos "adelgazantes". Una de éstas es la dieta "del pomelo o toronja", puesto que algunos suponen que posee enzimas que degradan las grasas (Gibney, 1986).

Estas clases de dietas abundan en las sociedades occidentales, donde hacer dietas para controlar el peso corporal es un logro que se valora y se encuentra asociado con las virtudes de autorrechazo y control sobre los deseos del cuerpo que puede compensar al individuo de las dificultades para manejar otras áreas de su vida. Particularmente las presiones que se ejercen en la mujer para realizarse, ser útil, independiente, competitiva y además mantener su tradicional papel de esposa, ama de casa y madre, si bien no son suficientes para el desarrollo de la anorexia o bulimia nerviosas, sí influyen significativamente para la expresión de estos trastornos en caso de predisposición individual (León, 1998).

Según Arensen (1991) el problema de las dietas es que son temporales. Se cambian los hábitos alimentarios durante un período de tiempo relativamente corto (las personas sufren, se reprimen y ponen fuerza de voluntad). Todo ese control parece merecer la pena porque no durará mucho tiempo ya que tarde o temprano, se volverá a todos esos alimentos a los que se renuncia de momento. Los antiguos hábitos alimentarios nos gustan, por lo que las dietas son solo intervalos desagradables en una vida de alimentación excesiva.

Preocupación por el peso corporal

En las sociedades industrializadas se ha presentado un cambio cultural creciente en relación con la preocupación por la comida y la delgadez. Así en estudios realizados en USA en 1978 se vio que el 45% de mujeres amas de casa hacían dieta al año; que el 56% de mujeres entre 25-54 años hacían dieta; que el 76% de las mujeres que hacían dieta lo hacían más por razones de estética que de salud (Chinchilla-Moreno, 1994).

De acuerdo con Patton *et al.*, (1990) el riesgo relativo de los dietantes de convertirse en casos clínicos a los 15 años, es ocho veces mayor que el de los no dietantes. Además es cada vez más evidente que los niños están adquiriendo la neurosis de los adultos, la obsesión por un peso y forma corporal tendiente hacia una delgadez difícil de alcanzar, pero a qué edad adquieren importancia los intereses relacionados con hacer dieta, aún no se sabe a ciencia cierta.

Dieta crónica y restrictiva

Por otra parte, el régimen insuficiente es el que no alcanza a cubrir los gastos calóricos del organismo y lleva al balance negativo de los nutrientes calorigénicos, por consumo de las reservas de grasas, de glucógeno y de proteínas. Este tipo de régimen lo presentan las dietas líquidas, las dietas blandas, las de reducción de peso corporal y la alimentación escasa, por razones económicas. Se dice que una dieta es insuficiente cuando aporta menos del 90% de las calorías recomendadas en estado de buena salud o enfermedad (Olascoaga, 1969).

De acuerdo con la FAO, cuando la alimentación es insuficiente y no provee al individuo de la energía necesaria para satisfacer su conservación y normal funcionamiento se produce la hipoalimentación o alimentación hipocalórica (Casado, 1967).

Este tipo de alimentación se produce por llevar una dieta insuficiente en cantidad y generalmente implica que quienes la padecen sientan hambre. Sin embargo, la restricción alimentaria que se mantiene por un tiempo prolongado puede inhibir el deseo de comer (Casado, 1967).

El régimen carente es el que carece de uno ó más de los nutrientes que ha consumido el organismo y lleva a la enfermedad o a la muerte, cuando se mantienen las carencias por mayor tiempo del que

permiten las reservas del organismo. El ayuno, ya sea por periodos cortos de tiempo o prolongados, pertenecen a este régimen (Grande, 1988; MacArdle, 1990; Olascoaga, 1969).

Por otro lado, los individuos que presentan hipoalimentación moderada y permanente o crónica, no sienten la sensación de hambre de manera intensa, sino que se produce una adaptación que evita esta sensación (Casado, 1967).

La alimentación hipocalórica origina un proceso de desnutrición parcial (inanición crónica) o total (inedia), con base en la intensidad de la restricción. Este tipo de alimentación implica el consumo de las reservas corporales con el consiguiente enflaquecimiento e hinchazón en ciertas partes del cuerpo (Casado, 1967).

Además, MacArdle (1990) refieren que saltarse las comidas para restringir la ingestión de calorías produce un incremento en el depósito y almacén de grasa corporal, debido a que el ayuno provoca que se incrementen las enzimas que depositan la grasa y el porcentaje de alimentos absorbidos por el intestino delgado.

Conducta alimentaria normal

El régimen suficiente es el que aporta las calorías necesarias para mantener la salud y la normalidad de las funciones del organismo, en relación con la edad, sexo, trabajo, ambiente, horas de sueño, maternidad y otras circunstancias y que se basa en un tiempo de 24 horas, o al peso corporal ideal. Este régimen es lo normal y deseable para todas las personas sanas (Olascoaga, 1969).

Por lo tanto, la conducta alimentaria normal se refiere a la práctica de un régimen completo que aporte los principios nutritivos en las cantidades convenientes para reponer los consumos del organismo de cada sujeto según la edad, sexo, trabajo, profesión y condiciones fisiopatológicas (Olascoaga, 1969).

Conducta alimentaria compulsiva

Para algunas personas, la comida representa una manera de aliviar los estresores a los que están expuestos en su jornada diaria. La sobrealimentación puede presentarse por algunas razones, incluyendo: tendencias genéticas, hábitos, costumbres religiosas, sociales y familiares, aburrimiento,

funcionamiento alterado del centro de saciedad en el hipotálamo, tensiones provocadas por estrés (Morse y Pollack, 1998).

Así mismo, la alimentación compulsiva puede ocurrir durante las comidas regulares, pero con más frecuencia entre las comidas. Por lo general, cualquier alimento se puede consumir de manera compulsiva, pero especialmente las palomitas, pastelillos, papas fritas, galletas, dulces y otras golosinas. Estas conductas son una forma de aliviar la tensión que produce el estrés, pero por norma sólo conducen a la obesidad (Morse y Pollack, 1998).

Alteración de la imagen corporal como factor de riesgo

Dentro del desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria, uno de los factores que contribuye de manera más significativa y que ha sido observado en diversos estudios, es la distorsión de la imagen corporal, ya que cuando está presente, los sujetos no dejan de verse y sentirse gordos a pesar de la pérdida de peso (Gómez Pérez-Mitré, 1997). En el presente trabajo, este aspecto se aborda de manera más extensa en el capítulo IV.

Trastornos de la personalidad como factor de riesgo

Las personas con cualquiera de los dos trastornos de la alimentación mencionados, comparten ciertos rasgos de personalidad como el miedo de perder el control hacia la comida y de engordar, así como una autoestima baja. Además, también presentan dificultades para identificar y comunicar sus emociones (Morea, 1999).

Morea (1999) menciona que cerca de una tercera parte de los anoréxicos se pueden clasificar como con "personalidades evasivas", tienden a ser perfeccionistas y a ser inhibidos emocional y sexualmente, con frecuencia se observa en ellos una reducida vida de fantasía sobre todo de tipo sexual aún en comparación con los bulímicos, rara vez se rebelan y son percibidos por los demás como generalmente "buenos". Carecen de un sentido fuerte de identidad, son sumamente sensibles al fracaso y a toda crítica (no importa que tan leve sea esta) refuerza su creencia de que "no son buenos".

Aproximadamente el 40% de las personas con anorexia bulímica, es decir, aquellas que pierden peso mediante atracones seguidos de purgas, tienden a tener estados de ánimo, modelos de pensamiento, comportamiento e imágenes de sí mismo muy inestables, no pueden estar solas y

exigen atención constante. Se han descrito como causantes de caos a sus alrededor mediante el uso de recursos emocionales, tales como: berrinches, amenazas de suicidio e hipocondría. Idealizan a las personas y eso propicia que a menudo son decepcionadas y rechazadas (Morea, 1999).

Con frecuencia los trastornos de la alimentación son acompañados por depresión, trastornos de ansiedad o ambos. Aunque aún no se sabe si el trastorno de alimentación propicia a la depresión o si la depresión origina trastornos de alimentación, en los informes existentes la apreciación de problemas psicológicos si están presentes cuando el trastorno se diagnostica (Morea 1999).

Las personas con anorexia, a menudo experimentan trastornos de ansiedad, incluyendo fobias y trastorno obsesivo-compulsivo. Cerca de 25% de pacientes con anorexia tienen fobias sociales (temor a ser humillados públicamente), sin embargo, son más propensos al trastorno obsesivo-compulsivo. Las personas que padecen trastornos de alimentación con anorexia se pueden obsesionar con el ejercicio, hacer dieta y con la comida (Morea, 1999).

Deporte como factor de riesgo

La literatura que existe acerca de los trastornos de alimentación, la imagen corporal y los factores de riesgo en el deporte, se enfoca con mayor frecuencia a estudios realizados en las disciplinas del atletismo y la gimnasia (Toro, 1990).

Gibney (1986) y Feldman (1990) coinciden en que la dieta más adecuada para las necesidades del atleta, sea aficionado o profesional no es distinta del común de la población; es decir, que el aporte energético se base en: 10 a 15% de proteínas, 30-35% de grasas poliinsaturadas, 10% de grasas insaturadas y 50-60% de carbohidratos, con excepción de los atletas que requieren de más energía, alcanzando hasta el 70% de carbohidratos, con cantidades apropiadas de agua, vitaminas y minerales obtenidos de los alimentos que consumen.

Además ambos autores refieren que no es verdadera la suposición de que los atletas necesiten un mayor aporte de proteínas; en realidad el combustible para la actividad muscular es la grasa obtenida de los depósitos musculares y de los ácidos grasos presentes en la sangre y, por otra parte, los complementos vitamínicos no mejoran el rendimiento de los atletas siendo recomendable mantener una alimentación balanceada.

De acuerdo con Toro (1990), existen tres circunstancias que determinan la asociación de un trastorno alimentario con el tipo de práctica deportiva:

- Que el deporte en general o una disciplina específica atraiga a sujetos que ya presentan un trastorno alimentario o están en riesgo de padecerlo, p. ej. carrera de fondo o gimnasia.
- Que la práctica deportiva en sí origine el trastorno del comportamiento alimentario.
- La actividad deportiva puede desencadenar el trastorno alimentario en personas que tienen una mayor predisposición biológica, social o psicológica; p. ej. la creencia de que la disminución de la cantidad de grasa corporal mejora el rendimiento.

La literatura existente acerca de los trastornos de alimentación, la imagen corporal y las conductas alimentarias de riesgo en el deporte, se enfocan con mayor frecuencia en las mujeres, ya que son las más afectadas (Toro, 1990).

Lemus y Rubio (1993) realizaron una revisión de la literatura existente acerca de la incidencia de trastornos de la alimentación dentro del deporte, específicamente del atletismo en mujeres. Indican que los deportes en donde existe mayor probabilidad de desarrollar trastornos de la alimentación son aquellos donde existe una presión por mantener un peso bajo o perder peso.

Estos autores identificaron 4 grupos de deportes en donde es importante tener un peso corporal bajo:

- 1) Deportes que establecen categorías con base en el peso: boxeo, lucha, halterofilia;
- 2) deportes en donde un peso bajo mejora el desarrollo de los movimientos (gimnasia) o para la mejora de la competición (remeros, kayak, jockeys);
- 3) deportes que requieren una figura delgada y atractiva ante los jueces (gimnasia, patinaje artístico) y
- 4) deportes de resistencia (fondo, medio fondo y maratón).

Respecto al último grupo, indican que la mayor incidencia de anorexia se encuentra en las corredoras de fondo y medio fondo. Esto se debe probablemente a que mantienen la creencia de que si poseen un peso corporal bajo, su rendimiento aumentará.

Martínez Mallén, Toro, Salamero, Blecua y Zaragoza (1993) observaron en una muestra de adolescentes de Barcelona que el 46% practicaba algún ejercicio con la finalidad de adelgazar y alrededor del 10% lo había practicado por más de tres temporadas a lo largo de su vida.

Según estos autores, se le ha dado poca importancia al ejercicio físico como factor de riesgo para los trastornos alimentarios, en comparación con las dietas; se le ha considerado como un comportamiento sintomático. Sin embargo, su relevancia como antecedente de algunos casos de anorexia nervosa hablan ya de anorexia por ejercicio.

En otra línea de investigación, se han realizado diversos estudios experimentales con animales de laboratorio (Roufftenberg y Kauzenof, 1967; Epling y Pierce, 1988; Pierce, Epling y Boer, 1986; cit. por Toro, 1990) para analizar las relaciones entre actividad física, ingesta alimentaria y peso corporal. Los resultados que obtuvieron indican que la ingestión alimentaria se reduce cuando la actividad física es excesiva, lo cual puede estar relacionado con la alteración bioquímica de los procesos de saciedad o con una disminución del poder reforzador del alimento.

Por otra parte, Pierce, Epling y Boer (1986, cit. por Toro, 1990) demostraron que cuando existe privación del alimento se incrementa la eficacia reforzadora del correr y a su vez, el correr reduce la intensidad del alimento como reforzador. Ellos suponen que se debe a que el ejercicio incrementa el nivel de endorfinas, lo cual reduce el apetito.

Kron y Katz, (1978, cit. por Toro, 1990) hallaron dentro de un grupo de 33 pacientes anoréxicos a 25 que hacían ejercicio en exceso; de éstos últimos, 21 comenzaron a hacer ejercicio antes de que se presentara el cuadro clínico y la disminución del peso corporal.

Yates (1991, cit. por Toro, 1990) estudió la relación entre el ejercicio físico y la presencia de trastornos alimentarios, encontrando que existen sujetos (a los cuales denomina corredores obligatorios) que basan su vida en el deporte y cuya motivación es la de mantener un control sobre el cuerpo; con la finalidad de incrementar su fuerza, hacerlo más estético o mantenerse "en forma", para lo cual siguen un programa de entrenamiento y un régimen alimenticio.

En un estudio que realizaron Rosen, McKeag, Hough y Curley (1986, cit. por Toro, 1990) se investigó la incidencia de conductas patógenas que tenían como objeto la pérdida de peso en un grupo de 182 mujeres deportistas de edades entre 17 y 23 años, pertenecientes 10 distintas disciplinas. Encontraron que el 25% ingería comprimidos para adelgazar, el 16% utilizaba laxantes y el 14% se inducía el vómito con la finalidad de disminuir su peso corporal. El 32% practicaba al menos una de estas conductas compensatorias inapropiadas. En su historia personal, la mayoría que practicaban estas formas de adelgazamiento se percibieron como obesas en algún momento de su vida. El 74% de las gimnastas y el 47% de las fondistas de este estudio reportaron conductas alimentarias anómalas.

En otra investigación Davis (1992) propuso investigar si existe relación entre las conductas de dieta de las atletas de alto rendimiento y las conductas patológicas para el control de peso en estas atletas. Además, también exploró la importancia del peso y la composición corporal para la ejecución adecuada, así como determinar la relación existente entre las medidas corporales objetivas y las subjetivas, los factores de personalidad y la preocupación por el peso en esta muestra de atletas competitivas.

La muestra se compuso por 99 mujeres atletas situadas en un rango de edad entre 13-30 años. Las disciplinas en las que participaban fueron: basketball, hockey sobre pasto, gimnasia artística y rítmica, esquí sobre hielo, nado sincronizado y volleyball. También participó un grupo control de 111 mujeres universitarias no atletas, no mayores de 30 años y que no practicaban deportes.

Se encontró que el 61% de los sujetos deseaban perder peso aun cuando su IMC era menor de 20, mientras que el 74% de los sujetos control reportaron perder peso, sin embargo, sólo el 9.2% tenían un IMC abajo o igual a 20. También se encontró que el 27% de las atletas estaban continuamente a dieta a diferencia del 9% en el grupo control.

Por otra parte, Petrie (1993) estudió las conductas anómalas relacionadas con los hábitos alimenticios en una muestra de mujeres gimnastas. La muestra se dividió en diferentes grupos: un grupo que tenía peso normal, otro estaba conformado por mujeres que tenían hábitos normales de alimentación, en otro estaban las mujeres que hacían ejercicio excesivo, o se purgaban o vomitaban o recurrían a dietas restrictivas, bulímicas y sub-bulímicas. También se propuso determinar qué tanto diferían estos grupos de atletas con desórdenes de alimentación, en cuanto a características de

personalidad y creencias de lo que es atractivo. Las variables estudiadas fueron el autoestima y la satisfacción corporal. Así mismo se observó la relación entre peso ideal y peso real.

La muestra consistió de 215 mujeres gimnastas cuya edad media era de 19.4 años y que habían competido entre 2 y 5 años y con peso dentro de lo normal. Se les distribuyó en 5 grupos diferentes con las categorías de: normal (n=45), ejercicio excesivo (n=36), accesos bulímicos (n=17), dietantes restrictivas (n=33), principios de bulimia (n=35) y bulímicas (n=34).

Los resultados mostraron que el 61.3% de las gimnastas se clasificaron con desórdenes intermedios del comer. El 60% reportó conductas anómalas del comer aunque no necesariamente patológicas. También se encontró que las clasificadas como bulímicas tenían menor satisfacción con su cuerpo que las normales y que las que hacían ejercicio obsesivo. Así mismo, de las que practicaban ejercicio excesivo, 18% reportaron hacerlo como método para perder peso. De las clasificadas como dietantes restrictivas, el 18.2% reportaron hacer dietas rápidas sin hacer ejercicio excesivo. Estos hallazgos sugieren que las jóvenes atletas pueden llegar a emplear el ejercicio con más frecuencia como método para perder peso, que recurrir a dietas rápidas.

Aún en mujeres que no se clasifican como deportistas de competencia, sino que simplemente practican el ejercicio como una forma de perder peso, se pueden observar datos similares, como los observados por Martínez *et al.*, (1993). Estos investigadores se propusieron conocer las actitudes, experiencias e influencias socioculturales relacionadas con el peso y el adelgazamiento de un grupo de 675 jóvenes de Barcelona de clase socioeconómica media alta, a quienes se les aplicó un instrumento de 40 ítems que exploraba las experiencias referidas a los modelos sociales públicos (actrices, bailarinas, etc.), experiencias interpersonales comunes, prácticas de adelgazamiento, experiencias relacionadas con la publicidad y lecturas que fomentan el adelgazamiento, actitudes e influencia de las amigas sobre su cuerpo y alimentación.

Según los resultados, las situaciones en que se cuestiona la figura de las chicas generan ansiedad en un 50% como cuando se ponen ropa justa. Por otra parte, un buen número había realizado actividades adelgazantes, el 35% de las jóvenes habían hecho dieta y casi el 10% durante 3 o más periodos. La restricción alimentaria fue la actividad más frecuente en la población universitaria, mientras que el ejercicio físico orientado a adelgazar se utilizó por casi la mitad de la población.

En cuanto a las mujeres que practican el culturismo, Yates (1991, cit. por Toro, 1990) señala que algunas han sido anteriormente instructoras de aerobics o bailarinas de ballet. Así mismo, refiere que en este deporte las mujeres deben entrenarse con mayor intensidad y durante un tiempo mayor que los hombres, restringen aún más que los hombres su alimentación para reducir los niveles normales de grasa, además de consumir frecuentemente esteroides anabólicos para lograr un aumento de la masa muscular y diuréticos con la finalidad de que la piel pierda agua y se definan mejor los músculos.

Entre los hombres, los practicantes de lucha y boxeo tienen mayor riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria, debido a que existen categorías en función del peso (Steen y Brownell, 1990; cit. por Toro, 1990). Pérez Recio, Rodríguez y Esteve, 1990; cit. por Toro, 1990) administraron el EAT (Eating Alimentary Test) y el EDI (Eating Disorders Inventory) a una muestra de practicantes de halterofilia, judo y tae kwon do y a otro grupo de practicantes de otras disciplinas que no se basan en categorías por peso corporal. Los resultados mostraron puntuaciones significativamente más elevadas en los tres primeros deportes en el EAT y en algunas escalas del EDI, p. ej. "insatisfacción corporal" y "perfeccionismo".

Referente a los culturistas, Toro (1990) indica que existen pocos datos acerca de la existencia de trastornos de la alimentación. No obstante, supone que sí existen conductas de riesgo relacionadas con la alimentación y que éstas se presentan con alta frecuencia; V. gr. deshidrataciones autoinducidas, ayunos, uso excesivo de laxantes y diuréticos, así como vómitos. Además, este deporte implica un entrenamiento continuo y la práctica de dietas rigurosas y obsesivas a base de grandes cantidades de proteínas, con un mínimo de grasas y azúcares.

En nuestro país, el estudio de los factores de riesgo relacionados con trastornos alimentarios es reciente (v. gr. Gómez Pérez-Mitré, 1993a; Gómez Pérez-Mitré, 1993b; Gómez Pérez-Mitré, Granados, Jáuregui, Tafoya y Unikel, 1998; Gómez Pérez-Mitré, 1998).

En otro aspecto, Aquino (1998) llevó a cabo una investigación con mujeres que hacían ejercicio físico y mujeres sedentarias de edades entre 18 y 50 años con el fin de determinar si se presentaban factores de riesgo relacionados con trastornos alimentarios en estos grupos.

Los resultados mostraron que las mujeres que realizaban ejercicio físico entrenaban entre 1 y 2 horas diarias, por lo que no hacían ejercicio en exceso. Ambos grupos presentaron sobrepeso y deseaban tener un peso menor que el que realmente tenían; además, las mujeres sedentarias estuvieron más insatisfechas con su imagen corporal.

En otro sentido, el grupo que no hacían ejercicio habían recurrido con mayor frecuencia a las dietas restrictivas para controlar su peso y las practicaron a edades más tempranas que las mujeres que hacen ejercicio físico; no obstante, a partir de los 18 años la mayoría de las mujeres de la muestra total ya habían practicado algún tipo de dieta.

Por otra parte, los principales motivos por los cuales hacían ejercicio eran: el deseo de modificar su cuerpo y controlar su peso, autoaceptarse, sentirse aceptadas por otros y sentir que tienen control y disciplina sobre su cuerpo; en cambio, consideran que es menos importante practicar ejercicio para mejorar su calidad de vida y su salud.

Respecto a los factores de riesgo relacionados con trastornos alimentarios, las mujeres que hacían ejercicio tenían hábitos alimenticios más adecuados (a pesar de presentar sobrepeso), pero al mismo tiempo se preocupan por la comida y evitan comer tortillas, harinas o grasas, pero pasan por periodos en los cuales comen en exceso y procuran hacer más ejercicio para controlar el peso. Por su parte, las mujeres sedentarias tienden a recurrir a conductas psicológicamente compensatorias, con el fin de aliviar tensiones y sentirse bien, aunque no encontró diferencias significativas y en general, no se presentaron de manera significativa la práctica de conductas de evitación o compensatorias en ambos grupos.

De manera específica Mariani y Chapur (1998) realizaron una investigación con 10 individuos fisiculturistas que presentan lo que aparenta ser un nuevo Trastorno de la Conducta Alimentaria. El abuso de sustancias esteroideas, anabólicos, etcétera, que pueden acarrear un potencial riesgo para su salud.

El estudio se realizó en una población masculina que concurre a gimnasios de fisiculturismo, mediante cuestionarios autoadministrables. Los resultados parecen poner de manifiesto la posible

existencia de un nuevo Trastorno de la Conducta Alimentaria para el cual proponen los siguientes criterios clínicos de diagnóstico:

A. Rechazo contundente a mantener la masa muscular y/o peso corporal por debajo del valor máximo normal considerando la edad y la talla del individuo.

B. Miedo intenso a perder masa muscular y/o adelgazar o a convertirse en un flaco "debilucho". Por ejemplo: imperiosidad de concurrir a un gimnasio la mayor cantidad de días posibles a la semana.

C. Alteración en la percepción de la silueta corporal, el peso y/o la talla. Por ejemplo: la persona se queja de que se encuentra "flaca", a pesar de que su silueta está incluso por encima de la media poblacional.

D. Abuso de sustancias anabólicas, esteroides, estimulantes del apetito, aminoácidos, etcétera.

E. Incapacidad para vivenciar la alimentación como algo placentero y/o normal. Por ejemplo: imperiosidad en la ingestión de un mínimo de calorías diarias y/o una calidad específica de alimentación especialmente referida a la proporción de proteínas contenida en la dieta.

Es importante recalcar que ninguno de los 10 individuos evaluados competía en torneos de fisiculturismo ni realizaba esta actividad con fines laborales o remuneratorios. De cualquier forma el fin de la investigación era ver si hay o no un límite traspasado en estos individuos entre lo que sería una práctica normal del fisiculturismo (ya sea con fines estéticos, laborales, deportivos, etcétera, y la presencia de un posible Trastorno de la Conducta Alimentaria: el Síndrome del Fisiculturista.

CAPITULO V

IMAGEN CORPORAL

Conceptualización de la Imagen Corporal

El concepto de imagen corporal forma parte, en principio, del autoconcepto que para diversos autores y a través de la historia se ha definido de acuerdo con diferentes corrientes del pensamiento filosófico y psicológico. Mencionando algunos encontramos que Aristóteles en el siglo III a. C. fue uno de los primeros en hacer una descripción sistemática del Yo, aunque es San Agustín quien hace una primera introspección acerca de un self personal. (Aquino, 1998; Guillemot y Laxenaire, 1994).

En el siglo XIX, William James propone las primeras bases del autoconcepto. De acuerdo con él, el self del hombre es la suma total de todo aquello que pueda llamar suyo. También considera que el self empírico o "MI" está formado por tres elementos: el self social o las opiniones que los demás tienen de él; el self material o cuerpo y el self espiritual, con las habilidades y rasgos dirigidos por el propio ego, el Yo (Aquino, 1998).

Posteriormente, el término imagen corporal es mencionado en 1958 por Schilder y se refiere a la representación mental que nos formamos de nuestro propio cuerpo. En la integración de dicha imagen corporal intervienen las siguientes situaciones:

- a. Sensaciones: Pueden ser visuales, táctiles, de dolor, etc., así como aquellas que provienen de los músculos y sus aponeurosis, de la inervación de los mismos y de las vísceras.
- b. La experiencia inmediata que tenemos de la existencia de nuestra unidad corporal (Schilder, 1958).

Para Schilder (1958) la unidad corporal no se integra solamente a través de simples percepciones o mediante la imaginación, ya que se trata de la apariencia propia del cuerpo, de la imagen tridimensional de nosotros mismos; lo que ha recibido el nombre de esquema de nuestro cuerpo o modelo postural del cuerpo.

Entre las distintas definiciones del concepto de imagen corporal, una de las más completas es la de Bruchon-Schweitzer (1992, p.162), quien la define como "la configuración global que forma el

conjunto de las representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes que el individuo ha elaborado con respecto a su cuerpo durante su existencia y a través de diversas experiencias”.

Por otra parte, Gómez Pérez-Mitré (1997) indica que dentro de las experiencias a las que hace mención Bruchon-Schweitzer (1992), habría que agregar las que se originan por los cambios biológicos y psicológicos, además de los factores sociales, culturales y de género.

Así mismo, indica que existen dos formas en las que se percibe el cuerpo: una se enfoca en las propiedades físicas y espaciales del cuerpo (estimación de distancias y proporciones, orientación espacial) y se denomina “imagen espacial del cuerpo”; la otra es la imagen afectiva del cuerpo, que analiza las percepciones, representaciones y afectos elaborados a partir del propio cuerpo y referidos a unas normas, llamada “satisfacción corporal, atractivo subjetivo o identidad corporal percibida” (Bruchon-Schweitzer, 1992).

La imagen corporal se construye mediante adquisiciones múltiples visuales, cintestésicas, cognoscitivas, afectivas y sociales, cuya finalidad es que cada individuo perciba su cuerpo como único, diferente de los otros y “propio”, además de la aprehensión de sí mismo como objeto y sujeto (Bruchon-Schweitzer, 1992; Caparrós y Sanfeliú, 1997).

Marleau-Ponty (cit. por Wapner, Werner, De Ajuriaguerra, Cleveland, Critchley, Fisher y Witkin, 1965) identificó tres las etapas en la historia de la conceptualización de la imagen corporal: en la primera etapa, el cuerpo es considerado como un conjunto de numerosas asociaciones visuales, táctiles y kinestésicas. Los principales modelos explicativos de esta etapa son: la noción de imagen corporal propuesta por Schilder y el modelo de Head.

En la segunda etapa, se refuta la noción asociativa y se añade el concepto de “forma” estructurada; es decir, origina una noción configuracional de la postura del cuerpo basado en la escuela de la Gestalt, así, se define la imagen corporal como las relaciones mutuas y colectivas entre las partes del cuerpo.

Finalmente, en la tercera etapa se abandona el concepto estático propuesto por la Gestalt y la imagen corporal se define como una unidad dinámica. Con base en este modelo, las relaciones entre las partes y el todo subsisten como noción fundamental, pero ahora considerados como parte de la

organización dinámica de centros esenciales de actividad psíquica que regulan elementos periféricos. De la misma manera, este enfoque considera que es una entidad cambiante, siendo la situación lo que determina qué es lo central y qué es lo periférico; en resumen, considera que la imagen corporal es más bien un suceso, más que un proceso imaginativo.

Autores como Cervera (1965), Rincón (1969) y Turón (1997) hacen referencia a la noción de Imagen Corporal que planteó Head, quien indica que es mediante continuas alteraciones de la posición, como vamos construyendo un modelo postural de nosotros mismos, y que esta sujeto a cambios constantes. Head suponía que cada movimiento que se realiza por primera vez queda registrado en un "esquema", el cual será la base para medir todos los cambios subsecuentes de la postura antes de que ingresen en la conciencia y de que la actividad de la corteza cerebral registre cada nuevo grupo de sensaciones producidas por la alteración de la postura en relación con el esquema corporal. Inmediatamente después de completarse esta actividad, se presenta el conocimiento del modelo postural del cuerpo o esquema corporal. Además, todo lo que participe del movimiento inconscientemente se suma al modelo postural de nosotros mismos.

En la formación de la imagen corporal intervienen múltiples factores, fisiológicos, psicológicos y sociales que se originan por el continuo contacto que se establece con el mundo exterior; los aspectos psicológicos se originan no solo por el interés que mostramos en nuestro propio cuerpo, sino también por el interés que muestran las personas que nos rodean y por las distintas partes que conforman la imagen corporal, mientras que la parte social se integra con base en la observación de lo que hacen con su cuerpo las personas que están a nuestro alrededor (Cervera, 1965).

Esta imagen o esquema personal se elabora desde la infancia a partir de impresiones sensoriales múltiples: musculares, articulares, cutáneas, visuales y auditivas. Cuando ésta representación corporal está constituida, permanece constante e indeleble a lo largo de la vida del individuo (Martínez-Fornés, 1994).

Martínez-Fornés (1994) afirma que la integración del esquema corporal se lleva a cabo con la participación de estructuras cerebrales localizadas en el lóbulo temporal. Para él, los trastornos de esta somatognosia revelan siempre una lesión cerebral o un trastorno mental - como en el caso de la anorexia nerviosa -.

ENFOQUE PSICOBIOLOGICO DEL CUERPO

Henri Wallon es el principal representante de la tendencia psicobiológica del cuerpo, al demostrar el papel esencial de la motricidad y de la función postural del cuerpo en la evolución psicológica del niño. Se propuso demostrar cómo el niño llega poco a poco a adquirir conciencia de su cuerpo como realidad dinámica distinta de los objetos y de los demás seres vivos, humanos o no humanos (Bernard, 1985).

La conciencia que el niño tenga de su propio cuerpo dependerá de la conciencia de su personalidad y de las actitudes que los adultos le hayan recomendado adoptar frente al medio físico y al medio social. En el niño la imagen del cuerpo se modela por las condiciones de vida y de pensamiento que le determinan las técnicas, usanzas, creencias, conocimientos, etc., propios de la época y de la civilización a la que pertenece (Wallon, 1962).

ENFOQUE FENOMENOLÓGICO DEL CUERPO

Al igual que Wallon, Merleau-Ponty comprueba que el concepto de esquema corporal es insuficiente para explicar, tanto las formas patológicas de la conciencia del cuerpo, como la experiencia normal de la corporeidad (Aisenson, 1981; Bernard, 1985; Rincón, 1969).

De igual manera Merleau-Ponty (1969) afirma que de la estructuración anatomofisiológica o morfológica de nuestro cuerpo y de sus experiencias adquiridas, nuestro esquema corporal sólo retiene lo que es valioso para nuestros proyectos, es decir, lo que le permite adaptarse mejor a su medio. En otras palabras, el cuerpo no se manifiesta como un mecanismo neutro asociado con un mosaico de órganos, como un receptáculo indiferente de excitaciones interoceptivas, propioceptivas y exteroceptivas, sino más bien, con miras a ciertas tareas reales o posibles.

Para Merleau-Ponty (1969) el espacio corporal no es algo neutro, sino que está cargado de "valores" o significaciones claras, que deja traslucir inmediatamente, el cuerpo es un espacio expresivo. Pero no es un espacio expresivo entre otros espacios; sino que es el origen de todos, es lo que proyecta al exterior las significaciones dándoles un lugar, lo cual hace que éstas cobren existencia como cosas que tenemos al alcance de nuestras manos y ante nuestros ojos.

La consonancia que existe entre el cuerpo, el mundo natural y cultural presupone que en el cuerpo mismo hay una unidad, entre los cinco sentidos, entre los cinco sentidos y el movimiento (sentido kinestésico) y por último, entre esta sensoriomotricidad y la palabra (Merleau-Ponty, 1969).

ENFOQUE PSICOANALÍTICO DEL CUERPO

Freud suponía que el yo corporal era la estructura más arcaica. Por lo tanto, de acuerdo con este enfoque los trastornos que se expresan con prevalencia en el área corporal deben tener un origen muy profundo. Los prejuicios y deformaciones culturales imposibilitan las reflexiones sobre el cuerpo sin que se caiga en la dicotomía mente-cuerpo (Caparrós y Sanfeliú, 1997).

Para Freud, las personas vivimos nuestro cuerpo desde nuestra más tierna infancia como una pulsión sexual o libido diversificada. En las primeras etapas las pulsiones parciales funcionan y tienden a satisfacerse en el niño de forma independiente unas de otras. El cuerpo es para él un mosaico de zonas erógenas que está hecho en cierto modo "a la medida", ya que la disparidad de placeres erógenos varía según los individuos y el predominio que en la infancia se la haya dado a una u otra de estas zonas, es decir, según la fijación en una u otra fase de la evolución sexual cuyo curso normal presenta el predominio sucesivo de la zona oral, la zona anal y la zona genital. Es decir, cada niño vivirá su cuerpo según la singularidad de su historia propia, según las experiencias personales de satisfacción o frustración de su libido, que él trató de descargar en las diferentes pulsiones parciales (Bernard, 1985; Caparrós y Sanfeliú, 1997).

Ese cuerpo hecho de zonas erógenas más o menos exacerbadas o excitadas, tal como lo aprehende el niño en su goce, no es un calco de la realidad objetiva, biológica y anatómica de los órganos que corresponden a las diversas zonas erógenas. Los deseos del niño, al dar valor o predominio a esas zonas, no sólo desestructuran el cuerpo objetivo sino que también lo desrealizan entregándolo a las fantasías de lo imaginario. Al vivir intensamente su libido, cuyas ávidas exigencias sólo son contenidas por los tabúes de la primera educación, el niño aprehende su cuerpo exclusivamente a través de las proyecciones de sus deseos, es decir, en las relaciones imaginarias con aquel o aquella que debe satisfacerlos. De manera que todos los órganos objetivos, tales como se manifiestan a los ojos del observador exterior, están cargados de valores simbólicos que no tienen relación directa con la estructura ni con la función reales de esos órganos; en consecuencia, el niño vive su cuerpo como en un sueño permanente (Bernard, 1985).

Desde esta perspectiva la formación de la imagen corporal, es la integración gradual de las simbolizaciones de las partes del cuerpo en una unidad psíquica, la cual nos permite dominar la totalidad de nuestro cuerpo, al tiempo que éste conserva así toda una estructura libidinal imaginaria que está diseñada no sólo por los fantasmas de nuestra primera infancia sino también por los fantasmas de todos los conflictos afectivos que agitaron y tejieron la historia de nuestra vida (Bernard, 1985).

Para Lacan el estadio del espejo es la etapa en que se origina un proceso afectivo de identificación que gobernará todas las relaciones del niño consigo mismo y con los demás. Al identificarse primordialmente con la forma visual de su propio cuerpo, al aceptar su imagen, el niño se precipita en ella como si se tratara de un "yo ideal", que será "el origen de todas las identificaciones secundarias" que se produzcan posteriormente. Esta forma del cuerpo en el espejo simboliza la permanencia mental del yo y al mismo tiempo prefigura su destino alienante. Si esa imagen que el espejo devuelve al niño unifica el cuerpo fragmentado de éste y en tal sentido es estructural y tranquilizadora, al mismo tiempo, esa misma imagen proyecta objetivamente al exterior esa unidad y, como lo hace en sentido inverso, la enajena (Bernard, 1985).

INVESTIGACIÓN SOBRE IMAGEN CORPORAL

A lo largo del tiempo, las investigaciones acerca de la imagen corporal han mostrado que las actitudes del individuo normal con respecto a su cuerpo reflejan aspectos significativos de su identidad. De esta forma, los sentimientos individuales sobre el propio cuerpo (sentirlo pequeño o grande, atractivo o no, fuerte o débil) brindan información acerca de cómo conceptualiza cada individuo su cuerpo y de la manera en que se relaciona con otros (Wapner *et al.*, 1965).

De manera general, las investigaciones acerca de la imagen corporal se han centrado en distintas líneas de estudio. La primera se basa en la conceptualización del propio cuerpo como un caso especial de la percepción como proceso psicológico básico. Este enfoque se centra en variables clásicas, como son el tamaño y la forma (Wapner *et al.*, 1965).

Otra tendencia supone que las actitudes corporales son el resultado y reflejo de relaciones interpersonales. Con base en este marco conceptual, se centra en el estudio de las actitudes corporales antes, durante y posteriores a un tratamiento psicoterapéutico, la influencia que ejercen

las experiencias previas gratificantes o frustrantes en las evaluaciones del cuerpo, la relación entre los sentimientos corporales y características de personalidad, entre otras variables (Wapner *et al.*, 1965).

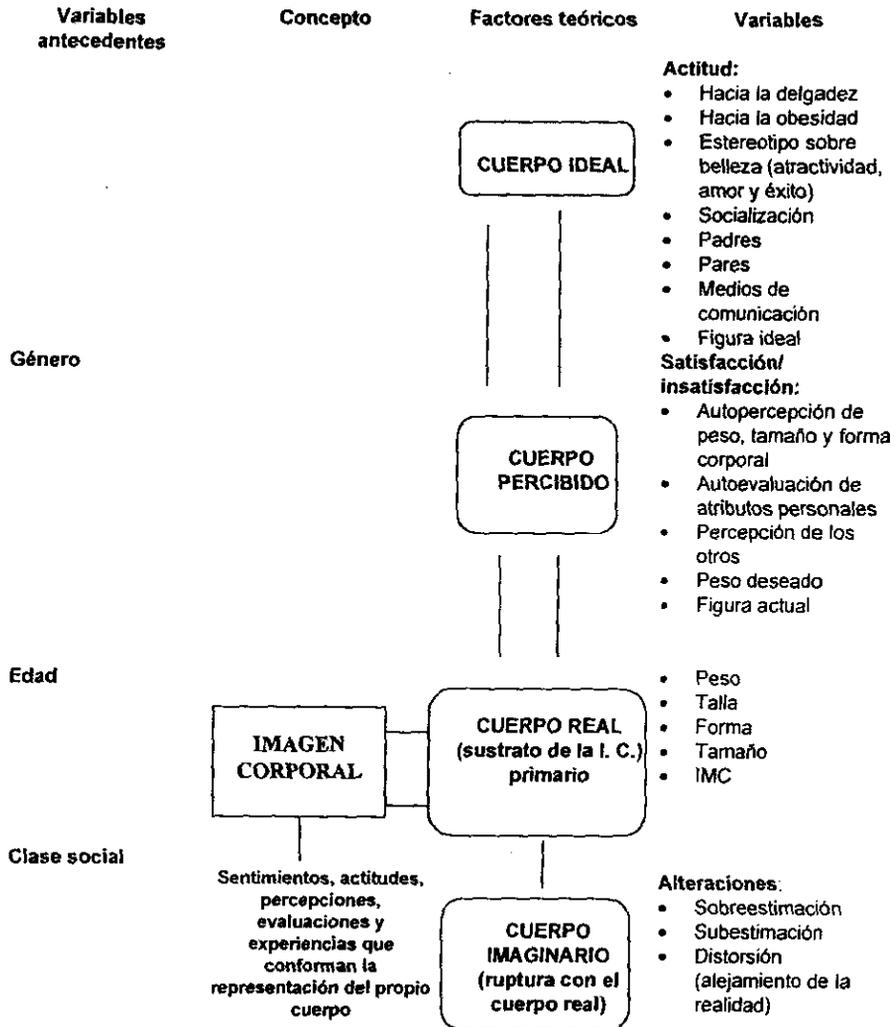
La tercera línea de investigación se centra en el estudio de los límites de la imagen corporal. Se parte del supuesto de que el individuo delimita su cuerpo del medio circundante y que el grado de discriminación puede ser importante en el comportamiento (Wapner *et al.*, 1965).

Respecto a las percepciones evaluativas globalmente favorables o desfavorables respecto al propio cuerpo (satisfacción corporal), Bruchon-Schweitzer (1992), indica que se ha desarrollado una extensa línea de investigación desde los primeros estudios de Secord y Jourard realizados en 1953. Posteriormente, se ha estudiado el desagrado por el cuerpo (Secord y Jourard, 1955; cit. por: Wapner *et al.*, 1965), el concepto del tamaño del cuerpo (Nash, 1951, cit. por: Wapner *et al.*, 1965), la plasticidad del esquema corporal (Schneiderman, 1956, cit. por: Wapner *et al.*, 1965), la posición del cuerpo en el espacio (Witkin *et al.*, 1954, cit. por: Wapner *et al.*, 1965), las proporciones deseadas (Secord y Jourard, 1955, cit. por: Wapner *et al.*, 1965), la diferenciación de los valores del lado izquierdo y derecho del cuerpo (Fisher, 1961, cit. por: Wapner *et al.*, 1965), la designación sexual de distintas regiones (Nash, 1958, cit. por: Wapner *et al.*, 1965) entre otros.

Así mismo, para investigar la Imagen Corporal se han utilizado diversas técnicas y procedimientos: asociaciones de palabras, dibujos, espejos que distorsionan las imágenes, respuestas a manchas de tinta, lentes aniseicónicos, tareas de estimación de dimensiones, dibujos distorsionados de cuerpos presentados en taquistoscopios, entre otros (Wapner *et al.*, 1965).

Para Gómez Pérez-Mitré (1997), las diferentes etapas del desarrollo y las experiencias individuales se relacionan con una imagen corporal o representación del propio cuerpo, como resultado de las experiencias cotidianas matizadas por los cambios propios de cada etapa (fisiológicos, bioquímicos, psicológicos y físicos). A partir de este supuesto, y en un primer intento para establecer relaciones entre las variables y conceptos asociados con la imagen corporal, propone un modelo o estructura hipotética con la finalidad de que funcione como guía para obtener mayor conocimiento acerca de la imagen corporal.

Tabla 1. Esquema de la estructura hipotética del concepto: Imagen corporal (Tomado de: Gómez Perez-Mitré, 1997)



ALTERACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL

La noción de imagen corporal no ha logrado tener una definición precisa y consensual, no obstante el mayor interés y el mayor número de estudios que se han realizado una vez que se empezó a documentar su papel como factor de riesgo en el desarrollo de los trastornos de la alimentación ha ido en aumento (v. gr. Bruch, 1962, 1973, 1975; Crisp, 1967; Russell, 1970). Es un hecho que el concepto de imagen corporal ha mostrado ser complejo, rebasa la dimensión meramente perceptiva y desde luego no es privativa como objeto de estudio de los trastornos de la alimentación, en tanto que la imagen corporal está presente en otras alteraciones como la esquizofrenia, en el retraso mental, etc. y ha mostrado ser importante en el campo clínico de la rehabilitación.

Para entender la alteración de la imagen corporal de forma más íntegra, se deben resaltar dos aspectos importantes: 1) precisión de la estimación del tamaño y 2) sentimientos hacia el cuerpo o satisfacción/insatisfacción del cuerpo (Slade y Brodie, 1994). A través de estos dos aspectos se observan dos características, la distorsión y la satisfacción con la imagen corporal, que han sido objeto de varios estudios mediante los cuales se han llegado a reconocer como variables asociadas a los factores de riesgo para el desarrollo de los desórdenes del comer.

En lo que se refiere a la alteración de la imagen corporal, sus mayores efectos han sido encontrados en anoréxicos y el disturbio más notable es su negación para reconocer su extrema delgadez, insistiendo en que están bien (Casper, Halmi, Goldberg, Eckert, Davis, 1979). Regularmente las distorsiones que realizan los anoréxicos afectan zonas muy concretas como los muslos, caderas, abdomen, glúteos, áreas que son más voluminosas sobre todo en mujeres (Toro y Vilardell, 1987).

SATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL

Secord y Jourard (1953, cit. por Bruchon-Schweitzer, 1992), realizaron una investigación para evaluar la satisfacción corporal. Aplicaron una escala tipo Likert de 5 intervalos que evalúa la satisfacción relativa a cada parte del cuerpo o de las funciones corporales, denominada Body Cathexis Scale (BCS). Encontraron que la satisfacción corporal predice de manera significativa la satisfacción con respecto a sí mismo tanto en mujeres como en hombres.

En relación con el somatotipo percibido, Toriola e Igbokune (1985, cit. por Bruchon-Schweitzer, 1992) realizaron un estudio con 625 colegiales hombres y mujeres para conocer cómo los individuos perciben la forma de su cuerpo. El procedimiento consistió en pedirles que escogieran entre una

serie de siluetas la que más se asemejaba a ellos y luego se compararon las proporciones de las siluetas con las proporciones reales de los sujetos. Encontraron que no existe una correlación significativa entre el somatotipo percibido y el real. Más bien, el somatotipo "percibido" es el que se manifiesta como un buen predictor de la satisfacción corporal.

Gómez Pérez-Mitré (1998), en un estudio propuso un modelo de interrelación entre las variables cuerpo percibido (variable independiente), satisfacción corporal (variable mediadora) y trastornos de la alimentación (variable dependiente), probando el papel de la satisfacción corporal como mediador entre las otras variables, partiendo del supuesto de que la autopercepción corporal pierde su efecto o relación con factores de riesgo de trastornos alimentarios en cuanto se controla la satisfacción/insatisfacción corporal. Esta investigación se realizó con una muestra de 162 adolescente mujeres de edades entre 15 y 20 años, pertenecientes a un nivel socioeconómico medio.

Para medir la variable independiente (cuerpo percibido) se utilizó una escala de tipo Likert con 5 opciones de respuesta que mide "autopercepción del peso corporal", "peso deseado" y "mi peso comparado con mi peso ideal". Se le asignaron los puntajes más altos a las respuestas con mayor problema (autopercepción corporal más negativa). La variable dependiente (Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios) se midió por medio del Factor 3 "preocupación por el peso y la comida" de la Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios (EFRATA). El Factor 3 agrupa determinadas conductas alimentarias (p. ej. Búsqueda de alimentos dietéticos) y otra parte, la satisfacción/insatisfacción con la Imagen Corporal (variable interviniente o mediadora) se midió por medio de una escala Visual conformada por 9 siluetas de figuras femeninas que cubren un continuo de peso corporal desde una figura muy delgada (puntaje=1), hasta una muy gruesa o gorda (puntaje=9), colocadas en orden azaroso, se presenta en dos ocasiones en el cuestionario para medir figura actual y figura ideal.

Al obtener los resultados, se encontró que el 41.3% de la muestra se autoperciben de manera desfavorable (categorías 6 y 7); 19.2% se autopercebieron de manera aún más desfavorable (categorías 8.9 y 10); por el contrario, el 39% mostró tener una autopercepción corporal favorable y muy favorable (categorías 3 y 4). Al obtenerse la media, se encontró una ligera insatisfacción (Media=.694; DE=1.4).

Posteriormente se correlacionaron las variables y se halló que cuando se controla la satisfacción corporal, se pierde la relación significativa previa entre cuerpo percibido y trastornos de la alimentación, comprobando el modelo teórico propuesto por la autora. Así mismo, se comprobó que la autopercepción subjetiva (o cuerpo percibido) es el mejor predictor de la satisfacción corporal.

En lo que respecta al género masculino, Bruchon-Schweitzer (1992) indica que los factores que predicen mejor la satisfacción en hombres son: distancia mínima entre cuerpo real y cuerpo ideal, una estatura alta, un peso moderado, un somatotipo percibido como mesomorfo y un cuerpo considerado atractivo. De igual forma, la satisfacción de sí mismo se explica mejor estudiando algunos componentes de la satisfacción corporal global, que en el género masculino se relaciona con la idea de un cuerpo eficiente.

Tucker (1982,1984, cit. por Bruchon-Schweitzer, 1992) halló que la satisfacción con respecto al propio cuerpo es muy alta en sujetos que se consideran musculosos (del tipo mesomorfo); más bien escasa en los que se consideran delgados (ectomorfos) y baja en los que se perciben como demasiado gordos (endomorfos).

En este último estudio (Tucker, 1984, cit. por Bruchon-Schweitzer, 1992), se exploró otra variable que predice con mayor exactitud la satisfacción corporal masculina; esto es, la diferencia entre la forma del cuerpo "percibido" y la forma del cuerpo "ideal", siendo la insatisfacción tanto más significativa cuanto mayor es la distancia entre estas dos.

Respecto al somatotipo "percibido", se ha encontrado que predice diversos aspectos del concepto de sí (Lerner, 1972; Hendy y Gillies, 1978, cit. por Bruchon-Schweitzer, 1992) y diversos aspectos de la personalidad autoestimada (Tucker, 1984, cit. por Bruchon-Schweitzer, 1992). Estos estudios mostraron que los sujetos masculinos que se creen mesomorfos (musculosos) tienen un concepto de sí mismo más favorables que los otros, siendo más bajo el concepto en los endomorfos. Así mismo, se ha encontrado que los primeros son más extravertidos y menos neuróticos.

De igual manera, el estudio de Tucker (1984, cit. por Bruchon-Schweitzer, 1992) mostró que el 95% de los 255 estudiantes masculinos consideraron que el cuerpo del mesomorfo es el más bello, pero el 78% no se sienten conformes con ese cuerpo ideal. Los que creen que su cuerpo tiene ese somatotipo (lo tengan o no) tienen un perfil más favorable (están más satisfechos de su cuerpo,

poseen un concepto positivo de sí mismo, poca emotividad y extroversión); sin embargo, el somatotipo percibido predice por sí sólo el 12% de la varianza del concepto de sí.

En una investigación, Fallon y Rozin (1985) encontraron que las mujeres tendían a percibirse más gruesas que el ideal cuando se les mostraban las figuras de la escala de Sorense y Schulsinger. Concluyeron que las mujeres se muestran más inconformes con su cuerpo que el grupo de hombres.

Davis, Durnin, Guverich, Le Maire y Dionne (1993), sugieren que la insatisfacción con el peso y las dietas usualmente se acompañan por la impresión subjetiva de un "sentimiento de gordura", cuando existe una ausencia real de razones para tal sentimiento y que además interpretan su peso como un índice del grado en que se sienten gordos.

Davis (1990), realizó una investigación con la finalidad de estudiar las diferencias que existían entre dos grupos de mujeres: uno que hacía ejercicio y otro que no realizaba ejercicio respecto al grado de narcisismo con el cuerpo y el énfasis en la apariencia, esto con el fin de determinar si quienes realizan ejercicio en forma regular tienden a desarrollar conductas de riesgo, a intensificar o exagerar la atención en la imagen corporal y la ejecución física.

Además, investigó si tienen mayor riesgo de desarrollar actitudes patológicas y conductas concernientes a la dieta y la pérdida de peso. Las comparaciones se hicieron en relación con la preocupación por el peso, tanto en medidas objetivas como subjetivas del cuerpo, los factores psicológicos y la importancia de la apariencia en el estado de bienestar.

La muestra consistió en 86 mujeres que se autoidentificaban con actividad regular y otra de 72 mujeres que hacían ejercicio, todas ellas voluntarias. Los resultados mostraron que no existían diferencias significativas en cuanto a cómo calificaron su cuerpo real y el ideal. Aunque las que hacían ejercicio no se encontraban preocupadas por su peso, sí estuvieron insatisfechas con la forma del mismo y sintieron un pobre bienestar emocional, lo que pudo ser un indicador para el desarrollo de *desórdenes del comer*, puesto que existía la probabilidad de desarrollar actitudes obsesivas hacia el control del peso. La autora comenta que probablemente los ejercitadores regulares especialmente en actividades aeróbicas y de fuerza muscular, exageran la atención sobre su cuerpo ya que este grupo de mujeres fue más crítico en su apariencia, tuvo mayor atención en su cuerpo en actitud narcisista, por lo que tendió a distorsionar más su propia imagen que el grupo control.

En otra investigación realizada por Davis y Cowles (1991) en la que el objetivo era determinar las diferencias que existen entre hombres y mujeres en cuanto a la imagen corporal, peso, tipo de dieta, el grado de participación en el ejercicio, así como la relación entre estas variables. La muestra estuvo conformada por 112 mujeres y 88 hombres con edades entre 14 y 64 años de edad, los cuales se clasificaron como deportistas regulares que practicaban aeróbicos o en un programa propio de entrenamiento. Se encontró que las mujeres estaban más insatisfechas con su imagen corporal que los varones, todos los sujetos dijeron recurrir al ejercicio como un método para bajar de peso.

En otra investigación Davis (1992), propuso investigar si existe relación entre las conductas de dieta de las atletas de alto rendimiento y las conductas patológicas para el control de peso en estas atletas. Además, también exploró la importancia del peso y la composición corporal para la ejecución adecuada, así como determinar la relación existente entre las medidas corporales objetivas y las subjetivas, los factores de personalidad y la preocupación por el peso en esta muestra de atletas competitivas.

La muestra se compuso por 99 mujeres atletas situadas en un rango de edad entre 13-30 años. Las disciplinas en las que participaban fueron: basketball, hockey sobre hielo, gimnasia artística y rítmica, esquí sobre hielo, nado sincronizado y volleyball. También participó un grupo control de 111 mujeres universitarias no atletas, no mayores de 30 años y que no practicaban deportes.

Se encontró que el 61% de los sujetos deseaban perder peso aun cuando su IMC era menor de 20, mientras que el 74% de los sujetos control reportaron perder peso, sin embargo, sólo el 9.2% tenían un IMC abajo o igual a 20. También se encontró que el 27% de las atletas estaban continuamente a dieta a diferencia del 9% en el grupo control.

Cash, Novy y Grant (1994, cit. por Toro, 1990) investigaron en una muestra de 101 mujeres las razones para hacer ejercicio así como la satisfacción e insatisfacción con su imagen corporal. Se encontró que la frecuencia de ejercicio se relacionaba con los motivos por los cuales las mujeres lo hacían, la apariencia y el control del peso; según los resultados, aparentemente el control de peso y la apariencia son un motivador fuerte entre las mujeres, aún más que la salud y la aptitud física, la reducción de estrés y el buen humor y la interacción social. También se encontró que la insatisfacción con la imagen corporal es otro de los factores por los que las mujeres hacen ejercicio.

Crawford y Eklund (1994) investigaron la relación entre la ansiedad psicológica y las conductas acerca del ejercicio, específicamente la relación entre la autorrepresentación y la frecuencia y duración del ejercicio, la relación entre la ansiedad psicológica y las actitudes de las personas hacia el ejercicio. La muestra estuvo formada por mujeres en edad escolar y que practicaban aerobics (n=104), con un rango de edad de 18 a 25 años y un peso medio de 58.9 kilos con una estatura promedio de 165.8 cm; en promedio las mujeres realizaban ejercicio 3 veces a la semana, con una media en tiempo de 56.7 minutos por día.

Encontraron que las razones por las cuales los sujetos hacían ejercicio, eran por controlar su peso, obtener tono corporal y aumentar su atractivo físico y que esto se reflejaba en la forma en que se autorrepresentaban.

En el mismo sentido, Aquino (1998) realizó una investigación con mujeres que hacían ejercicio físico (aerobics 84%, entrenamiento con pesos 10%, natación 2% y karate 2%) y mujeres sedentarias de edades entre 18 y 50 años. El objetivo de su estudio era determinar si se presentaban factores de riesgo relacionados con trastornos alimentarios en estos grupos. Para estimarlos, aplicó la Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios (EFRATA), (Gómez Pérez-Mitré y Aquino, 1998) un inventario de razones para hacer ejercicio (INRAJE) (Aquino y Gómez Pérez-Mitré 1997) a las mujeres que hacían ejercicio, además efectuó mediciones antropométricas al 20% de la muestra total para estimar el Índice de Masa Corporal (IMC).

Encontró que las mujeres que realizaban ejercicio físico entrenaban entre 1 y 2 horas diarias, por lo que no hacían ejercicio en exceso. Por otra parte, en promedio, ambos grupos de mujeres presentaron sobrepeso y deseaban tener un peso menor que el que tenían. No obstante, las mujeres sedentarias estuvieron más insatisfechas con su imagen corporal.

Con respecto a la alteración de la imagen corporal y su relación con el IMC, en ambos grupos se observó que la estimación de la figura corporal actual coincidió con su peso real y en este sentido, no hubo alteraciones de la imagen corporal, puesto que se autopercebían con sobrepeso y su IMC real indicaba sobrepeso, sin embargo, las que hacían ejercicio subestimaron su imagen corporal; es decir, se consideraron más delgadas de lo que realmente eran.

Por otra parte, las mujeres que no hacían ejercicio han recurrido más ocasiones a las dietas restrictivas para controlar su peso, además, comenzaron a presentar esta conducta a edades más tempranas que las que hacen ejercicio físico; no obstante, a partir de los 18 años la mayoría de las mujeres de la muestra total ya habían practicado algún tipo de dieta.

La estimación del IMC en ambas muestras indicó que las mujeres que hacen ejercicio presentan un sobrepeso mayor que las que no lo hacían; así mismo, quienes hacen ejercicio consideran más importante la figura corporal para tener éxito en diferentes rubros de su vida (p. ej. Gustar y conseguir pareja).

Los resultados obtenidos del INRAJE mostraron que los principales motivos por los cuales hacen ejercicio es el deseo de modificar su cuerpo y controlar su peso, autoaceptarse y sentirse aceptadas por otros y sentir que tienen control y disciplina sobre su cuerpo; en cambio, consideran que es menos importante practicar ejercicio para mejorar su calidad de vida y su salud. De igual manera, recurren a la práctica de ejercicio físico porque les hace sentir bien o les ayuda a olvidar sus problemas.

Con respecto a los factores de riesgo relacionados con trastornos alimentarios, los resultados del EFRATA mostraron que las mujeres que hacían ejercicio tenían hábitos alimenticios inadecuados (como se comprueba por el sobrepeso), pero al mismo tiempo se preocupan por la comida y evitan comer tortillas, harinas o grasas, pero pasan por periodos en los cuales comen en exceso y procuran hacer más ejercicio para controlar el peso. Por su parte, las mujeres sedentarias tienden a recurrir a conductas psicológicamente compensatorias, con el fin de aliviar tensiones y sentirse bien, aunque no encontró diferencias significativas.

Además se observó que las mujeres que realizan ejercicio físico tienen mejores hábitos alimenticios que las sedentarias y en general, no se observó la práctica de conductas de evitación o compensatorias en ambos grupos.

En otra investigación, Crawford y Eklund (1994,b) estudiaron la relación entre ansiedad psicológica, ejercicio, composición corporal y autoimagen, tanto en hombres como en mujeres y la relación con el tiempo que tenían de hacer ejercicio.

La muestra consistió en mujeres en edad escolar con una edad entre 18 y 23 años y un peso promedio de 61,8 Kg y una estatura media de 1,67 m. Se encontró que el 94% reportaron disfrutar el ejercicio y realizar un promedio de 6.5 horas por semana de ejercicio o actividades recreativas.

En este estudio los resultados que encontraron mostraron que las principales razones por las que estas mujeres hacían ejercicio eran: para mejorar su tono muscular, por salud y para controlar su peso.

Pope, Katz y Hudson (1993) estudiaron a un grupo de fisicoculturismo con el fin de conocer los efectos psiquiátricos de los anabólicos, esteroides en cuanto a la imagen corporal. La muestra consistió en 55 fisicoculturistas varones que usaban anabólicos esteroides y 53 que no los usaban. Se encontró que el 2% de los sujetos fueron anoréxicos y 8% eran anoréxicos inversos; se percibían más pequeños. Esto sugiere que ambos desórdenes están relacionados con distorsión de la imagen corporal y a su vez refleja el tipo de expectativa cultural acerca del cuerpo y que los deportistas también se encuentran en riesgo de desarrollar desórdenes de la alimentación.

En México, las investigaciones acerca de los trastornos de la alimentación en el género masculino son aún más escasas que en el caso de los estudios realizados con mujeres. Debido a esta carencia de información, Gómez Pérez-Mitré, Granados, Jáuregui, Tafuya y Unikel (1998) realizaron un estudio acerca de los factores de riesgo asociados con la imagen corporal y la conducta alimentaria en muestras de hombres adolescentes y jóvenes adultos provenientes de escuelas públicas y privadas. En esta investigación muestra total N=1646, con una edad promedio de 17.63, S=2.10 y rango de 14 a 24 años.

El procedimiento consistió en la aplicación voluntaria y colectiva de un instrumento de lápiz y papel que mide la satisfacción/insatisfacción y alteración de la imagen corporal, la atractividad y la autopercepción del peso corporal en dos versiones: Imagen corporal para adolescente (IIC) y otra para adultos (ICA). Por otra parte, al 20% de la muestra total se les realizaron mediciones antropométricas para estimar el Índice de Masa Corporal (IMC).

Los resultados de esta investigación muestran en general, que consideran que, tanto su figura actual como su figura ideal es más bien delgada. En cuanto a la comparación del IMC con la

autopercepción del peso corporal, no se encontraron adolescentes o adultos emaciados o muy delgados; es decir, con un IMC < 15 y sólo el 1.8% se percibió a sí mismo emaciado; de igual manera, el 16.4% obtuvo un IMC entre 15 y 18.9 (bajo), en tanto que el 21.2% se percibió con bajo peso; por el contrario, el 42.5% de la muestra total se situó con un IMC entre 19 y 22.9, correspondiente al IMC normal, en tanto que 53.7% de la muestra total se percibió a sí mismo dentro de la categoría normal. En cuanto al sobrepeso, el 26% presentó un IMC entre 23 y 27, en tanto que el 21.8% se autopercibió con sobrepeso. Así mismo, el 9.6% obtuvo un IMC > 27 (obesidad I), en tanto que el 1.5% se percibió obeso. La obesidad II (IMC > 31) la presentó el 5.5% de la muestra total, en tanto que nadie se percibió dentro de esta categoría.

Respecto a la satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal, se encontró que sólo el 27% están satisfechos con su imagen corporal, el 41.9% se encuentra insatisfecho por estar más delgados o porque quisieran estar más gruesos y el 30.9% se perciben más delgados de lo que son en realidad. Ahora, con relación a la alteración de la imagen corporal, 41.6% presentó sobreestimación y el 30.6% se subestimó.

En relación con la Autoatribución del Calificativo Atractivo a Partes Corporales, cuerpo y yo, se encontró que en promedio consideran sus partes corporales "algo atractivas", en tanto que las percepciones más globales (de Cuerpo y Yo) se situaron dentro de la categoría "Regular".

En otro aspecto, la estimación de la Satisfacción/Insatisfacción con Partes Corporales mostró que hay mayor insatisfacción con el tamaño que con la forma, aunque en ambos aspectos se sienten insatisfechos.

No obstante, se encontró al medir la Importancia Atribuida a la Figura Corporal en la Interacción Social que se atribuyó poca importancia a la figura en la familia y en los estudios; así mismo consideran de regular importancia la figura con relación al sexo opuesto, los amigos, fiestas y trabajo, en tanto que sí consideran importante la figura corporal ante uno mismo. Finalmente, se encontró una prevalencia del 15% de seguimiento de dietas así como del 12% de problemas con la forma de comer.

Con base en los hallazgos de las investigaciones acerca de los trastornos de la conducta alimentaria, podría suponerse que las presiones socioculturales a las que está sometida la población surjan y

prevalezcan trastornos de la alimentación como son la anorexia nervosa y la bulimia nervosa, como consecuencia de los patrones culturales que demandan que el ser humano se adecue a los patrones estéticos de belleza. En la actualidad, se supone que tres de cada cuatro muchachas con peso normal "se consideran" obesas. A diferencia de los varones que sólo suelen considerarse obesos si realmente lo están (Martínez Fornés, 1994).

CAPITULO VI COMPOSICION CORPORAL

MODELOS DE LA COMPOSICIÓN CORPORAL

En años recientes, el creciente interés por precisar la composición corporal del organismo ha propiciado la búsqueda de modelos y el desarrollo de métodos más sensibles. De esta manera, se han postulado dos modelos básicos para evaluar el estado nutricional de los individuos, a saber: el modelo químico de la composición corporal y el modelo funcional de la composición corporal (Mora, 1997).

El *modelo químico de la composición corporal* organiza los componentes del organismo en 3 grupos químicos principales: acuosos, minerales (óseos y extra-óseos) y orgánicos (proteínas, glucógeno y grasa). Por otra parte, el *modelo funcional de la composición corporal* parte del supuesto de que el organismo se constituye de la masa muscular, la estructura de sostén y el depósito de grasa. La masa celular corporal, engloba todas las células del organismo, rodeadas del líquido intersticial apoyada en una estructura de sostén que incluye el esqueleto, el tejido cartilaginoso y el tejido conectivo y, finalmente, el organismo posee una proporción de tejido graso, que se excluye de la masa celular corporal por ser un depósito de energía (Mora, 1997).

DEFINICIÓN DE COMPOSICIÓN CORPORAL

Según Braguinsky, (1996) la composición corporal se define como la distribución de la grasa corporal y la masa corporal magra (tejido muscular, conectivo y óseo). Para Bowers y Fox (1995) la masa corporal magra se compone del tejido muscular, conectivo, óseo, piel, tejidos de órganos no grasos y otros tejidos del cuerpo, de los cuales la masa muscular corresponde al 40-50% de este peso libre de grasa.

De acuerdo con Bowers y Fox (1995, p. 296) la cantidad de grasa corporal (tejido adiposo) que se almacena está determinada por dos factores: el número de células que almacena lípidos denominadas adipocitos, y el tamaño y capacidad de las mismas.

No obstante, no es factible medir *in vivo* la cantidad de tejido adiposo, por lo cual se han desarrollado distintos métodos indirectos, mediante los cuales se ha podido estimar en los varones mayores de 18

años un porcentaje promedio de grasa corporal de 15 a 18%, en tanto que en las mujeres los valores normales oscilan entre 20 y 25% (Braguinsky, 1996).

La importancia de estimar la cantidad de tejido adiposo se debe a que un incremento significativo produce obesidad en el individuo. En este sentido Braguinsky, (1996) considera a una persona obesa cuando el tejido adiposo se incrementa en más del 25% en hombres y del 30% en mujeres. Al respecto, en México se han efectuado estudios para validar los criterios de clasificación en preadolescentes y adolescentes (Saucedo y Gómez Pérez-Mitré, 1997; Saucedo y Gómez Pérez-Mitré, 1998).

Por otra parte, hay que recalcar que la composición corporal varía de acuerdo a la actividad del sujeto, edad, sexo y de la constitución innata del mismo (Braguinsky, 1996; Bowers y Fox, 1995; Soriquer, 1994).

MÉTODOS PARA ESTIMAR LA COMPOSICIÓN CORPORAL

Existen distintos métodos para determinar la composición corporal, pero la mayoría son de difícil ejecución, debido a su complejidad o a sus elevados costos (Braguinsky, 1996; Bowers y Fox, 1995; Mora, 1997; Soriquer, 1994). Por lo tanto, es más común que se emplee el pesaje bajo el agua (hidrostático), los métodos antropométricos (Braguinsky, 1996; Mora 1997) y la impedanciometría tetrapolar bioeléctrica (ITB) (Mora, 1997).

Pesaje bajo el agua

El *pesaje bajo el agua* consiste en pesar a la persona fuera y dentro del agua, midiendo el volumen pulmonar residual, así como del gas intestinal, teniendo en cuenta la densidad del agua. Es un sistema que ofrece un alto grado de exactitud pero que es difícil de implementar (Braguinsky, 1996).

Impedanciometría tetrapolar bioeléctrica (ITB)

El método de la *impedanciometría tetrapolar bioeléctrica (ITB)* determina la composición corporal basado en la conducción de una corriente eléctrica aplicada al cuerpo. Determina con exactitud el agua corporal total, el agua del espacio extracelular y la masa celular corporal (Braguinsky, 1996). La proporción de masa grasa se determina de forma indirecta, mediante la fórmula:

$$(\text{Masa celular} + \text{Agua}) - (\text{Peso corporal}) = \text{Masa grasa}$$

ESTA TESIS
SALIR DE LA
NO DEBE
BIBLIOTECA

Métodos antropométricos

Para fines epidemiológicos y clínicos, los métodos antropométricos se consideran los más adecuados para verificar el estado nutricional de una comunidad, ya que han mostrado una confiabilidad (Bowers y Fox, 1995; Braguinsky, 1996; FAO, 1996; Mora, 1997), además de presentar diversas ventajas como las siguientes (FAO, 1996, p. 65):

- Es un modo práctico y sencillo de describir el problema.
- Es el mejor indicador indirecto de carácter general de las limitaciones al bienestar humano, tales como las dietas insuficientes, las infecciones y otros riesgos para la salud de origen ambiental.
- Maneja variables predictivas rigurosas y viables, a nivel individual y de la población, de los riesgos de morbilidad, trastornos funcionales y mortalidad subsiguientes.
- Constituye un indicador apropiado para medir el éxito o fracaso de las intervenciones.

Así mismo, los métodos antropométricos están basados en mediciones tales como: la altura (talla) del paciente, el peso corporal, el espesor del tejido subcutáneo en diversos pliegues y la *circunferencia muscular de la cintura, cadera, brazo y/o muslo* (Braguinsky, 1996; Mora, 1997). La importancia de estos métodos radica en que permiten clasificar a un individuo en un rango respecto a los valores promedio dentro de una población, por ejemplo: a) delgado, b) con peso óptimo para la talla, c) con sobrepeso y d) obeso (Braguinsky, 1996).

Entre los métodos antropométricos se encuentran los siguientes: la tabla de pesos normales (Tabla de talla y peso Metropolitan, 1983), el peso relativo (PR), el porcentaje de desviación del peso deseable (% DPD), el Índice de masa corporal (IMC), el cálculo del porcentaje de grasa corporal, la medición de la circunferencia de la cintura y la medición de pliegues cutáneos (Braguinsky, 1996).

Medición de pliegues cutáneos

La medición de los pliegues cutáneos se refiere a la estimación de la grasa subcutánea basándose en el espesor de los pliegues dérmicos, mediante el uso de un instrumento denominado calibre de

pliegues o plicómetro (Braguinsky, 1996). Esto se usa para estimar las reservas calóricas de un paciente, basándose en la premisa de que más del 50% de la grasa corporal se encuentra en el tejido adiposo, por lo que la medición del tejido adiposo en distintos pliegues es un buen indicador de su cuantía y distribución. Los pliegues dérmicos que más se utilizan en esta técnica son el pliegue tricpital y el pliegue subescapular (Braguinsky, 1996). No obstante, esta medición no es válida en pacientes con anasarca o edema de brazos (Mora, 1997).

Se ha encontrado que existe una alta correlación entre la estimación de la masa correspondiente a tejido graso a través de la suma de la medición de los pliegues subcutáneos, el pliegue del tríceps y la masa grasa obtenida mediante la impedanciometría, por lo que cualquiera de éstos métodos puede ser empleado para estimar la masa grasa (Mora, 1997).

Índice de Masa Corporal

La Organización para la Alimentación y la Agricultura (FAO), refiere que desde hace tiempo se han tratado de establecer índices de peso según la estatura para evaluar la composición corporal en los adultos, puesto que ésta influye directamente en los riesgos nutricionales (FAO, 1996).

De esta manera, se han correlacionado la estatura y el peso corporal, dando como resultado el Índice de Masa Corporal (IMC) (Mora, 1997). Aplicando el IMC, se ha encontrado que las variaciones entre individuos se deben a diferencias en el peso corporal, como indicador de la masa muscular y el almacenamiento de energía, y no a las variaciones en la estatura (FAO, 1996).

El IMC se calcula mediante la fórmula:

$$\text{IMC} = \text{PESO}/(\text{TALLA})^2$$

Donde: **IMC** = Índice de Masa Corporal
 PESO = Peso corporal en Kg
 TALLA = Estatura en m

Diversos estudios epidemiológicos sitúan al IMC como el índice más útil para medir la grasa corporal relativa en adultos (FAO, 1996; Mora, 1997; Saucedo y Gómez Pérez-Mitré, 1997). De igual forma, se ha hallado que valores bajos de IMC indican una masa reducida tanto de grasa como de materia

no grasa, y la reducción de ésta última se produce en mayor proporción a expensas del músculo (Soares *et al*, 1991, en: OMS, 1996).

Los puntos límites que se usan para determinar si una persona o un grupo de personas tienen un peso normal, inferior o son obesos se han obtenido con base en la estimación del IMC en poblaciones sanas. El rango normal del IMC es de 18.5 a 24.9 tanto en hombres como en mujeres adultos, en tanto que un $IMC < 18.5$ indica que la persona está en riesgo de padecer deficiencia energética crónica. De la misma manera, si el valor obtenido del IMC es de 25 a 29.9, existe sobrepeso grado 1, si se encuentra entre 30 y 39.9 presenta obesidad grado 2 y si el $IMC > 40$, entonces la persona padece sobrepeso en grado 3 (FAO, 1996; Braguinsky, 1996).

En México se han llevado a cabo diversos estudios para validar los criterios de clasificación del peso corporal con base en el IMC. Saucedo y Gómez Pérez-Mitré (1997) utilizaron los siguientes puntos de corte para el IMC en una muestra de estudiantes de 16 a 31 años:

Tabla 1. Clasificación del peso corporal según el IMC

CLASIFICACIÓN	IMC
Bajo peso	15 a 18.9
Normalidad	19 a 22.9
Sobrepeso	23 a 27
Obesidad	> 27

DIAGNÓSTICO DE LA OBESIDAD

En cuanto a la obesidad, diversos autores suponen que no es suficiente determinar el grado de obesidad sino que también es importante clasificar el tipo de obesidad de acuerdo al sexo y la distribución de la grasa en el cuerpo, puesto que se ha encontrado relación entre algunos tipos de obesidades y el padecer problemas de salud (v. gr. Braguinsky, 1996, Mora, 1997).

Hacia 1983, Björntorp estableció que el funcionamiento del tejido adiposo varía en relación con su distribución, describiendo diferentes tipos funcionales de tejido adiposo con base en su distribución: 1) tejido intraabdominal o visceroportal, altamente dinámico; 2) tejido adiposo femoroglúteo, metabólicamente poco activo y 3) varios tejidos adiposos intermedios, como el subcutáneo troncal, el mamario y el retroperitoneal (Braguinsky, 1996, p.140).

Basándose en el modelo de Björntorp, Vague clasificó las obesidades de la siguiente manera: 1) obesidad androide, 2) obesidad ginoide y 3) obesidad mixta (Braguinsky, 1996, p.140).

Posteriormente, Bouchard (Braguinsky, 1996, p.140) estableció una clasificación de la obesidad basándose en la localización predominante del tejido adiposo en el cuerpo, determinados con la medición del perímetro de cintura, perímetro de cadera, diámetro sagital, pliegue tricipital y pliegue subescapular.

De acuerdo a este autor, la obesidad puede ser de 4 tipos: difusa, central, abdominovisceral y femoroglútea.

Tabla 2. Tipos de obesidad según Bouchard.

Tipo de Obesidad	Características
I. Difusa	<i>Presenta un aumento generalizado del tejido adiposo sin localización preferente en ninguna área del cuerpo en particular</i>
II. Central	<i>Existe acumulación predominante de tejido adiposo subcutáneo en la región troncoabdominal (androide).</i>
III. Abdominovisceral	<i>Se caracteriza por un exceso de grasa en la zona abdominal, pero principalmente en el compartimiento visceral.</i>
IV. Femoroglútea	<i>El mayor acúmulo de grasa se encuentra en la zona gluteofemoral (ginoide).</i>

Estos tipos de obesidades pueden subclasificarse con base en las características de celularidad del tejido adiposo en: obesidad hiperplásica y obesidad hipertrófica. La obesidad hiperplásica se caracteriza por incremento de la cantidad de células adiposas, en tanto que en la obesidad hipertrófica se presenta un aumento del tamaño del adipocito debido a un exceso en los depósitos grasos intracelulares (Braguinsky, 1996).

Castro (1999) indica que en la población mexicana se debe considerar obeso a todo sujeto con un IMC mayor o igual a 27. Para las personas cuya talla se encuentra por debajo de la percentila 3 poblacional (<1.60m), se diagnostica obesidad cuando tienen un IMC>25.

Otro modo de valorar la distribución de grasa corporal es a través del índice cintura/cadera. En sujetos mexicanos una relación > 0.93 en hombres y > 0.84 en mujeres indica una gran acumulación de grasa en el segmento superior, el cual corresponde a obesidad de tipo androide o troncal, que se relaciona con un incremento significativo en el riesgo de muerte por enfermedades coronarias (Castro, 1999).

VARIACIONES EN LA COMPOSICIÓN CORPORAL DEBIDO A LA PRÁCTICA DE EJERCICIO

Respecto a la práctica del ejercicio, Braguinsky (1996) y Heyward (1997) refieren que diversas investigaciones han demostrado que la práctica regular de un programa de ejercicio físico puede modificar la composición corporal de un individuo.

Los programas de acondicionamiento físico promueven la pérdida de grasa corporal en la medida que aumenta la oxidación de grasas y carbohidratos, elevándola mediante el incremento de la duración del ejercicio y con el entrenamiento del individuo. Esto se debe a que en un principio, el incremento de la intensidad del ejercicio produce a su vez un aumento de la combustión de carbohidratos (Braguinsky, 1996).

Debido a lo anterior, se considera que los entrenamientos cardiorrespiratorio de baja intensidad y larga duración (Braguinsky, 1996; Heyward, 1997) y el entrenamiento con pesos (Heyward, 1997) son formas efectivas para disminuir el peso corporal, incrementar el peso corporal magro en relación con el porcentaje de grasa, disminuir el espesor de los pliegues cutáneos y el porcentaje de grasa corporal tanto en hombres como en mujeres (Braguinsky, 1996; Heyward, 1997).

Wilmore (1974 en: Heyward 1997) realizó una investigación para verificar si el entrenamiento de fuerza isotónica producía cambios significativos en la composición corporal de hombres y mujeres. Los sujetos de estudio efectuaron un programa de entrenamiento 2 veces por semana durante 10 semanas, ejecutando en cada sesión 2 series de 7 a 9 repeticiones con máximo peso en 8 ejercicios diferentes de entrenamiento con pesos. Los resultados mostraron que tanto hombres como mujeres presentaron alteraciones similares en la composición corporal. En ambos grupos, el peso corporal total permaneció estable, incrementándose el peso corporal magro; en cambio, la grasa corporal relativa disminuyó 7.6% en hombres y 10% en mujeres.

Así mismo, Heyward (1997) supone que el incremento en el peso corporal magro que se presenta en el entrenamiento con pesos puede deberse a la hipertrofia muscular, al incremento del contenido proteico de los músculos y al incremento de la densidad ósea. Además, el incremento en la secreción de la hormona del crecimiento, de las catecolaminas y la testosterona (en los hombres) que se produce durante el ejercicio pueden coadyuvar en los cambios de la composición corporal asociados con el entrenamiento. Sin embargo, este investigador enfatiza que para lograr que un programa de entrenamiento modifique la composición corporal, éste debe efectuarse al menos 3 días por semana durante un mínimo de 8 semanas.

CAPITULO VII

METODO

El presente estudio formó parte de una investigación mayor que tuvo como propósito contribuir al mantenimiento de la salud y el mejoramiento de la calidad de vida en general, a través de la prevención de los trastornos de la conducta alimentaria, con base en la detección y conocimiento de los factores de riesgo en muestras de población estudiantil del sexo masculino deportistas y no deportistas. Así mismo, se pretende conocer si en la población estudiada se presentan alteraciones en la imagen corporal y si ésta se relaciona o no con anorexia inversa, que la literatura ha reportado en estudios con hombres (Andersen, cit. por Cohn *et al.*, 1999).

La importancia del presente estudio reside en la aportación de conocimiento que persigue, acerca de los desórdenes alimentarios y sus factores de riesgo en población masculina de deportistas y no deportistas universitarios, puesto que sólo hasta años recientes se ha considerado que el género masculino también puede presentar desórdenes del comer o llegar a casos extremos como son los trastornos de la conducta alimentaria.

PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE INVESTIGACIÓN

En relación con el punto anterior, las preguntas específicas que se pretenden responder con la presente investigación son las siguientes:

Si la práctica/no práctica de deporte se relaciona con:

Las variables sociodemográficas (edad, nivel socioeconómico, estado civil, ocupación, nivel de estudios).

La variable preocupación por el peso.

La variable práctica de dieta con fines de control de peso.

La variable conductas alimentarias de riesgo.

La variable alteración de la imagen corporal.

La variable satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal.

El IMC y la variable satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal

DEFINICION DE VARIABLES

Las variables que se abordaron en la presente investigación se definieron conceptualmente de la siguiente manera:

VARIABLE INDEPENDIENTE

Se consideró como variable independiente la práctica/no práctica de deporte.

Definición conceptual

De acuerdo con Ortega (1992), el deporte se podría definir como la realización de ejercicio físico, con base en cierta ordenación de éste y bajo unas reglas específicas, conjuntando dos tipos diferentes de actividad física en relación con los fines que ésta persigue.

El ejercicio físico se puede definir como una categoría de la actividad física; de manera específica, es toda actividad que realiza el organismo de forma libre y voluntariamente, que es planificada, estructurada y repetitiva, con un mayor o menor consumo de energía, cuya finalidad es la de producir un mejor funcionamiento del propio organismo y que no rinde ningún beneficio material a la sociedad (Ortega, 1992).

Por otra parte, Bowers y Fox, (1995) definen el entrenamiento como la práctica de un programa de ejercicios destinado a desarrollar las cualidades físicas e incrementar las capacidades energéticas de quien lo practica, para cumplir con un objetivo determinado.

El acondicionamiento físico con pesas es una forma de entrenamiento anaeróbico que se basa en los métodos del pesista y fisicoculturista, aprovechando los ejercicios con pesas, basándose en la progresión de la intensidad del esfuerzo mediante el incremento de la carga (Cherebetiu y Galeana, 1970, p. 50).

El método del pesista aprovecha los ejercicios con pesas, basándose en la progresión de la intensidad del esfuerzo mediante el incremento de la carga. Por otra parte, el objetivo del

método culturista es desarrollar una musculatura relevante. Consiste en el entrenamiento analítico de la musculatura, efectuándose los ejercicios separadamente para cada segmento, basados en un plan anual. Este método se utiliza prácticamente en todas las ramas del deporte y en pruebas que precisan esfuerzos de fuerza y fuerza-velocidad, con la posibilidad de segmentar y desarrollar los grupos musculares que interesan (Cherebetiu y Galeana, 1970, p. 50).

Definición operacional

En el presente estudio se consideró como práctica de deporte entrenar acondicionamiento físico con pesos de manera constante, sistemática y programada, durante un periodo mínimo de 3 meses continuos con una frecuencia mínima de 3 veces a la semana. La no práctica de deporte se refiere a realizar únicamente la actividad física propia de la vida diaria y laboral de la persona, con único fin de sobrevivir.

VARIABLES DEPENDIENTES

Definición conceptual

1. Variables sociodemográficas. Edad (años cumplidos), estado civil, ocupación e ingreso familiar mensual, escolaridad y nivel socioeconómico.

2. Preocupación por el peso: Es un factor psicosocial que engloba variables relacionadas con la actitud hacia el tamaño y forma del cuerpo; miedo a subir de peso, interés por el control del peso y el miedo constante por estar delgado, ocupando todo esto gran parte de la energía de la persona para conseguir su propósito, sin lograrlo por completo o alcanzándolo de manera temporal.

3. Alteración (sobrestimación y subestimación) y satisfacción e insatisfacción con la imagen corporal: La definición más completa de imagen corporal la desarrolló Bruchon- Schweitzer (1992), quien describe la imagen del cuerpo como una figuración global o como un conjunto de representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes que el individuo elabora con respecto a su cuerpo durante su existencia y a través de diversas experiencias. Este cuerpo percibido es referido a unas formas de belleza y de rol; y la imagen corporal es casi siempre una representación evaluativa.

En este sentido, Gómez Pérez-Mitré (1995) refiere que es necesario tomar en cuenta los cambios biológicos, psicológicos, socioculturales y tener en cuenta que la imagen corporal también es percibida según la edad, o etapa de vida, género, clase social, entre otras variables ambientales y sociodemográficas.

De manera específica, la alteración de la imagen corporal se determina como la percepción subjetiva del grado de desviación o diferencia entre el peso real y el peso imaginario que un sujeto experimenta en relación con su propio peso real, y requiere la medición de varias dimensiones para obtener su estimación: el peso real, el peso imaginario y el Índice de Masa Corporal (IMC) en el caso de adultos.

- El peso real es el resultado de la medición realizada con una báscula y el estadímetro del peso y la talla del sujeto.
- El peso imaginario es un patrón de respuestas autoperceptivas, actitudinales y de juicios autovalorativos, que se ponen en acción cuando el objeto de observación y/o estimulación es el propio cuerpo (Gómez Pérez-Mitré, 1995).
- El IMC es la razón entre el peso corporal en kilogramos y la talla o la estatura en centímetros elevada al cuadrado (Peso/Talla^2) (Saucedo y Gómez Pérez-Mitré, 1997).
- La autopercepción del peso corporal es la variable subjetiva en la que el sujeto autopercebe el tamaño de su cuerpo (Gómez Pérez-Mitré, 1995).

No obstante, la estimación de la diferencia entre la autopercepción del peso corporal y el Índice de Masa Corporal (IMC) del sujeto determina en forma precisa el grado de alteración de la imagen corporal. Esta alteración puede presentarse en dos direcciones, como sobreestimación o bien, como subestimación de la imagen corporal real del sujeto (Gómez Pérez-Mitré, 1995).

4. Satisfacción/Insatisfacción con la imagen corporal. Dentro de las variables de imagen corporal se encuentran la satisfacción e insatisfacción, su origen es de carácter psicológico-social y de naturaleza cognoscitiva, es decir, interviene un proceso de conocimiento que incluye la interacción de los procesos de percepción, aprendizaje y pensamiento, y por otro lado, es actitudinal en cuanto a que se refiere a la expresión de afecto y a una disposición de aceptación o rechazo hacia la propia figura corporal. Así, ésta variable implica conocimientos, creencias, expectativas, valores y actitudes,

que una persona socializada internaliza, adopta y construye, como miembro y parte de grupos en su expresión más alta de una cultura (Gómez Pérez-Mitré, 1993a).

5. Conductas alimentarias de riesgo. Son las conductas relacionadas con problemas en la ingesta alimentaria; incluye patrones inadecuados de consumo de alimento, por ejemplo: seguimiento de dietas con propósito de control de peso, dieta restrictiva, exclusión de alimentos con alto contenido calórico, hábitos inadecuados, ayunos y atracones.

Cuando se presentan en grado extremos, se agrupan en dos categorías diagnósticas que son: anorexia nervosa y bulimia nervosa (DSM IV, 1995). El temor a la obesidad, la distorsión de la imagen corporal y el deseo de estar delgado son las motivaciones que subyacen a éstos desórdenes. En ambos se presenta distorsión en la forma y el peso del cuerpo (DSM-IV, cit. por Unikel, 1998).

Respecto a la anorexia nervosa, existe un rechazo a mantener el peso del cuerpo en sus límites normales; en tanto que en la bulimia nervosa ocurren episodios de ingesta voraz seguidos de prácticas compensatorias inadecuadas, como son: el vómito autoinducido, el uso de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, ayunos o exceso de ejercicio (DSM-IV, cit. por Unikel, 1998).

Existe otra categoría denominada desórdenes no especificados, la cual agrupa los desórdenes relacionados con la ingesta alimentaria que no cumplen con todos los criterios específicos de la anorexia nervosa y la bulimia nervosa (DSM-IV, cit. por Unikel, 1998).

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

1. Preocupación por el peso: Se midió con base en las respuestas dadas a la Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos de la Alimentación (EFRATA, Gómez Pérez-Mitré, 1998), específicamente las respuestas del Factor 2 que se refieren a la preocupación por el peso y la comida, así como el Factor 4 que mide la práctica de dieta crónica y restrictiva, donde se observa el constante deseo de disminuir peso corporal, seguimiento de dietas con el propósito de bajar de peso. Los reactivos son tipo Likert con 5 opciones de respuesta: a mayor puntaje, mayor será el problema con respecto a la preocupación por el peso corporal (ver anexo).

2. Conductas alimentarias de riesgo: En el presente trabajo se abordaron los factores de riesgo relacionados con trastornos de la alimentación, y no las patologías como tales. Los factores de riesgo que se investigaron fueron los que componen la de Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos de la Alimentación (EFRATA), diseñada y validada por Gómez Pérez-Mitré en 1998 (Ver anexo), los cuales fueron medidos con base en las respuestas dadas a las preguntas que integran cada uno de los factores que exploran las siguientes áreas: sociodemográfica, conductas alimentarias de riesgo, práctica de dietas para control de peso, conducta alimentaria compulsiva, así como satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal. Los factores que la integran son: conducta alimentaria compulsiva, preocupación por el peso y la comida, conducta alimentaria normal, práctica de dieta crónica y restrictiva, atribución de control alimentario externo, conducta alimentaria compensatoria, atribución de control alimentario interno, factor 8, factor 9, factor 10 y factor 13.

3. Alteración de la imagen corporal: Se define la alteración de la imagen corporal como la diferencia de la autopercepción del peso corporal (que se refiere a cómo una persona se ve a sí misma en cuanto a tamaño, peso y figura), con el Índice de Masa Corporal (IMC) real. En nuestro país el IMC fue validado por Saucedo y Gómez Pérez-Mitré en 1997, quienes señalaron que éste es un excelente indicador para calcular del estado nutricional en adolescentes y adultos.

El Índice de Masa Corporal real se obtuvo a través de la medición directa del peso y talla de los sujetos, en tanto que el Índice de Masa Corporal estimado se obtuvo con el peso y talla reportados por el sujeto.

La fórmula para determinar el IMC, que es la que nos interesa en este estudio es la siguiente:

$$\text{INDICE DE MASA CORPORAL} = \frac{\text{Peso en kg}}{(\text{Talla en m})^2}$$

El valor que se obtuvo con estos índices permitió diferenciar cinco puntos de corte que indican el estado nutricional de los sujetos. Se utilizaron las categorías propuestas por Saucedo y Gómez Pérez-Mitré (1997). La tabla de clasificación del Índice de Masa Corporal es la siguiente:

Tabla 1. Clasificación de Índice de Masa Corporal

CATEGORIA	PUNTOS DE CORTE
Emaciación	< 15
Bajo peso	Entre 15 y 18.9
Peso Normal	Entre 19 y 22.9
Sobrepeso	Entre 23 y 27
Obesidad	Entre 27 y 31
Obesidad Extrema	> 31

La autopercepción de la imagen corporal se medirá con base en las respuestas dadas al reactivo siguiente: "De acuerdo con la siguiente escala tú te consideras: a) obeso, b) con sobrepeso, c) con peso normal, d) peso por abajo de lo normal, e) peso muy abajo de lo normal".

Tabla 2. Puntajes dados de acuerdo con el IMC obtenido

Valor del IMC obtenido	Puntaje correspondiente
Muy bajo peso	3
Bajo peso	2
Peso normal	1
Sobrepeso	4
Obesidad	5

La no alteración de la imagen corporal se define como:

$$\text{Autopercepción} - \text{IMC} = 0$$

La sobrestimación de la imagen corporal se define como:

Autopercepción – IMC = (+), es decir la autopercepción menos el Índice de Masa Corporal igual a una diferencia positiva.

La subestimación de la imagen corporal se define como:

Autopercepción – IMC = (-), es decir, la autopercepción menos el Índice de Masa Corporal igual a una diferencia negativa.

Al sustituir los valores en la fórmula para obtener la distorsión, se encuentra el grado en que la persona sabe o conoce como es en realidad su cuerpo; es decir si se sobrestima, subestima o no presenta alteración de la imagen corporal.

4. Satisfacción/Insatisfacción con la Imagen Corporal: Esta variable se estimó con base en la selección de la figura humana actual y la figura ideal. La selección de la figura actual y la figura ideal se obtuvieron de una escala visual que se compone de 9 siluetas que cubren un continuo de peso, desde una silueta delgada a una obesa, pasando por una silueta de peso normal. Las figuras fueron colocadas al azar y aparecen en lugares diferentes del cuestionario.

Se encontrará satisfacción con la imagen corporal cuando la elección de la figura actual o real sea igual a la que se eligió como figura ideal, mientras que la insatisfacción con la figura corporal la encontraremos cuando exista una diferencia, ya sea positiva o negativa entre la figura actual y la figura ideal. Es importante hacer mención de que cuanto mayor sea la diferencia, mayor será la insatisfacción con la imagen corporal.

Lo anterior se resume en las siguientes fórmulas (Gómez Pérez-Mitré, 1993b):

$$\text{Figura actual} - \text{Figura Ideal} = 0$$

Donde: El valor de la diferencia igual a cero, indica satisfacción con la imagen corporal en el sujeto.

$$\text{Figura actual} - \text{Figura ideal} = (+) \text{ o } (-)$$

Donde: Una diferencia positiva o negativa significa insatisfacción con la imagen corporal.

Forma de calificación:

La siguiente puntuación corresponde a las siluetas de la figura actual:

“Mi cuerpo se parece mas a...”

Opciones Puntaje asignado a cada categoría

- Figura 1 1= Muy por debajo del peso normal
- Figura 2 2 = Debajo del peso normal
- Figura 3 3 = Peso normal
- Figura 4 4 = Peso normal con mayor definición muscular
- Figura 5 5 = Sobrepeso atlético con definición muscular
- Figura 6 6 = Sobrepeso atlético con mayor masa muscular
- Figura 7 7 = Obesidad con masa muscular
- Figura 8 8 = Obesidad I con predominio de tejido graso
- Figura 9 9 = Obesidad II con predominio de tejido graso

La siguiente puntuación fue la asignada a las siluetas de la figura ideal:

“ Me gustaría que mi cuerpo fuera como... ”

Opciones Puntaje asignado a cada categoría

- Figura 1 1= Muy por debajo del peso normal
- Figura 2 2 = Debajo del peso normal
- Figura 3 3 = Peso normal
- Figura 4 4 = Peso normal con mayor definición muscular
- Figura 5 5 = Sobrepeso atlético con definición muscular
- Figura 6 6 = Sobrepeso atlético con mayor masa muscular
- Figura 7 7 = Obesidad con masa muscular
- Figura 8 8 = Obesidad I con predominio de tejido graso
- Figura 9 9 = Obesidad II con predominio de tejido graso

DISEÑO DE INVESTIGACION

El diseño utilizado en la presente investigación de campo, transversal y de tipo exploratorio se clasifica como *no experimental* y *expost-facto* de 2 grupos con observaciones independientes (intersujetos), combinado con un diseño de observaciones dependientes (intrasujetos).

MUESTRA

Para los fines de este trabajo de investigación se utilizó una muestra intencional o no probabilística. La muestra total de sujetos estuvo conformada por un total de $N=97$ estudiantes de sexo masculino, subdividida en $n_1= 54$ (que practicaban acondicionamiento físico con pesos); así como otro grupo $n_2=43$ (que no practicaban deporte).

Las características de los sujetos incluidos en la muestra fueron: estudiantes universitarios de sexo masculino que practiquen acondicionamiento físico con pesos en los gimnasios ubicados dentro de Cd. Universitaria, así como estudiantes universitarios varones que estudian en Cd. Universitaria y que nunca han practicado algún deporte, de edades entre 18 y 25 años.

INSTRUMENTOS, APARATOS Y MEDICIONES

1. A todos los sujetos se les aplicó el siguiente instrumento:

Una escala tipo Likert denominada *Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios* (EFRATA) para hombres (Ver anexo 1). Esta escala se aplicó a un total de 1494 sujetos hombres adolescentes y posteriormente se sometió a un análisis factorial (Componentes Principales) (Gómez Pérez-Mitré, 1998). Se empleó un análisis de rotación tipo VARIMAX que convergió en 15 iteraciones para extraer 16 factores que explican el 55.9 % de la varianza. Se descartaron 5 factores al no cumplir los criterios especificados. El modelo final con 11 factores explica el 48.5 % de la varianza. La escala total obtuvo un Alfa de .8660. Los factores quedaron integrados de la siguiente manera:

FACTOR 1 Conducta Alimentaria Compulsiva	ALFA=.8602
Reactivos	Cargas factoriales
E31 Como grandes cantidades de alimento aunque no tenga hambre.	.41342
F1 No siento apetito o ganas de comer, pero cuando empiezo nadie me detiene	.64982
F2 Siento que mi forma de comer se sale de mi control	.74363
F3 Mi problema es empezar a comer, pero cuando empiezo difícilmente puedo detenerme	.70806
F4 No soy consciente de cuanto como	.66876
F5 Siento que no puedo parar de comer	.71884
F6 Como sin medida	.72548
F7 Me asusta pensar que puedo perder el control sobre mi forma de comer	.50121
F20 Siento que como más de lo que la mayoría de la gente come	.41833

FACTOR 2 Preocupación por el Peso y la Comida	ALFA= .8076
Reactivos	Cargas factoriales
E11 Comer me provoca sentimientos de culpa	.49715
E13 Ingiero comidas y/o bebidas dietéticas con el propósito de cuidar mi peso	.62974
E14 Sostengo verdaderas luchas conmigo antes de consumir alimentos "engordadores"	.64006
E23 Evito comer harinas y/o pastas para no subir de peso	.68759
E24 <i>Con tal de no subir de peso mastico mis alimentos, pero no los trago (los escupo)</i>	.45554
E25 Como despacio y/o mastico mas tiempo mis alimentos como medida de control de peso	.51079
E26 Evito las tortillas y el pan para mantenerme delgado	.70754
E30 Cuido que mi dieta tenga un mínimo de grasa	.51449

FACTOR 3 Conducta Alimentaria Normal	ALFA= .8121
Reactivos	Cargas factoriales
E5 Cuido que mi dieta sea nutritiva	.72204
E15 Como lo que es bueno para mi salud	.73430
E17 Cuido que mis comidas contengan alimentos con fibra	.70004
E20 Procuero mejorar mis hábitos alimentarios	.70341
E28 Procuero comer verduras	.69631
E29 Procuero estar al día sobre lo que es una dieta adecuada	.61762

FACTOR 4 Dieta Crónica y Restrictiva	ALFA= .8052
Reactivos	Cargas factoriales
F9 Disfruto, me gusta sentir el estomago vacío	.71723
F11 Prefiero la sensación de estomago vacío que la de estomago lleno	.70527
F12 Siempre estoy a dieta, la rompo, vuelvo a empezar	.54768
F15 Me la paso "muriéndome de hambre" ya que constantemente hago dietas	.61613
F16 "Pertenezco al club" de los que para controlar su peso se saltan comidas	.64157

FACTOR 5 Atribución de Control Alimentario Externo	ALFA= .7592
Reactivos	Cargas factoriales
F32 Creo que las personas con problemas de control sobre su forma de comer no deberían preocuparse, ya que "genio y figura hasta la muerte"	.70840
F33 <i>Es muy difícil mantener el control sobre la ingesta alimentaria ya que todo lo que nos rodea nos incita a comer</i>	.56051
F34 Creo que querer mantener una dieta para bajar de peso es como querer mantener la respiración por mucho tiempo.	.66027
F35 No sé por que se preocupa la gente por su peso, "ya que el que nace barrigón, aunque lo fajen".	.76786
F36 Creo que "comer y rascar el trabajo es comenzar"	.70802

FACTOR 6 Conducta Alimentaria Compensatoria	ALFA= .6529
Reactivos	Cargas factoriales
E6 Siento que la comida me tranquiliza	.60707
E8 Creo que la comida es un buen remedio para la tristeza o depresión	.69850
E12 Si me despierto tengo que comer para conciliar el sueño	.57886
E18 Me sorprendo pensando en comida	.53705

FACTOR 7 Control Alimentario Interno		ALFA=.7823
Reactivos		Cargas factoriales
F27 Las personas que comen con mesura son dignas de respeto		.70499
F28 Quien mantiene el control sobre su ingesta alimentaria controla también otros aspectos de su vida		.76244
F29 Una persona que puede cometer excesos con la comida también puede excederse en otras cosas		.69874
F30 Admiro a las personas que pueden comer con medida		.68367
F31 Las personas que pierden el control con la comida se guían por el lema: "todo con exceso, nada con medida"		.49774
F39 Poco se puede esperar de alguien que no tienen control sobre su apetito		.45912

FACTOR 8 Conducta alimentaria y sentimientos de culpa		ALFA=.7617
Reactivos		Cargas factoriales
F18 Si no veo la comida me la puedo pasar sin comer		.40549
F21 Me avergüenzo comer tanto		.66423
F22 Me deprimó cuando como de más		.65592
F23 Siento que los problemas lejos de quitarme el apetito me lo incrementa		.52309

FACTOR 9 Conducta alimentaria de atracción		ALFA=.6114
Reactivos		Cargas factoriales
E2 Como rápidamente y en corto tiempo grandes cantidades de alimento		.69662
E9 Como tan rápido que los alimentos se me atragantan		.40482
F14 Siento que como más rápido que la mayoría de la gente		.66835

FACTOR 10 Conducta alimentaria de sobreingesta		ALFA=.6307
Reactivos		Cargas factoriales
E34 Como hasta sentirme inconfortablemente lleno		.46434
E13 No tengo horarios fijos para las comidas		.62862
E14 Soy de los que se hartan		.54037
E17 Suelo comer masivamente, (por ejemplo, no desayuno, no como, pero ceno mucho)		.55864

FACTOR 13 Tendencias al perfeccionismo		ALFA=.6410
Reactivos		Cargas factoriales
F37 No importa a que se dedique uno en la vida, el chiste es ser el mejor		.73451
F38 Solo se debe competir para ganar		.83902
F40 Se debe vencer las tentaciones para fortalecer el carácter		.52565

Para obtener el Índice de Masa corporal (IMC) de los sujetos se utilizaron los siguientes instrumentos de medición que nos permitieron obtener datos más precisos para estimar el grado de la distorsión de la imagen corporal:

1. **ESTADIMETRO:** De madera (de 2 m) para medir la talla de los sujetos.
2. **BASCULA:** Peso-persona. Marca Torino de 140 kg

Para efectuar las mediciones se utilizaron las medidas propuestas por el Sistema Métrico Decimal:

- **Peso:** Kg
- **Talla:** m

PROCEDIMIENTO

Se acudió a los gimnasios de C.U. seleccionados para solicitar a los instructores su colaboración en esta investigación. Obtenida la autorización, se solicitó la participación voluntaria de los deportistas. El cuestionario se aplicó en las áreas de práctica, seleccionando a los sujetos que tenían al menos 3 meses continuos de practicar acondicionamiento físico con pesos. A los participantes se les informó acerca del propósito de dicha aplicación, de una forma breve, como se presenta a continuación: *"En la Facultad de Psicología de la UNAM, se está llevando a cabo una investigación para conocer los diferentes aspectos que se relacionan con la salud integral (física y psicológica) de los deportistas, con el fin de contribuir al mantenimiento y mejoramiento de la salud y de su calidad de vida, para lo que solicitamos tu participación"*.

Por otro lado, las instrucciones que se les dieron para contestar la escala EFRATA fueron las siguientes: *"Lee cuidadosamente cada pregunta y contesta en la hoja de respuestas que se te entregó junto con este cuadernillo. En la hoja de respuestas, debes rellenar completamente el círculo, no sólo tachar lo subrayado; utiliza lápiz. Si tienes alguna duda consúltala con la persona que te entregó el cuestionario"*. También se les indicó que la información que proporcionaron era anónima y confidencial, y sólo se utilizaría para fines exclusivos de la investigación".

Posteriormente se procedió a la obtención de talla y peso en el mismo lugar, registrándolos en una hoja de registro, la cual contó con todos los datos requeridos.

CAPITULO VIII

RESULTADOS

Los resultados que se obtuvieron en ambos grupos se muestran de manera conjunta, con la finalidad de facilitar la observación de las diferencias y similitudes halladas. Así mismo, se dividirá la presentación de los mismos en tres partes; en la primera parte se incluye la descripción de la muestra, en la segunda se muestra el análisis descriptivo de los datos, en tanto que la tercera parte se refiere a los resultados de las comparaciones entre las dos muestras, obtenidos por medio de pruebas estadísticas.

Para llevar a cabo la descripción de la muestra y el análisis descriptivo se utilizaron porcentajes y medidas de tendencia central; para el análisis inferencial se utilizaron las siguientes pruebas:

- Análisis factorial simple (Simple Factorial), para conocer el efecto de 2 o más variables independientes
- Prueba *t de Student*, para conocer diferencias en 2 muestras independientes
- Prueba *U de Mann-Whitney*, para conocer diferencias entre 2 grupos independientes con datos a escala ordinal

Las variables que se analizaron son las siguientes:

1. Características sociodemográficas
2. Modificación del peso corporal en el último año y tiempo de mantener el peso actual
3. Práctica de dietas para el control de peso: Edad de inicio de la práctica de dietas para control de peso y seguimiento de dieta en los últimos 6 meses
4. Estimación del Índice de Masa Corporal
5. Autopercepción de la Imagen Corporal
6. Satisfacción/insatisfacción con la Imagen Corporal
7. Peso Corporal Ideal
8. Peso Corporal Real
9. Diferencia de la autopercepción del peso corporal y el peso ideal
10. Factores de riesgo:

- Conducta alimentaria compulsiva
- Preocupación por el peso y la comida
- Conducta alimentaria normal
- Dieta crónica y restrictiva
- Conducta alimentaria compensatoria
- Conducta de atracón (binge eating)
- Control de la ingesta

8.1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

8.1.1. Edad

La muestra estuvo conformada por 97 estudiantes del sexo masculino, de nivel licenciatura, seleccionados de manera no aleatoria. Se formaron 2 grupos: grupo 1 de no deportistas ($n_1=44$) y grupo 2 quienes practicaban acondicionamiento físico con pesos ($n_2=53$). La media de edad del grupo 1 fue de 21 años ($DE=3.05$) mientras que la media de edad del grupo 2 fue de 23 años ($DE=6.28$).

**Tabla 1. Distribución por grupos de la variable Edad.
Medias, Desviación Estándar, Error Estándar y
Varianza**

	No deportistas	Deportistas
No. Sujetos	44	53
Media	21	23
Desviación estándar	3.05	6.28
Error Estándar	0.4603	0.8794
Varianza	9.32	39.52

8.1.2. Respuesta a la pregunta: "Vives con....."

El 75% de los sujetos del grupo no deportistas, reportaron vivir con su familia, mientras que solo el 2% reportaron vivir con una pareja. En el grupo de deportistas, 74% reportaron vivir con su familia y al igual que en el grupo anterior, 2% reportaron ya sea vivir con una pareja o con amigos.

Tabla 2. Distribución porcentual por grupo de las respuestas dadas a la pregunta "Vives con..."

	No deportistas	Deportistas
Familia	75%	74%
Padre/Madre	11%	13%
Hermanos		6%
Pareja	2%	2%
Solo	8%	3%
Amigo(s)	4%	2%
Total	100%	100%

8.1.3. Nivel socioeconómico

El nivel socioeconómico se obtuvo dividiendo entre el número de preguntas, la sumatoria de las respuestas a las preguntas: años de estudio del padre, años de estudio de la madre, ocupación del padre, ocupación de la madre e ingreso mensual familiar.

Después se obtuvieron tres categorías por medio de los siguientes cortes establecidos previamente:

- 4 a 11: Nivel socioeconómico bajo
- 12 a 19: Nivel socioeconómico medio
- 20 a 27: Nivel socioeconómico alto

Con lo anterior, se obtuvieron los siguientes resultados; tanto en el grupo de no deportistas como en el de deportistas se encontró que el porcentaje más alto (36% y 41% respectivamente) se ubicaba en un nivel socioeconómico medio, mientras que en los dos grupos, era menor el porcentaje (29% y 26% respectivamente) que se ubicaban en un nivel socioeconómico bajo. Tal como se observa en la Tabla 3, la distribución del nivel socioeconómico fue similar en ambos grupos.

Tabla 3. Distribución porcentual por grupo de la variable "Nivel socioeconómico"

	No deportistas	Deportistas
Bajo	30%	27%
Medio	36%	41%
Alto	34%	32%
Total	100%	100%

8.1.4. Respuestas obtenidas de la pregunta: ¿Trabajas?

Con relación a este aspecto, se encontró que en el grupo de no deportistas el 52% estudiaban y trabajaban al mismo tiempo, mientras que 57% del grupo de deportistas no labora (ver Tabla 4).

Tabla 4. Distribución porcentual por grupo de las respuestas dadas a la pregunta ¿Trabajas?

	No deportistas	Deportistas
Si	52%	43%
No	48%	57%
Total	100%	100%

8.1.5. Lugar que ocupas entre los hermanos

Al indagar acerca del lugar que ocupan los sujetos entre los hermanos, se encontró que en el grupo no deportista el porcentaje más alto (36%) fue para los que eran los hijos menores, en tanto que en ambos grupos el porcentaje más bajo (9% y 6% respectivamente) correspondieron a los hijos únicos, mientras que en el grupo de deportistas el porcentaje más alto (36%) fue para los que eran primogénitos. Tal como lo muestra la Tabla 5, esta variable se distribuyó de manera similar en los grupos.

Tabla 5. Distribución porcentual por grupo de la pregunta: "Lugar que ocupas entre los hermanos"

	No deportistas	Deportistas
Hijo único	9%	6%
Mayor	32%	36%
Intermedio	23%	23%
Menor	36%	35%
Total	100%	100%

8.1.6. Vida sexual activa

Se preguntó a los sujetos si tenían vida sexual activa, encontrándose respuestas afirmativas en porcentajes altos y similares en ambos grupos (ver Tabla 6).

Tabla 6. Distribución porcentual por grupo de la pregunta: "Vida sexual activa".

	No deportistas	Deportistas
Sí	66%	77%
No	34%	23%
Total	100%	100%

8.1.7. Número de hijos

Se encontraron respuestas afirmativas en porcentajes muy bajos en ambos grupos: 2 % en el caso de los deportistas y 7 % en el de no deportistas, tal como se muestra en la Tabla 7.

Tabla 7. Distribución porcentual por grupo de la pregunta "Número de hijos".

	No deportistas	Deportistas
Si	7%	2%
No	93%	98%
Total	100%	100%

8.2. ANALISIS DE LAS VARIABLES RELACIONADAS CON EL PESO CORPORAL Y LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

8.2.1. Modificación de peso corporal en el último año.

En relación con los cambios de peso corporal registrados durante el último año, tanto en el grupo de no deportistas como en el de deportistas el porcentaje más alto correspondió al aumento de peso corporal (41% y 36% respectivamente). Por el contrario, los que habían bajado de peso se situaron en el porcentaje menor dentro de la distribución (16% en el grupo de deportistas y 19% del grupo de no deportistas); sólo el 21% del grupo de deportistas y 26% del grupo de no deportistas respondieron haber mantenido estable su peso corporal durante el último año (ver Tabla 8).

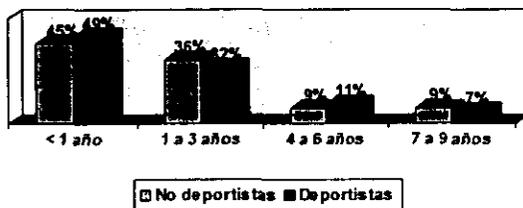
Tabla 8. Distribución porcentual por grupo de las modificaciones en el peso corporal durante el último año.

	No deportistas	Deportistas
Subí de peso	41%	36%
Baje de peso	15%	19%
Subí y baje de peso	18%	24%
No hubo cambios en mi peso	26%	21%
Total	100%	100%

8.2.2. Tiempo de mantener el peso actual

Cuando se les preguntó a los sujetos por cuánto tiempo habían mantenido su peso actual, en ambos grupos se encontraron los porcentajes más altos para "menos de un año" (ver Gráfica 1). Sólo 45% de los no deportistas lo había mantenido por menos de un año y 9% reportaron haber pesado lo mismo entre 4 y 6 años, mientras que entre los deportistas 49% tenía menos de un año de mantener su peso actual, mientras que 7% habían mantenido su peso por 7 años o más.

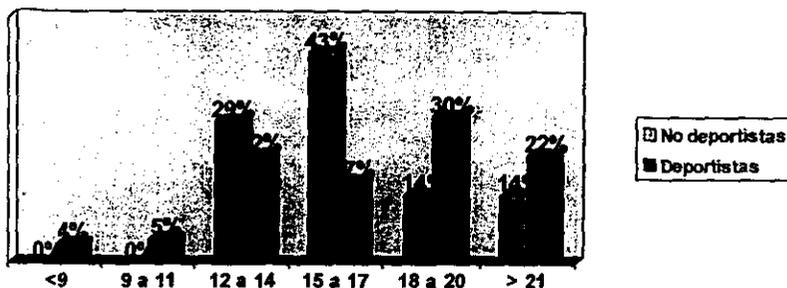
Gráfica 1. Tiempo de mantener el peso actual



8. 2. 3. Edad de la primera dieta para control de peso

Al indagar sobre la edad que tenían cuando hicieron su primera dieta, se encontró que los más jóvenes fueron los no deportistas los quienes en mayor porcentaje comenzaron a hacer dieta a edades tempranas (12-17 años), en comparación con los deportistas. En este mismo grupo, el porcentaje más alto (43%) se encontró en el período que abarca de 15 a 17 años. A partir de los 18 años los deportistas sobrepasan a los no deportistas, ya que este grupo reportó como porcentaje más alto 30% para el período de 18 a 20 años y como más bajo (4%) el período que abarca de menos de 9 a 11 años (ver Gráfica 2).

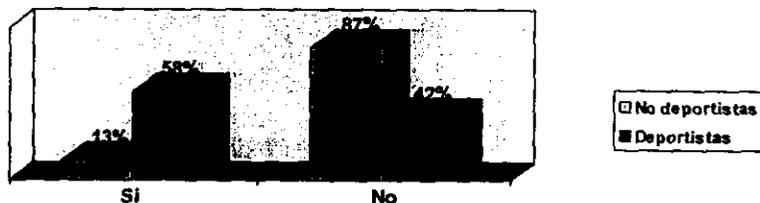
Gráfica 2. Distribución porcentual de la edad de la primera dieta para el control de peso



8.2.4. Seguimiento de dieta en los últimos 6 meses

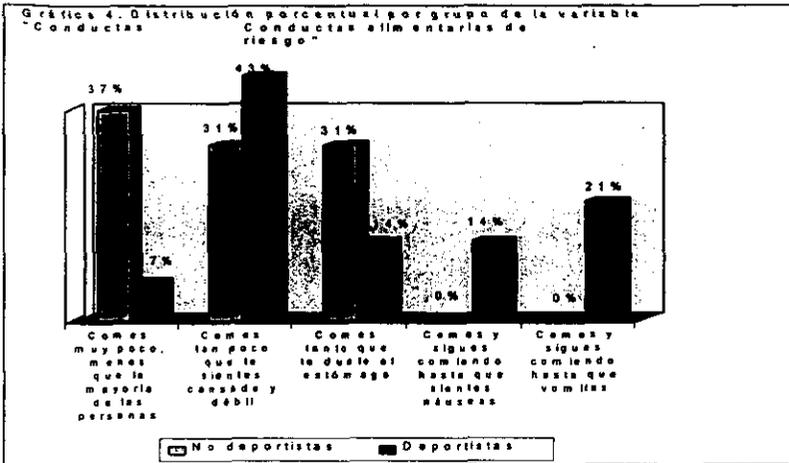
Al preguntar a los sujetos si en los últimos 6 meses habían practicado alguna dieta para controlar su peso, el mayor porcentaje que lo había hecho se situó en el grupo de deportistas (58%); por el contrario, el porcentaje más alto que no había incurrido en esta conducta se encontró en el grupo no deportista (87%) (Ver Gráfica 3).

Gráfica 3. Distribución porcentual por grupo de la variable "práctica de dieta en los últimos 6 meses"



8.2.5. Conductas alimentarias de riesgo (medición directa)

En los últimos 6 meses, 25% del grupo de no deportistas y 19% del de deportistas reportaron haber tenido o padecido en ese momento problemas con su forma de comer. Al indagar acerca de la naturaleza de dichos problemas, un alto porcentaje (43%) de los deportistas reportó comer muy poco, al grado de sentirse cansado y débil, mientras que 49% presentó conductas de sobreingesta. Por otra parte, 37% de los no deportistas reportó comer muy poco y 31% refirió presentar conductas de sobreingesta (Ver gráfica 4).



8.2.6. Preocupación por el peso corporal (medición directa)

Con el propósito de investigar si les preocupaba el peso corporal, se les preguntó qué tanto les preocupaba subir de peso o llegar a estar "gordo". Llama la atención que en los niveles de mayor preocupación hay mayor porcentaje de no deportistas, y que en la categoría "no me preocupa" sea más alto el porcentaje de deportistas (15%) que el de no deportistas (9%) (Ver Gráfica 5).

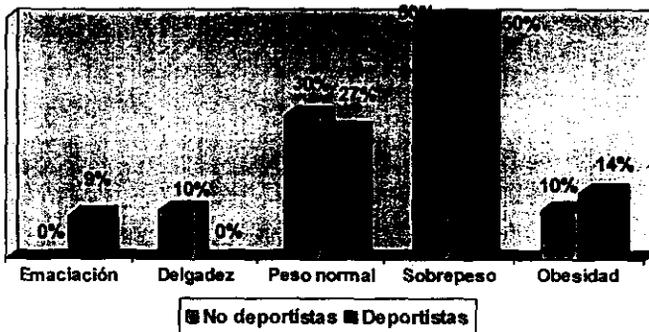
Gráfica 5. Distribución porcentual de la variable "Preocupación por el peso corporal"



8.2.7. Estimación del Índice de Masa Corporal (IMC=Peso/Talla²)

Es importante destacar que mientras no se encontró un caso de emaciación entre los no deportistas, entre los deportistas se detectó hasta en un 9%, invirtiéndose estos resultados en la categoría de delgadez. En las categorías restantes los resultados fueron similares en ambos grupos, aunque llama la atención que un 50% de cada grupo presentaba sobrepeso (ver Gráfica 6).

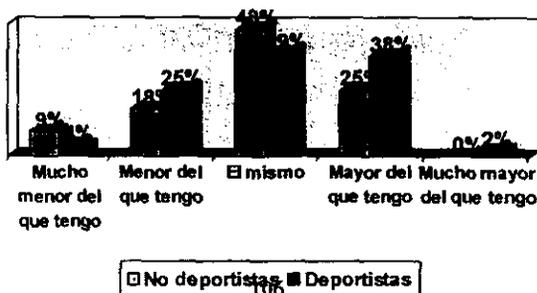
Gráfica 6. Porcentajes obtenidos según los rangos del Índice de Masa Corporal en las dos muestras



8.2.8. Peso corporal ideal

En relación con este aspecto 27% del grupo no deportistas respondió que deseaba tener un peso corporal menor del que tenía en ese momento y 48% quería mantener su peso. En contraste, en el grupo de deportistas 30% deseaba tener su mismo peso y un porcentaje mayor (38%) deseaba pesar más, en comparación con el grupo de no deportistas, ya que sólo una cuarta parte deseaba tener más peso (Ver Gráfica 7).

Gráfica 7. Peso corporal ideal



8.2.9. Autopercepción del peso con respecto al peso ideal

Se les preguntó a los sujetos como consideraban que se encontraba su peso actual en relación con el peso ideal que deseaban tener, encontrándose que el porcentaje más alto del grupo de no deportistas (41%) creía que estaba en su peso ideal, mientras que sólo un 2% en ambos grupos consideró estar muy por arriba del mismo. En el grupo de deportistas, dos categorías compartieron el mismo porcentaje (32%), siendo este el más alto, es decir que la mayoría de este grupo o pensaba estar por debajo de su peso ideal o por arriba del peso ideal, y sólo una cuarta parte consideró estar en su peso ideal (ver Gráfica 8).

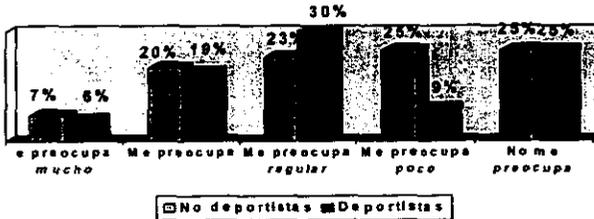
Gráfica 8. Distribución porcentual por grupo de la variable "Autopercepción del peso con respecto al peso ideal"



8.2.10. Preocupación por la percepción de los otros

Para investigar qué tan importante era la opinión de las otras personas, se les presentó la siguiente afirmación: "Me preocupa cómo me ven los demás..." Los porcentajes obtenidos mostraron que una cuarta parte (25%) tanto de deportistas como de no deportistas respondieron "no me preocupa" El porcentaje restante se distribuyó de manera similar en ambos grupos (Ver Gráfica 9).

Gráfica 9. Distribución porcentual de la variable "percepción de los otros"

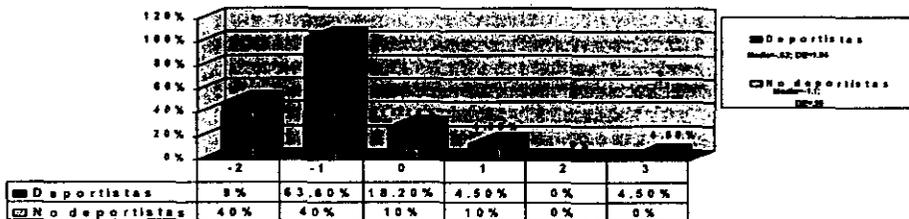


8.3. ANALISIS DE LAS VARIABLES RELACIONADAS CON LA IMAGEN CORPORAL

8.3.1. Alteración de la Imagen Corporal (Medición indirecta: Autopercepción – IMC)

Al analizar esta relación, se encontró que los porcentajes más bajos entre los no deportistas (10%) y los deportistas (18%) correspondieron a la no alteración. Sólo 10% del grupo no deportista no mostraba alteración de la imagen corporal mientras que 80% creía tener un cuerpo más delgado del que realmente tenía (subestimación). Por otro lado, en el grupo de deportistas se encontró que 18% no presentó alteraciones en su imagen corporal, mientras que 73% se veía más delgado de lo que realmente era (ver Gráfica 10).

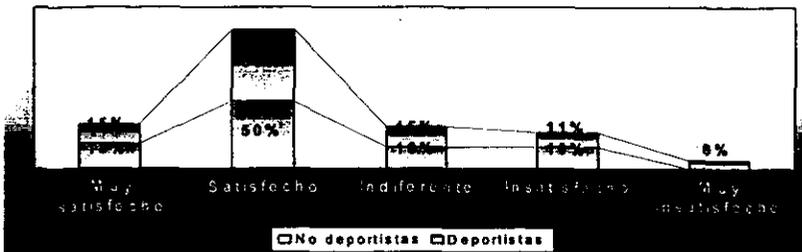
Gráfica 10. Distribución porcentual de la variable "Alteración de la imagen corporal" (medición indirecta)



8.3.2. Satisfacción/Insatisfacción con la imagen corporal (medición directa)

A los sujetos se les preguntó si estaban satisfechos con la forma de su cuerpo y se encontró en ambos grupos que la mitad se encontraban satisfechos (50% de no deportistas y 53% de deportistas), en cambio en el grupo de no deportistas 16% estaban insatisfechos y 18% dijeron sentirse muy satisfechos. En el grupo de deportistas se observó que 6% estaba muy insatisfecho (ver Gráfica 11).

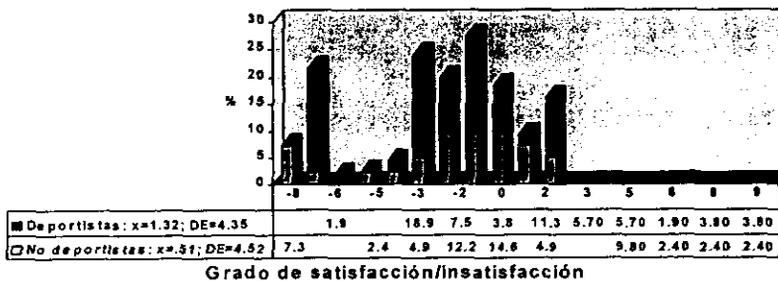
Gráfica 11. Porcentajes obtenidos de la variable "Satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal" (medición directa)



8.3.3. Satisfacción/insatisfacción con la Imagen Corporal (Medición indirecta: Figura actual – Figura ideal).

Los resultados demostraron que en el grupo de no deportistas, el porcentaje más alto (44%) correspondió a insatisfacción negativa, es decir, que deseaban tener una figura corporal más gruesa de la que tienen en la actualidad, en cambio, el porcentaje más bajo para ambos grupos (15% y 4% respectivamente) fue para los que estaban satisfechos con su imagen, mientras que en el grupo de deportistas fueron más los sujetos que estaban insatisfechos de manera positiva con su imagen corporal (49%), es decir que quisieran que su figura fuera más delgada de lo que es (ver Gráfica 12). Sin embargo, un porcentaje bastante alto (47%) deseaba tener una figura más gruesa.

Gráfica 12. Porcentajes obtenidos de la variable "satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal" (Medición indirecta)



8.4. COMPROBACION DE HIPOTESIS DE TRABAJO

A continuación, se presenta la comprobación de las hipótesis de trabajo, con base en los resultados obtenidos a partir de los análisis estadísticos correspondientes.

8.4.1. H_0 : No existen diferencias estadísticamente significativas en la práctica de dieta para el control de peso en los últimos 6 meses en el grupo deportista y el grupo no deportista.

H_1 : Existen diferencias estadísticamente significativas en la práctica de dieta para el control de peso en los últimos 6 meses en el grupo deportista y el grupo no deportista.

Con el propósito de averiguar si se presentaban diferencias estadísticamente significativas en el seguimiento de dietas en ambos grupos se aplicó la prueba no paramétrica denominada "U de Mann-Withney" (Ver Tabla 10). Los resultados de esta prueba indicaron que si existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo no deportista ($x=1.12$; $DE=.33$) y el grupo deportista ($x=1.57$; $DE=.5$).

En consecuencia, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, con lo que se confirma la hipótesis de trabajo lo cual refiere que es mayor la cantidad de deportistas que se han sometido a dietas en este intervalo de tiempo (ver Gráfica 3).

Tabla 10. Comparación de la práctica de dieta para el control de peso en los últimos 6 meses y el tipo de muestra

Tipo de muestra	N	Promedio de Rangos	Suma de Rangos	U de Mann-Whitney	Prob.
No deportistas	39	29.12	1135.5	355.5	0.000
Deportistas	33	45.23	1492.5		

8.4.2. H_0 : *No existen diferencias estadísticamente significativas respecto a la edad de inicio de práctica de dietas para control de peso entre el grupo deportista y el grupo no deportista.*

H_1 : *Existen diferencias estadísticamente significativas respecto a la edad de inicio de práctica de dietas para control de peso entre el grupo deportista y el grupo no deportista.*

Se aplicó la prueba t para verificar si existían diferencias respecto a la variable edad de inicio de la dieta con fines de control de peso en el grupo de no deportistas ($x=3.57$; $DE=1.9$) y el grupo de deportistas ($x=4.30$; $DE=1.39$), encontrándose que no hay diferencias estadísticamente significativas en ambos grupos ($t=-1.118$; $gl=29$; $p=.273$). En consecuencia, no se aceptó la hipótesis nula y se rechazó la hipótesis alterna, por lo que no se confirmó la hipótesis de trabajo. De acuerdo con lo anterior, se puede afirmar que el hecho de practicar o no practicar deporte no influye en la edad en la que los sujetos comienzan a hacer dieta para controlar su peso.

8.4.3 H_0 : *No existen diferencias estadísticamente significativas en la interacción en la autopercepción de la imagen corporal según la variable dependiente: rangos del IMC y el tipo de muestra.*

H₁: Existen diferencias estadísticamente significativas en la interacción en la autopercepción de la imagen corporal según la variable dependiente: rangos del IMC y el tipo de muestra.

Con el propósito de averiguar si se presentaban diferencias estadísticamente significativas entre los grupos respecto a la autopercepción de la imagen corporal y los rangos del IMC entre las dos muestras de estudio, se aplicó un análisis factorial simple (simple factorial). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación con el IMC y la autopercepción, por lo que se rechazó la hipótesis nula y se aceptó la hipótesis alterna, confirmándose la hipótesis de trabajo.

Es importante resaltar que la manera en que se perciben no varía de manera significativa entre los no deportistas ($x=3.60$; $DE=.84$) y los deportistas ($x=3.59$; $DE=1.05$); por el contrario, el IMC en que se situaron los sujetos influye de manera significativa en la manera en que perciben su propio cuerpo; es decir: el hecho de estar emaciado, delgado, con peso normal, sobrepeso u obesidad está relacionado con la autopercepción de la imagen corporal (Tabla 11).

Tabla 11. Resultados del ANOVA de la autopercepción de la imagen corporal por los Rangos del IMC X el tipo de muestra

Fuente de variación	Suma de cuadrados	gl	Media de cuadrados	F	Sig. de F
Componentes principales	5.944	5	1.189	3.229	0.023
Tipo de muestra	1.420	1	1.420	3.858	0.061
Rangos del IMC	4.524	4	1.131	3.072	0.035
Interacción de doble entrada	0.094	2	.047	.128	.880
Tipo de muestra/Rangos del IMC	.094	2	.047	.128	.880
Varianza explicada	6.039	7	.863	2.343	.057
Varianza residual	8.836	24	.368		
Total	14.875	31	.480		

8.4.4. H₀: *No existen diferencias estadísticamente significativas en la presencia de conducta alimentaria compulsiva (Factor 1) entre el grupo deportista y el grupo no deportista.*

H₁: *Existen diferencias estadísticamente significativas en la presencia de conducta alimentaria compulsiva (Factor 1) entre el grupo deportista y el grupo no deportista.*

Con base en los resultados obtenidos mediante la prueba *t* se encontró que no existieron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo no deportista y el grupo deportista en relación con la presencia de conducta alimentaria compulsiva (Factor 1). En consecuencia se aceptó la hipótesis nula y se rechazó la hipótesis alterna por lo que no se confirmó la hipótesis de trabajo, en razón de lo cual puede afirmarse que el hecho de practicar o no practicar deporte no está relacionado con la presencia de conducta alimentaria compulsiva (ver Tabla 12).

8.4.5.H₀: *No existen diferencias estadísticamente significativas en la incidencia de preocupación por el peso y la comida (Factor 2) entre el grupo deportista y el grupo no deportista.*

H₁: *Existen diferencias estadísticamente significativas en la incidencia de preocupación por el peso y la comida (Factor 2) entre el grupo deportista y el grupo no deportista.*

Al comparar las medias mediante la prueba *t* de las puntuaciones obtenidas en este factor, se halló que existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo no deportista y el grupo deportista. Por lo tanto, se rechazó la hipótesis nula y se aceptó la hipótesis alterna, confirmando la hipótesis de trabajo que se planteó; es decir, existe una mayor preocupación por el peso y la comida en el grupo deportista, en comparación con el grupo no deportista (Ver Tabla 12).

8.4.6.H₀: *No existen diferencias estadísticamente significativas en la presencia de conducta alimentaria normal (Factor 3) entre el grupo deportista y el grupo no deportista.*

H₁: *Existen diferencias estadísticamente significativas en la presencia de conducta alimentaria normal (Factor 3) entre el grupo deportista y el grupo no deportista.*

La comparación de las medias entre los grupos mostró que si existen diferencias estadísticamente significativas respecto a la conducta alimentaria normal. Con lo anterior, se rechazó la hipótesis nula y se aceptó la hipótesis alterna, confirmando la hipótesis de trabajo, es decir, que los no deportistas se alimentan de manera adecuada en mayor grado que los deportistas, tal como se observa en las medias correspondientes (Ver Tabla 12).

8.4.7.H₀: *No existen diferencias estadísticamente significativas en la práctica de dieta crónica y restrictiva (Factor 4) entre el grupo deportista y el grupo no deportista.*

H₁: *Existen diferencias estadísticamente significativas en práctica de dieta crónica y restrictiva (Factor 4) entre el grupo deportista y el grupo no deportista.*

En otro sentido, la prueba *t* aplicada a ambos grupos para comparar las medias obtenidas en el Factor 4 indicó que no existen diferencias estadísticamente significativas. Por lo tanto, se aceptó la hipótesis nula y se rechazó la hipótesis alterna, sin confirmar la hipótesis de trabajo; lo anterior mostró que tanto los no deportistas como los deportistas presentaron dieta crónica restrictiva de igual manera (Ver Tabla 12).

8.4.8.H₀: *No existen diferencias estadísticamente significativas en la presencia de conducta alimentaria compensatoria (Factor 6) entre el grupo de deportistas y el grupo no deportista.*

H₁: *Existen diferencias estadísticamente significativas en la presencia de conducta alimentaria compensatoria (Factor 6) entre el grupo de deportistas y el grupo no deportista.*

El resultado de la Prueba *t* aplicada a ambos grupos no arrojó diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos (ver Tabla 12). En consecuencia se aceptó la hipótesis nula y se rechazó la hipótesis alterna, sin confirmar la hipótesis de trabajo, lo cual indica que el grupo no deportista y el grupo deportista presentaron conducta alimentaria compensatoria en grados similares.

8.4.9.H₀: *No existen diferencias estadísticamente significativas en la presencia de conducta de atracción (Factor 9) entre el grupo deportista y el grupo no deportista.*

H₁: Existen diferencias estadísticamente significativas en la presencia de conducta de atracón (Factor 9) entre el grupo deportista y el grupo no deportista.

Con base en los resultados obtenidos mediante la prueba *t* no se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre el grupo no deportista y el grupo deportista en relación con la incidencia de la conducta de atracón (Factor 9). En consecuencia se aceptó la hipótesis nula y se rechazó la hipótesis alterna, sin confirmar la hipótesis de trabajo (ver Tabla 12). Con lo anterior, se puede afirmar que en las dos muestras estudiadas el hecho de practicar o no practicar deporte no está relacionado con la incidencia de la conducta de atracón.

H₀: No existen diferencias estadísticamente significativas en la incidencia de control de la ingesta (Factor 10) entre el grupo de deportistas y el grupo no deportista.

H₁: Existen diferencias estadísticamente significativas en la incidencia de control de la ingesta (Factor 10) entre el grupo de deportistas y el grupo no deportista. La comparación de las medias entre ambos grupos mostró que existen diferencias estadísticamente significativas respecto al control sobre la ingesta de alimentos. Con lo anterior, se rechazó la hipótesis nula, confirmándose la hipótesis alterna y por lo tanto, confirmándose la hipótesis de trabajo. Por lo tanto se puede decir que los no deportistas mostraron mayor control de la ingesta que los deportistas (Ver Tabla 12).

Tabla 12. Comparación de las medias de ambos grupos (prueba *t*) respecto a los factores de la EFRATA que exploran conductas alimentarias de riesgo, valores de la media, desviación estándar y error estándar

Factor	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>sig</i>	Tipo de muestra	<i>x</i>	DE	EE
1. "Conducta alimentaria compulsiva"	1.0	95	.320	No deportistas	7.73	3.2	.48
				Deportistas	7.11	2.8	.38
2. "Preocupación por el peso y la comida"	-3.243	95	.002	No deportistas	5.88	2.02	.30
				Deportistas	7.39	2.46	.33
3. "Conducta alimentaria normal"	4.689	95	.000	No deportistas	12.6	3.08	.46
				Deportistas	9.3	3.72	.51
4. "Dieta crónica y restrictiva"	-.918	95	.361	No deportistas	3.39	1.4	.21
				Deportistas	3.63	1.17	.16
6. "Conducta alimentaria compensatoria"	-1.319	94	.190	No deportistas	5.4	.95	.14
				Deportistas	5.68	1.1	.15
9. "Conducta de atracón (binge eating)"	.114	90	.910	No deportistas	4.04	.52	.007
				Deportistas	4.02	.54	.007
10. "Control de la ingesta"	2.342	94	.021	No deportistas	4.2	1.32	.20
				Deportistas	3.57	1.32	.18

8.4.11. H_0 : *No se encontrarán diferencias estadísticamente significativas en la alteración (sobreestimación y subestimación) de la imagen corporal en el grupo de deportistas y el no deportista.*

H_1 : *Se encontrarán diferencias estadísticamente significativas en la alteración (sobreestimación y subestimación) de la imagen corporal en el grupo deportista y el no deportista.*

Al respecto, cuando se comparó al grupo de no deportistas ($x=1.0$; $DE=.47$; $EE=.14$) con los deportistas ($x=.90$; $DE=.52$; $EE=.11$) mediante la prueba t , se encontró que no existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la sobreestimación/subestimación de la imagen corporal ($t=.467$, $gl=30$, $p=.644$). En consecuencia, se aceptó la hipótesis nula y se rechazó la hipótesis alterna, sin confirmar la hipótesis de trabajo, lo cual indica que en las dos muestras estudiadas los sujetos presentaron una percepción de su cuerpo alterada, puesto que sobreestiman/subestiman su imagen corporal de igual manera, tal como se hace evidente en las medias.

8.4.12. H_0 : *No existen diferencias estadísticamente significativas y el grado de satisfacción/insatisfacción entre el grupo de deportistas y el no deportista.*

H_1 : *Existen diferencias estadísticamente significativas y el grado de satisfacción/insatisfacción entre el grupo de deportistas y el no deportista.*

La prueba t aplicada con el fin de verificar si el grado de satisfacción era diferente en los sujetos no deportistas ($x=1.26$; $DE=.70$; $EE=.11$) con respecto a los deportistas ($x=1.45$; $DE=.57$; $EE=.007$) reportó que no existen diferencias estadísticamente significativas en ambos grupos ($t=-1.39$; $gl=92$, $p=.16$), tal como se corrobora por la similitud en los valores de la media de las dos muestras. En consecuencia, se aceptó la hipótesis nula y se rechazó la hipótesis alterna; por lo tanto, no se confirmó la hipótesis de trabajo. Lo anterior mostró que el hecho de practicar deporte o no practicarlo no influyó en la satisfacción o insatisfacción con la imagen corporal que mostraron los sujetos de las muestras estudiadas.

CAPITULO IX

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo del presente estudio fue conocer los factores de riesgo en 2 muestras de poblaciones de estudiantes del sexo masculino: una que practicaba deporte (acondicionamiento con pesos) y otra que no lo practicaba, y de esta manera detectar la presencia de factores de riesgo en hombres, puesto que en México es un tema del cual se tiene escaso conocimiento. En el caso del grupo de deportistas, se escogió de manera intencional la disciplina deportiva anterior por considerarse uno de los grupos de riesgo dentro de los deportistas.

Cabe señalar que esta investigación fue de carácter exploratorio y que se aplicaron pruebas de comparación (*t* de Student y *U* de Mann-Whitney) para cubrir lo que se espera de todo estudio exploratorio, es decir, con la finalidad de que en investigaciones posteriores se puedan formular hipótesis.

La importancia de esta investigación reside en que se estudiaron muestras de estudiantes deportistas y no deportistas jóvenes del género masculino, que pueden ser una población de riesgo debido a la presión tan grande que se ejerce en la sociedad actual para tener una figura corporal "perfecta", ya que en comparación con los estudios realizados en mujeres (V. gr. Slade y Brodie, 1988; Davis, 1990; Davis, 1992; Petrie, 1993) se ha investigado de manera escasa y sólo en épocas recientes (Gómez Pérez-Mitré, Granados, Jáuregui, Tafoya y Unikel, 1998).

Asimismo, tal como lo indica Gómez Pérez-Mitré (1997), es necesario diferenciar entre la distorsión de la imagen corporal que lleva en sí una connotación patológica, puesto que es uno de los criterios diagnósticos tanto de la Anorexia Nervosa como de la Bulimia Nervosa de acuerdo con el DSM-IV, y la alteración de la imagen corporal (sobreestimación/subestimación) que se aplica a población abierta y clínicamente normal.

Por otra parte, en el presente estudio se confirmó la presencia de factores de riesgo que en la literatura (Andersen, en: Cohn *et al.*, 1999; Striegel-Moore, Silberstein y Rodin, 1986) se asocian con trastornos de la conducta alimentaria. En el caso que nos ocupa, estos factores de riesgo se estudiaron en un grupo considerado como de alto riesgo, como son los practicantes de

acondicionamiento físico con pesos y en un grupo control, conformado por sujetos que no hacían ejercicio.

En relación con las características sociodemográficas, se encontró que las muestras de estudio eran similares, puesto que las distribuciones por edad, nivel socioeconómico, lugar que ocupan entre los hermanos, vida sexual activa y número de hijos son iguales, excepto que la mitad de los sujetos no deportistas estudiaban y trabajaban al mismo tiempo.

Al analizar las variables relacionadas con el peso corporal y las conductas alimentarias de riesgo, el hecho de que más de las tres cuartas partes de los sujetos de ambas muestras hayan presentado inestabilidad del peso corporal en el último año (previo a la aplicación del cuestionario) y que más de una tercera parte también de ambos grupos hayan reportado incremento de peso, indicó de manera indirecta que tienen problemas con su forma de comer, encontrándose con mayor riesgo de padecer alteraciones en la conducta alimentaria y problemas de salud aquellos que subieron y bajaron de peso en el lapso del último año.

Además, se encontró el mismo porcentaje de sobrepeso en ambos grupos. Sin embargo, en contra de lo esperado se encontró obesidad en los deportistas en un porcentaje mayor que en los no deportistas.

Por otro lado, más de un tercio en ambos grupos refirieron tener conductas de sobreingesta, aunque entre los deportistas se presentaron en los extremos: ingieren alimentos en cantidades muy pequeñas, al grado de sentirse cansados y débiles o, por el contrario, comen hasta sentir náuseas o vomitar, lo cual corrobora la dificultad para controlar la ingesta.

Es importante resaltar que como se esperaba, los deportistas se encontraron más preocupados por el peso y la comida, en tanto que fueron los no deportistas los que presentaron en mayor proporción una conducta alimentaria normal aunada a un mayor control de la ingesta. Debe agregarse sin embargo, que también en los no deportistas se encontró sobreingesta. Llama la atención que los sujetos que presentaron conductas relacionadas con atracones ("binge eating") no mostraron conductas compensatorias de tipo purgativo.

Se debe considerar que el sobrepeso medido a través del Índice de Masa Corporal puede representar un exceso de grasa corporal entre los no deportistas mientras que entre los deportistas más que representar un exceso de grasa puede deberse a un incremento en la masa muscular, lo cual se denomina "sobrepeso atlético" debido a la densidad del músculo. También se detectó entre el grupo de deportistas emaciación aunque esto sucedió solo en una proporción pequeña, lo que confirma que también es posible que los problemas de alimentación se presenten en ambos polos.

Por otra parte, aún cuando se observó que los deportistas comenzaron a hacer dieta para control de peso a edades tempranas (entre los 9 y 11 años), es a partir de los 18 años que la mayoría inician la práctica de la misma, cabe resaltar que son los no deportistas quienes recurren, en mayor porcentaje, a las dietas como control de peso.

Se esperaba que los deportistas como grupo de riesgo se mostraran más preocupados por su peso corporal; sin embargo, en los dos grupos les preocupa de igual manera: regular, poco o nada, de aquí que, para ambos, era más importante la comodidad corporal que la apariencia física.

Respecto al peso corporal ideal, alrededor de la mitad de los no deportistas refirieron que querían mantener su peso actual, en contraste con sólo un tercio de los deportistas. Así mismo, fue notorio en el grupo de deportistas que sólo algunos querían bajar de peso, puesto que la mayoría deseaba incrementarlo y tener una figura más grande y musculosa.

Al ser cuestionados directamente sobre la satisfacción de su figura corporal actual, ambos grupos refirieron sentirse satisfechos con la forma de su cuerpo aunque una proporción pequeña de los deportistas se mostró muy insatisfecha. La medición indirecta del grado de satisfacción de la imagen corporal (figura actual – figura ideal) mostró que fueron los deportistas quienes estuvieron menos satisfechos con su imagen corporal, en tanto que deseaban verse más voluminosos, o más delgados, pero en ambas situaciones haciendo énfasis en el desarrollo y definición de la masa muscular.

Llama la atención que el porcentaje más bajo era de no-alteración en ambos grupos y que, también en los dos grupos se observó en mayor grado la subestimación, lo cual indica que creían tener un cuerpo más delgado que sus dimensiones reales, en comparación con tan sólo una décima parte que se percibía como más grueso (sobreestimación) en ambos grupos y aún cuando se vio que sólo la

quinta parte de deportistas coincidió en la manera en que se percibía con su masa corporal (no-alteración), fue menor el porcentaje de no deportistas que mostró una concordancia en este aspecto.

En relación con lo anterior, se observó que la autopercepción de la imagen corporal no era distinta estadísticamente entre ambos grupos. Así mismo, al parecer el Índice de Masa Corporal de cada sujeto no influyó en la forma en que perciben su cuerpo.

En otro aspecto, al comparar si el grado de satisfacción con la imagen corporal difería entre los deportistas y los no deportistas, se observó que lo que reportaron los sujetos de las dos muestras no corresponde con lo obtenido a través de la diferencia entre la figura ideal y la figura actual, con lo que se corrobora que los sujetos tienden a alterar su respuesta cuando se les pregunta directamente, por lo que hay que preguntaries de manera indirecta como lo señalan Gómez Pérez-Mitré, Granados, Jáuregui, Tafoya y Unikel (1998). Así mismo, es importante resaltar que se encontró que en casi la totalidad de las dos muestras estudiadas, los sujetos o quieren ser más delgados de como están en la actualidad, o bien tener una figura más voluminosa.

Lo anterior reafirma la suposición de varios teóricos respecto a las diferencias psicosociales que influyen en la prevalencia menor de trastornos de la alimentación en los hombres comparada con la de las mujeres, ya que en ellos, al parecer, las presiones del medio se centran en cambiar su forma corporal para lograr una apariencia musculosa y no en la delgadez propiamente dicha (Andersen, en: Cohn *et al.*, 1999; Thompson, 1996; Tucker, 1982, 1984, cit. por Bruchon-Schweitzer, 1992).

Estos resultados dan elementos para suponer que en los varones las conductas alimentarias de riesgo apuntan hacia el concepto de "anorexia inversa" (Andersen, en: Cohn *et al.*, 1999; Pope, Katz y Hudson, 1993), dado que para la mayoría de los sujetos en ambos grupos ningún grado de aumento en el tamaño del cuerpo les satisface y en general los deportistas quisieran aumentar de peso y tener una figura de tipo mesomorfo.

Por otra parte, en la Escala de Factores de riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios (EFRATA), los resultados mostraron que los hombres que hacían ejercicio se mostraban más preocupados por el peso y la comida, aunque fueron los que no lo hacían quienes presentaron con mayor frecuencia

hábitos de alimentación adecuados, así como mayor capacidad para ejercer un control sobre la ingesta.

Ahora bien, el hecho de que una parte considerable en ambos grupos mostrara sobreingesta y que en los deportistas se agudizara en extremo, haría suponer que probablemente éstos recurren al ejercicio como una conducta compensatoria y confien erróneamente en que el ejercicio será suficiente para mantener el balance energético, lo que provoca una ganancia de peso que se evidenció en el sobrepeso y obesidad observados.

Por último, podemos decir en respuesta a las preguntas planteadas en esta investigación que los factores que predicen con mayor exactitud satisfacción con la propia imagen corporal entre los hombres son:

- la distancia mínima entre cuerpo real e ideal,
- peso corporal moderado,
- somatotipo percibido como mesomorfo (con masa muscular definida)
- y un cuerpo considerado atractivo, tal como lo indica Bruchon-Schweitzer (1992).

También se demostró la presencia de conductas alimentarias de riesgo en el grupo de deportistas, como son: el seguimiento de dieta para el control de peso (Herman y Polivy, 1980; Striegel-Moore *et al.*, 1986, cit. por Gómez Pérez-Mitré *et al.*, 1997) y la ingestión de grandes cantidades de alimento o sobreingesta. Así mismo, se comprobaron los hallazgos de Tucker (1982, 1984, cit. por Bruchon-Schweitzer, 1992) en cuanto a que los sujetos que se perciben como endomorfos se encuentran menos satisfechos con sus cuerpos, así como que la satisfacción de la imagen corporal masculina se puede determinar por la diferencia de la forma del cuerpo "percibido" y el cuerpo "real", aumentando la insatisfacción del sujeto con su imagen corporal en tanto que existe una mayor distancia entre ambas.

Estos resultados difieren de manera importante con los reportados por Gómez Pérez-Mitré, Granados, Jáuregui, Tafoya y Unikel (1998) en adolescentes y adultos jóvenes de sexo masculino, puesto que no encontraron sujetos emaciados o delgados y reportaron que sólo una cuarta parte de los sujetos presentaron sobrepeso, en comparación con la mitad que se encontró en el presente estudio. En cuanto a la cantidad de sujetos con IMC normal, se encontraron proporciones similares.

Finalmente, de acuerdo con los hallazgos presentados en este estudio podemos concluir en respuesta a las preguntas planteadas que se confirmaron las siguientes hipótesis de trabajo:

1. Los deportistas presentan con menor frecuencia conducta alimentaria normal
2. Los deportistas tienen menor control de la ingesta

Por otra parte, también se encontraron similitudes en las muestras estudiadas de deportistas y no deportistas, por lo que no se confirmaron algunas hipótesis de trabajo, a saber:

1. En las dos muestras se observó que se presenta con la misma frecuencia la práctica de conducta alimentaria compulsiva.
2. Contrario a lo que se esperaba, las dos muestras estudiadas mostraron el mismo grado de preocupación por el peso corporal y la comida.
3. Los sujetos de las dos muestras de estudio incurrían de igual manera en la práctica de dieta crónica y restrictiva.
4. En ambos grupos se detectó en proporción similar la práctica de conductas alimentarias de tipo compensatorio.
5. No se encontraron diferencias respecto a la frecuencia en la que se presenta la conducta de atracón en las dos muestras de estudio.
6. Se pudo observar que en realidad, la insatisfacción con la imagen corporal es independiente de la práctica o no práctica de deporte, puesto que en los dos grupos los hombres estuvieron igualmente insatisfechos con su cuerpo, a pesar de reportar lo contrario.
7. Tanto los deportistas como los no deportistas subestimaron su imagen corporal; lo que indicó que se consideraron más delgados de lo que en realidad estaban. No obstante, los deportistas deseaban incrementar su peso corporal y tener una figura más grande y con mayor definición muscular.

CAPITULO X

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Con base en la revisión teórica y los resultados obtenidos se sugiere:

1. Efectuar réplicas de la presente investigación aumentando el tamaño de las muestras, utilizando varias disciplinas deportivas
2. Considerar para posteriores investigaciones la relación entre la práctica de ejercicio y las razones para hacerlo
3. Continuar el estudio de los factores de riesgo en muestras de hombres deportistas, para tener elementos suficientes para diseñar un programa de prevención específico para este tipo de población.
4. Efectuar modificaciones a la EFRATA para generar un instrumento específico para deportistas, tomando en consideración las diferencias de género

Las limitaciones que se consideran en esta investigación fueron:

1. La realización de esta investigación con una muestra no probabilística, impide generalizar los resultados obtenidos hacia otros grupos, por lo que sólo es aplicable para los grupos de hombres de este estudio.
2. La EFRATA esté diseñada para grupos no clínicos, por lo que existen aspectos específicos de la muestra de deportistas que faltaron por explorar.

REFERENCIAS

1. Afalo, A.; Arenas, A.; Brouse, M.; Clastres, G.; Di Cacia, A.; Fryd, A.; Leguil, F.; Menard, H.; Merlett, A.; Miller, D.; Miller, J.; Rauard, J.; Stevens, A.; Strauss, M.; Wartel, R. (1989) La envoltura del síntoma. Buenos Aires: Manantial.
2. Aisenson, A. (1981). Cuerpo y persona: Filosofía y psicología del cuerpo vivido, México: Fondo de Cultura Económica.
3. Aisworth, G.; Coumat, C.; Esteva, G.; Fischer, C., De Garine, I. (1988). Carencia alimentaria. Barcelona: Serbal/UNESCO.
4. Álvarez, G., Mancilla, J., Martínez, M., López, X. (1998). Aspectos psicosociales de la alimentación. Revista Psicología y Ciencia Social, 2(1), 50-58.
5. Alvarez, G., Román, M., Manríquez, E., y Mancilla, J. (1996). Imagen corporal y trastornos de la alimentación: En una muestra de universitarias mexicanas. La Psicología Social en México, 6, 536-541.
6. Andersen, A. E. (1990) A proposed mechanism underlying eating disorders and other disorders of motivated behavior. En: A.E. Andersen (Ed), Males with eating disorders (pp.221-254). New York: Brunner/Mazel.
7. Andersen, A. E., y DiDomenico, L. (1992). Diet vs. Shape content of popular male & female magazines: A dose-response relationship to the incidence of eating disorders? International Journal of Eating Disorders, 11(3), 283-287.
8. Andersen, A. E. y Holman, J. E. (1997). Males with eating disorders: Challenges for treatment & research. Psychopharmacology Bulletin 3, 391-397.
9. Aquino, G. (1998). Trastornos de la Alimentación: Detección de factores de riesgo en mujeres que hacen deporte y que no lo hacen. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México, México.
10. Arensen, G (1991). Una sustancia llamada comida. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana.
11. Asociación Psiquiátrica Americana (1995). Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-IV. Barcelona : Masson
12. Avila, H. (1982). Nutrición y salud: conceptos inseparables. Cuadernos de nutrición, 5, (2), 17-32.
13. Bemporad, J. (1996). Self-starvation through the Ages: Reflections on the pre-history of anorexia nervosa. International Journal of Eating Disorders, 19(3), 217-237.
14. Bernard, M. (1985). El cuerpo. Barcelona: Paidós.

15. Bouchard, C. (1997). Human variation in body mass: evidence for a role of the genes. Nutrition Reviews, 55, (1), 21-30.
16. Bourges, H. (1987). Guías para la orientación alimentaria. Cuadernos de nutrición, 5 (4), 17-32.
17. Bowers, R. y Fox, E. (1995) Fisiología del deporte. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
18. Braguinsky, J. (1996). Obesidad. Buenos Aires: El Ateneo.
19. Brower, K. J., Eliopoulos, G. A., Blow, F. C., Catlin, D. H., y Beresford, T. P. (1990). Evidence for physical and psychological dependence on anabolic androgenic steroids in eight weight lifters. American Journal of Psychiatry, 147, (4), 510-512.
20. Bruch, H. (1962). Perceptual and Conceptual Disturbances in Anorexia Nervosa. Psychosomatic Medicine, 24 (2), 187-194.
21. Bruch, H. (1973). Psicología del cuerpo. Madrid: Paidós.
22. Bruch, H. (1975). Les yeux et le ventre. París: Payot.
23. Bruchon-Schweitzer, M. (1992) Psicología del Cuerpo. Barcelona: Herder.
24. Buckroyd, J. (1997). Anorexia y bulimia. México: Martínez Roca.
25. Burns, T., & Crisp, A. H. (1990). Outcome of anorexia nervosa in males. In A. E. Andersen (Ed.), Males with eating disorders. New York: Brunner/Mazel.
26. Caparrós, N. Y Sanfeliú, I. (1997). La anorexia. Una locura del cuerpo. Madrid: Biblioteca Nueva.
27. Casado, D. (1967). Perfiles del hambre. Madrid: Edicusa.
28. Casper, R.C., Halmi, K. A., Golberg, S.C., Eckert, D.E. & Davis, J.M. (1979). Disturbances in body image estimation as related to other characteristics and outcome in anorexia nervosa. British Journal Psychiatry, 134, 60-66.
29. Castro, G. (1999). Obesidad, presente y futuro. Nutrición Clínica, 2, (1) 1-3.
30. Chávez, A. y Chávez, M. (1997). La nueva alimentación. México: Pax.
31. Cherebetiu, A. y Galeana, M. (1970). Contenido y Sistema del Entrenamiento Deportivo Contemporáneo. México: Pax.
32. Chinchilla, A. (1994). Anorexia y Bulimia Nerviosas. Madrid: Ergon.
33. Chinchilla, A. (1995). Guía teórico-práctica de los trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. Barcelona: Masson.
34. Cervera, F. R. (1965). El psicodiagnóstico de Rorschach aplicado a un grupo de niños mexicanos con alteraciones de la imagen corporal. Tesis de Maestría. Universidad Nacional Autónoma de México, México.

36. Cohn, L. y Lemberg, R. (1999). Eating Disorders: A reference sourcebook. New York: Oryx.
37. Contreras, J. (1993). Antropología de la alimentación. Madrid: Eudema.
38. Cooper, Z. (1995). The development and maintenance of eating disorders. In K. Brownell y C. Fairburn (Eds.). Eating disorders and obesity. New York: Basic Books.
39. Covert, D.L., Kinder, B.N & Thompson, J.K (1989). The psychosexual aspects of anorexia nervosa and bulimia nervosa: a review of the literature. Clinical Psychological Review, 9, 169-180.
40. Crisp, A. H. (1967). A psychosomatic study of anorexia nervosa: A controlled study of some aspects of the constitution and premorbid feeding behavior of patients. Thesis, University of London.
41. Crispo, R.; Figueroa, E. y Guelar, D. (1994). Trastornos del comer. Barcelona: Herder.
42. Crispo, R., Figueroa, E. y Guelar, D. (1996). Anorexia y Bulimia: Lo que hay que saber. España: Paidós.
43. Crawford, S. y Eklund, R.C. (1994). Social physique, reasons for exercise, and attitudes toward exercise settings. Journal of Sport & Exercise Psychology, 16, 70-82.
44. Crawford, S. & Eklund, R.C (1994b). Active women, social physique anxiety and exercise. Journal of Sport and Exercise Psychology, 16, 431-448.
45. Davis, C. (1990). Body image and weight preoccupation: A comparison between exercising & non-exercising women. Appetite, 15, 13-21.
46. Davis, C. (1992). Body image, dieting behaviours, and personality factors : A study of high performance female athletes. International Journal of Sports Psychology, 23, 179-192
47. Davis, C. y Cowles, M. (1991). Body image and exercise: A study of relationships and comparisons between physically active men and women. Sex and Roles, 25, (1-2), 33-34.
48. Davis, C., Durnin, J., Gurevich, M., Le Maire, A., y Dionne, M. (1993). Body composition correlates of weight dissatisfaction and dietary restraint in young women. Appetit, 20, 197-202.
49. Díaz, D. R. (1995). Anorexia y ciclos de ingestión alimentaria en ratas albinas macho deficientes en zinc. Revista Cubana de Alimentación y Nutrición. enero-junio. <http://infonew.sld.cu/revistas/ali/ali03195.html>.
50. Domingo, N (1997). Anorexia. ¡Error! Marcador no definido..
51. Doode, S. y Pérez, E. (1994). Sociedad, economía y cultura alimentaria. Centro de Investigaciones en Alimentación y Desarrollo, A.C./Centro de Investigación y Estudios Superiores en Antropología Social: México.

52. Duker, M y Slade, R. (1992). Anorexia nerviosa y bulimia: un tratamiento integrado. México: Limusa.
53. Dwyer, J.T., Feldman, J.J. Seltzer, C.C. & Mayer, J. (1969). Body image in adolescents: attitudes toward weight and perception of appearance. American Journal of Clinical Nutrition, 20, 1045-1056.
54. Escobar, G. (1992). Prevalencia de conductas generalmente presentes en pacientes que padecen de anorexia nerviosa y bulimia en estudiantes de secundaria, preparatoria y universidad de la Ciudad de México. Tesis de licenciatura. Universidad Iberoamericana, México.
55. Fallon, A.E. & Rozin, P. (1985). Sex differences in perception of desirable body shape. Journal of Abnormal Psychology, 94, (1), 102-105.
56. Feldman, E. (1990). Principios de nutrición. México: Manual Moderno.
57. García, F. (1990). Las adoradoras de la delgadez. Madrid: Díaz de Santos.
58. Gibney, M. (1986). Nutrición, dieta y salud. Zaragoza: Acribia.
59. Gómez Pérez-Mitré, G. (1993a). Detección de anomalías de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios: obesidad, bulimia y anorexia nerviosa. Revista Mexicana de Psicología, 10, (1), 17-27.
60. Gómez Pérez-Mitré, G. (1993b). Variables cognoscitivas y actitudinales asociadas con imagen corporal y desórdenes del comer: Problemas de peso. Investigación Psicológica, 3, (1), 95-112.
61. Gómez Pérez-Mitré, G. (1995). Proyecto de investigación: Una aproximación multifactorial en la detección temprana de los desórdenes del comer para la promoción de la salud (Mimeo).
62. Gómez Pérez-Mitré, G. (1997). Alteraciones de la imagen corporal en una muestra de escolares mexicanos preadolescentes. Revista Mexicana de Psicología, 14, (1), 31-40.
63. Gómez Pérez-Mitré (1998). Imagen corporal. ¿Qué es más importante: "sentirse atractivo" o "ser atractivo?". Revista de Psicología y ciencia social, 2,(1), 27-33.
64. Gómez Pérez-Mitré, Granados, Jáuregui, Tafoya y Unikel. (1998). Trastornos de la Alimentación: Factores de Riesgo Asociados con Imagen Corporal y con Conducta Alimentaria en Muestras del Género Masculino. En Prensa.
65. Gómez Pérez-Mitré, G., Saucedo Molina, M.,T. y Avila, A.E. (1997). Factores de riesgo: anomalías de la conducta alimentaria en escolares preadolescentes. Congreso Regional de Psicología para profesionales en América.
66. Gómez Pérez-Mitré, G, Unikel, S, C., & Saucedo, M., T. La psicología social en el campo de la salud: Imagen Corporal en los trastornos de la alimentación. En: La psicología social en México. México: Fondo de Cultura Económica.

67. Grande, F. (1988). Nutrición y salud. Madrid: Temas de hoy.
68. Guillemot, A. Y Laxenaire, M. (1994). Anorexia nerviosa y bulimia: el peso de la cultura. Barcelona: Masson.
69. Herman, C.P., & Polivy, J. (1980). Restrained eating. In A.J. Stunkard (De.), Obesity. Philadelphia: Saunders.
70. Herrera y Herrera (1999). Conductas alimentarias de riesgo e imagen corporal: alteración, satisfacción e insatisfacción, y su relación con el nivel socioeconómico. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. México.
71. Herzog, D. B., Bradburn, S., & Newman, K. (1990). Sexuality in males with eating disorders. In A. E. Andersen (Ed.), Males with eating disorders (pp. 40-53). New York: Brunner/Mazel.
72. Heyward, V. (1997). Evaluación y prescripción del ejercicio. Barcelona: Paidotribo.
73. Hsu, L.K.G. (1989) The gender gap in eating disorders: Why are the eating disorders more common among women? Clinical Psychology Review, 9, 393-407.
74. Kristi (1998) Eating disorders in Ballet Dancers. . <http://www.something-fishy.com/image/mirror-mirror.html>.
75. Lemus, P. y Rubio, P. (1993). La anorexia en el atletismo. Revista de Psicología General y Aplicada, 46, (4), 459-464.
76. León Hdz, R.C., (1998). Alteración de la imagen corporal en estudiantes de bachillerato con problemas de peso. Proyecto de tesis para licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México. México.
77. Lubin, P., Rubio de L., P.; (1993). La anorexia en el atletismo. Revista de Psicología General y Aplicada, 46(4), 459-464.
78. Mariani, L. y Chapur, P. (1998). Body-builder Syndrome [BBS]. <http://www.alcmeón 14>.
79. Martínez, E., Toro, J., Salamero, M., Blecua, J., y Zaragoza, M. (1993). Influencias socioculturales sobre las actitudes y las conductas femeninas relacionadas con el cuerpo humano y la alimentación. Revista de Psiquiatría de la Universidad de Barcelona, 20(2), 51-65.
80. MacArdle, W. (1990). Fisiología del ejercicio. Madrid: Alianza.
81. Martínez-Fornés (1994). La obsesión por adelgazar. Bulimia y anorexia. México: Espasa Calpe.
82. Merleau-Ponty (1969). La fenomenología y las ciencias del hombre. Buenos Aires: Nova.
83. Mora, R. (1997). Soporte nutricional especial. Bogotá: Médica-Panamericana.
84. Morea, L. (1999). Trastornos de la conducta alimentaria. <http://www.monografias.com>.
85. Morse, D. y Pollack, R. (1998). Nutrition, stress and aging. New York: AMS Press.

86. Ocampo, T.M.T., Mancilla, D.J.M. y López, A.V. (1996). Las preferencias alimentarias como componente contribuyente de la sobrecarga ponderal. Psicología, 32, 24-32.
87. Olascoaga, J. (1969). Nutrición normal para toda la familia. México: Méndez Editores.
88. Organización Mundial de la Salud. (1992). Clasificación Internacional de las Enfermedades: Trastornos mentales y del comportamiento (10ª rev.). Madrid: Autor.
89. Organización para la Alimentación y la Agricultura. (1996). Sexta encuesta alimentaria mundial.
90. Ortega, R. (1992). Medicina del Ejercicio Físico y del Deporte para la Atención a la Salud. Madrid: Díaz de Santos.
91. Patton, G.C. (1988). The spectrum of eating disorders in adolescence. Journal of Psychosomatic Research, 32, 579-584.
92. Patton, G.C., Johnson-Sabine, E., Wood, K., Mann, A.H., & Wakeling, A. (1990) Abnormal eating attitudes in London schoolgirls: A prospective epidemiological study: outcome at twelve month follow-up. Psychological Medicine, 20, 383-394.
93. Petrie, T. A. (1993) Disordered eating in female collegiate gymnast: Prevalence and personality/attitudinal correlates. Journal of Sport & Exercise Psychology, 15, 424-436.
94. Polivy, J., & Herman, C.P. (1985) Dieting and bingeing: A causal analysis. American Psychologist, 40, 193-201.
95. Pope, H.G., Katz, D.L., & Hudson, J.I. (1993) Anorexia nervosa an "reverse anorexia" among 108 female bodybuilders. Comprehensive Psychiatry, (6), 34, 406-409.
96. Rincón, C. (1969). La imagen corporal. Facultad de Filosofía y Letras. Universidad Nacional Autónoma de México. México.
97. Russell, G.F. (1970). Anorexia nervosa: its identity as an illness and its treatment. In J.H. Price (Ed). Modern Trends in Psychological Medicine 2. London: Butterworths.
98. Saldaña, C. (1994). Trastornos del comportamiento alimentario. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
99. Saldaña, C. y Rosell, R. (1988). Obesidad. España: Martínez Roca.
100. Saucedo, T.J. y Gómez Pérez-Mitré, G. (1997). Validez diagnóstica del índice de masa corporal en una muestra de adolescentes mexicanos. Acta Pediátrica de México, 18 (1), 19-27.
101. Saucedo, T.J. y Gómez Pérez-Mitré, G. (1998). Validez diagnóstica del Índice Nutricional en preadolescentes mexicanos por el Método de Sensibilidad y Especificidad. Revista del Instituto Nacional de Salud Pública, 40 (5), 392-397.
102. Schilder, P. (1958). Imagen y apariencia del Cuerpo Humano. Buenos Aires: Paidós.

103. Siever, M. D. (1994). Sexual orientation and gender as factors in socioculturally acquired vulnerability to body dissatisfaction and eating disorders. Journal of Consulting and Clinical Psychology 62, (2), 252-260.
104. Slade, P. & Brodie, D. (1994). Body-Image. Distortion and eating disorder: A reconceptualization based on the recent literature. Eating Disorders Review, 12(1), 32-45.
105. Soriguer, F (Compilador). (1994). La obesidad. Madrid: Diaz de Santos.
106. Striegel-Moore, R.H. Silberstein, L.R. & Rodin, J. (1986). Toward an understanding of risk factors for bulimia. American Psychologist, 41, 246-263.
107. Striegel-Moore, R.H., Silberstein, L.R., Frensch, P. & Rodin, J. (1989). A perspective study of disordered eating among college students. International Journal of Eating Disorders, 8, 499-509.
108. Striegel-Moore, R. (1995). A feminist perspectives on the etiology of eating disorders. In K. Brownell y C. Fairburn (Eds.). Eating disorders and obesity. New York: Guilford Press.
109. Szamos, K. (1994). Comer compulsivamente, como romper la esclavitud: Laberinto hacia la libertad. México: Alpe.
110. Thompson, Collen (1996). Mean and Eatings Disorders. <http://www.noah.com>
111. Toro, J. (1990) El cuerpo como delito: Anorexia, bulimia, cultura y sociedad. Barcelona: Ariel.
112. Toro, J. & Vilardell, E. (1987) Anorexia Nerviosa. Barcelona: Martínez Roca.
113. Turón, V. (1997). Trastornos de la alimentación. Barcelona: Masson.
114. Unikel Santocini, C y Gómez Pérez-Mitré, G. (1996). Trastornos de la conducta Alimentaria en una muestra de mujeres adolescentes: estudiantes de danza, secundaria y preparatoria. Revista Psicopatología, 16, (4), 121-126.
115. Unikel Santocini, C. (1998). Desórdenes alimentarios en mujeres estudiantes y profesionales de ballet. Tesis de Maestría. Universidad Nacional Autónoma de México. México.
116. Vírveda, J. (1995). Autoimagen y alimentación. Un estudio preliminar. Psicología Iberoamericana, 3 (2), 35-39.
117. Wallon, H (1962). Espace postural et espace environnant. Enfance. 1. Enero-febrero. pp. 235-240.
118. Wapner, S.; Werner, H.; De Ajuriaguerra, J.; Cleveland, S.; Critchley, M.; Fisher, S. Y Witkin, H. (1965). The body precept. New York: Random House.
119. Williamson, D. A., Kelley, M. L., Davis, C. J. Ruggiero, L., Goreczny, A. J. & Blouin, D. (1985). Psychopathology of eating disorders: A controlled comparison of bulimic, obese, and normal subjects. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53, 161-166.

120.Ziolko, H (1996). Bulimia: A Historical Outline. International Journal of Eating Disorders, 20(4), 345-358.

ANEXO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

ESTUDIO SOBRE ALIMENTACION Y SALUD
XY (P)¹

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 ASÍ AL MANTENIMIENTO Y MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DE DICHA COMUNIDAD.**

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

GRACIAS

SECCIÓN A

1. ¿Qué estás estudiando?

- a) Secundaria
- b) Carrera técnica
- c) Carrera comercial
- d) Prepa, bachillerato, vocacional
- e) Licenciatura
- f) Posgrado

2. ¿Trabajas?

- a) Sí
- b) No

3. Actualmente vives con:

- a) Familia nuclear (padres y hermanos)
- b) Padre o madre
- c) Hermano(s)
- d) Esposa o pareja
- e) Solo
- f) Amigo(a)

4. Lugar que ocupas entre tus hermanos:

- a) Soy hijo único
- b) Soy el mayor
- c) Ocupa un lugar intermedio
- d) Soy el más chico

9. ¿Quién o quiénes aportan el ingreso mensual familiar?

- a) Padres (uno o los dos)
- b) Tú y padre o madre
- c) Tú
- d) Tú y tu pareja
- e) Tú, hermanos y/o padres
- f) Esposa o pareja

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) De 18 ó más

11. Años de estudio de tu madre:

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

¹ Sólo se reprodujeron las secciones A, C, E, F y G, las cuales contienen los reactivos que conforman los factores analizados en el presente estudio

5. Edad de tu primera emisión nocturna

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

6. ¿Tienes o has tenido vida sexual activa?

- a) No. Pasar a la pregunta 8
- b) Si. Pasar a la siguiente pregunta

7. ¿Tienes hijos?

- a) Si
- b) No

8. El ingreso mensual de tu familia es aproximadamente de:

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

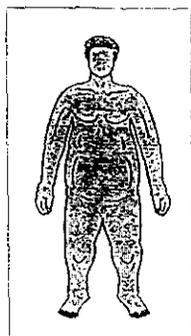
12. ¿Cuál es la ocupación de tu padre?

- a) obrero
- b) comerciante
- c) empleado
- d) profesionista
- e) empresario

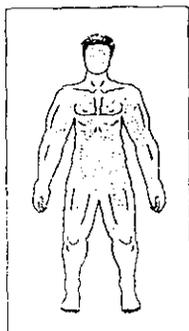
13. ¿Cuál es la ocupación de tu madre?

- a) ama de casa
- b) empleada doméstica
- c) obrera
- d) comerciante
- e) profesionista

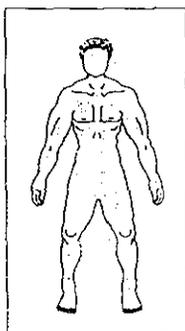
Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más se parezca a tu figura corporal, y marca con una X la letra correspondiente.



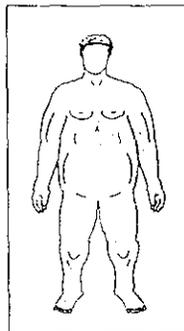
(A)



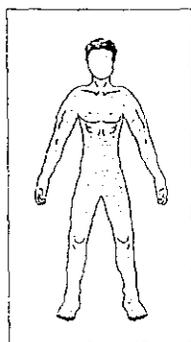
(B)



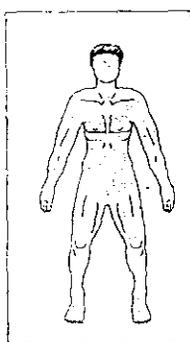
(C)



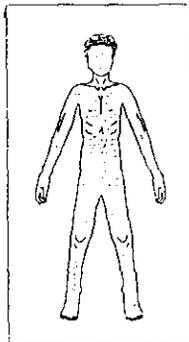
(D)



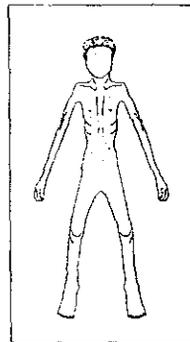
(E)



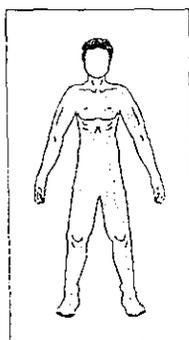
(F)



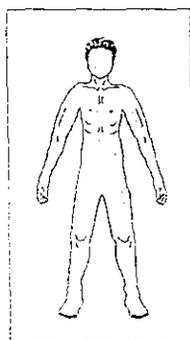
(G)



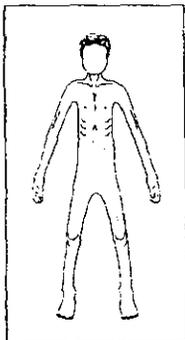
(H)



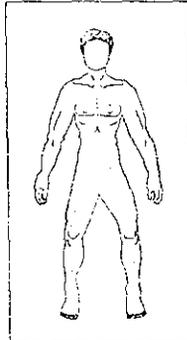
(I)



(J)



(K)



(L)



(M)

(Si no hay una figura que se parezca, dibújala)

SECCIÓN E

1. En el último año

- a) Subí de peso
- b) Bajé de peso
- c) Subí y bajé de peso
- c) No hubo cambios en mi peso corporal

2. Aproximadamente durante cuánto tiempo has mantenido el peso que actualmente tienes:

- a) Menos de un año
- b) De uno a menos de 3 años
- c) De 3 a menos de 5 años
- d) De 5 y más de 5 años

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

- a) No. Pasa a la pregunta 6
- b) Si. Pasa a la siguiente pregunta

4. ¿Qué edad tenías cuando hiciste tu primera dieta?

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

En cada una de las siguientes afirmaciones selecciona la opción que describa mejor tu manera de ser y/o de pensar. Recuerda que el éxito de nuestra investigación depende de qué tan sinceras sean tus respuestas. Recuerda que no hay respuestas buenas ni malas.

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

1. Cuido que mi dieta sea nutritiva	A	B	C	D	E
2. Siento que la comida me tranquiliza	A	B	C	D	E
3. Evito comer harinas y/o pastas para no subir de peso	A	B	C	D	E
4. Creo que la comida es un buen remedio para la tristeza o depresión	A	B	C	D	E
5. Procuo comer verduras	A	B	C	D	E
6. Me la paso "muriéndome de hambre" ya que constantemente no hago dietas	A	B	C	D	E
7. Comer de más me provoca sentimientos de culpa	A	B	C	D	E
8. Soy de los que se hartan (se llenan de comida)	A	B	C	D	E
9. Ingiero comidas y/o bebidas dietéticas libres de azúcares con el propósito de cuidar mi peso	A	B	C	D	E
10. Me avergüenza comer tanto	A	B	C	D	E
11. Como lo que es bueno para mi salud	A	B	C	D	E
12. Disfruto, me gusta, sentir el estómago vacío	A	B	C	D	E
13. Cuido que mis comidas contengan alimentos con fibra	A	B	C	D	E
14. Mi problema es empezar a comer pero una vez que empiezo es difícil detenerme	A	B	C	D	E
15. Procuo mejorar mis hábitos alimentarios	A	B	C	D	E
16. Como grandes cantidades de alimento aunque no tenga hambre	A	B	C	D	E

5. ¿En los últimos 6 meses has hecho dieta?

- a) Si
- b) No

6. ¿Tienes o has tenido problemas con tu forma de comer?

- a) Si. Pasa a la siguiente sección
- b) No. Pasa a la siguiente pregunta

7. El problema consiste en que:

- a) Comes muy poco, menos que la mayoría de las personas de tu misma edad
- b) Comes tan poco que a veces te sientes cansado y débil
- c) Comes tanto que te duele el estómago
- d) Comes y sigues comiendo hasta que sientes náuseas
- e) Comes y sigues comiendo hasta que vomitas

17. "Pertenezco al club" de lo que para controlar su peso se saltan las comidas	A	B	C	D	E
18. No siento apetito o ganas de comer pero cuando empiezo nadie me me detiene	A	B	C	D	E
19. Como despacio y/o mastico más tiempo mis alimentos como una medida de control de peso	A	B	C	D	E
20. Evito las tortillas y el pan para mantenerme delgado	A	B	C	D	E
21. No me gusta comer con otras personas	A	B	C	D	E
22. Soy de los que se preocupan constantemente por la comida (porque siento que como mucho, porque temo engordar)	A	B	C	D	E
23. No como aunque tenga hambre	A	B	C	D	E
24. Sostengo verdaderas luchas conmigo mismo antes de consumir alimentos "engordadores"	A	B	C	D	E
25. Procuo estar al día sobre lo que debe ser una dieta adecuada.	A	B	C	D	E
26. Cuido que mi dieta contenga un mínimo de grasas	A	B	C	D	E
27. Siento que como más de lo que la mayoría de la gente come	A	B	C	D	E
28. No soy consciente (no me doy cuenta) de cuanto como	A	B	C	D	E
29. Siento que no puedo parar de comer	A	B	C	D	E
30. Como sin medida	A	B	C	D	E
31. Me asusta pensar que pueda perder el control sobre mi forma de comer	A	B	C	D	E
32. Me deprimo cuando como de más	A	B	C	D	E
33. Siento que los problemas lejos de quitarme el apetito me lo incrementan	A	B	C	D	E
34. Siento que mi forma de comer se sale de mi control	A	B	C	D	E
35. Prefiero la sensación de estómago vacío que la de estómago lleno	A	B	C	D	E
36. Siempre estoy a dieta, la rompo y vuelvo a comenzar	A	B	C	D	E
37. Me sorprendo pensando en la comida	A	B	C	D	E
38. Suelo comer masivamente (por ej. no desayuno, como, pero ceno mucho)	A	B	C	D	E
39. Como a escondidas	A	B	C	D	E
40. Disfruto cuando como con otras personas	A	B	C	D	E
41. Como hasta sentirme inconfortablemente lleno	A	B	C	D	E
42. No tengo horarios fijos para las comidas, como cuando puedo	A	B	C	D	E
43. Siento que como más rápido que la mayoría de la gente	A	B	C	D	E
44. Con tal de no subir de peso mastico mis alimentos pero no los trago	A	B	C	D	E
45. Si me despierto tengo que comer algo para conciliar el sueño	A	B	C	D	E
46. Como tan rápido que los alimentos se me atragantan	A	B	C	D	E
47. Como rápidamente y en corto tiempo grandes cantidades de alimento	A	B	C	D	E

SECCIÓN F

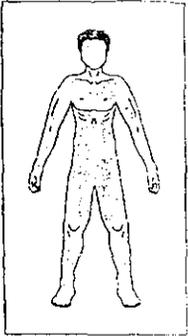
Ahora, como puedes ver, lo que se te pide es que respondas de acuerdo con la siguiente clave (No hay respuestas buenas ni malas).

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

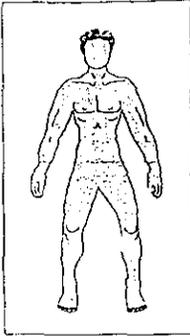
1. Poco se puede esperar de alguien que no tiene control sobre su apetito	A	B	C	D	E
2. Las personas que comen con mesura (con medida) son dignas de respeto	A	B	C	D	E
3. Creo que las personas con problemas de control sobre su forma de comer no deberían preocuparse, ya que "genio y figura hasta la sepultura"	A	B	C	D	E
4. Admiro a las personas que pueden comer con medida	A	B	C	D	E
5. Las personas que pierden el control con la comida se guían por el lema: "todo con exceso, nada con medida"	A	B	C	D	E
6. No se porqué la gente se preocupa por su sobrepeso, ya que la obesidad es	A	B	C	D	E

hereditaria					
7. Quien mantiene el control sobre su ingesta alimentaria también controla otros aspectos de su vida	A	B	C	D	E
8. Es muy difícil mantener el control sobre la ingesta alimentaria pues todo lo que nos rodea nos incita a comer	A	B	C	D	E
9. Creo que una dieta para bajar de peso es como querer mantener la respiración por mucho tiempo	A	B	C	D	E
10. Creo que "comer y rasgar el trabajo es comenzar"	A	B	C	D	E
11. Una persona que puede cometer excesos en la comida puede también excederse en otras conductas	A	B	C	D	E
12. Considero que los hábitos alimentarios quedan fuera del control racional	A	B	C	D	E
13. Creo que soy inseguro	A	B	C	D	E
14. Me considero emocionalmente inestable	A	B	C	D	E
15. Me llevo bien con los demás	A	B	C	D	E
16. Creo que me pongo metas muy altas	A	B	C	D	E
17. Me cuesta trabajo hacer amigos(as)	A	B	C	D	E
18. Mi familia me exige demasiado	A	B	C	D	E
19. Me considero una persona agradable	A	B	C	D	E
20. No tengo confianza en los demás	A	B	C	D	E
21. Creo que en lugar de controlar mis alimentos, ellos me controlan	A	B	C	D	E
22. Sólo se debe competir para ganar	A	B	C	D	E
23. No importa a qué se dedique uno en la vida, el chiste es ser el mejor	A	B	C	D	E
24. Sólo se deben vencer las tentaciones para fortalecer el carácter	A	B	C	D	E

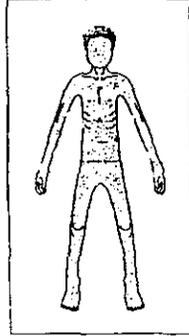
Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más te gustaría tener, marcando con una X la letra correspondiente.



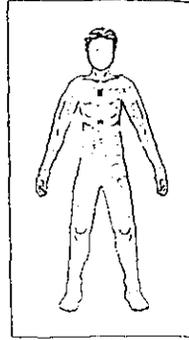
(A)



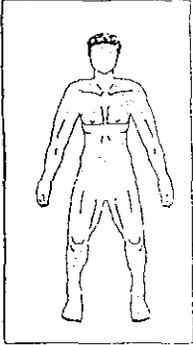
(B)



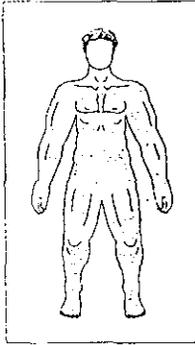
(C)



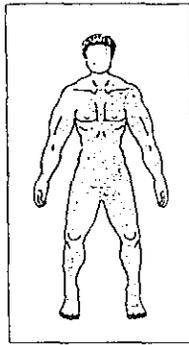
(D)



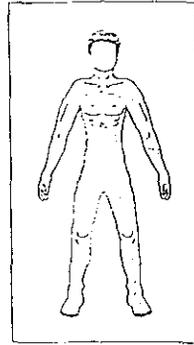
(E)



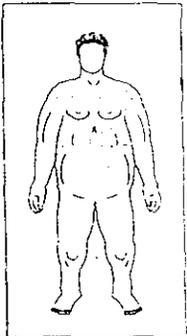
(F)



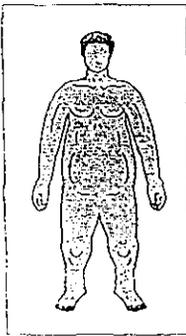
(G)



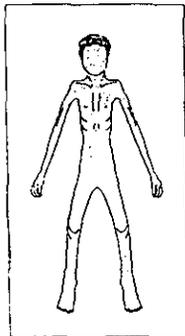
(H)



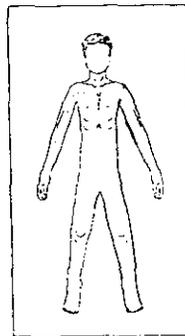
(I)



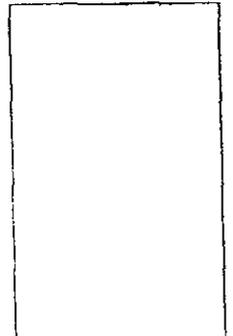
(J)



(K)



(L)



(M)

(Si no hay una figura que te guste, dibújala)

SECCIÓN L

Lee con cuidado las siguientes preguntas y contesta lo más honestamente posible.

1. ¿Qué peso te gustaría tener?
 - a) Mucho menor del que actualmente tengo
 - b) Menor del que actualmente tengo
 - c) El mismo que tengo
 - d) Más alto del que actualmente tengo
 - e) Mucho más alto del que actualmente tengo

2. ¿Cómo te sientes con tu figura?
 - a) Muy satisfecho
 - b) Satisfecho
 - c) Indiferente
 - d) Insatisfecho
 - e) Muy insatisfecho

3. Con respecto a lo que crees que sería tu peso ideal dirías que te encuentras:
 - a) Muy por abajo de él
 - b) Por debajo de él
 - c) Estás en tu peso ideal
 - d) Por arriba de él
 - e) Muy por arriba de él

¿Qué tan importante crees que sea la propia figura (apariencia) para tener éxito en los siguientes aspectos de la vida?

A Muy importante	B Importante	C importancia regular	D Poco importante	E Muy poco importante
---------------------	-----------------	--------------------------	----------------------	--------------------------

4. Con el sexo opuesto	A	B	C	D	E
5. Entre los (as) amigos (as)	A	B	C	D	E
6. Para encontrar trabajo	A	B	C	D	E
7. En los estudios	A	B	C	D	E
8. Con la familia	A	B	C	D	E

9. De acuerdo con la siguiente escala tu te consideras:

- | | |
|-------------------------------------|---------------------|
| a) Obeso | Muy gordo |
| b) Con sobrepeso | Gordo |
| c) Con peso normal | No gordo ni delgado |
| d) Peso por debajo de lo normal | Delgado |
| e) Peso muy por debajo de lo normal | Muy delgado |