



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**Detección de los factores de riesgo de la conducta
alimentaria asociados con el afrontamiento al
estrés en una población de adolescentes**

T E S I S
PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
LUCIA MARIELA CADENA VARGAS

Director de Tesis: Dra. Gilda Gómez Pérez-Mitré
Asesor de Tesis: Mtra. Lucy María Reidl Martínez

MEXICO, D. F.

2002

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIA

A MI FAMILIA por darme un tiempo y un espacio para que mi desarrollo se completara, por darme cariño y todas esas vivencias que hicieron posible que yo haya ido detrás de mis sueños.

A MIS AMIGOS por consentir mis caprichos, por abrirme sus corazones y permitirme que yo abriera el mío.

A MIS ASESORES por darme la oportunidad de hacer ciencia con ellos, por su guía y paciencia sin condiciones.

AGRADECIMIENTOS

A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO por darme la oportunidad de estudiar una licenciatura facilitándome espacios, maestros y una verdadera experiencia universitaria en la que las diversidades de pensamiento conviven y se viven como una.

A LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA por su estructura, por su libertad de pensamiento y por darme un espacio de expresión y de autoconocimiento.

AL AREA SOCIAL por la accesibilidad y disposición para que los alumnos logremos nuestra titulación sin sufrimientos innecesarios.

A LA DRA. GILDA GÓMEZ PÉREZ-MITRÉ por su interés en mi trabajo, su dedicación y atención invaluable, pero sobretudo por compartir conmigo sus conocimientos y experiencias que ahora guardo como un tesoro.

A SU EQUIPO DE TRABAJO Gisela, Silvia, y Rodrigo por siempre estar dispuestos a orientarme y apoyarme, facilitando mi trabajo con un espíritu de lucha en equipo y siempre creando un ambiente agradable alrededor de la investigación.

ÍNDICE

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

CAPITULO 1

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

- 1.1. Reseña histórica
- 1.2. Clasificación de los trastornos de la alimentación
 - 1.2.1. Criterio de diagnóstico de Rusell
 - 1.2.2. Criterio psiquiátrico de DSM-III-R y DSM-IV
 - 1.2.3. Criterio diagnóstico según el CIE-10
 - 1.2.4. Modelo tridimensional de Schlundt
- 1.3. Antecedentes sobre los trastornos alimentarios
 - 1.3.1. Trastornos de la conducta alimentaria y personalidad
 - 1.3.2. Algunos factores de riesgo asociados con los trastornos de la alimentación
 - 1.3.2.1. La imagen corporal
 - 1.3.2.2. Conducta Dietaria

CAPITULO 2

PSICOBIOLOGÍA DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

- 2.1. Metabolismo
- 2.2. Regulación de peso corporal y grasas
- 2.3. Inicio de la conducta de comer
- 2.4. Fin de la conducta de comer
- 2.5. Mecanismos neurales
- 2.6. Otros sistemas involucrados
- 2.7. Los neurotransmisores y el enfoque adictivo
- 2.8. El modelo adictivo en los trastornos de la conducta alimentaria

CAPITULO 3

ENTORNO FAMILIAR

- 3.1. El papel de la familia
- 3.2. La familia de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria
- 3.3. La perspectiva multigeneracional
- 3.4. Matrimonio de los padres de anoréxicas
- 3.5. La infancia de las futuras anoréxicas

CAPITULO 4

FACTORES AMBIENTALES Y SOCIALES

- 4.1. Factores ambientales
- 4.2. Factores sociales
 - 4.2.1. Concepto de belleza
 - 4.2.2. Género

CAPITULO 5

ADOLESCENCIA

- 5.1. Antecedentes en el estudio de la adolescencia
- 5.2. Cambios físicos
- 5.3. Cambios psíquicos
 - 5.3.1. Los duelos básicos
 - 5.3.2. Cuerpo y crisis de identidad
- 5.4. La cultura adolescente
- 5.5. Psicopatología ante los cambios de la adolescencia
- 5.6. Estrés en la adolescencia
 - 5.6.1. Tipos de estrés
 - 5.6.2. Reacción al estrés: síndrome general de adaptación
 - 5.6.3. Afrontamiento al estrés
 - 5.6.4. Los desórdenes del comer como una forma de afrontamiento

CAPITULO 6

PLAN DE INVESTIGACIÓN Y MÉTODO

- 6.1. Objetivo
- 6.2. Problema general
 - 6.2.1. Problemas específicos
- 6.3. Hipótesis de trabajo
- 6.4. Definición de variables
 - 6.4.1. Definición conceptual
 - 6.4.2. Definición operacional
- 6.5. Método
 - 6.5.1. Diseño de investigación
 - 6.5.2. Muestra
 - 6.5.3. Instrumento
 - 6.5.4. Procedimiento

CAPITULO 7

RESULTADOS

- 7.1. Descripción de la muestra
 - 7.1.1. Distribución de las variables sociodemográficas
 - 7.1.2. Distribución de las variables de estudio
 - 7.1.2.1. Factores de riesgo asociados a la preocupación del peso corporal
 - 7.1.2.2. Factores de riesgo asociados a la conducta dietaria
 - 7.1.2.3. Factores de riesgo asociados a la conducta alimentaria anómala
 - 7.1.2.4. Factores asociados a la conducta alimentaria de compensación psicológica

CAPITULO 8

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

REFERENCIAS Y ANEXOS

RESUMEN

El objetivo de esta investigación* fue detectar factores de riesgo de la conducta alimentaria asociados con el afrontamiento al estrés. Se trabajó con una muestra no probabilística formada por una N=117 adolescentes, 68 hombres y 49 mujeres, entre los 13 y 16 años de edad. Se aplicó un cuestionario compuesto por una escala que explora factores de riesgo en trastornos de la alimentación y otra de afrontamiento al estrés. Entre los resultados más sobresalientes se encuentra la relación íntima del seguimiento de dieta crónica y restrictiva con el afrontamiento al estrés de tipo negativo en mujeres adolescentes. Se concluye que cuando existe afrontamiento negativo al estrés lo más probable es que se asocie significativamente con el seguimiento de una dieta crónica y restrictiva, incrementando el riesgo en la aparición de los trastornos de la conducta alimentaria. Otro resultado importante es la relación de la conducta alimentaria compulsiva con el afrontamiento negativo en hombres y en mujeres. Puede decirse que son los adolescentes hombres y mujeres con afrontamiento negativo los que presentan mayor conducta alimentaria compulsiva, incrementando la probabilidad de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria.

* Este estudio forma parte de la investigación mayor titulada Prevención primaria: autodiagnóstica de factores de riesgo en trastornos de la alimentación y de la nutrición PAPITT IN 305599, bajo la responsabilidad de la Dra. Gilda Gómez Pérez-Mitre.

INTRODUCCIÓN

Para todo ser vivo el alimentarse es una condición indispensable para sobrevivir y existir, y el ser humano no es la excepción. Para él, la alimentación y la comida significan, además de la satisfacción de una necesidad, una actividad asociada a múltiples experiencias, lo cual implica que el alimento y comerlo quedan revestidos de una gran variedad de significados.

La alimentación como una conducta biológica es la fuente de diversas sustancias necesarias para el crecimiento y la actividad del organismo, siendo la necesidad más inmediata de un individuo activo satisfacer las sustancias que proporcionan la energía, utilizada continuamente en cantidades moderadas y, ocasionalmente en cantidades mayores (Van Sommers, 1976).

Sin embargo el fin primero de la comida se desvía cuando el individuo no puede hacer frente a sus conflictos favorablemente y se refugia en esta conducta desvirtuando su finalidad biológica y volviéndola un instrumento que actúa como una supuesta defensa ante las presiones del medio externo e interno. La mayoría de las personas creen que es normal y hasta cierto punto sano el decidir hacer algo con su cuerpo e imagen corporal. Lo sería mientras no implique preocuparse por el peso, dejar de comer, ayunar, inducirse el vómito, utilizar laxantes diuréticos, hacer ejercicio compulsivamente, tomar medicamentos para adelgazar, o someterse a una cirugía estética (Villarreal, 1999). El interés de ciencias como la psicología, se ha dirigido a descubrir día a día los aspectos relacionados con los trastornos de la conducta alimentaria y los factores de riesgo involucrados, dando oportunidad al desarrollo de nuevas formas de prevención, diagnóstico y tratamiento. Actualmente no se encuentran muchos estudios sobre los trastornos de la conducta alimentaria, ya que son de los trastornos más frecuentes y menos diagnosticados de la población mexicana. El objetivo de este trabajo es aportar conocimientos sobre los factores de riesgo relacionados con la conducta alimentaria y el afrontamiento al estrés, en una población normal, para poder contribuir con el desarrollo de programas de prevención, atención y promoción de la salud.

Es difícil definir cómo o qué determina la aparición de este tipo de trastornos, pero es importante en primera instancia aclarar que no puede ser resultado de un sólo factor. La mayoría de los autores actuales coinciden al considerar que los trastornos de la conducta alimentaria están multideterminados. Toro, Salamero y Martínez Mallén (1995) refieren que los trastornos de la alimentación no se pueden comprender atendiendo exclusivamente a la patología neuroendocrina, ni a la supuesta conflictiva familiar, ni al trastorno de personalidad que describe el clínico, ni a hipotéticas relaciones objetales vividas en una primera época de la vida. Por su parte Garner y Garfinkel (1982) afirman que dichos trastornos son, por el contrario, el resultado de la convergencia de dos elementos: el condicionamiento de múltiples factores, y la interacción de éstos con la capacidad del individuo para enfrentar las demandas en un momento determinado. La incapacidad de

funcionar adecuadamente, aunada a los sentimientos que surgen en consecuencia, llega a dominar la vida de las personas empujándolas hacia la comida, las dietas, el vómito y el uso de laxantes, en un intento infructuoso por evitar las emociones desagradables, creando un círculo vicioso que se convierte en un trastorno de la alimentación.

Los trastornos de la alimentación se han clasificado en tres grandes rubros: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y el comer compulsivo. Cabe aclarar que esta clasificación se ha elaborado con el fin de facilitar la comprensión de los trastornos. Sin embargo, las personas con este tipo de desórdenes, generalmente no padecen un sólo trastorno en estado puro, sino que suelen presentar a la vez los síntomas de dos trastornos o más. Estas tres categorías tienen características propias pero también poseen varias similitudes entre sí, como la obsesión por la imagen y la figura corporal, el miedo intenso a engordar, la alteración en la percepción del peso, la talla o la silueta, la pérdida del control cuando se está comiendo, la autoestima determinada por el peso corporal, el sentimiento de culpa o vergüenza después de comer, los intentos repetidos y fracasados por hacer una dieta, utilizar la comida para sentirse mejor emocionalmente, buscar momentos para comer a solas, y comer cuando no se siente hambre (Crispo, Figueroa y Guelar, 1994).

Todas estas conductas son eficaces indicadores de que algo está pasando en la relación del individuo con la comida, y muchas veces cuando el conflicto no es tan evidente pueden servir para ubicar a las poblaciones de riesgo y aplicar medidas de prevención de acuerdo a los factores de riesgo asociados. Actualmente se ha dado mayor importancia a las investigaciones encaminadas a determinar cuáles son y cómo es que actúan los factores de riesgo asociados con la conducta alimentaria, sobre todo en poblaciones de alto riesgo como son los adolescentes.

Un ejemplo claro es el estudio de Gómez Pérez-Mitré (1999), con preadolescentes mexicanas, en el que afirma que los factores asociados a la imagen corporal como son la insatisfacción y la alteración de la misma se relacionan significativamente con conductas alimentarias dirigidas al control de peso, lo que a su vez predice trastornos de la alimentación; remarcando la importancia del estudio de la imagen corporal como un factor decisivo en la aparición de estos desórdenes de la conducta, que cada vez atacan con mayor frecuencia en edades más tempranas.

Es importante recordar los cambios y situaciones difíciles por los que se ven obligados a pasar todos los adolescentes, obligándolos a abandonar viejas conductas y a encontrar nuevos patrones y soluciones. El adolescente debe de resolver el duelo por su cuerpo infantil y por sus padres, y al mismo tiempo, casi con premura, enfrentarse al mundo adulto e integrarse a él (Grinder, 1987).

Se dice que el adolescente es quejumbroso, mal agradecido, irresponsable, pero ciertamente aunque pareciera que su conducta no es del todo normal, lo patológico sería ver a un adolescente sin crisis. La creación de una nueva identidad, de una ideología, la confrontación con las ideas adultas y el asumirse como parte de una comunidad es ya bastante pesado, pero a eso habría que sumarle la presión que el cuerpo ejerce con su crecimiento constante y su cambio evidente (Aberastury, 1988).

La imagen corporal del adolescente se ve modificada y en este proceso de crecimiento muchas veces no es lo que el adolescente quiere, o sea, aquellos modelos impuestos por los medios de comunicación que alejados de la realidad de los adolescentes les impiden disfrutar de su propio cuerpo y los obliga a atarse a una meta que muchas veces no esta de acuerdo a su edad o a su propio país, siendo una fuente de frustración (Bruchon-Schweitzer, 1992).

Hoy en día las exigencias que la sociedad ha impuesto en relación con el aspecto físico de hombres y mujeres ha provocado consecuencias alarmantes, siendo un factor de gran influencia en el desarrollo de estos trastornos. El adolescente al no sentirse atractivo o lo suficientemente delgado toma ciertas medidas que lo pueden llevar a la restricción de la ingesta, considerado por algunos autores como el disparador o por lo menos el precedente inmediato de los desórdenes de la alimentación (Gómez Pérez-Mitré, 1999).

Lo cierto es que el adolescente se ve sometido día a día a una gran cantidad de estrés, resultado de esta continua negociación entre las presiones internas y externas. El cómo se enfrente a éste estrés jugará un papel importante en la aparición de conductas alimentarias anómalas o normales (Leon, 1998).

Según Rodríguez (1995), el estrés puede provenir de varias fuentes dependiendo del medio cultural y social en donde se desarrolle el individuo; así que, para el adolescente la familia, la comunidad escolar y la sociedad a la que tiene que integrarse son fuentes importantes de estrés. La diferencia de reacción ante el estrés dependerá en gran medida de los recursos con los que cuente el individuo para afrontar los eventos y circunstancias que pueden o no provocar un cambio emocional. Estos recursos determinarán que tipo de defensa aplicar en caso de estrés, ya sea negativa o positiva, las cuales se diferenciaran por el beneficio o daño que recibe el individuo cada vez que las utiliza.

Una defensa o una respuesta de afrontamiento puede presentarse como una conducta alimentaria anómala que le permitirá al individuo sentirse aliviado momentáneamente pero que resultará altamente destructiva (Goodsitt, Johnson y Connors; citados por Yager, Rorty y Rossotto, 1995).

La relación entre el afrontamiento al estrés y la aparición de los trastornos de la alimentación ha sido poco estudiada pero hay autores que proponen modelos que explican en parte la dinámica entre estas variables. Basándose en estudios propios Solomon (2001) propone un modelo, desde el enfoque adictivo, que explica cómo el estrés hace del comer una forma de afrontamiento, y cómo el comer después se vuelve un estresor por sí mismo. Este autor menciona que los desórdenes del comer, así como el control de peso y sus fluctuaciones, son parte de un ciclo de eventos involucrados con el estrés, el comer, la conducta dietaria, los estados de ánimo negativos, la ansiedad y la depresión. Algunas personas, bajo situaciones de estrés, utilizan el comer como una estrategia de afrontamiento, haciendo aparentemente necesario sostener períodos de régimen dietario que al no proporcionar los resultados deseados generan desaliento y autocondenación. Si la angustia resultante de este modo de comer no es aliviada, el comer vuelve a presentarse y se reinicia el círculo vicioso.

A lo largo de esta investigación se revisa brevemente el marco teórico involucrado con las variables de estudio. En el primer capítulo se ofrece una pequeña reseña histórica de los trastornos de la alimentación, así como su clasificación, para concluir con algunas de las investigaciones más relevantes relacionadas a la personalidad y a los factores de riesgo asociados a este tipo de trastornos. En el segundo capítulo se revisa la psicobiología de la conducta alimentaria con temas como el metabolismo, la regulación del peso corporal, el inicio y fin de la conducta del comer, así como los mecanismos y sistemas involucrados, para finalmente hablar brevemente sobre el modelo adictivo en los trastornos de la conducta alimentaria. En un tercer capítulo se habla del entorno familiar exponiendo el papel de este en el desarrollo de los trastornos de la alimentación. El capítulo cuarto explica la influencia de los factores ambientales y sociales enfatizando en el concepto de belleza y las diferencias de este de acuerdo al género. Finalmente en el capítulo cinco se expone el tema de adolescencia, los cambios físicos y psíquicos, su psicopatología y el estrés, relacionando este último con la aparición de los trastornos de la alimentación.

CAPITULO 1

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

La mayoría de las personas están continuamente tomando decisiones a cerca de su imagen corporal, y hasta cierto punto se considera saludable el desear un estado físico mejor, pero no es raro que esa preocupación por el cuerpo acabe en el desarrollo de conductas no tan saludables como son el dejar de comer, ayunar, inducirse el vómito, utilizar laxantes o diuréticos, hacer ejercicio compulsivamente, tomar medicamentos para adelgazar, o hasta someterse a una cirugía estética. Cuando se trata de modificar nuestra figura la meta principal se vuelve la perdida de peso, lo cual no siempre se logra y si esto sucede, por lo general se vuelve a recuperar. Este juego del sube y baja de peso trae como consecuencia una serie de sentimientos: vergüenza por no poder mantener el peso, culpa por comer, auto imagen devaluada por falta de aceptación y sensación de fracaso, enojo, depresión y coraje, por mencionar algunos. Asimismo produce serios problemas médicos. Cuando la modificación del físico y la perdida de peso se vuelve el eje de nuestra vida y se involucra en todas nuestras decisiones, convirtiéndose en la medida para valorarnos como personas, es probable que hayamos caído en un trastorno de la alimentación o que nos encontremos realizando conductas de riesgo que faciliten la aparición de uno. Es así como se va deteriorando la autoestima, la capacidad para tomar decisiones acertadas y el control sobre uno mismo, porque ahora la comida, la obsesión por la imagen corporal y los múltiples esfuerzos que se hacen para perder peso controlan al individuo. La incapacidad de funcionar adecuadamente, aunada a los sentimientos que surgen en consecuencia, llega a dominar la vida de las personas empujándolas hacia la comida, las dietas, el vómito y el uso de laxantes, en un intento infructuoso por evitar las emociones desagradables; este callejón sin salida se convierte en un trastorno de la alimentación.

Los trastornos de la alimentación pueden considerarse un síndrome. Los síndromes tienen las características de no afectar un área específica en la vida de la persona, sino contaminar varias áreas de funcionamiento, impidiendo que se integren de manera adecuada. Dichas áreas comprenden las relaciones sociales, familiares, interpersonales, escolares y laborales pero, sobre todo, la relación del individuo consigo mismo (Villarreal, 1999).

1.1. RESEÑA HISTÓRICA

La opinión respecto a los trastornos de la alimentación y su apoyo teórico para el diagnóstico y tratamiento han variado considerablemente a lo largo de la historia. Existieron dos leyendas medievales que describen los primeros casos de anorexia nerviosa. Se dice que Liduina de Shiedam, santa del siglo XIV, se alimento durante años sólo con trocitos de manzana del tamaño de una hostia. De igual manera, la leyenda de la santa Wilgefortis, hija del rey de Portugal, cuenta que siendo una doncella, ayunó con la intención de perder su belleza para ahuyentar la atención de los hombres. Al cabo de un

tiempo de adoptar un régimen de plegarias, ascetismo y dieta de inanición, su rostro y cuerpo comenzaron a cubrirse de vello. Se dice que en algunos países de Europa fue adoptada como santa patrona para aquellas mujeres que deseaban verse libradas de la atención masculina. Fue en 1694, cuando se dio la primera descripción clínica de la anorexia nerviosa. Ésta se le atribuyó a R. Morton, quien la consideró una enfermedad misteriosa que transformaba a la persona que la padece y que se caracteriza por una pérdida de peso a partir de una dieta de hambre auto impuesta. Con respecto a la bulimia nerviosa nos podemos remontar a la época de la antigua Roma y sus grandes festines, donde los comensales participaban en copiosos banquetes, seguidos de vómito auto inducido para luego continuar comiendo. Esto sucedía en las clases sociales altas y era símbolo de poder. Más tarde, estas conductas extremas en relación con la comida fueron condenadas por la sociedad, cuando la obesidad dejó de considerarse símbolo de prosperidad. Fue sir William Gull, en 1874, quien acuñó el nombre de anorexia nerviosa, destacando en sus casos clínicos la típica manifestación de esta enfermedad en la adolescencia - sobre todo entre mujeres-, y los efectos que produce sobre los signos vitales -a raíz del agotamiento calórico. Un año antes de la aportación de Gull, Lasegue (1873) describió este cuadro como "anorexia histeriqué", resaltando los trastornos cognitivos, la negación y la distorsión en la imagen corporal como sus características principales. Años después, en 1914, Simmonds realizó la autopsia de una paciente caquéctica -es decir, que padecía de adelgazamiento extremo- y halló una destrucción pituitaria. Este descubrimiento provocó que durante los siguientes 30 años, prevaleciera la confusión entre insuficiencia pituitaria (enfermedad de Simmonds) y anorexia nerviosa. En la década de los cuarenta, tuvo gran impacto la teoría psicoanalítica, que a su vez influyó en el pensamiento psiquiátrico durante varias décadas. Esta corriente sostenía que la anorexia nerviosa simbolizaba el repudio a la sexualidad, con un gran contenido de fantasías de embarazo oral. Fue años después cuando Bruch (1973) subrayó la necesidad de realizar un cambio referencial teórico que permitiera mejorar la técnica del tratamiento con mujeres que presentan anorexia nerviosa. Esta autora elaboró un análisis de las diferentes teorías que explican el fenómeno anoréxico, y que van desde la etiología endocrina y orgánica hasta la psicoanalítica, señalando que esta última teoría no interpreta el fenómeno en su totalidad, pues lo hace desde una sola formulación psicodinámica, y las deducciones que se derivan de ella en el área terapéutica no resultan funcionales en el tratamiento. Cabe aclarar que el manejo de los trastornos de la alimentación es muy complejo. Por lo que no son excepcionales los fracasos terapéuticos, ni la prevalencia crónica, ni aun la muerte (Rausch-Herscovici y Bay, 1990).

En la actualidad el tratamiento eficaz de estos trastornos se ve dificultado por la tendencia a abordarlos unilateralmente, en vez de hacerlo de manera integral. Existen terapias que se enfocan sólo a la recuperación del peso, sin considerar los aspectos psicológicos, y en el otro extremo, se ubican las terapias que hacen caso omiso del problema de la baja de peso. Este panorama se ha ido modificando en años recientes, en virtud del desarrollo de nuevas teorías que destacan la necesidad de abordar los trastornos alimenticios de manera más integral.

La mayoría de los autores actuales coinciden al considerar que estos trastornos están multideterminados. Toro y Villardell (1987) refieren que los trastornos de la alimentación no se pueden comprender atendiendo exclusivamente a la patología neuroendocrina, ni a la supuesta conflictiva familiar, ni al trastorno de personalidad que describe el clínico, ni a hipotéticas relaciones objetales vividas en una primera época de la vida que nadie ha observado y algunos pueden intentar reconstruir con las inevitables distorsiones del caso.

Por su parte Garfinkel y Garner (1982) afirman que dichos trastornos son, por el contrario, el resultado de la convergencia de dos elementos: el condicionamiento de múltiples factores, y la interacción de éstos con la capacidad del individuo para enfrentar las demandas en un momento determinado.

Con el fin de comprender el origen de los trastornos de la conducta alimentaria, y revisar los avances al respecto, más adelante se dará una exposición breve sobre la etiología, pero en este momento es importante definir y describir de manera detallada el objeto de estudio.

1.2. CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

El criterio para la clasificación de los trastornos de la alimentación se ha modificado en las tres últimas décadas. El criterio inicial fue realizado por Rusell. Posteriormente se desarrolló en Estados Unidos un criterio psiquiátrico incluido tanto en el DSM-III, DSM-III-R como en el DSM-IV (Manual estadístico de diagnóstico y clasificación de los trastornos mentales elaborado por la Asociación Psiquiátrica Norteamericana). A su vez la Organización Mundial de la Salud, en 1986, elaboró otro criterio psiquiátrico de clasificación, contenido en el CIE-10 (Mental, Behavioural and Developmental Disorders. Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines). A principios de los noventa, surgieron nuevas formas de diagnóstico psiquiátrico, entre las cuales destaca la efectuada por Schlundt y Johnson.

1.2.1. CRITERIO DIAGNÓSTICO DE RUSELL

Anteriormente, el diagnóstico de la anorexia y bulimia nerviosa se realizaba descartando toda enfermedad clínica capaz de provocar la pérdida de peso, así como trastornos psíquicos que se pudieran acompañar de inapetencia. En 1970, Rusell estableció una caracterización positiva. En ella el reconocimiento de los criterios propuestos por él proporcionan un diagnóstico que integra síntomas físicos con síntomas conductuales, y son:

- a) Criterio para el diagnóstico de anorexia nerviosa.
 - La conducta del paciente lleva a una pérdida de peso pronunciada.

- Se presenta un trastorno endocrino que se manifiesta clínicamente por interrupción de la menstruación (en los varones, el equivalente de este síntoma es la pérdida del apetito sexual).
 - Se evidencia una psicopatología caracterizada por un temor mórbido a engordar.
- b) Criterio para el diagnóstico de bulimia nerviosa.
- Preocupación por la comida, ansias irresistibles de alimento y repetidos episodios de ingesta excesiva.
 - Recursos destinados a contrarrestar los efectos "engordantes" de la comida.
 - Una psicopatología que se asemeja a la de la clásica anorexia nerviosa.
 - Un episodio previo o críptico de anorexia nerviosa

Define críptico como una pérdida de peso de tres a cinco kilos, aunque sea transitoria, así como la ausencia de tres períodos menstruales. Otros rasgos que muestran una relación con la anorexia nerviosa son los períodos prolongados de la pérdida de peso en el transcurso de la enfermedad, y un patrón alimentario caótico, caracterizado por una restricción prolongada de la ingesta alimentaria entre los episodios bulímicos.

1.2.2. CRITERIO PSIQUIÁTRICO DE DSM-III-R Y DSM-IV

Para Zerbe (1993) las enfermedades mentales y la salud mental, se entienden mejor como elementos de un proceso, que a su vez puede representarse por medio de una línea continua, en cuyos extremos se ubican, por un lado. Lo bueno o aceptable, y, por el otro, lo malo o inaceptable, con un amplia gama de puntos intermedios. Esta conceptualización nos sugiere que la salud y la enfermedad mental no son entidades dicotómicas u opuestas, sino un patrón de cambio dinámico que se manifiesta a través del tiempo en la vida de todo individuo. Como cualquier otra entidad diagnóstica, los trastornos de la alimentación han de considerarse dentro de esta conceptualización dinámica. En efecto, la preocupación por el peso, las calorías, las dietas o la figura corporal puede considerarse una actitud común - o normal- entre adolescentes y mujeres jóvenes. Es así como el acto de comer varios pedazos de pizza o un litro de helado no es necesariamente una manifestación de que se padece algún trastorno alimenticio. Sin embargo cuando la obsesión y compulsión por lograr la delgadez es evidente. La restricción de alimento empeora, o bien, cuando las conductas compensatorias son frecuentes y la preocupación por la imagen corporal esta distorsionada, debe (o puede) confirmarse un diagnóstico específico que determina cuál de los trastornos de la alimentación padece la persona.

Para efectuar diagnósticos de cualquier cuadro clínico o enfermedad mental, la mayoría de los profesionales que trabajan en el campo de la salud mental utilizan como guía el Manual estadístico de diagnóstico y clasificación de los trastornos mentales elaborado por la Asociación Psiquiátrica Norteamericana (DSM-III, 1980; DSM-IIIR, 1987; DSM-IV, 1994). Estos diagnósticos se han establecido a través de los años de investigación y a través de los reportes que hacen los profesionales de sus prácticas clínicas.

Las categorías diagnósticas incluidas en el DSM permite a los psicólogos clínicos diagnosticar con un mayor grado de seguridad si un paciente padece o no un trastorno de la alimentación, a partir de sus síntomas. También brinda información específica para evaluar si la condición del paciente es grave y requiere de un diagnóstico psiquiátrico formal. Naturalmente, en lo que respecta a los trastornos de la alimentación, el DSM-IV sólo presenta una parte de la historia. Ninguna lista de síntomas o manual diagnóstico puede mostrar el dolor real y el sufrimiento del paciente y su familia. De hecho, algunas personas no cumplen con todas las categorías diagnósticas para confirmar su condición, pero sufren de igual forma. Esta contradicción es común en el terreno de los trastornos de la alimentación, porque un gran porcentaje de personas (especialmente mujeres) no manifiestan todos los criterios diagnósticos pero muestran evidencias de lo que se conoce como "patología subclínica".

A continuación se describen los siguientes trastornos:

- Pica
- Rumiación en la infancia
- Anorexia nerviosa
- Bulimia nerviosa
- Compulsión ante la comida
- Trastorno de la conducta alimentaria no especificado

Criterio para el diagnóstico de pica:

Se refiere a la ingestión persistente de sustancias no nutritivas (cuerdas, yeso, pintura, cabello o ropa). Suele presentarse inicialmente entre los doce y veinticuatro meses de edad junto con la predisposición a factores como el retraso mental, o bien, debido a la negligencia y falta de supervisión del adulto (DSM-IIIR, 1987; pp. 85).

Criterio para el diagnóstico de rumiación en la infancia:

Consiste en la regurgitación repetida de la comida, con pérdida de peso o incapacidad para ganar el peso esperado, que aparece tras un período de vida normal. La comida parcialmente digerida, es devuelta a la boca sin que por ello aparezcan náuseas, arcadas, repugnancia o trastorno gastrointestinal asociado. La comida es expulsada, o bien, masticada, deglutida, y luego, de regreso del estómago, es rumiada. Este trastorno aparece entre los tres y doce meses de edad (DSM-IIIR, 1987; pp. 86).

Criterio para el diagnóstico de anorexia nerviosa:

De acuerdo al DSM-IV (1994), este criterio comprende cuatro, manifestaciones fundamentales:

- Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal para una determinada edad y talla. Por ejemplo: pérdida de peso que da lugar a un peso inferior a ochenta y cinco por ciento de lo esperable, o bien, imposibilidad de

conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, resultando un peso corporal inferior a ochenta y cinco por ciento del peso esperable.

- Miedo intenso a aumentar de peso o a convertirse en una persona obesa, aun cuando se esté por debajo del peso considerado normal.
- Alteración en la percepción del peso, la talla o la silueta corporal, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal. Por ejemplo: la persona afirma que "está gorda" o que algunas partes de su cuerpo están desproporcionadas, cuando en realidad está por debajo de su peso corporal normal o incluso está emaciada. En efecto, este tipo de personas se preocupan por su tamaño corporal y con frecuencia están insatisfechas con algún rasgo de su apariencia física. La pérdida de peso la consiguen por lo general mediante una disminución en la ingesta de comida o por medio del ayuno.
- En las mujeres pospuberales, otro síntoma común es la ausencia de por lo menos tres ciclos menstruales consecutivos (amenorrea primaria o secundaria).

Subtipos:

- Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, la persona no recurre regularmente a atracones o a purgas; por ejemplo, no se provoca el vómito o no hace uso exclusivo de laxantes, diuréticos o enemas.
- Tipo compulsivo-purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa, la persona recurre regularmente a atracones o a purgas; por ejemplo, se provoca el vómito o hace uso exclusivo de laxantes, diuréticos o enemas (pp. 558-559).

Las personas con este padecimiento suelen solicitar atención profesional cuando la pérdida de peso (o el fracaso para alcanzar el peso esperado) es considerable; por ejemplo, una pérdida de hasta ochenta y cinco por ciento del peso teórico (se señala este porcentaje de una manera arbitraria y a modo de guía). También es común que las personas con este padecimiento soliciten atención médica cuando la pérdida de peso no es la esperada. Por lo general, recurren al nutriólogo y al endocrinólogo, con la intención de que les prescriban algo efectivo para perder peso. Sin embargo, los familiares preocupados por estas personas, son los que suelen solicitar la atención de psicólogos, psicoanalistas, psicoterapeutas o psiquiatras porque son los primeros en considerar que la preocupación y la obsesión por la gordura no son normales (DSM-IV, 1994).

Criterio para el diagnóstico de bulimia nerviosa:

De acuerdo al DSM-IV (1994), las personas con este trastorno presentan las siguientes manifestaciones:

a) La presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:

- Ingesta de alimento en un período corto - por ejemplo, en un período de dos horas - en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar y en las mismas circunstancias.

- Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento; por ejemplo, sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo.
- b) Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no subir de peso, como son: provocarse el vómito regularmente, usar fármacos, laxantes o diuréticos, practicar dietas estrictas o ayunos, o hacer ejercicio compulsivamente para prevenir el aumento de peso.
- c) Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas ocurren, en promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de tres meses.
- d) La autoevaluación está muy influenciada por el peso y la silueta corporales.
- e) La alteración no aparece sólo en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Subtipos:

- Tipo purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, la persona se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.
- Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, la persona emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno, o el ejercicio compulsivo, pero no se provoca vómito regularmente ni utiliza laxantes, diuréticos o enemas en exceso (pp. 563-564).

Las personas con bulimia nerviosa muestran siempre una gran preocupación por su peso y hacen intentos repetidos para controlarlo mediante la dieta, el vómito autoinducido o el empleo de fármacos eméticos (vomitivos) o diuréticos (que aumentan el volumen de orina). Las frecuentes oscilaciones de peso debidas a la alternancia entre los atracones y los ayunos constituyen una característica principal de estos casos. Es común además que las personas con bulimia se percaten de que sus vidas están dominadas por conflictos relacionados con la ingesta de comida (DSM-IV, 1994).

Aunque el DSM-III-R ha sido un medio útil de consulta en los últimos años, Wilson y Walsh (1991) propusieron para ampliar la versión posterior del DSM - el DSM-IV - un nuevo criterio diagnóstico para clasificar los trastornos de la alimentación, que brindará una mayor comprensión de los aspectos fenomenológicos presentes en cada uno de ellos. La aportación principal de estos autores fue la de incluir el criterio diagnóstico "compulsión ante la comida" (Binge Eating Disorder).

Criterio para el diagnóstico de compulsión ante la comida:

Según Wilson y Walsh, (1991) las personas con este tipo de trastorno presentan las siguientes manifestaciones:

- a) Recurrentes episodios de atracones que se caracterizan por:
 - Comer en un período discreto (por ejemplo, en un período de dos horas) una mayor cantidad de comida que la consumida normalmente por el común de las personas durante un período similar en circunstancias parecidas; y

- Una sensación de pérdida de control sobre la comida durante el episodio del atracón (por ejemplo, una sensación de que no se puede parar de comer o no se puede controlar la cantidad de alimento que se ingiere).
- b) Los episodios de atracón están asociados por lo menos a tres de las conductas indicadoras de la falta de control:
 - Comer más rápido de lo normal;
 - Continuar comiendo aún con la sensación incómoda de estar satisfecho;
 - Comer grandes cantidades de comida cuando no se siente físicamente hambre;
 - Comer grandes cantidades de comida a lo largo del día sin ser éstas planeadas;
 - Comer solas por sentirse avergonzado debido a la gran cantidad de alimento que se ingiere; y
 - Sentimiento de disgusto con uno mismo, depresión o culpa después de haber comido en exceso.
- c) Marcada angustia con respecto al acto de comer compulsivamente.
- d) Los atracones ocurren, en promedio por lo menos dos veces a la semana por un período mínimo de seis meses.
- e) El desorden no ocurre exclusivamente durante el curso de la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa.

En el DSM-IV (1994) se define "atracon" como el consumo a lo largo de un período corto de una cantidad de comida muy superior a la que la mayoría de los individuos comería. Un "período corto" significa aquí un período limitado, por lo general inferior a dos horas. El atracón no tiene por qué producirse en un solo lugar; por ejemplo, un individuo puede empezarlo en un restaurante y continuarlo después en su casa. No se considera atracón el ir picando pequeñas cantidades de comida a lo largo del día. A pesar de que el tipo de comida que se consume en los atracones puede ser variada, casi siempre se trata de dulces y alimentos de alto contenido calórico (como helados o pasteles). Sin embargo los atracones se caracterizan más por una cantidad anormal de comida ingerida que por una ansia de comer un determinado tipo de alimento, como los carbohidratos. Los atracones se realizan por lo general a escondidas o con disimulo. Los episodios pueden o no haberse planeado con anterioridad y se caracterizan (aunque no siempre) por una rápida ingesta del alimento. Los atracones pueden durar hasta que el individuo ya no pueda más, incluso hasta que llegue a sentir dolor por la plenitud.

Cabe aclarar que en el DSM-IV no se incluyó este criterio diagnóstico de "compulsión ante la comida" o "Binge Eating Disorder". Sin embargo, dentro de los criterios diagnósticos para trastornos de la conducta alimentaria del DSM-IV se incluye el criterio para "trastorno de la conducta alimentaria no especificado". En este criterio están incluidas las personas que tienen episodios recurrentes de atracones y que no cumplen con los criterios para anorexia o bulimia nerviosa.

Wilson y Walsh (1991) explican que los términos "comer de manera compulsiva" o "comedor compulsivo" se utilizan para diagnosticar a estas personas. Así el DSM-IV incluye a los

comedores compulsivos como un criterio dentro de la categoría general del trastorno de la conducta alimentaria no especificado, como se indica a continuación.

Trastorno de la conducta alimentaria no especificado:

La categoría "trastorno de la conducta alimentaria no especificado" se refiere a los trastornos de la conducta alimentaria que no cumplen los criterios para ningún trastorno específico de la conducta alimentaria (DSM-IV, 1994). Algunos ejemplos son:

- En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, pero las menstruaciones son regulares.
- Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad.
- Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de dos veces por semana o durante menos de tres meses.
- Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (por ejemplo, provocación del vómito después de haber comido dos galletas).
- Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.
- Trastorno compulsivo: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa (vómito autoinducido) (pp. 564).

1.2.3. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS SEGÚN EL CIE-10

La décima revisión, aparecida en 1986, del CIE-10 que hace la Organización Mundial de la Salud (OMS) en ese año señala que el uso del término "bulimia nerviosa" debe restringirse a la forma de trastornos que se relaciona con la anorexia nerviosa, en virtud de compartir con ésta la misma psicopatología. Por otra parte, los trastornos asociados con la bulimia nerviosa que enumera la OMS constituyen un criterio diagnóstico alternativo pues son todos necesarios para el diagnóstico de este trastorno.

Criterio para el diagnóstico de anorexia nerviosa: Una pérdida de peso significativa.

- a) Los pacientes prepúberes pueden tener dificultades para aumentar de peso durante su período de crecimiento.
- b) La pérdida de peso es autoinducida al evitar los alimentos que engordan, y mediante uno o más de los siguientes recursos:
 - Vómitos autoinducidos
 - Laxantes
 - Exceso de ejercicio físico
 - Uso de inhibidores del apetito o diuréticos

- c) Una psicopatología específica, según la cual persiste como idea sobre valorada el horror a la gordura o flacidez, por lo que los pacientes se imponen un umbral de bajo peso.
- d) Un trastorno que involucra el eje hipotálamo-hipofisario-gonadal, y que se manifiesta en la mujer como amenorrea. También puede haber niveles elevados de hormona del crecimiento, incremento en los niveles de cortisol, cambios en el metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anormalidades en la secreción de insulina.
- e) Si la aparición ocurre antes de la pubertad, la secuencia de acontecimientos puberales se retrasa o incluso se detiene (se interrumpe el crecimiento de niños y niñas; en las niñas no se desarrollan los pechos y se presenta amenorrea primaria; en los varones los genitales permanecen en estado juvenil). Con la recuperación, generalmente se completa la pubertad en forma normal, pero se retrasa la menarca (CIE-10,1986; pp. 220).

Criterio diagnóstico de la bulimia nerviosa: Hay una persistente preocupación por comer, ansias irresistibles de ingerir alimento y el paciente sucumbe a episodios de ingesta excesiva, en los cuales consume grandes cantidades de alimento en breves períodos de tiempo. El paciente intenta contrarrestar el aumento de peso por medio de vómito autoinducido, abuso de purgantes, períodos alternantes de inanición o uso de drogas - tales como los inhibidores del apetito, los preparados tiroideos o los diuréticos. Cuando la bulimia ocurre en pacientes diabéticos, éstos deciden suspender su tratamiento insulínico. La psicopatología consiste en un terror mórbido a la gordura, por lo que la persona con este trastorno establece un umbral de peso rígido, inferior a su peso premórbido, y continúa considerándolo su peso óptimo o "sano". Hay con frecuencia, aunque no siempre, un antecedente de anorexia nerviosa. El intervalo entre la anorexia y la bulimia puede durar algunos meses o varios años. El episodio anoréxico suele manifestarse claramente, aunque a veces adopta una forma menor, críptica, con una moderada pérdida de peso o una fase transitoria de amenorrea.

El CIE-10 también describe clínicamente y señala las pautas diagnósticas para la bulimia de peso normal, como se indica a continuación:

- a) Se presentan accesos recurrentes de ingesta compulsiva que causan malestar.
- b) Se hacen diversos intentos para contrarrestar el aumento de peso por medio de vómitos autoinducidos, abuso de purgantes, ayunos alternantes o el uso de drogas calculadas para reducir el peso corporal.
- c) Los pacientes explican su conducta como una pérdida de autocontrol, que abarca su peso corporal. Pueden coexistir síntomas depresivos (CIE-10,1986; pp. 222).

1.2.4. EL MODELO TRIDIMENSIONAL DE SCHLUNDT

Además de los criterios de diagnósticos psiquiátricos incluidos en las dos versiones del DSM y el CIE-10, se han elaborado otras entidades nosológicas en el campo de los

trastornos de la alimentación. Una de las clasificaciones más completas es el modelo tridimensional creado por Schlundt y Johnson (1990). El mérito de este modelo es la gran variedad de clasificaciones y perspectivas de análisis conceptual de las diferentes manifestaciones de cada trastorno, mediante tres dimensiones.

Dichas dimensiones han sido representadas por Schlundt y Johnson (1990) de la siguiente manera:

- La primera es el peso corporal. En un extremo registra la delgadez y en el otro, la obesidad.
- La segunda dimensión se refiere a la actitud hacia el control de la ingesta de alimentos. En un extremo se ubica el control excesivo sobre la ingesta (ayuno) y en el extremo opuesto, la ausencia de control (atracones).
- La tercera representa, en un extremo, la intensidad de la obsesión con respecto al peso corporal, tipifica el grado de preocupación mórbida hacia la figura y el peso corporal, o bien, el miedo expreso a la gordura.

Esta preocupación o temor se manifiesta de diferentes maneras: miedo a subir de peso, miedo a las consecuencias de tener sobrepeso, obsesión por bajar de peso, aspiración obsesiva de alcanzar un peso ideal, distorsión de la imagen corporal y fobia específica a la comida; en el extremo opuesto se ubica la actitud de desinterés respecto al peso corporal (pp. 27).

Schlundt y Johnson (1990) describen los trastornos de la alimentación como sigue:

- Las personas con **anorexia restrictiva** se caracterizan por tener gran control sobre su ingesta de alimentos; ayunan y hacen constantemente dietas estrictas, con bajo consumo calórico. Son excelentes "dietistas", por lo que su peso corporal es bajo o muy bajo. Su motivación principal es el miedo extremo a la gordura.
- Los pacientes con **bulimia-anorexia** (también llamada bulimarexia), son personas que han perdido el control sobre la ingesta de comida y, por lo tanto, no siempre son capaces de mantener una dieta rígida y baja en contenido calórico. De hecho, fluctúan entre episodios de pseudoayuno y episodios de atracones seguidos por el uso de diuréticos, laxantes, vómito autoinducido o ejercicio compulsivo - todo ello con el propósito de compensar los atracones y, por ende, evitar el aumento de peso. Otra característica de las personas con anorexia del tipo bulímico - compartida a su vez con las que padecen anorexia restrictiva - es la de presentar bajo peso corporal.

Es importante señalar, además, que los individuos con ambos subtipos de anorexia (restrictiva y bulímica) suelen padecer -debido a su bajo peso e ingesta baja en calorías- diversos problemas físicos graves; por ejemplo: amenorrea, vello lanugo, cambios en las funciones tiroideas, niveles bajos de hormonas del crecimiento, desórdenes electrolíticos (por la utilización constante de purgantes o diuréticos, y por el vómito autoinducido) y, en casos extremos, peligro de muerte.

- Las personas conocidas como "**comedores restringidos o moderados**", los cuales generalmente son cautelosos con la ingesta de alimentos altos en su nivel calórico, con el objetivo de no aumentar de peso. Esta es una población que se encuentra en

riesgo de padecer un trastorno de la alimentación grave, ya que su preocupación por los alimentos y su contenido calórico los podría conducir al desarrollo de métodos compensatorios para evitar el aumento de peso, como por ejemplo: vómito autoinducido, saltarse comidas, ayunar, hacer dietas, etc.

- Las personas con *bulimia nerviosa*, que presentan ausencia de control sobre la ingesta alimentaria, lo cual las induce a manifestar conductas compensatorias. Si la falta de control es excesiva, su conducta alternará entre los ciclos de atracón-dieta; sin embargo, cuando el descontrol es severo, es común que utilicen purgantes, laxantes, diuréticos, vómito autoinducido o ejercicio en exceso como medios para contrarrestar las consecuencias del atracón.
- Los sujetos *obesos restringidos o moderados*, que poseen un peso corporal por arriba o muy por arriba del peso ideal, aun realizando una ingesta adecuada de alimento. Estas personas poseen tal vez un fuerte componente genético con tendencia a la obesidad.
- Los *comedores compulsivos* son obesos, y presentan conductas de pérdida de control sobre su ingesta alimentaria, que los induce a incurrir en episodios frecuentes de voracidad. Estos sujetos no muestran conductas compensatorias para bajar de peso. Además, como han comido en exceso durante años, corren el riesgo de padecer complicaciones médicas como diabetes, hipertensión o hiperlipidemia (elevado nivel de lípidos o grasas en sangre).

Finalmente se hace necesario señalar que las categorías diagnósticas del modelo tridimensional son muy variables y fluctúan de manera rápida en el horizonte de tiempo de cada persona. Tal es el caso de la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa; ambas están ubicadas en clasificaciones diferentes, pero sus similitudes son mayores que sus diferencias. En efecto las anoréxicas y las bulímicas muestran diferencias en el aspecto conductual, es decir, unas ayunan mientras que otras vomitan; no obstante estas manifestaciones son sólo la punta de un iceberg que comparte síntomas característicos. Varias de las manifestaciones suelen ser comunes a los tres tipos de trastornos -bulimia, anorexia y compulsión por la comida- e incluso, para los subtipos o variantes. A lo largo de las investigaciones se ha encontrado que existen muchas similitudes, no solo en lo referente a las manifestaciones y síntomas, sino en dinámicas familiares; en los aspectos sociales, que imponen una cierta figura corporal; en los aspectos de percepción de la imagen corporal; y, por último, en el autoconcepto. Los criterios diagnósticos son importantes porque permiten identificar el trastorno y diferenciarlo de otras categorías diagnósticas, al igual que de padecimientos físicos como diabetes, anemia, problemas gastrointestinales, disfunciones ginecológicas, etc... No todas las personas con trastornos de la alimentación cumplen con todos los criterios diagnósticos y es muy importante conocer otros para identificarlos. De esta manera, una mujer que decide ayunar para bajar de peso, podría diagnosticarse como anoréxica, pero tal vez hace ejercicio de manera compulsiva, y entonces cumplirá con los criterios de bulimia nerviosa. Estos criterios diagnósticos sirven para identificar cuál o cuales de los trastornos de la alimentación presenta la persona en el momento de la evaluación, pero no significa de ninguna manera que, con el paso del tiempo, la misma persona no pueda presentar síntomas diversos que correspondan a otro criterio. Recordemos que uno de los síntomas comunes a las tres categorías de los trastornos de la alimentación es el miedo intenso a engordar y la

distorsión de la imagen corporal, de esta manera la persona puede encontrar nuevas formas y métodos para perder peso, "brincando" de un criterio a otro. Más que lista de síntomas específicos para cada trastorno, es importante señalar que la intención al comer, las actitudes frente a la comida y la relación con la imagen corporal determinan la presencia de un trastorno de la alimentación en cualquiera de sus tres formas (Schlundt y Johnson, 1990).

1.3. ANTECEDENTES SOBRE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

La investigación sobre la conducta alimentaria en México ha sido muy variada y ha aumentado su número en los últimos años, combinando diversas áreas como es la personalidad, los factores de riesgo asociados a su aparición. El objetivo de estas nuevas investigaciones ha sido dar mayor claridad con respecto a la etiología y facilitar un tratamiento preventivo de los trastornos de la alimentación, así como determinar de acuerdo a las características de la población afectada una intervención eficaz, ya que en ocasiones se da atención hasta que el problema es ya muy evidente. Al mismo tiempo los investigadores se han dado a la tarea de crear cuestionarios e instrumentos psicométricos que permitan la detección tanto de los trastornos ya presentes como de los factores involucrados en su desarrollo.

1.3.1. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y PERSONALIDAD

Con relación a la personalidad Mancilla y colaboradores (1999) realizaron una investigación donde dan gran relevancia a la dificultad en el manejo de los trastornos de la conducta alimentaria refiriendo que además de poner en peligro la vida de los pacientes por la vía de la desnutrición y sus complicaciones, se vinculan con complejas perturbaciones psicológicas y con distintas modalidades disfuncionales de la vida familiar. Entendiendo como perturbaciones psicológicas a los trastornos de la personalidad como son, la distorsión de la imagen corporal, la ansiedad, la depresión y la baja tolerancia a la frustración, entre otras. Estos autores hace énfasis en el análisis crítico del medio ambiente y de la experiencia escolar para revelar aquellos factores que pueden potenciar o exacerbar problemas relacionados con la alimentación.

Retoman los factores de riesgo contenidos en instrumentos como el E.D.I., C.I.M.E.C. Y B.S.Q. Estos son los siguientes:

- Motivación para adelgazar: excesiva preocupación por la dieta y el peso, tanto a través de un gran deseo de perder peso como de un desmesurado temor a ganarlo.
- Inefectividad: sentimientos generales de inadecuación, inseguridad, inutilidad y falta de control sobre la propia vida.
- Desconfianza interpersonal: aversión generalizada hacia la formación de relaciones interpersonales íntimas.

- Miedo a madurar: deseo de permanecer en la seguridad de los años preadolescentes, dadas las demandas de la vida adulta.
- Perfeccionismo: expectativas exageradas sobre los posibles logros personales; énfasis excesivo sobre el éxito.
- Insatisfacción de la imagen corporal: inconformidad y disgusto con lo que uno es, desde el punto de vista físico.
- Presión social: influencia que ejercen la familia, los amigos y los medios sociales para que una persona adelgace.
- Miedo a engordar: miedo exagerado a ganar peso aún teniendo un peso normal.
- Baja autoestima a causa de la apariencia: valoración de sí mismo a partir de la percepción de la imagen corporal.

El incremento de estas conductas se encuentra asociado a la aparición de trastornos de la conducta alimentaria. Entre la bulimia y la anorexia se observa que el primer grupo tiene una mayor tendencia a mostrar una baja autoestima a causa de su apariencia, así como el deseo de permanecer en la seguridad de los años preadolescentes por lo cual tiende a tener problemas de autonomía e independencia y a manifestar sentimientos de inadecuación con respecto a su propia vida. En el grupo anoréxico la preocupación por el peso es más evidente al igual que el perfeccionismo, esto es, tienden a ser trabajadoras, con actividad física y mental incesante y responsables, hasta llegar a rasgos obsesivos en las tareas escolares.

La anorexia nerviosa y la bulimia son trastornos alimentarios que se gestan por una estructura social y familiar determinadas, que condicionan ciertas características psicológicas de las personas que las padecen y que al expresarse plenamente como un rechazo a la ingestión de alimentos y un adelgazamiento progresivo, provocan enormes cambios en el organismo que son expresión de ese trastorno familiar. El ambiente familiar de las bulímicas es descrito como más conflictivo, desvinculado, hostil y adverso, dificultando la independencia e individuación, que son base para la creación de una identidad propia.

Crispo, Figueroa y Guelar (1996) señalan que, como un intento de independencia, es frecuente encontrar en las jóvenes con trastornos alimentarios una tendencia clara al perfeccionismo. El sufrimiento y la sensación de ineficacia las hace más exigentes, a tal punto que nunca sienten que lo que hacen es suficientemente bueno. Esa búsqueda de perfección también se desplaza al peso corporal, donde para alcanzar la perfección es preciso mantener el cuerpo ideal a cualquier costo. Paradójicamente, este perfeccionismo refuerza la sensación de inseguridad porque exige no fallar en lugar de afirmar al individuo en sus recursos. Las anoréxicas si logran alcanzar este control sobre su cuerpo se sienten poderosas manipulando el peso corporal, compensando así las sensaciones de impotencia que surgen frente a situaciones que les son difíciles de manejar, no así las bulímicas, quienes faltan en el intento por mantener el control sobre sus cuerpos, lo cuál las hace manifestar sentimientos de ineffectividad e inutilidad.

1.3.2. ALGUNOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON LOS TCA

De acuerdo con Gómez Pérez-Mitré (2001a) los factores de riesgo son aquellos que tienen un efecto negativo en la salud del individuo provocando un desajuste y desequilibrio ya que hacen al organismo vulnerable facilitando la aparición de la enfermedad. Existe una relación proporcional entre la probabilidad de enfermar y el número o severidad de los factores de riesgo.

Los factores de riesgo principales, con respecto a los trastornos de la conducta alimentaria pueden dividirse en cuatro grandes grupos: Factores de riesgo asociados con imagen corporal: (satisfacción/ insatisfacción), alteración (sobrestimación/ subestimación), preocupación por el peso corporal y por la comida, actitud hacia la obesidad/ delgadez, autoatribución (positiva/ negativa), figura real e imaginaria, peso deseado, y atractividad, entre otras; Factores de riesgo asociados con conducta alimentaria: seguimiento de dieta restrictiva, hábitos alimentarios inadecuados, ayunos, saltarse alguno de los alimentos principales, disminuir o evitar alimentos considerados de alto contenido calórico, consumo de productos light, y atracones; Factores de riesgo relacionados con el cuerpo real o biológico: peso corporal, talla o estatura, madurez sexual (precoz/ tardía); Factores de riesgo asociados con las prácticas compensatorias: ejercicio excesivo (10 horas a la semana o más), uso de productos para el control de peso (inhibidores de hambre, laxantes, diuréticos), y consumo excesivo de agua (más de dos litros al día) y de fibra.

La distinción entre los factores de riesgo y los trastornos de la alimentación es que estos últimos forman un conjunto de síntomas que aparecen por ejemplo en el DSM-IV, mientras que los primeros se pueden presentar por separado. Estos factores de riesgo son enumerados debido a la frecuencia y magnitud con la que se presentan en una población dada, cuestión que en la actualidad es el trabajo base de muchas investigaciones pues no se puede hablar de factores de riesgo específicos de sólo una edad, una sociedad, o una economía todos ellos interactúan en las diferentes áreas. El ejemplo de ello es la implicación que tienen los factores de riesgo asociados con la imagen corporal en los diferentes trastornos de la alimentación, lo cual se revisará con mayor detalle posteriormente.

De acuerdo con Charles (1990) "en la sociedad contemporánea se busca la creación de la armonía corporal externa pero se deja de lado el desarrollo de la armonía interna, de sentirse bien con el cuerpo (sobre todo el femenino): tal parece que ahora es concebido como un aditamento al que hay que tapar, decorar, diseñar, para volverlo armónico, pero no para su propio bienestar, sino para estar conforme a ciertos patrones y modas del momento" (citado en Mancilla y cols. 1999; pp. 44).

Estas características parecían exclusivas de los países desarrollados; sin embargo su prevalencia se está extendiendo hacia sociedades en las que no predomina necesariamente el alto desarrollo económico sino la cultura de la delgadez, lo cual se debe en parte al gran bombardeo que se lleva a cabo a través de los medios masivos de comunicación. Dado lo

anterior se vuelve primordial el detectar cuales son los factores de riesgo asociados al desarrollo de los desórdenes del comer, así como la población que se presenta más vulnerable.

González, Lizano y Gómez Pérez-Mitré (1999) proporcionan información con respecto a las características sociodemográficas, afirmando que con respecto al género son los niños más que las niñas quienes realizan mayor número de comidas al día, lo cual podría indicar que los varones tienen menos preocupación por el peso corporal. A mayor edad o a más acercamiento a la adolescencia hay mayor preocupación por el peso y menor ingesta de alimentos. Con relación al factor socioeconómico, los niños de las escuelas públicas tienden a reportar que comen más y mayor cantidad de carbohidratos que los niños de las escuelas privadas, indicando que los niños de escuelas públicas tienen menor preocupación sobre su físico, mientras que los de las escuelas privadas podrían tener más presión social para estar en línea, lo cual recalca la influencia del estrato social en el desarrollo de desórdenes alimentarios.

También en esta investigación se observó una relación entre problemas alimentarios y la autoatribución negativa, así como entre las relaciones familiares autoritarias y la autoatribución negativa, lo cual hace evidente su posible naturaleza como factor de riesgo, siendo las preadolescentes quienes más relaciones autoritarias perciben tener mientras que los varones lo presentan en menor grado. Estos hallazgos tienen sentido si se analizan a la luz de los intereses propios de las niñas en esta etapa del desarrollo, pues al estar entrando en la adolescencia, la preocupación por el cuerpo y el atractivo físico aumenta y, por tanto, tratan de mantener su peso disminuyendo la ingesta de alimentos, lo que podría influir en que los padres preocupados, presionen o instiguen a un mayor consumo de alimento.

1.3.2.1. La imagen corporal

La imagen corporal es uno de los factores con mayor relevancia en el estudio de los trastornos de la alimentación, Gómez Pérez-Mitré (1999) afirma, con base en estudios con preadolescentes mexicanas, que los factores asociados a la imagen corporal como son la insatisfacción y la alteración de la misma se relacionan significativamente con conductas alimentarias dirigidas al control de peso, lo que a su vez predice trastornos de la alimentación; remarcando la importancia del estudio de la imagen corporal como un factor decisivo en la aparición de estos desórdenes de la conducta, que cada vez atacan con mayor frecuencia en edades más tempranas.

La imagen del cuerpo es definida por Bruchon-Schweitzer (1992) como una configuración 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.

En opinión de Schilder (1950), un individuo desarrolla actitudes conscientes e inconscientes sobre su cuerpo a través de la identificación con otras personas. Para una mujer, la madre es el foco primario de esta identificación. A través de la identificación con el cuerpo de la madre, las mujeres aprenden a evaluar su imagen. Si su madre rechaza su propia imagen corporal, estará constantemente preocupada por la imagen de la hija; y ésta, en consecuencia, aprenderá a ver su cuerpo con disgusto y desagrado. Por su parte Crisp (1980) sugiere que al ser los trastornos de la alimentación un desorden esencialmente adolescente-juvenil, la distorsión podría ser resultado del fracaso al adaptar las propias percepciones al reciente cambio de la forma corporal, y habría que añadir que también a las consecuencias y nuevos roles que estos cambios traen consigo. En el caso de la anorexia nervosa, se ha sugerido que el deseo de la delgadez cuando los pacientes están cambiando físicamente se debe al temor provocado por la aparición de la sexualidad. También en el caso de las bulímicas, generalmente de peso normal y físicamente maduras, expresan sentimientos de disgusto hacia sus cuerpos y sienten que los mismos están fuera de control (citados en Villarreal, 1999).

En la actualidad el problema de la imagen corporal es abordado desde una perspectiva multidimensional. Garfinkel y Garner (1982) mencionan que este trastorno consiste en alteraciones de la percepción (del tamaño corporal) y alteraciones cognitivas-afectivas (valoración negativa de la apariencia física que provoca insatisfacción y preocupación por la figura).

Estas afirmaciones quedan demostradas cuando los pacientes con anorexia reportan que se perciben con sobrepeso cuando realmente se encuentran en grados avanzados de emaciación, mientras que las personas con sobrepeso y obesidad son las que suelen subestimar su tamaño corporal (Unikel y Gómez Pérez-Mitré, 1996).

Chinchilla (1995) en un intento por explicar este fenómeno explica que los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria mantienen una actitud hipervigilante ante sensaciones corporales como la plenitud, el hambre, la digestión, el hinchamiento, el estreñimiento, la náusea, el dolor y la fatiga, las cuales parecen estar construidas sobre una variedad de alteraciones perceptivas, como la magnificación y la exageración de estas sensaciones por atención selectiva. Estos cambios somáticos proporcionan la base para la construcción de creencias erróneas acerca de los procesos metabólicos, el efecto de diferentes alimentos, así como qué y cuándo ellas deberían comer, el efecto de las purgas, y muchas otras en relación con el peso y la alimentación.

Schlundt y Johnson (1990) mencionan algunas de las fallas más comunes en el pensamiento y la percepción de las personas con trastornos de la alimentación, las cuales son: la atención selectiva; la identificación falsa de señales biológicas, emocionales o ambientales; el pensamiento dicotómico (de todo o nada); el pensamiento catastrófico (o magnificación); la sobregeneralización; la interpretación selectiva; la descalificación; las inferencias arbitrarias; la minimización y maximización de los eventos externos; la emoción

racionalizada: la personalización y autorreferencia; la atribución errónea de casualidades; y el pensamiento supersticioso.

En México Gómez Pérez-Mitré (1997) realizó una investigación sobre las alteraciones de la imagen corporal, definiendo a esta última como una categoría psicosocial estructurada cognoscitivamente y afectiva o emocionalmente evaluada en relación con el concepto del self, del que forma parte integral.

Menciona que las variables involucradas en la distorsión de la imagen corporal son resultado de la interacción de:

- Condiciones sociales externas. Como la presión que ejercen los agentes socializadores, entre ellos los medios de comunicación, que difunden y mantienen estereotipos, valores y normas de belleza, salud, éxito, papeles femeninos, amor y demás, según el marco de la cultura de la delgadez de las sociedades occidentales y altamente industrializadas.
- Variables individuales más o menos objetivas, peso o tamaño, y forma real.
- Comportamientos alimentarios, grupos de pertenencia y clase social.
- Variables psicosociales subjetivas como, autopercepción y percepciones de los otros del peso o del tamaño corporal, y de la forma, peso y forma deseada o figura ideal, autoatribuciones, autoconcepto y autoestima, entre otras.

En este estudio se encontraron indicadores o tendencias de riesgo en adolescentes, tales como: la insatisfacción con la imagen corporal y sobreestimación de la misma, preocupación por el peso, y una fuerte motivación y actitud favorable hacia la delgadez, en la que la figura ideal es, prácticamente, una figura anoréctica (Pág.39).

1.3.2.2. Conducta Dietaria

Se considera a la conducta dietaria como el conjunto de pensamientos dirigidos a la planeación de como regular la ingesta de comida, esta regulación esta dirigida a la pérdida de peso e implica la aplicación de ciertas medidas para el control del mismo. Por otro lado la restricción alimentaria es un intento cognitivo por restringir la ingesta de alimentos para mantener el peso corporal pero no involucra necesariamente la pérdida de peso o la práctica de medidas de control (Tuschl, 1990; citado en Wolf y cols., 2000).

Es importante aclarar en este punto que el término dieta ha sido utilizado irregularmente, indicando la práctica de conductas para el control de peso, sin embargo este término en su significado se refiere solamente al hecho de alimentarse como se expresa en el concepto de "dieta alimentaria" no teniendo por fuerza una implicación negativa. Sin embargo, cuando se hace referencia a la conducta dietaria se hace referencia al control de peso.

La conducta dietaria es una práctica común en la población adolescente y adulta, lo cual sin duda le ha dado popularidad y ha facilitado su difusión, teniendo resultados no siempre

positivos. La dieta ha sido uno de los productos con mayor venta en el mercado, y ha sido difundido por medios de información y comunicación masiva influyendo constantemente en las decisiones del individuo sobre que comer o no. En la adolescencia, una etapa en la que se intenta cubrir las expectativas e incluirse en el grupo social, la conducta dietaria no sólo se vuelve una práctica común sino un factor de riesgo en la aparición de los trastornos de la conducta alimentaria.

El adolescente al no sentirse atractivo o lo suficientemente delgado toma ciertas medidas que lo pueden llevar a la restricción de la ingesta, considerado por algunos autores como el disparador o por lo menos el precedente inmediato de los desórdenes de la alimentación (Gómez Pérez-Mitré, 1999).

Al respecto Saldaña (1994) menciona que las dietas son la consecuencia de la excesiva preocupación por el peso. Las consecuencias negativas de estas conductas se generan cuando se cae en una restricción total o parcial de los alimentos (anorexia), o en una combinación de períodos de restricción, sobreingesta y vómito (bulimia).

Gómez Pérez-Mitré (1997) menciona que ya en las preadolescentes de 9 a 12 años, está presente el deseo de una figura muy delgada junto con el estereotipo de delgadez asociado con lo atractivo. Se reportó un alto porcentaje en referencia a la excesiva preocupación por su peso corporal. Estos hallazgos afirman que las conductas dietarias cada vez van siendo más comunes en muestras estudiantiles.

Apoyando el estudio anterior Gómez Pérez-Mitré y Ávila (1998) refieren que un 25% de su muestra de preadolescentes (edad promedio de 10.8) aceptó estar haciendo dieta con propósitos de control, de peso. Resaltando el hecho de que más niñas que niños se saltan un alimento del día y consumen en menor proporción alimentos engordadores (citados en Salazar, Lizano y Gómez, 1999).

Gómez Pérez-Mitré (1999) menciona que esta preocupación excesiva por el peso, presente en la gran parte de las niñas, se da en situaciones en las que uno no lo esperaría como es el caso de niñas delgadas, niñas que respondieron estar satisfechas, o en niñas que no hacen dieta. Esta preocupación no es fácilmente eliminable y se relaciona con la variación constante de los estereotipos y la falta de definición clara de los atributos corporales percibidos como ideales.

También se encuentran estudios que revelan una ocurrencia simultánea de los atracones y la conducta dietaria, sin embargo, se habla de que existe una relación inversa siendo que el seguimiento de la dieta y la ruptura de la misma desembocan en períodos de atracón o

conducta de sobre ingesta que a su vez promoverán el inicio de una nueva dieta. Un ejemplo de ello son los estudios de Polivy y Herman (1985), quienes sugieren que la dieta restrictiva precede a la conducta de sobreingesta o al atracón, o sea, antecede a la aparición de los patrones bulímicos (citados en Gómez Pérez-Mitré, 1999).

Por otro lado el estrés ha sido relacionado con el comer compulsivo, especialmente en mujeres que controlan estrictamente su dieta. Los desordenes del comer, en algunos casos, parecen ser una respuesta a la aparición de eventos estresantes (Schmidt, 1997; citado en Solomon, 2001).

El estrés tiene un papel de mediador o disparador entre la conducta dietaria y la sobreingesta, llevando al individuo frecuentemente de un extremo al otro. En el caso de las conductas de sobreingesta, cuando la conducta dietaria hace su aparición no existe diferencia significativa en el número de veces que se come al día, lo cual, aunque es contrario a lo esperado para la población de comedores compulsivos, se puede explicar por el hecho de que la restricción de este desorden es más de tipo cognitivo que conductual, privándose las personas de ciertos alimentos pero sin modificar la frecuencia de los períodos de ingesta (Wolff y cols., 2000).

Solomon (2001) propone un modelo que explica como el estrés hace del comer una forma de afrontamiento, y como el comer después se vuelve un estresor por sí mismo. Los desórdenes del comer, así como el control de peso y sus fluctuaciones, son parte de un ciclo de eventos involucrados con el estrés, el comer, la conducta dietaria, los estados de ánimo negativos, la ansiedad y la depresión. Ciclo que se ha intentado describir en la literatura a últimas fechas.

Es conocido que, bajo situaciones de estrés, algunas personas utilizan el comer como una estrategia de afrontamiento, y es sabido que algunos casos reaccionan a los períodos de su régimen dietario con desaliento y autocondenación. Cuando estos dos hallazgos se relacionan con el modelo del estrés y el afrontamiento en las conductas adictivas, es fácil explicar cómo el comer se vuelve un estresor, creando una necesidad imperiosa de nuevas estrategias para combatir la angustia. Y si la angustia resultante de este modo de comer no es aliviada, el comer vuelve a presentarse y se reinicia el círculo vicioso.

Hasta el momento se han revisado algunos factores relacionados con la aparición de los trastornos de la conducta alimentaria, resaltando entre ellos la imagen corporal y la conducta dietaria que, aunque no son variables de estudio, son de gran importancia para esta investigación por su estrecha relación con el estrés. En los siguientes capítulos se ahondará brevemente en fundamentos de tipo biológico, familiar y social para poder dar una visión más completa sobre la etiología de los trastornos de la alimentación.

CAPITULO 2

PSICOBIOLOGIA DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

No hay duda de que comer es una de las actividades más importantes que llevamos a cabo y, además, puede ser una de las más placenteras. Gran parte de las conductas que un animal puede aprender están motivadas por su lucha constante para obtener comida; de este modo, la necesidad de comer ha modulado, indudablemente el desarrollo evolutivo de nuestra propia especie (Carlson, 1999).

Los animales necesitan satisfacer dos necesidades básicas, deben comer suficiente para que el gasto de energía no sobrepase la ingestión de alimentos y tomar suficiente agua para que las pérdidas de la misma no sobrepasen a su ingestión. A diario ocurren variaciones en la ingestión de alimentos y agua sin que se produzcan muchos efectos patológicos, pero a la larga debe mantenerse un equilibrio entre el gasto de energía y la ingestión de alimento, lo mismo que entre la pérdida de agua y la ingestión de la misma. Comer demasiado produce obesidad y tomar demasiada agua hace aumentar la micción con pérdida de vitaminas y minerales. La ingestión mínima de agua y comida, lleva al sujeto a la muerte (Brown, 1989).

Con el fin de comprender a profundidad la conducta alimentaria en este apartado se describe la investigación realizada sobre: el metabolismo, la regulación del peso corporal, los factores ambientales y fisiológicos que inician y detienen una comida, así como los mecanismos nerviosos que evalúan el estado nutricional de nuestro cuerpo y controlan nuestra conducta de ingesta.

2.1. METABOLISMO

Cuando comemos incorporamos a nuestro organismo moléculas que alguna vez formaron parte de otros organismos vivos, plantas y animales. Ingerimos estas moléculas por dos motivos: para construir y mantener nuestros propios órganos; y para obtener la energía necesaria para los movimientos musculares y para mantener nuestro cuerpo caliente. En otras palabras, necesitamos materiales de construcción y combustible (Carlson, 1999).

Antes de seguir adelante y con el fin de exponer con más claridad este mecanismo es importante mencionar brevemente el proceso digestivo. En una concepción simple, el aparato digestivo es un largo conducto que tiene varias porciones especializadas. Las células del organismo no pueden absorber un trozo de carne; tienen que absorber pequeñas moléculas como aminoácidos y glucosa. Cada porción especializada del conducto

ayuda a romper los trozos de alimentos en moléculas grandes y después a desintegrar éstas para obtener otras más pequeñas. En la boca y con la dentadura se inicia el proceso digestivo. La masticación desintegra el alimento en partículas más pequeñas; la saliva las humedece y les agrega enzimas digestivas. El alimento se desplaza por el esófago en dirección al estómago, en donde las contracciones convierten el alimento en quimo. El quimo líquido pasa hacia el intestino delgado en donde se lleva a efecto la principal parte de la digestión y ocurre entonces la absorción. Las enzimas pancreáticas ejercen sus mayores efectos en la masa alimenticia que ha llegado al intestino delgado. Para el momento en que el alimento pasa al intestino grueso, la digestión casi ha terminado (Brown y Wallace, 1989).

Siendo la alimentación la fuente de diversas sustancias necesarias para el crecimiento y la actividad del organismo se vuelve la necesidad más inmediata para los animales homeotérmicos activos, ya que satisface sobre todo la necesidad de adquirir las sustancias que proporcionan energía, utilizada continuamente en cantidades moderadas, y ocasionalmente, en cantidades mayores. Para satisfacer estas necesidades, el organismo debe procesar de manera continua alimentos productores de energía, lo cuál suele ser poco práctico, o bien debe almacenar energía de alguna forma.

En la corriente sanguínea la glucosa es la sustancia más útil para tal propósito. Pero existen límites definidos respecto a la cantidad que puede almacenarse de esta manera. El hombre excreta por los riñones un exceso de dos miligramos de glucosa por mililitro de plasma sanguíneo. Si el azúcar de la sangre desciende por debajo de los 0.8 mg por ml, puede sobrevenir debilidad o, en casos extremos, el coma. El glucógeno del hígado es la más importante provisión alternativa de calorías a plazo corto, siendo la conversión de glucógeno en glucosa el origen de los niveles constantes de azúcar en la sangre. Las proteínas y las grasas pueden convertirse en compuestos de alta energía si a un animal se le niega acceso a la comida durante un período largo. La existencia de tales depósitos que funcionan a largo y a corto plazo, permite a los animales absorber alimentos de determinadas dosis (comidas) y salvar el vacío que hay entre la salida de energía y las variaciones en la ingestión de alimentos. La existencia de depósitos internos o reservas contra las deficiencias de energía, tiene consecuencias importantes para regular la ingestión de alimentos. Se necesita un mecanismo regulador más elaborado e indirecto para controlar la alimentación, ya que la glucosa, que es la salida normal del sistema de control de energía, se mantiene a un nivel relativamente constante gracias a los mecanismos de control interno (Van Sommers, 1976).

El metabolismo de los alimentos puede dividirse en dos fases: en la primera, o fase de absorción, predomina el almacenamiento de nutrientes; en cambio en la segunda, fase posabsorción, predominan la desintegración y la utilización de los nutrientes almacenados. Mientras los nutrientes estén siendo absorbidos por el intestino delgado y la concentración de glucosa éste elevada, el páncreas producirá una hormona: la insulina. La insulina facilita el paso de la glucosa hacia las células del cuerpo en donde puede emplearse como combustible. Las cantidades adicionales de glucosa pueden almacenarse,

principalmente en forma de grasa (en el tejido adiposo) y como glucógeno (en el hígado). Durante esta fase se absorben también aminoácidos, y la insulina media su captación en las células, de modo que puedan realizarse procesos de síntesis de proteínas.

La insulina es extremadamente importante porque las células del organismo, excepto las del cerebro y el hígado, no pueden captar la glucosa sin su presencia. Los que sufren diabetes sacarina no producen suficiente insulina y por ello, la concentración de glucosa sigue alta y por lo mismo, las células no tienen suficiente cantidad de energético. Por esta causa el diabético tiene que inyectarse diariamente insulina. Cuando todos los nutrientes se han absorbido por el intestino delgado, la concentración de glucosa en la sangre decae. Este descenso es la señal que necesita el páncreas para disminuir su descarga de insulina y por ello, la concentración de ésta también desciende. La disminución de la glucosa sanguínea es un estímulo para las células del encéfalo, aumentando la actividad de los axones simpáticos que inervan al páncreas, para que éste último comience a secretar otra hormona, el glucagón. El glucagón y dos hormonas más (adrenalina proveniente de la médula suprarrenal y la hormona del crecimiento procedente de la hipófisis), intervienen proporcionando combustible utilizable proveniente de los nutrientes depositados. Estimulan el hígado para convertir a los nutrientes de nuevo en glucosa que se usa como energético; asimismo estimulan la desintegración de las grasas. La conversión de los nutrientes depositados, como el glucógeno, de nuevo en glucosa se debe también a la actividad de las fibras nerviosas simpáticas que inervan este órgano. Así el cerebro tiene un efecto directo en muchas partes de la fase de posabsorción (Brown y Wallace, 1989).

Es durante la fase de posabsorción cuando se inicia el hambre y es durante la fase de absorción cuando se inicia la saciedad. Así pues el hígado absorbe el exceso de glucosa cuando está disponible en abundancia y la almacena en forma de glucógeno, liberándola de sus reservas cuando el tracto digestivo se encuentra vacío y el nivel de glucosa en la sangre empieza a decaer. El almacén hepático de carbohidratos se reserva principalmente para el funcionamiento del sistema nervioso central (SNC). Cuando nos levantamos por la mañana, nuestro encéfalo es nutrido por el hígado que está convirtiendo el glucógeno en glucosa y liberándola a la sangre. La glucosa alcanza el SNC, donde es absorbida y metabolizada por las neuronas y las células gliales. Este proceso puede mantenerse durante unas pocas horas, hasta que todas las reservas de carbohidratos del hígado se hayan agotado (por término medio, el hígado tiene unas 300 calorías de carbohidratos). Normalmente comemos algo antes de que esta reserva se agote, lo cuál nos permite volver a llenarla. Pero en el caso de que no comamos, el SNC tiene que empezar a sustituir de los productos almacenados en los depósitos de las reservas a largo plazo. Nuestros depósitos de reservas a largo plazo están en el tejido adiposo (tejido graso). Estas reservas se abastecen a partir de las grasas o, más concretamente, de los triglicéridos, los cuáles son moléculas complejas compuestas por glicerol (un carbohidrato soluble denominado también glicerina) combinado con tres tipos de ácidos grasos (ácido esteárico, oléico y palmítico). El tejido adiposo se encuentra bajo la piel y en varios lugares de la cavidad abdominal. Esta constituido por células que son capaces de absorber nutrientes de la sangre, convirtiéndolos en triglicéridos y almacenándolos. Estas células pueden aumentar de tamaño; de hecho, la principal diferencia física entre una persona obesa y una de peso

normal está en el tamaño de sus células adiposas, que a su vez depende de la cantidad de triglicéridos que contiene (Carlson, 1999).

2.2. REGULACION DE PESO CORPORAL Y GRASAS

La cantidad de grasas corporales al igual que otros fluidos corporales se supone que esta regulada, pero hay quien sugiere lo contrario ya que hay muchas personas obesas, y algunas de las que no lo son dicen que tienen que hacer un verdadero esfuerzo para mantenerse delgadas. Si la cantidad total de grasas corporales estuviera verdaderamente regulada, sería de esperar que las personas sintieran hambre únicamente cuando necesitaran comer, y que dejaran de comer cuando ya hubieran ingerido lo suficiente. Pero, obviamente, algunas veces comemos sin verdadera hambre y seguimos comiendo incluso cuando ya hemos comido lo suficiente. Existen diferentes razones para explicar la aparente incapacidad del organismo para regular el peso corporal. En primer lugar, tal como se revisará más adelante, algunos de nuestros hábitos alimentarios impuestos por la sociedad interfieren con los mecanismos reguladores que se desarrollan en diferentes hábitat. En segundo lugar, la regulación no es tan deficiente como podría parecer. El hecho de que muchas personas tengan grasa acumulada en el abdomen o en las caderas no significa que su peso corporal no este regulado; únicamente puede significar que la cantidad de grasas que resulta normal para ellos es superior a la que hoy en día consideramos adecuada estéticamente. La función de las grasas es proporcionar unas reservas que pueden ser utilizadas en tiempos de necesidad. En otras épocas la gente comía muy poco, viviendo a expensas de sus grasas. Un papel importante también lo tiene la herencia en la determinación del tamaño y la forma corporal de la persona. Dando como resultado que los pesos óptimos de las personas pueden variar bastante entre unos y otros sujetos (Carlson, 1999).

Numerosos estudios han puesto de manifiesto cómo los cambios en la dieta pueden provocar cambios compensatorios en la conducta o en el metabolismo. Foltin y colaboradores (1990) observaron que cuando se variaba la cantidad de calorías en las comidas (cambiando los contenidos en carbohidratos y/o grasas), los sujetos variaban la cantidad de comida que ingerían durante el resto del día, pero mantenían relativamente constante la cantidad de calorías ingeridas. Además si se fuerza a comer a los animales experimentales, mediante un tubo implantado en su estómago, engordan por lógica, pero posteriormente reducirán su ingesta de comida hasta que su peso corporal vuelva al valor normal (Hoebel y Teitelbaum, 1966; Steffens, 1975, citados en Carlson, 1999).

EL METABOLISMO BASAL

El metabolismo basal es el mínimo energético preciso para mantener el funcionamiento del organismo. En niveles aceptables permite que nuestro cuerpo mantenga una temperatura y una presión adecuadas, así como la actividad óptima de todos nuestros órganos, además de un peso corporal estable. Sin embargo, el ser humano puede modificar estos niveles de metabolismo basal. Si se recauden muchos las cantidades de alimento y, en general, las calorías que ingerimos, nuestro metabolismo se verá obligado a reducir su nivel de actividad para tener un buen funcionamiento. Si el organismo recibe todos los nutrientes necesarios y desempeña un nivel de actividad física moderado, los rangos de metabolismo basal serán adecuados y nuestro cuerpo podrá llevar a cabo todas sus funciones en forma eficiente. Pero cuando nuestro organismo recibe menos calorías de las que realmente necesita, el metabolismo basal se vuelve más lento, con el fin de utilizar de la manera más eficiente la poca energía con la que cuenta. En consecuencia, todas nuestras funciones corporales también se vuelven lentas, por lo que baja el ritmo cardíaco, la presión arterial y la temperatura, con el fin de ahorrar energía. Lo mismo ocurre cuando una persona decide hacer una dieta y perder peso abruptamente al reducir porciones en los alimentos o no comer alimentos de alto nivel calórico, el metabolismo basal y el organismo reaccionan en forma lenta y se resisten la pérdida de peso, para conservar al máximo su fuente de energía. Una dieta restrictiva que se lleva a cabo en un breve lapso, acompañada de ejercicio físico, por lo general resulta contraproducente, ya que el organismo tiene mecanismos para defenderse, con el fin de ahorrar energía y seguir funcionando, aunque sea lentamente. En estos casos, la persona comprueba que casi no bajó de peso, lo más común es que vuelva a empeñarse en el intento de adelgazar, realizando, una dieta más estricta aún que la anterior, reanudando el ciclo una y otra vez. Lo más probable es que debido a las frustraciones continuas, la persona pierda el control y tenga deseos incontrolables por comer mucho, lo cuál será una experiencia desgastante con pocos resultados efectivos. Los semiayunos prolongados y las dietas restrictivas, provocan en el organismo hiperlipónesis, esto significa que las células grasas tienden a mantener cantidades anormales de grasa durante los periodos de realimentación. En efecto, ante las constante dietas las células de grasas de nuestro cuerpo se comportan como si vivieran en un estado de guerra; es decir, que conservan cantidades excesivas de grasa cuando se suspenden las dietas, para defenderse de futuros periodos de privación alimenticia: reaccionan como si mañana hubiera otra guerra, almacenando todo, absolutamente todo. Este proceso provoca efectos ineludibles. Habrá un aumento de peso, y será cada vez más difícil reducirlo (Carlson, 1999).

2.3. INICIO DE LA CONDUCTA DE COMER

La mayoría de las veces empezamos a comer porque es la hora, sin embargo existen algún tipo de señales que indican al encéfalo que los suministros de nutrientes se están agotando y que es el momento de empezar a buscar, y de ingerir, algún alimento.

Queda claro que el sabor, el olor, el aspecto y la textura de los alimentos influyen, por lo menos en alguna medida, en el control de la ingestión. Los animales comen más de lo usual si la comida tiene buen sabor y viceversa. Esto significa que las sensaciones que se producen en la cabeza durante la alimentación, tienen que provocar una retroalimentación negativa que hace que el animal deje de comer. Esta sensación de saciedad dura poco, porque el animal vuelve en breve a comer (Brown y Wallace, 1989).

No debe suponerse que todos los problemas de regulación de la ingestión de alimentos estén perfectamente comprendidos. Sin embargo, se supone la existencia de un sistema de controles superpuestos que funcionan en la boca y en el estómago durante la comida; en la corriente sanguínea, conforme se absorbe la comida; y en todo el cuerpo a medida que los alimentos se almacenan en forma de grasas o aumenta el peso del cuerpo. Cada nivel de control, implica detectar los cambios realizados en un período mayor, cada uno de los cuáles, sirve para compensar los errores que hay en el ajuste de los restantes (Van Sommers, 1976).

Con respecto al papel del cerebro Friedman y Stricker (1976) sostienen que este no puede ser adecuado para llevar el control de energéticos del organismo, ya que el suministro que recibe de energía se conserva con mucha constancia en el organismo. Por ejemplo, durante el ayuno el organismo tiene que movilizar energéticos, tejido adiposo, tejido muscular, mucho antes de que empiece a faltar energía en el tejido cerebral. Por otra parte, el hígado conserva una buena posición en el control de los suministros de energía, no solamente de glucosa, sino de todos los energéticos del organismo (citados en Brown y Wallace, 1989).

Estudios experimentales sugieren que el encéfalo responde a dos tipos de señales para el hambre, una corto plazo y otra a largo plazo. Los receptores hepáticos y cerebrales detectan las señales de hambre a corto plazo, determinadas por la disponibilidad de nutrientes en la sangre; y las señales de largo plazo se originan en el tejido adiposo que contiene las reservas de nutrientes a largo plazo. Si esta reserva esta llena entonces se segrega una hormona peptídica que tiene un efecto inhibitorio sobre los mecanismos cerebrales que controlan la conducta. Pero como consecuencia de un período de ayuno prolongado, las reservas a largo plazo se empiezan a agotar y las células adiposas disminuyen la secreción de esta hormona sensibilizando a los mecanismos cerebrales con respecto a las señales de hambre a corto plazo, nos sentimos hambrientos y comemos más (Carlson, 1999).

Estudios como los de Stricker y colaboradores (1977) demostraron que el hígado, y probablemente otros sitios, controlan el suministro de energéticos en el organismo y adaptan la cantidad de comida que se ingiere. Este control debe mantenerse enviando su información al cerebro, al menos parcialmente por vía del nervio vago. Al mismo tiempo las

células del cerebro se encuentran controlando el abasto de combustible. La información acerca del suministro de energías se usa para alterar la descarga de adrenalina. Cuando el cerebro tiene hambre, produce más adrenalina para movilizar los suministros de energía; pero cuando la tiene el hígado, entonces envía información al cerebro para activar las vías motoras necesarias para alimentarse (citados en Brown y Wallace, 1989).

Aún se ignora el modo en que llega la información acerca de la cantidad de energético con que cuenta el organismo (que llega al cerebro desde la periferia) y activa las vías motoras necesarias para alimentarse. Existen algunas especulaciones, una de las cuáles pone de relieve las ideas acerca de la importancia de las catecolaminas y las fibras con las que funcionan como vías motivacionales. Las vías catecolaminas que vienen del locus coeruleus y de la sustancia negra, hacen sinapsis con las interneuronas que usan el neurotransmisor GABA. Estas interneuronas, a su vez, hacen sinapsis con otras neuronas que se encuentran en el estriado, el cerebelo y la corteza cerebral, las cuáles actúan como bandas motoras para los reflejos de la alimentación y probablemente también para otros fines y conductas dirigidas. Como las catecolaminas son tal vez transmisoras en sí mismas, este ordenamiento significaría que la actividad neural de las vías de las catecolaminas desinhibiría los circuitos neurales preprogramados encargados de los reflejos motores que intervienen en la alimentación (las interneuronas quedarán inhibidas y no podrían inhibir a las neuronas motoras). Este modelo se ajusta bien al hecho de que las fibras de catecolamina actúan como un energizante para las conductas dirigidas a metas. Cuando no hay objetos en la inmediación, la conducta que con mayor frecuencia se provoca es la locomoción, como si el animal fuera activado o energizado para algo. El modelo se ajusta bien al hecho de que la destrucción de las vías catecolaminas causa afagia, adipsia y letargo general (Brown y Wallace, 1989).

2.4. FIN DE LA CONDUCTA DE COMER

Debido a la larga demora entre la ingesta de un alimento y su digestión, la regulación de la ingesta de comida requiere un mecanismo de saciedad; sin este mecanismo se comería en exceso, con graves consecuencias para el estómago.

El feedback producido por el gusto, el olor y la deglución de la comida proporciona la primera señal de saciedad; pero si esta señal no va seguida por el feedback del estómago, indicando que la comida ha llegado a éste, el animal vuelve otra vez a comer. El estómago tiene detectores de nutrientes que informan al encéfalo de la cantidad de comida que se ha ingerido. Si se extrae parte de la comida del estómago, el animal come lo suficiente como para remplazarla, incluso en el caso de que el experimentador intente engañarlo inyectándole el mismo volumen de una solución salina.

Las señales que se originan en los intestinos también pueden producir saciedad. Varios investigadores han sugerido que la colecistoquinina (CCK), liberada por el duodeno ante la presencia de alimentos ricos en grasas procedentes del estómago, proporciona una señal de saciedad. El efecto inhibitorio parece estar mediado por receptores localizados en el

píloro y transmitido al encéfalo vía nervio vago. Otra señal de saciedad proviene del hígado, el cuál detecta que los nutrientes están siendo recibidos desde el intestino. La infusión de glucosa o fructosa directamente en la vena porta hepática elimina la conducta de comer en animales hambrientos. La señal procedente del hígado no parece ser aversiva, como se presenta en ocasiones con el duodeno, incluso puede ser utilizada para reforzar el consumo de un sabor particular.

Las señales procedentes de las reservas afectan a la ingesta con un efecto a largo plazo. La alimentación forzada facilita la saciedad, mientras que el ayuno la inhibe. Estudios realizados con ratones han permitido descubrir la existencia de la leptina, hormona péptica secretada por células adiposas bien aprovisionadas (con un alto contenido de ácidos grasas) y cuyos principales efectos son el aumento de la tasa metabólica del organismo y la disminución de la conducta de ingesta (Carlson, 1999).

2.5. MECANISMO NEURALES

Tronco del encéfalo

El tronco del encéfalo contiene circuitos neurales capaces de controlar la aceptación o el rechazo de las comidas dulces o amargas, que incluso pueden ser modulados por la saciedad o por señales fisiológicas de hambre, tales como una disminución en el metabolismo de la glucosa o la presencia de la comida en el sistema digestivo.

El núcleo del tracto solitario y el área postrema (AP/NTS) reciben señales procedentes de la lengua, el estómago, el intestino delgado y el hígado, y envían información hacia el núcleo parabraquial lateral de la protuberancia, el cuál a su vez proyecta a grandes regiones troncoencefálicas. Estas señales interactúan y colaboran en el control de la ingesta de comida.

Las lesiones del AP/NTS eliminan tanto el hambre glucoprívica como la lipoprívica, mientras que las lesiones del núcleo parabraquial lateral afectan únicamente el hambre lipoprívica (Carlson, 1999).

Hipotálamo

Las teorías centralistas, que exploran la función del cerebro en la mediación del hambre se fundan principalmente en la función del hipotálamo.

Los mecanismos hipotalámicos de la conducta alimentaria son de interés debido al conjunto total e interrelacionado de elementos que señalan la existencia de un doble control. Sin embargo sería un error considerar las áreas hipotalámicas como centros exclusivamente alimenticios, ya que están íntimamente relacionados con los circuitos de todo el sistema límbico, cuya relación con la ingestión de alimentos ha quedado demostrada tanto por los procedimientos químicos como por la estimulación eléctrica (Van Sommers, 1976).

Brobeck y colaboradores (1943), habían encontrado dos áreas separadas del hipotálamo que tenían efectos opuestos en la ingestión de alimento. Las lesiones del área ventromedial causaban hiperfagia (exceso de ingestión de comida) y obesidad. Las lesiones del área lateral causaban afagia (eximirse de la alimentación) y adipsia (eximirse de tomar agua) y a la postre, la muerte del animal, si no se le forzaba a alimentarse e hidratarse. Robinson y Mishkin (1968) observaron que la estimulación eléctrica de estas dos regiones causó conductas opuestas a las producidas por lesiones. La estimulación de la parte lateral del hipotálamo (HL) causó ingestión de alimento, aún en las ratas que acababan de comer en abundancia. Los animales por el contrario dejaron de comer cuando se estimuló el área ventromedial (HVM). Dados los resultados obtenidos, se puede ver como el HL se convirtió en el centro de alimentación y el HVM en el centro de la saciedad (citados en Brown y Wallace, 1989).

Las lesiones del hipotálamo ventromedial hacen que los animales coman en exceso y se vuelvan obesos, mientras que su estimulación eléctrica o química inhibe la conducta de comer. Sin embargo, esta región no constituye un simple centro de saciedad. Estas lesiones hacen que un animal se vuelva delicado y provocan un aumento en la secreción de la insulina (forzando al animal a comer más) (Carlson, 1999).

Reforzando lo anterior Mancilla y Cobos (1997) realizaron una investigación con la intención de relacionar los sistemas monoaminérgicos hipotalámicos con la conducta alimentaria, resaltando que este sistema tiene un efecto sobre los patrones temporales de alimentación o sobre el apetito de nutrimentos específicos. La noradrenalina estimula el consumo de proteínas y carbohidratos a través de un incremento en la tasa, tamaño y duración de la alimentación.

2.6. OTROS SISTEMAS INVOLUCRADOS

En años posteriores, el interés de los esfuerzos de investigación se desvió del hipotálamo como centro de control de la ingesta de alimentos, hacia los sistemas de fibras que pasan por esa región. Los principales sistemas de fibras comprenden: vía nigroestriada dopaminérgica y vías noradrenérgicas; ventral; y dorsal.

Las fibras dopaminérgicas ascendentes intervienen estimulando al animal para que comience a comer, pero la vía noradrenérgica ventral puede intervenir con la interrupción de la ingestión de la comida. El haz ventral podría ser el encargado de esta función, ya que da influjo adrenérgico al hipotálamo. El sistema noradrenérgico ventral que se proyecta hacia el hipotálamo es cuando menos un componente de las vías neurales que median la saciedad.

Ungerstedt (1971) observó que las lesiones de HL que provocan afagia y adipsia interrumpen a las fibras nigroestriadas ascendentes. De hecho, muchas lesiones fuera del HL que causan afagia también interrumpen la vía dopaminérgica, lo cual sugiere que la

afagia no se debió a las lesiones de HL en sí, sino a interrupciones de este sistema de fibras. Ungerstedt demostró después que las inyecciones de 6-OHDA, el fármaco que destruye las vías de catecolamina, causan también afagia y adipsia. La sustancia 6-OHDA no agota específicamente la dopamina; también disminuye las concentraciones de noradrenalina. No obstante, las inyecciones de esta sustancia además de desmetilimpiramina, sustancia que bloquea la captación de aminas en las terminaciones noradrenalinicas, impide que 6-OHDA llegue a las células noradrenérgicas. Este procedimiento produce agotamiento de 95-99% de dopamina, pero una reducción de menos de 5% de noradrenalina, también causa afagia y adipsia, lo que indica que las vías de dopamina, y no las de noradrenalina son las cruciales en la interrupción de la conducta de alimentarse (citado en Brown y Wallace, 1989).

Es posible que la vía dopaminérgica no sea por sí sola la vía de la alimentación, sino parte de un gran sistema que media la motivación. La interrupción de dicho sistema provocaría una falta de atención hacia estímulos que normalmente motivan al animal. Ungerstedt (1974) sugiere que los déficit de alimentación se deben a una interrupción de dichos procesos de atención que se encargarían de producir una respuesta a estímulos sensoriales, síndrome llamado descuido o indiferencia sensorial. Hay pruebas de que la interrupción de las fibras de HL causan esta indiferencia. Marshall y colaboradores (1971) hicieron lesiones unilaterales en el HL de ratas y después observaron que los animales no se orientaban bien a varios tipos de estimulación que se les presentaban en el lado del cuerpo que era contra lateral al sitio de la lesión. Los estímulos no solamente tenían relación con los alimentos, sino que también incluían estimulación visual, olfatoria y somatosensorial. De este modo, el animal no estaba poniendo mucha atención a los estímulos opuestos a la lesión, los cuáles en condiciones normales provocarían alguna respuesta.

La función energetizante del sistema dopaminérgico puede guardar íntima relación con estímulos que normalmente han tenido algún valor compensatorio para el animal. Pueden ocurrir déficit conductuales del animal lesionado, que incluyen afagias, a causa de muchos tipos de estímulos que normalmente recompensan como la comida, y que han perdido ese valor. Wise y colaboradores intentaron (1978) probar esta hipótesis tratando algunas ratas con pimocida, medicamento usado en el tratamiento de la esquizofrenia y que bloquea a los receptores de la dopamina. De antemano se enseñó a los animales a oprimir la palanca para obtener comprimidos de alimento, pero después de la inyección disminuyó lentamente esa actividad. Demostraron también que la disminución de la conducta de oprimir la palanca para obtener comprimidos de alimentos no se debía simplemente a los efectos acumulativos de la droga, la cuál podría tan sólo haber arruinado el apetito. Su falta de alimentación se debió a una interacción entre su experiencia con la comida como recompensa y el antecedente de haber aplicado el medicamento. Esto sugiere que la pimocida no afecta tanto al hambre como a la calidad recompensadora de la comida. Al principio la rata simplemente oprime la palanca y come, pero sin hábito; sin embargo, el alimento no es lo suficiente recompensante como para mantener la respuesta, igual que sería en un animal normal. Wise le dio a este fenómeno el nombre de anhedonia para diferenciarlo de la falta de hambre. Sugirió que medicamentos como la pimocida, que

alteran las vías de la dopamina, retiran el placer de la estimulación cerebral normalmente recompensadora, eliminan la euforia a la dopamina normalmente recompensante y a lo agradable de la comida que también en condiciones normales producirá recompensa (citados en Rosenzweig y Leiman, 1992).

Investigaciones más recientes con respecto a los neurotransmisores, se han centrado principalmente en la norepinefrina, la dopamina, la serotonina y varios opioides endógenos. En 1980 Hernández y Hoebel señalaron que el centro del hambre localizado en el hipotálamo lateral se encarga mediante fibras receptoras de dopamina y endorfinas de emitir el mensaje de saciedad. A su vez, el hipotálamo ventromedial es sensible a la serotonina y la noradrenalina. Los niveles de betaendorfina se elevan en estados de privación alimenticia; e inversamente, si se inyectan betaendorfinas y dinorfina en el hipotálamo, se incrementa la conducta alimentaria. Es decir, la betaendorfina es la señal química que, en parte, controla el impulso físico de comer (citado en Schlundt y Johnson, 1990).

Los opioides endógenos que regulan la actividad alimenticia: funcionan como un mecanismo placentero que se incrementa ante el consumo de alimentos. Los niveles bajos de los opioides endógenos indican la necesidad de buscar algún estímulo, entre ellos el de comer, para estimular la producción de éstos.

2.7. LOS NEUROTRANSMISORES Y EL ENFOQUE ADICTIVO

Algunos autores han propuesto modelos de adicción para los trastornos de la conducta alimentaria relacionando la acción de los neurotransmisores en algunas conductas de riesgo. Así se ha descrito que en las fases iniciales de la Anorexia Nervosa (AN) existe una elevación inicial de las endorfinas endógenas, que es común al ejercicio intenso (Kay y cols., 1982) y a los periodos de ayuno prolongados (Appenzeller, 1981). Cuando estos niveles comienzan a disminuir gradualmente, las pacientes extreman aún más la dieta y el ejercicio en el intento de aprovisionarse y recobrar los niveles originales (Marrazzi y Luby, 1986; Huebner, 1993). Así pues las fuerzas motivacionales de la AN están determinadas por opioides endógenos, que provocan un proceso autoadictivo que determina la prevalencia del padecimiento. En las personas con anorexia nerviosa, los estados de inanición producen siempre esta sustancia, que provoca una euforia analgésica, o de embriaguez física. Este mecanismo tan reforzado, puede ser la explicación de por qué es tan común que el anoréxico se niegue a admitir sus problemas con respecto a la comida (citados en Chinchilla, 1995).

A manera de explicar este proceso Orstein (1988) indica que ciertos alimentos tienden a disparar la liberación de agentes químicos del cerebro como las endorfinas. La comida,

como droga débil, afecta el estado de ánimo, pensamiento, motivación y actividad física de la persona. Los carbohidratos parecen tener un efecto calmante o relajante, y consumirlos en exceso produce somnolencia, además de bloquear el dolor y causar una sensación de euforia. Esto obedece a la producción de serotonina y a la liberación de las endorfinas. A su vez, el ejercicio físico estimula la producción de opioides endógenos; ejercitarse implica el proceso adictivo de los opioides (citado en Schlundt y Johnson, 1990).

Por su parte, Ardí y Waller encontraron similitudes entre la Bulimia Nervosa (BN) y la adicción: en ambas se presentaron el síndrome de abstinencia, la euforia asociada a la ingestión de la sustancia, y la progresión en el desarrollo y la mediación de los opioides endógenos en el mantenimiento de ambas.

Glasser en 1984 observó a su vez, que tanto los comedores compulsivos como los alcohólicos producen menos endorfinas que las personas normales; por lo tanto existe en ellos cierta disposición a ingerir más alimentos con alto contenido de carbohidratos (harinas y azúcar refinada) para conseguir los efectos calmantes de la endorfina.

A menores niveles de betaendorfinas mayor severidad en los trastornos de alimentación. Es decir, los niveles bajos de endorfinas estimulan el deseo vehemente de comer.

En lo que respecta a la BN, Frances (1991) coincide con otros teóricos en que este trastorno es más común entre las mujeres que entre los hombres, debido a que entre ellas representa o puede representar una expresión alternativa de adicción (citados en Schlundt y Johnson, 1990).

Otro modelo planteado para las bulímicas es el hambre adictiva (addictive craving). Entonces, debido a ciertas características individuales, o por efecto de la emaciación, algunos alimentos específicos pueden ser deseados por pacientes con BN para compensar las alteraciones de ciertos neurotransmisores y los sentimientos de disforia. De hecho la disminución de serotonina central incrementa la ingesta de carbohidratos (que produce un aumento en la captación de triptófano por el cerebro, y por consiguiente el aumento de la serotonina cerebral) (Katz, 1992). Por otra parte el sistema opioide puede desempeñar un papel en los episodios bulímicos, dado que la naloxona produce una reducción significativa de la ingesta del alimento durante estos episodios (Mitchell y cols. 1985). La existencia de un hambre de alimentos que puede ser parte, o que puede estimular una amplia vulnerabilidad en la búsqueda de las sustancias neuroactivas necesarias no puede establecerse pero teóricamente es posible (citados en Chinchilla, 1995).

2.8. EL MODELO ADICTIVO EN LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Dada la existencia de una mayor frecuencia en la concurrencia del abuso de sustancias con la BN, las cuestiones se dirigen hacia la naturaleza de esta relación. Se han propuesto mecanismos psicosociales, genéticos, biológicos; se ha informado de las similitudes conductuales "hambre"; pérdida de control; preocupación con la utilización y el abuso;

intentos de detenerse; el deterioro en el funcionamiento físico, psíquico, ocupacional y social (Chinchilla, 1995).

Por otra parte, algunos autores tales como Robbins (1935), Benedek (1936) y Lolli (1956), investigaron la relación existente entre la adicción a las drogas y la obesidad. Todos estos autores coinciden al afirmar que síntomas tales como el elemento compulsivo, la depresión y el disgusto por la propia imagen son semejantes en ambos padecimientos (citados en Chinchilla, 1995).

Como adicción se puede entender a cualquier acto que incluya obsesión, preocupación, impulsividad, deseo de satisfacción inmediata, ritualización y compulsión, los cuáles funcionan a manera de un anestésico emocional. Es decir, se escoge comer o no comer en lugar de sentir; y para no sentir se utiliza un mecanismo de defensa mental llamado negación. La negación es uno de los mecanismos de defensa más utilizado en cualquier persona adicta y tiene una función específica que consiste en apartar el dolor de la conciencia. Además para no sentir el dolor se tiene que anestesiar, ya sea mediante comida, vómito autoinducido, ejercicio, uso de laxantes o diuréticos, o bien, dejando de comer. Estos métodos así como las dietas, suelen producir un efecto adverso, pues contribuyen a fortalecer el mecanismo de negación y, por lo tanto, la obsesión por la imagen corporal continúa. Existe un déficit en la percepción interoceptiva de las personas con trastornos de la alimentación, lo cuál les impide distinguir y expresar qué es en realidad lo que sienten. De manera tal que estos síntomas funcionan como una especie de anestésico para evadir el dolor y distraer la conciencia de las responsabilidades de la vida cotidiana. Así, tener bulimia o anorexia nerviosa o comer de manera compulsiva los mantiene preocupados, obsesionados, activos y en busca de aquello que los alivia y les brinda satisfacción inmediata. Ello les permite evadir por un lapso el dolor y la frustración. La comida es, en apariencia inofensiva, pero para las personas con este tipo de trastornos representa un arma de dos filos cuando empieza a controlar su vida y las hace perder contacto con sus necesidades reales (Hollis, 1985).

Callaway y colaboradores menciona que pueden encontrarse diversas causas, psicógenas y/o neurológicas; por ejemplo, producirse un efecto farmacológico en el que el consumo excesivo de carbohidratos actúa como tranquilizante dado el incremento que ejerce en la concentración de serotonina (citados en Gómez Pérez-Mitre y Avila, 1998).

La adicción puede definirse en forma más precisa como una apetencia anormal y prolongada hacia ciertas sustancias que producen efectos de bienestar. Vanderline (1992) refiere que la ciencia médica ha establecido tres fases claras de la adicción, mismas que pueden aplicarse al terreno de la alimentación, la comida y sus trastornos:

1. Tolerancia a la sustancia: se observa cuando se come más que cualquier otra persona, se llega a comer en mayor cantidad sin sentir molestias físicas

- posteriores ni la típica sensación de pesadez. Durante el ciclo atracón-dieta, el cuerpo manda constantemente información equivocada (falla en la percepción interoceptiva), por lo que la saciedad no se siente a menos que se consuman grandes cantidades de comida. En esta fase, en efecto, el cuerpo se acostumbra y adquiere una mayor tolerancia a recibir grandes cantidades de alimento.
2. **Síndrome de abstinencia:** cuando se está haciendo una dieta baja en calorías y se reducen las porciones de alimento, llegan a presentarse diversos síntomas de abstinencia. Hay quienes experimentan temblores, cambios inesperados de temperamento, escalofríos, fatiga, mareos, irritabilidad, depresión, insomnio, sudoración nocturna, etc. Estos síntomas aparecen por lo general entre el cuarto y sexto día de recuperación después de haber llevado a cabo una ingesta restringida de alimentos.
 3. **Obsesión psicológica:** esta fase después del síndrome de abstinencia se caracteriza por pensamientos recurrentes y obsesivos con respecto al comer. Los impulsos son cada vez más fuertes, lo cual hace que la persona pierda el control de los que se ingiere. (citado en Villarreal, 1999; Pág. 97-98)

Con respecto al síndrome de abstinencia Hollis (1985) refiere que el consumo excesivo de azúcar y derivados provoca de manera general, mayor producción de insulina para la metabolización. Cuando el organismo se habitúa a grandes cantidades de azúcar produce niveles proporcionados de insulina, y cuando el nivel de azúcar se reduce durante el periodo de dieta, se presenta el síndrome de abstinencia, el cual causa una sensación de hambre. La compulsión ya es una cuestión física. Es así como una interrupción abrupta de azúcar y derivados crea un estado de hipoglucemia; por ello, comer una simple galleta puede llevar a la tentación irresistible de comer de manera compulsiva.

Hollis (1985) por su parte describe el proceso adictivo en los trastornos de la alimentación de la siguiente manera:

1. **Gratificación:** se observa que la comida produce resultados inmediatos para aplacar los estados de tensión; es decir, aparecen gratificaciones físicas y emocionales inmediatas y sin demora. En consecuencia, surge la idea mágica de comer para permanecer tranquilo ante las tensiones y conflictos de la vida diaria.
2. **Obsesión psicológica:** la conducta alimentaria es caótica, los atracones constantes y la preocupación con respecto a la comida se vuelven persistentes. La persona buscará justificar tal consumo ante los demás y ante sí misma. Dicha justificación opera como un mecanismo de defensa que intenta evadir la vergüenza que sucede al atracón. Posteriormente, la persona empieza a retraerse y aislarse del marco social para poder continuar con los episodios de voracidad. Llega a comer aun sin tener hambre: lo que objetivamente puede considerarse suficiente ya no basta.
3. **Inicio de vida secreta:** se ha perdido el control de lo que se ingiere y el pensamiento no es claro. La comida sigue teniendo efectos sedativos tanto físicos como emocionales, que contribuyen a evitar los sentimientos de culpa por comer en forma compulsiva. En esta etapa, la persona niega tener un problema con la comida,

no admite haber subido o bajado de peso, y en general, se niega a aceptar las consecuencias negativas físicas, emocionales y sociales del abuso que ejerce sobre su cuerpo. Este mecanismo se utiliza para continuar con los atracones: sin embargo, los sentimientos de culpa siguen siendo persistentes. Ante esta situación, comienzan a realizarse promesas de iniciar una dieta. Ello sólo lleva a iniciar el ciclo atracón dieta infinidad de veces. Las dietas se llevan a cabo de manera tan rigurosa que no es posible prolongarlas por muchos días, provocando así que el juramento deje de tener validez y la confianza del individuo en sí mismo se vea amenazada.

4. **Compulsión avanzada:** la fuerza de voluntad ya no le funciona a la persona, por lo que alterna métodos para reducir de peso en forma mucho más constante. Además, el síndrome de abstinencia se presenta mientras se reduce la ingesta de alimentos. La única manera de reducir los síntomas de la abstinencia que conoce la persona es mediante atracones, ayunos, vómitos, etc. La comida, el peso corporal y la figura son lo único que importa. La persona empieza a hacer promesas futuristas como "Cuando adelgace...", que la llevan a posponer actividades sociales, familiares y de interés personal. A su vez, la persona ya no encuentra respuestas justificables y lógicas para comer de manera compulsiva o utilizar métodos para adelgazar. Entonces aparecen síntomas de depresión tales como desgano y fatiga constante. Asimismo, el estado de ánimo se vuelve irritable y se proyecta a la gente del entorno inmediato con manifestaciones del tipo: "Son ellos los que están mal no yo".
5. **Queiebra:** se presenta cuando los trastornos de la alimentación han invadido los aspectos de la vida que antes estaban libres de conflicto: el área familiar, social, afectiva, etc. Sin embargo, la persona intenta ser perfecta y complaciente con los demás para mostrar que está bien y encubrir la falta de control sobre su vida y la comida.

Con un enfoque teórico diferente Zukerfeld (1992) menciona que ya desde 1972 se describen conductas adictivas en obesidad, y a las conductas bulímica y/o anoréxica se les aplica el modelo adictivo para comprenderlas y tratarlas, por las siguientes razones:

- Al igual que en muchos adictos, la conducta atracón- purga se suele desencadenar a partir de vivencias corporales que al paciente le cuesta verbalizar.
- Son muy habituales en bulímicos el abuso y la dependencia de diuréticos, laxantes y alcohol. Es sabido también que aún hoy los mayores consumidores de derivados anfetamínicos son pacientes obesos, muchos de los cuales desarrollan dependencia de estos productos.
- Cuando se instalan los vómitos puede darse la peligrosa adicción al vómito, y en la anorexia restrictiva, la adicción al ayuno, sentida como un gran triunfo sobre el impulso irresistible a comer.
- El valor que adquiere el alimento en los TCA es totalmente independiente de su sabor, textura y hasta forma de preparación. Es decir que el alimento se usa para fines que no son ni gustativos ni nutritivos.
- Muchos de estos pacientes practican sus conductas alimentarias de forma secreta y solitaria pero también si se presenta la oportunidad pueden realizar proselitismo al igual que ciertos adictos.

- Los trastornos de la personalidad y el funcionamiento de algunas estructuras familiares se asemejan con la de los adictos, particularmente cuando pertenecen al mismo grupo de edad (adolescencia- primera juventud).
- Los déficit en la autoestima, la tendencia a la perpetuación de los síntomas, las fantasías, las acciones tanáticas y la vinculación con la depresión suelen ser bastante parecidas en TCA y adictos en general. Es indudable que existen también muchas diferencias en ambos grupos, pero lo que aquí se plantea es un modelo de comprensión que sea coherente y aplicable en el tratamiento de estos pacientes desde el punto de vista psicológico.
- En la definición moderna de bulimia se pone énfasis en el sentimiento de descontrol, que es el que definiría realmente el cuadro. Según Fairburn (1992), la cantidad de alimento consumido puede ser objetiva o subjetivamente grande pero si no hay sensación de pérdida de control se trataría de hiperfagia (objetiva o subjetiva), que no debe confundirse con atracón bulímico. En este último hay egodistonia, y el objeto alimentario no satisface la necesidad nutricional ni brinda cuota de placer alguna. En cambio, la hiperfagia puede ser regulatoria (por hambre) y/o placentera (gula) (citado por Zukerfeld, 1992).

CAPITULO 3

ENTORNO FAMILIAR

3.1. EL PAPEL DE LA FAMILIA

Siempre se ha considerado a la familia como la primera escuela del ser humano, ya que es en el entorno familiar donde se aprenden los límites y el funcionamiento del mundo; son los padres quienes proporcionan los primeros modelos de conducta y de acción ante el medio. Aún en nuestros días la sociedad descansa sobre la familia nuclear, dado que el sujeto se hace en el grupo y su grupo natural suele ser la familia (Caparrós y Sanfeliú, 1997).

Se debe considerar el concepto de familia como un sistema, como un organismo en sí mismo, cuya identidad excede a la suma de sus miembros. La familia se puede entender como una estructura con funciones concretas para cada miembro, las cuáles son determinadas de manera recíproca, dando como resultado que los actos y decisiones tengan un sentido metaindividual conferido por el grupo de pertenencia (Villarreal, 1999).

No es extraño entonces que estos patrones, que la familia otorga a cada individuo, extiendan su influencia a conductas como la alimentación. El alimento es el primer soporte del aparato psíquico, ya que la familia ofrece por medio de él una modalidad determinada y básica de identificación. Es la madre quien entabla el primer contacto con el bebé y toma el papel de embajador y representante de la familia por medio de su propio cuerpo, dándole vida, alimento, calor y afecto; con sus actitudes, sus caricias, sus gestos y su tranquilidad lo hace sentir seguro y querido. Las experiencias traumáticas vividas en la infancia producen distorsiones en la capacidad de identificar correctamente el hambre y distinguirla de otras necesidades del cuerpo, en especial las emocionales (Caparrós y Sanfeliú, 1997).

La influencia del entorno familiar sobre las conductas alimentarias se ha estudiado por diversos autores con la finalidad de determinar las características que hacen posible la aparición de los trastornos de la alimentación y que señalan a la familia disfuncional como un factor de riesgo. Una familia se considera funcional cuando sus jerarquías están adecuadamente planteadas y cuando las fronteras están claramente establecidas con un criterio de flexibilidad que tiene en cuenta el estadio de desarrollo en el que se encuentra cada uno de los miembros considerados, pero cuando los miembros de la familia persisten en utilizar patrones de interacción que se han vuelto obsoletos para cada nueva etapa, como es en el caso de las familias de pacientes con trastornos de la alimentación, se propicia la restricción del crecimiento (Rausch-Herscovici y Bay, 1999).

3.2. LA FAMILIA DE LOS PACIENTES CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

La práctica profesional clínica ha arrojado datos que permiten a diferentes autores definir las características que se presentan en las familias de pacientes con trastornos de la alimentación, facilitando la prevención y el tratamiento familiar de tipo terapéutico. En una línea amplia y general Minuchin y colaboradores (1978), desarrollan un "modelo de la familia psicopatogénica"; con tal denominación quieren describir esa atmósfera propiciadora o facilitadora de la expresión corporal de las elaboraciones psíquicas, o sea, que alientan la expresión a través del área del cuerpo. Junto con otros autores expone las características más frecuentes de organización y funcionamiento de dichos sistemas familiares como son: el aglutinamiento, la sobreprotección, la rigidez, la evitación de conflicto, o bien, la incapacidad para resolverlo y, finalmente la involucración del hijo en el conflicto parental. En familias altamente amalgamadas, como son las descritas por Minuchin, los trastornos de la conducta alimentaria suelen ser el resultado del excesivo control ejercido sobre el individuo, de hecho, este tipo de familias tiende por lo general a reprimir el desarrollo de la autonomía y la individualidad de sus miembros. Este hecho explicaría el por qué de la incidencia de este tipo de trastornos en la pubertad y adolescencia temprana, ya que al entrar a la pubertad los jóvenes se encuentran ante el reto de interrelacionarse con grupos pares, e iniciar el alejamiento de su familia de origen, lo cuál en un sistema familiar amalgamado sería prácticamente imposible. En esta etapa las fronteras de la familia con el mundo exterior deberían ser tan flexibles como para permitirles entrar y salir sucesivamente del núcleo familiar. Más aún la familia debería encontrarse en un estado que favorezca y estimule el creciente desarrollo físico, emocional y sexual de sus miembros adolescentes. Los padres, por su parte deberían cambiar su función de elementos controladores por la de supervisores y guías. Otro componente importante en esta etapa del ciclo familiar es el apoyo mutuo entre los padres, cuando esta condición no esta presente pueden verse obstaculizados los procesos de separación, individuación y autonomía de los hijos.

Schlundt y Johnson (1990) refieren que en las familias amalgamadas y sobreprotectoras, el proceso de separación e individuación se dificulta en el adolescente por la falta de fronteras que regulen el respeto por la intimidad, el espacio físico y la distancia emocional. Y en casos extremos, las fronteras pueden ser violadas, mediante abuso físico y sexual. Asimismo la expresión y resolución de sentimientos con respecto a otros miembros de la familia representa un problema en estas familias. Es común que en lugar de expresar y confrontar directamente sentimientos de enojo, resentimientos, celos, ansiedad y depresión, suelen manifestarse de manera indirecta, mediante conductas explosivas e impulsivas, a través de enfermedades psicopatológicas o por medio del desarrollo de algún trastorno de la alimentación. Al adolescente se le dificulta adquirir su autonomía debido a la incapacidad de la familia para reacomodarse y transitar por otro medio más adaptativo hacia al proceso de crecimiento inherente a cada uno de sus miembros.

Para Rausch-Herscovici y Bay (1990) en las familias anoréxicas, por ejemplo, el obstáculo para la separación e individuación puede presentarse en tres casos, que describimos a continuación:

- **Padres con conflicto manifiesto:** cuando uno de los padres padece alguna enfermedad física o mental, lo cuál provoca un mayor nivel de exigencias y demandas de éste hacia sus hijos. En estos casos los padres suelen encontrarse en una situación de conflicto manifiesto, por lo que uno o varios de los hijos se ven involucrados en una relación triangular, en la que se sienten obligados a desempeñar el papel de defensores, cuidadores y aliados de uno de los padres.
- **Jaula de oro:** estas familias son proveedoras tan generosas, que lo ofrecido por el mundo externo les parece a los hijos muy deslucido. En estas familias el contacto con el exterior suele estar limitado y preestablecido, pues se considera que el entorno es de naturaleza no confiable. Además, la regla fundamental en estas jaulas de oro es que para gozar de los beneficios de pertenecer a la familia deben seguirse los dictámenes.
- **Jaulas de cristal:** éste se asemeja al anterior, con la diferencia de que las fronteras no son visibles. En este caso, todo aquel que se percata de las fronteras y se atreve a cuestionar al sistema es descalificado de inmediato (Pág. 121).

Por su parte Root (1989, citado en Villarreal, 1999), en un intento de clasificación, agrupa a las familias bulímicas de acuerdo a tres clases de patrones de interacción comunes:

- **La familia perfecta:** se hace un gran énfasis en la apariencia, la reputación, la identidad familiar, los logros y los éxitos. Se observan a su vez otras características tales como el aglutinamiento, y la incapacidad para expresar sentimientos negativos. Además se presenta una fuerte tendencia hacia el perfeccionismo y una estructura poderosa que conduce a la sumisión y a conductas poco o nada asertivas. Para compensar esta falta de asertividad, las personas con un trastorno de la alimentación luchan por ser exitosas y atractivas, y ocultan su desorden durante años.
- **La familia sobreprotectora:** este tipo de familia presenta un alto nivel de aglutinamiento (en especial entre la madre y la hija), una fuerte tendencia a la sobreprotección, y una gran incapacidad para resolver conflictos y establecer reglas apropiadas para cada edad. En estas familias también se evita la expresión de sentimientos con connotaciones negativas y se suprimen la creatividad, la autonomía y los logros. En consecuencia, a los niños les resulta difícil desarrollar su independencia y adquirir una identidad propia.
- **La familia caótica:** se caracteriza por la ausencia o la inconsistencia de las reglas. También es común la ausencia física o emocional de uno de los padres. Posiblemente, existe abuso físico o sexual. Se presentan frecuentes estallidos emocionales y expresiones de coraje. Los niños toman responsabilidades que no les corresponden debido a la incompetencia o a los problemas emocionales de los padres. En consecuencia, es común que en estas familias las personas abusen del alcohol o las drogas, sean promiscuas en el terreno sexual y presenten conductas

delictivas o impulsivas. Por otra parte, los miembros de las familias caóticas que padecen trastornos de la alimentación, suelen presentar periodos de depresión y aislamiento, así como incapacidad para establecer relaciones íntimas con los demás. En las familias caóticas llegan a resentirse varias fronteras, como la que se refiere a la incapacidad del hijo con trastornos de la alimentación para vincularse con otros niños de su edad, lo cual refuerza su permanencia dentro del núcleo familiar; en estos casos, la familia argumenta que el hijo en cuestión adopta conductas alimentarias poco confiables, por lo que necesitan vigilarlo y mantener control sobre él. También se afecta el subsistema fraterno, que llega a fracturarse por la competencia, sobre todo entre hermanos, quienes rivalizan respecto a su peso corporal como medida de diferenciación entre ellos. La frontera que más se ve afectada es la del subsistema parental, que comprende la relación de los padres con el hijo que padece trastornos alimentarios. En estos casos, se involucra al hijo de manera triangular en el conflicto parental, ya que éstos no pueden prescindir de él pues lo requieren para equilibrar su relación (Pág. 74).

Es importante señalar que los traumas que sufren la mayoría de las personas con algún trastorno de la alimentación no se originan con episodios de maltrato paterno. Por el contrario, estas personas fueron bien cuidadas y atendidas durante su infancia, en el aspecto físico, material y educativo. La dificultad radica según Bruch (1978) en el patrón de interacción madre-hijo. Sugiere que la falla central se encuentra en el déficit de la madre para decodificar las señales biológicas y emocionales que emite el bebé. Dichas señales corresponden a necesidades que se viven y expresan de manera indiferenciada. Es pues labor de la persona que está a cargo del infante responder adecuada y diferencialmente a cada tipo de necesidad cuando tiene hambre, abrigarlo cuando tiene frío y brindarle afecto cuando lo requiera. Esta labor contribuye a que el niño aprenda a diferenciar las necesidades físicas de las emocionales. Cuando dicha labor no se realiza en forma adecuada, ya sea por negligencia o sobreprotección, el bebé no aprende a discriminar entre el hambre y la saciedad, o entre el hambre y otro tipo de tensiones internas, lo cual le impide reconocer bien sus propios sentimientos, pensamientos, sensaciones corporales, y lo induce a satisfacer todo lo que sus padres esperan de él. Es por ello que en estos casos, los niños aprenden a ser complacientes, casi perfectos, y presentan gran dificultad para separarse, en el sentido de no saber cuáles son realmente sus necesidades y requerimientos propios, aunque sepan qué esperan de ellos los demás. Esta autora menciona, por lo tanto, que las personas con anorexia nerviosa describen tener una sensación paralizante de ineficiencia, atribuible a su falta de autonomía y a la sensación de que nunca van a cubrir o colmar las altas expectativas de sus padres. Se caracterizan por ser personas con un pobre concepto de sí mismas, un deficiente sentido de identidad y autonomía, con problemas en su proceso de maduración y en la configuración de su identidad sexual (citada en Villarreal, 1999).

El precio a pagar es alto, ya que estas personas no toman medidas para desarrollar su autonomía interna de manera activa. La independencia se la dan sus padres y es ejercida en función de ellos. De modo que en términos generales, la anorexia nerviosa es la expresión de un intento equivocado de la persona por recuperar el control sobre su propia vida, el cual se limita a un control errático sobre su cuerpo. Otra característica de estas personas es el miedo a la sensación interna de vacío o a estar mal internamente. Por ello, tienden a esconder dichas sensaciones a cualquier precio. Para lograrlo, suelen ser perfeccionistas y complacientes ante los deseos de los demás, con el fin de conseguir su aprobación. De hecho, es común que los padres y maestros de estas personas califiquen su desempeño como excepcionalmente bueno (Wechselblatt, Gurnick y Simon, 2000).

La apariencia de perfeccionismo, como lo menciona Bruch (1982), al igual que el precio que se paga por ella es muy tranquilizador durante la infancia, y en ocasiones hasta la adolescencia; sin embargo, se vuelve insuficiente para soportar la ansiedad que produce ante los cambios propios de la pubertad, cuando las personas han de adaptarse a nuevos papeles sociales, mismos que, a su vez, implican nuevas demandas y expectativas por parte de los padres. De tal suerte los jóvenes llegan a sentirse por completo incapaces para responder a la ambición excesiva, la grandiosidad y el nivel de aspiraciones irreales que sus padres cifran en ellos, y el único recurso con el que cuentan para desviar la angustia producida por tantas presiones externas que no logran controlar, es imponer a sus cuerpos una presión interna que pueden controlar (citada en Villarreal, 1999).

En efecto, Garner y colaboradores (1990) también señalan que la severa disciplina a la que los jóvenes someten sus cuerpos, representa un esfuerzo desesperado por protegerse del pánico que les causa la sensación de impotencia para cambiar las cosas.

3.3. LA PERSPECTIVA MULTIGENERACIONAL

Stierlin y Weber (1990) utilizan una perspectiva multigeneracional para referirse a los lazos particularmente fuertes y característicos a través de varias generaciones en las familias de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, describiendo las características, ideales y normas que ayudan a que una patología de este tipo se desarrolle. Este tipo de familias comparte supuestos básicos que manifiestan un código interiorizado de conducta construido en torno de principios (implícitos) tales como "mejor dar que recibir", "la abnegación eleva a la persona", "las propias necesidades y deseos no son tan importantes como los de los demás", "solo me siento bien si los demás se sienten bien", "ninguno debe ser abandonado en el camino". Esta insistencia en la cohesión familiar, el autosacrificio y la abnegación o renuncia personal pronto se manifiesta en una dinámica de unión que dificulta la individuación y evolución en toda la familia. Estos supuestos básicos se convierten en un medio para ejercer autocontrol, el cual significa también mantener reprimidos los propios sentimientos en todo momento, presentando una apariencia externa amistosa y controlada y, en particular, suprimiendo sentimientos o actitudes malas, se cree que lo mejor es no ponerse en evidencia en modo alguno sino, más

bien, concentrarse en vivir de acuerdo con las expectativas de los demás. Esto se aplica parejamente a tentaciones como la comida y la sexualidad. Los miembros de estas familias suelen ser muy trabajadores, ambiciosos, y ciudadanos sumamente respetados a lo largo de generaciones, pues la interiorización de los ideales de logro, gestados en la familia y los que emanan de las expectativas y valores de la sociedad, suelen reforzarse mutuamente hasta el punto de confundirse ambos. El sentido de justicia, en los padres, suele adoptar la forma de un mandato autoimpuesto de amar y tratar a todos los hijos por igual, no debe haber ningún hijo favorito, ningún hijo debe ser engañado emocionalmente, ni en ningún otro sentido. Otra característica importante es que se milita en contra de todas las alianzas o coaliciones (abiertas) dentro de la familia. Las preferencias o injusticias en el curso de la existencia familiar deben ser negadas o apartadas del diálogo y la conciencia general de la familia. Este tipo de familias también hace uso de mensajes contradictorios, provocando que la ideología oficial de los padres y su conducta real o los sentimientos que exhiben en determinadas situaciones no coincida. Se habla en resumidas cuentas de una dinámica familiar que refuerza las ataduras y obstaculiza la individuación, cuando no la impide totalmente. La individuación definida como aquella percepción, tolerancia y aceptación de las diferencias, la individualidad y la ambivalencia, es simplemente imposible. Un dato curioso y que quizá no ha sido investigado con detenimiento es que en muchas de estas familias se ha dado una proporción elevada de tempranas separaciones y pérdidas repentinas, que se extendieron a lo largo de generaciones siguientes sin desvanecerse jamás por completo. Los padres, o parientes muy cercanos, morían en circunstancias inesperadas perdurando en la memoria de los miembros de la familia y siendo recordadas a intervalos regulares, o conscientemente silenciadas y reprimidas. La pérdida y la separación es una motivación más para que sus miembros se mantengan unidos a toda costa, se aferren el uno al otro y, a la vez, dependen el uno del otro sin cuestionamiento, para conservar así las esperanzas de supervivencia en un mundo peligroso e imprevisible. Ese sentido de interés y responsabilidad con frecuencia tiende a centrarse en el bienestar físico de los demás. Por ejemplo, las madres de las pacientes anoréxicas tienden a preguntarse constantemente, llenas de ansiedad, si se habrán ocupado lo suficiente de su hija, si le dieron suficiente de comer (Stierlin y Weber, 1990; Pág. 34 y 35).

3.4. LOS MATRIMONIOS DE LOS PADRES DE ANOREXICAS

En las familias de anoréxicas el matrimonio de los padres representa modelos que ellos mismos han tomado de sus propios padres. Este modelo les es delegado y surge de un poderoso vínculo de lealtad, que hace que los hijos se vuelvan sensibles a las esperanzas, deseos y expectativas que les transmiten, abierta o encubiertamente, sus padres. Los progenitores de los miembros anoréxicos con frecuencia han sido, en sus propias familias, los hijos más deseosos de satisfacer las expectativas de sus padres y, por lo tanto, los más influidos por las actitudes y juicios de valores de éstos. Esto significa que suelen ser los hijos que más se ofrecen a cuidar de sus padres cuando éstos se vuelven ancianos y frágiles; suelen llevarse los a sus casas, demostrando que son quienes más han

interiorizado el credo familiar de autosacrificio, autocontrol, cohesión familiar y trato justo para todos sus miembros. Esto se aplica a la madre en mayor medida aun que al padre. Como fieles seguidores del credo familiar no se dejan llevar por las emociones y se controlan a sí mismos y a sus propias pasiones, lo cual explica el hecho de que en sus historias de vida hayan sido rechazados o decepcionados por novios o novias, que suelen ser más anticonvencionales y llenos de exigencias sexuales. Hallan a esas parejas incompatibles, y ven en ellos a seres frívolos y poco confiables. Tras esas desilusiones suelen buscar a alguien que les pueda garantizar orden confiabilidad y seguridad social. Optan por un matrimonio de conveniencia en el que el interés mutuo, la comprensión y la armonía son más importantes que el amor. Les resulta más importante ser buenos padres para sus hijos, y buenos hijos de sus propios padres, que buenos amantes el uno con el otro (Stierlin y Weber, 1990).

Los roles se distribuyen según el modelo tradicional. La madre administra el hogar y cuida de los hijos, el padre gana el pan y es en general responsable del status social y la seguridad financiera de la familia. Sin embargo se observa la ausencia de una jerarquía claramente definida y de una estructura de liderazgo sobre todo en situaciones de crisis, cuando suelen producirse cambios. Los progenitores se paralizan y sabotean entre sí, particularmente en lo que respecta a la crianza de los hijos. En cuanto un progenitor le plantea ciertas exigencias a un hijo, el otro pasa directa o indirectamente a la defensa de ese hijo, acusando al otro progenitor de actuar con demasiada severidad o de manera injusta, insistiendo en que el hijo es incapaz de llevar a cabo lo que se le ha pedido, rompiendo a llorar o gritar, y así sucesivamente. De manera característica un progenitor ve al hijo en cuestión como un ser débil o enfermo, y el otro, como desobediente o insuficientemente motivado. Estas diferencias pueden llegar a destruir la armonía familiar que, por lo demás, siempre está bajo control. Estas luchas de poder se emprendan subterráneamente, por lo cual el vacío de liderazgo se ahonda aún más (Selvini, 1999).

La dinámica familiar se ve contaminada profundamente por un generalizado mandamiento de abnegación, que genera una rivalidad en torno de quién más se sacrifica, se controla mejor, y reprime sus propias necesidades más eficazmente. Ante la rivalidad, cualquier intento de autonomía y autorrealización será tildado de egoísta y bloqueada luego en un proceso de exacerbación mutua. El miembro de la familia que dé más, se sacrifique más y satisfaga menos sus propias necesidades personales, tendrá el poder y esto le permitirá accionar con mayor eficacia la palanca de culpas. Cuando la unión, la lealtad, la cohesión y el autosacrificio se idealizan y practican en la medida que vemos en estas familias, sus opuestos -la desunión, la huida, la traición y el egoísmo- suelen hacerse presentes como fenómenos altamente tentadores y, a la vez, profundamente temidos (Wechselblatt, Gurnick y Simon, 2000).

En muchas familias estudiadas, la bisabuela era un ejemplo particularmente llamativo de abnegación y autosacrificio. La abuela iba luego un paso más allá, representando una figura

santa que siempre era paciente y siempre estaba pronta a ayudar a los demás. La madre adoptaba los mismo lineamientos, imponiéndose a sí misma aun más restricciones que su propia madre superándola. La hija anoréxica lo lleva hasta límites absurdos y es aun menos complaciente consigo misma. Se muestra interminable e infatigablemente preocupada por el bienestar psicológico y, sobre todo, físico de los demás miembros de la familia. Es una dinámica multigeneracional acumulativa. Una persona que constantemente practica el autosacrificio y permanentemente da mas de lo que recibe, a la vez tiene derecho a una recompensa. El mensaje subliminal transmitido al hijo por detrás de los sacrificios de la madre: " Es tanto lo que le he dado a mi madre, a mis padres, que ahora te toca a ti" (Stierlin y Weber, 1990).

3.5. LA INFANCIA DE LAS FUTURAS ANOREXICAS

De acuerdo con Stierlin y Weber (1990) el nacimiento mismo de la niña esta rodeado de ansiedad. La madre se muestra particularmente nerviosa en el curso del embarazo debido en parte al recuerdo de repentinas muertes, pérdidas y catástrofes como resultado del supuesto descuido de los padres. La hija activa la ansiedad de la madre en el sentido de que ocurrirá algo terrible si como madre no se ocupa lo suficiente de la hija. La madre ve en ésta un desafío para su capacidad materna, alguien a quien debe dar, amar y proteger todo lo posible. No es de extrañar, entonces, que con frecuencia la madre tenga sentimientos ambivalentes hacia esa determinada hija, adoptando, en primer lugar, una actitud ansiosa y protectora, una inclinación a malcriar y sobreproteger a la niña, apartándola de todo posible peligro, y asegurándose de que tenga suficiente de comer. La madre da muestras de su amor dándole buenas cosas de comer, y la hija le da muestras de amor comiendo bien.

En algunos casos se observa que los progenitores querían tener un hijo varón. La madre desilusionada debe darse cuenta de que no se sentirá recompensada, halagada o liberada, sino que deberá cargar con otro peso, el de una criatura que le plantea exigencias. Sin embargo, no puede admitir su desilusión, pues contravendría demasiado su propio credo y el de la familia. Así es como rodeada por estas emociones encontradas la niña se desarrolla, y cuanto más sensible sea en su relación con la madre, más probable es que la hija capte la comprensible ambivalencia de aquélla hacia sí misma. Lo cual la llevará a preguntarse si realmente es amada y apreciada por sí misma, sin cuestionamientos. Y la duda la acosará toda su infancia, sin poder hallar una respuesta definitiva.

En tanto que la madre trata de dominar sus sentimientos de ambivalencia y deseos de rechazo mostrándose particularmente generosa, amante y protectora, la hija procurará enfrentar su propia ambivalencia, inquietudes y dudas interiores ajustándose a las expectativas abiertas de la madre y convirtiéndose en un ejemplo de virtud filial que en apariencia logra (Wechselblatt, Gurnick y Simon, 2000).

Cuando la niña anoréxica es hija única la ambivalencia y tensión propias de la relación madre-hija son particularmente intensas. La madre tiene esa sola hija ante quien probar que es una progenitora bondadosa y protectora, y sólo esa hija de quién esperar encubiertamente una recompensa por los extremos de abnegación a que ha llegado en su conducta para con su propia madre y familia. Además, sólo tiene esa única hija con la cual mantener una relación confidencial, que suele llegar a ser mucho más estrecha que la sostenida con el padre, quien cada vez queda más aislado. Cuando existe una hermana con la cual hay poca diferencia de edad, puede preverse que esa relación también será ambivalente y cargada de tensiones: además de una fuerte atracción, habrá una marcada rivalidad, sin embargo tratará de hacer que la relación con la hermana parezca armoniosa. Estos autores observaron en la práctica clínica que con frecuencia la anoréxica latente era identificada por la madre con su hermana a la que se le había acordado un trato preferencial: "Podría ser la hija de mi hermana". La anoréxica aparece constantemente preocupada por la posibilidad de que la hermana que ha cumplido y sigue cumpliendo relativamente bien con las abiertas expectativas de los padres y las exigencias de abnegación no sea amada y apreciada más que ella misma. Aquí, entonces, nos enfrentamos también al problema de un trato justo e igualitario, así como a la posibilidad de deslealtad y traición (Stierlin y Weber, 1990).

Si bien no se puede generalizar y aplicar la misma medida para todas las familias, el desarrollo de investigaciones descriptivas del entorno familiar en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria facilita la identificación de algunos patrones de riesgo que se pueden trabajar terapéuticamente con fines preventivos o de intervención clínica.

CAPITULO 4

FACTORES AMBIENTALES Y SOCIALES

4.1. FACTOR AMBIENTAL

Se observa en general una tendencia a considerar que el hambre es algo provocado por factores fisiológicos, pero a menudo se come por hábito o como consecuencia de la presencia de algunos estímulos en el ambiente.

Bernstein (1981) menciona que una de las variables más importantes que afectan al apetito es el horario de las comidas. Este hábito hace difícil regular el ritmo o la cantidad de tiempo entre comidas, como pueden hacer los otros animales. Cuando las personas viven aisladas, lejos de señales que indiquen la hora del día, sus patrones de comida se asemejan a los de las ratas: cuanta más cantidad de comida ingieren, más tiempo tardan en volver a comer.

La presencia de otras personas es también un factor que afecta considerablemente a nuestra conducta de ingesta. De Castro y De castro (1989) observaron que la cantidad de comida ingerida estaba directamente relacionada con el número de personas presentes: cuántas más había, más comían los sujetos, de lo cual se desprende que los factores sociales pueden superar los efectos de los factores metabólicos (citados en Carlson, 1999).

Desde una visión evolutiva y filogenética los seres humanos como omnívoros (seres que comen de todo) están liberados de la dependencia de un tipo particular de comida. Sin embargo, como siempre, con la libertad viene la responsabilidad. El metabolismo de los omnívoros no puede obtener todos los nutrientes esenciales a partir de un solo alimento. Así pues resulta ventajoso comer muchos tipos diferentes de alimentos. Los omnívoros están dotados de algunas tendencias innatas y de la capacidad de aprender de la propia experiencia con alimentos particulares. Estas tendencias y capacidades permiten al ser humano obtener los nutrientes que necesita a partir de una enorme variedad de productos alimenticios, permitiéndole también evitar aquellos alimentos que podrían ser nocivos para la salud (Carlson, 1999).

Como ha observado Mayer (1967) existen fuertes efectos culturales que producen anomalías en la ingestión de alimentos y en la obesidad humana. Sin embargo, algunas de las informaciones más interesantes sobre la conducta alimentaria en los humanos, se relacionan con las variaciones individuales de sensibilidad hacia los estímulos alimentarios y hacia los estados internos de hambre. Schachter (1968) distingue dos clases generales de sujetos: quienes en su conducta alimenticia están gobernados por sus estados

corporales internos, y quienes la tienen estrechamente vinculada a consideraciones externas, como son la hora del día, la cantidad, la apariencia, la accesibilidad y el buen sabor de los alimentos. Los sujetos que son sensibles a las fuentes externas y no externas de información tienden a ser demasiado pesados. Stunkard y Koch (1964) observaron que los sujetos obesos tienen menos probabilidades de comunicar sensaciones de hambre cuando sus estómagos están vacíos y se están contrayendo. Schachter (1968) observó que generalmente, los sujetos obesos se ven menos afectados por la cantidad de comida recientemente ingerida y resultan menos inhibidos para comer por el miedo inducido (el cuál en sujetos normales disminuye el apetito). Son más sensibles al buen sabor de la comida. Cuando se les somete a una dieta líquida poco apetecible, los sujetos obesos disminuyen su ingestión de comida y bajan de peso notablemente. Schachter sugirió que la fuerte influencia de los factores externos sobre los sujetos obesos y su indiferencia relativa hacia los controles internos sobre la ingestión de alimentos, no fomentan el optimismo acerca de las terapias basadas en claves internas. Las substancias que llenan demasiado el estómago o las drogas que normalmente disminuyen el apetito, posiblemente, no sean efectivas con los sujetos cuya ingestión es dominada por las circunstancias externas relacionadas con los alimentos y con la conducta de comer (citados en Van Sommers, 1976).

4.2. FACTOR SOCIAL

Cuando se habla del factor social es inevitable referirse a todas esas influencias culturales relevantes para los trastornos de la conducta alimentaria que contribuyen a provocar, facilitar o justificar el adelgazamiento y la delgadez, especialmente por razones estéticas y sociales. Estas influencias son una serie de valores que constituyen lo denominado como cultura de la delgadez, la cual es capaz de conseguir la interiorización de las más intensas lipofobias. El establecimiento de una cultura de la delgadez se da básicamente por medio de los medios de comunicación, por ejemplo la influencia de la publicidad de productos adelgazantes explica y favorece la veloz difusión social de los modelos corporales delgados y de las prácticas adelgazantes (Martínez, Toro y Salamero, 1996).

La sociedad con el paso de los años ha ido multiplicando y promocionando a los medios de comunicación masiva y estos a su vez constituyen un fenómeno que se considera el principal responsable de la difusión de los trastornos de la conducta alimentaria a través de la comunidad.

Cumpliendo su función, los medios sugieren e informan incluyendo imágenes, en su mayoría humanas, que van elaborando mensajes y señales que facilitan a su vez la difusión e interiorización de la cultura de la delgadez. Estas imágenes estereotipadas no reflejan solamente los valores estéticos dominantes referidos al cuerpo, sino que también reflejan los intereses de agentes de la industria de la delgadez, la cual sin duda produce una gran cantidad de dinero. Así es como el estar en forma y el ejercicio físico se han hecho

objetivos prioritarios en nuestra vida cotidiana y en nuestro momento histórico. Asociado a los medios de comunicación se encuentra el mundo de la moda que sin duda ha jugado un papel importante en el cómo las mujeres viven su cuerpo y lo visten, y las modelos han sido las portadoras de este mensaje que convierte solo a un cuerpo delgado en merecedor del éxito social tan buscado por la mayoría de la población, fabricando una trampa mortal para quienes no poseen otros mecanismos para elevar su autoestima. En los últimos años el mundo de la moda ha ido incrementando sus demandas produciendo imágenes cada vez más delgadas y a su vez más alejadas de la estructura ósea y muscular particular de cada raza. Es común que la delgadez de algunas modelos se sitúe permanentemente al borde de lo patológico, ya que entre el 20% y el 50% de estas muchachas sufren trastornos del comportamiento alimentario. La situación se agrava cuando estas personas son figuras públicas que imponen una imagen y un modo de vida que miles de personas querrán seguir y que por conseguirlo intentaran todo, incluso enfermarse en caso de ser necesario. Esta relación entre los trastornos de la conducta alimentaria y los medios de comunicación está mediada por la interiorización de las presiones culturales. La identificación con el papel femenino se asocia con la interiorización del estereotipo de cuerpo ideal, que a su vez se encuentra relacionado con el incremento de la insatisfacción con el propio cuerpo siendo el resultado el desarrollo de los síntomas que dan lugar a los trastornos alimentarios. Y no hay población más vulnerable que los adolescentes que andan en busca de elementos que los ayuden a integrar su personalidad y a conseguir el reconocimiento social, así es como existen mensajes que dejan marca, por ejemplo: "quien no este delgado no cuida su cuerpo, no da buena imagen, no puede llevar y lucir la ropa de las triunfadoras" (Toro, 1996).

4.2.1. EL CONCEPTO DE BELLEZA

Diferentes culturas consideran a la belleza en muchas formas, pero existe cierto consenso en cada cultura respecto a lo que es bello. Durante muchos años en países de Oriente, se consideraba bellas a las mujeres si tenían pies pequeños. De hecho, desde bebés se acostumbraba vendarles los pies a las niñas para impedir que éstos crecieran. Como adultas las mujeres seguían vendándose los pies y la mayoría terminó con pies extremadamente deformados y dolorosos. Aun cuando ya no se practica este procedimiento, muchas generaciones de mujeres soportaron dolor y deformidad considerables en su aspiración por ser bellas. En la época victoriana las mujeres sufrían una tortura corporal similar al forzar sus cuerpos a entrar en corsés tan pequeños que, con frecuencia, impedían el paso del oxígeno y como consecuencia se desmayaban. De hecho, se contaba con sillas especiales para esos desmayos por la frecuencia que ocurrían. Además muchas mujeres sufrieron fractura de costillas al ser presionadas en esos corsés cuyo propósito era hacerlas lucir más bellas (Sherman y Thompson, 1999).

Louis (1983) menciona que una de las prácticas más insólitas relacionadas con la belleza femenina ocurrió a fines del siglo XIX. En esa época, entre las muchas mujeres inglesas era elegante usar anillos de oro en los pezones. Se creía que el uso de esos anillos hacía

los senos más plenos y redondos, y que eran una vista estimulante para los hombres cuando se mostraban (citado en Sherman y Thompson, 1999).

No tenemos que revisar siglos anteriores para encontrar ejemplos de mujeres que soportaron incomodidades físicas en un esfuerzo por ser más atractivas. Incluso ahora muchas mujeres usan regularmente incómodos zapatos con tacones altos para aparecer más altas, y por lo menos a sus ojos más atractivas. La mayoría estaría de acuerdo en que los zapatos de tacón alto son menos cómodos y menos seguros que los de tacón bajo. Sin embargo muchas mujeres los usan sin quejarse (Sherman y Thompson, 1999).

Conforme la sociedad impone el modelo estético a seguir se crean mitos con respecto al tipo de cuerpo que tienen las personas. La National Association to Advance Fat Acceptance, Inc. Publicó en 1994 los mitos más comunes en relación a la gordura:

- No es sano estar gordo: la gordura no es siempre sinónima de falta de salud, por el contrario en ocasiones quizá sea más saludable mantenerse con un sobrepeso estable a llevar a cabo dietas frecuentes, con constantes aumentos de bajas de peso.
- Si realmente lo quisieran adelgazarían: el peso corporal de una persona esta determinado por innumerables factores, incluyendo genes, metabolismo y hábitos alimentarios. El cuerpo tiende a estabilizarse de manera natural en un determinado peso, y las dietas provocan que dicha estabilización resulte afectada. La pérdida constante de peso corporal es imposible para la mayoría de las personas obesas; entre 95 y 98 por ciento de las dietas suelen fracasar en un periodo de tres años, al contrario de lo que pregona la industria de la dieta.
- Todos los gordos son comedores compulsivos: no existe una diferencia sustancial entre la cantidad de alimento ingerido por los obesos y los delgados.
- Los gordos son feos: los medios nos venden la inconformidad con nuestra imagen corporal, obteniendo a cambio grandes beneficios económicos y comerciales.
- Los gordos no tienen pareja: entre el 5 y 10 por ciento de la población mundial tiene preferencia por una pareja con medidas grandes, pero quienes eligen a una pareja con sobrepeso suelen enfrentar la presión de sus familiares y amigos.
- Los gordos están así por comer en exceso y no hacer ejercicio: podrían adelgazar con una dieta y rutina de ejercicio: por lo menos la tercera parte de las personas obesas lo son por constitución natural y así permanecerán aunque controlen sus hábitos alimenticios y lleven a cabo una rutina regular de ejercicios.
- Los gordos evaden o esconden su sexualidad: no se puede generalizar ya que hay que hombres y mujeres obesos que se sienten satisfechos y conformes con su sexualidad y llevan una vida activa en este aspecto.
- Los gordos fueron víctimas de abuso sexual en la infancia: no se puede asumir una relación directa entre el tamaño corporal y una experiencia de este tipo.
- Los gordos no tienen fuerza de voluntad: el organismo interpreta a una dieta como a un periodo de inanición; por lo tanto se resiste presentando consecuencias a mediano y a largo plazo, como el rebote, o la solicitud de una mayor cantidad de alimento por lo que en ocasiones las necesidades biológicas rebasan a la fuerza de voluntad.

- Cada gordo tiene en su interior un flaco que trata de salir y expresarse: dado el prejuicio social muchas personas obesas preferirían estar flacas pero si no pueden estar delgadas lo ideal sería que aceptaran su figura corporal tal y como es y trataran de tener la mayor calidad de vida posible (citado en Villarreal, 1999).

En la actualidad se observa con inquietud que el estereotipo de belleza se ha visto transformado de tal manera por los medios que se han deformado las proporciones corporales normales, lo cual a llevado a mujeres y hombres a buscar una figura corporal que no guarda relación con la distribución de grasa normal (Toro, 1996).

4.2.2. GÉNERO

En torno a las exigencias y expectativas de la imagen corporal se pueden observar importantes diferencias que obedecen al género de la persona, lo cual funciona como un factor social en la aparición de los trastornos de la alimentación. Cuando se habla de los trastornos de la alimentación por lo regular se hace referencia con más frecuencia al sexo femenino cuando en realidad no son exclusivos, y se presentan indiscriminadamente en ambos sexos, con sus diferencias claras. Los trastornos de la alimentación no sólo afectan a las mujeres, entre cinco y diez por ciento de los pacientes que padecen anorexia y entre diez y quince por ciento padecen bulimia nerviosa son del sexo masculino. Cabe aclarar a su vez que las manifestaciones de dichos trastornos suelen ser diferentes entre hombres y mujeres por dos razones principales, la primera es que los hombres se preocupan más por su apariencia física (expresada a través del ejercicio compulsivo) y las mujeres se preocupan por el peso corporal (que se manifiesta en el afán de hacer dietas, por ejemplo). Y la segunda se refiere a que a los hombres se les enseña a estar orgullosos de sí mismos por ser fuertes y atléticos, a las mujeres se les enseñan a valorar su belleza (Blinder, Chaitin y Goldstein, 1988).

Las expectativas respecto a la imagen corporal son un fenómeno muy complejo pues socialmente se espera que la imagen proyectada por la figura masculina sea la de una persona fuerte, activa, independiente, musculosa, agresiva y competente; a cambio, la imagen de la figura femenina debe ser de dependencia, pasividad e inhibición de agresión física (Toro, 1996).

IMAGEN CORPORAL FEMENINA

Las mujeres aprenden desde muy temprana edad que su apariencia es decisiva para la supervivencia; sin embargo, no aprenden el modo de estar bien internamente. En efecto, son muchos los factores -de orden social y cultural- que las impulsan a estar siempre a

dieta, la comida, el peso y la silueta. En la actualidad, los papeles que la mujer desempeña son múltiples y ya se ejercen tanto en el ámbito familiar como en el económico y social. Sin embargo, entonces como ahora se ha visto sometida a los parámetros de belleza, y aunque las formas cambien, el fondo ha sido el mismo: antes, la mujer debía cuidar su apariencia para agradar y seducir; ahora tiene que adaptar su imagen para poder alcanzar el éxito y competir. La lucha por tener éxito por medio de la imagen lleva a creer que con solo la modificación del cuerpo y el aspecto se puede obtener la aceptación de los demás. Como si no fuera suficiente también en el aspecto profesional la imagen corporal desempeña un papel importante y al mismo tiempo influye en la creación de estereotipos. En la actualidad, se espera que la mujer joven viva su vida no sólo como corresponde a su sexo, sino también con apego a varios valores masculinos tradicionales, tales como la autonomía, el poder y el éxito. De esta manera, se le induce a pensar que es preferible labrarse una figura más acorde con los valores correspondientes a la imagen masculina. Por lo tanto, el que una mujer desarrolle hoy en día una figura femenina (senos, curvas pronunciadas), la hace sentir devaluada llevándola a presentar conductas de alcoholismo, así como trastornos de la conducta alimentaria como un modo de hacer frente y de lidiar con las demandas del medio (Ricciardelli, Williams, y Kier, 1998).

No cabe duda de que esta negación del rol sexual en la mujer facilita la aparición de trastornos en la conducta sexual. Las pérdidas constantes de peso conducen a trastornos sexuales, pérdida de libido, infertilidad, amenorrea, atrofia mamaria y reducción del vello axilar y pubiano, por trastornos hipotalámicos que provocan cambios endocrinos en el eje hipofisogonadal anterior. La disminución de los estrógenos plasmáticos y urinarios originan atrofia del epitelio vaginal y endometrial en la mujer. Se observa un tabú sexual relacionado con la masturbación, la homosexualidad y el embarazo. En general se da una negación del desarrollo de los caracteres sexuales tendiendo a un infantilismo sexual y a un rechazo de su rol sexual. Se cambian las relaciones sexuales interpersonales por relaciones interpersonales con su propio cuerpo, narcisismo (Romi, 2001).

El punto clave no es la práctica incómoda o dañina en la cual participan las mujeres con el propósito de ser atractivas. Más bien, es su consentimiento para hacerlo. Parece que muchas mujeres no se cuestionan que tan prudente es adoptar determinada conducta, simplemente la aceptan. Es obvio que algunas están dispuestas a pasar hambre, hacer ejercicio hasta el agotamiento o inducirse vómitos o diarrea con el fin de no estar gordas (Sherman y Thompson, 1999).

Tal es el caso de las bailarinas profesionales las cuales son un grupo de alto riesgo en la aparición de trastornos de la alimentación, debido a que la danza es una actividad en la que el cuerpo y la figura son centrales y las demandas del medio son altas. La preocupación por el cuerpo, el seguimiento de dietas y el nivel de actividad son factores que juegan un papel importante (Unikel y Gómez Pérez-Mitre, 1999).

Otro grupo de alto riesgo se considera la población preadolescente pues sobre la base de un estudio de Gómez Pérez-Mitre (1999) se observa que a los 11 años es la edad en donde se encuentra un mayor número de respuestas relacionadas a la insatisfacción con la imagen corporal y alteración de la misma, así como una excesiva aceptación del estereotipo cultural que equipara delgadez con atractividad.

IMAGEN CORPORAL MASCULINA

Con frecuencia se piensa que los hombres no cuentan con una apariencia específica a la cual se supone que deben ajustarse. De ellos no se espera que se vean como un modelo destacado. De hecho es probable que la mayoría de las personas no puedan siquiera nombrar a un modelo masculino. A los hombres se les permite verse en muchas formas diferentes y aún así se les considera atractivos. Esto es, los estándares de atractivo para los hombres son menos restrictivos (Sherman y Thompson, 1999).

Sin embargo existen antecedentes que nos sugieren lo contrario como es el caso de la antigua Grecia del siglo IV a.C., donde un cuerpo joven, perfectamente formado y de apariencia atlética caracterizó el ideal masculino. La perfección física se asociaba con un buen desarrollo intelectual y espiritual. Los trastornos de la alimentación son poco comunes en los hombres. Por lo tanto, su estudio se dificulta, porque las muestras de población en la mayoría de las investigaciones, son tan pequeñas que los datos que arrojan no son lo suficientemente confiables como para generalizar. No fue hasta la década de los ochenta cuando los investigadores empezaron a reunir suficiente información, muestras de población, datos demográficos, rasgos clínicos, comorbidad psiquiátrica y pronóstico en el tratamiento de los hombres con estos problemas (Herscovici y Bay, 1999).

En muchos casos características tales como la edad de inicio, la sintomatología, el criterio diagnóstico, la psicopatología asociada y el curso del tratamiento suelen ser similares a los de las mujeres; sin embargo se ha visto que la edad de inicio de la sintomatología bulímica, es tardía en los hombres, que representan con mayor frecuencia un cuadro clínico de obesidad premórbida. Existen diferencias ya que por ejemplo las mujeres que desarrollan algún tipo de trastorno de la alimentación se sienten gordas antes de empezar una dieta, pero por lo general se encuentran cerca del peso corporal esperado para su constitución ósea y estatura, y no se presenta de la misma manera en los hombres, porque la mayoría de los que desarrollan algún trastorno de la alimentación tienen sobrepeso. De esta forma, es más común encontrar adicción al alcohol o a otros químicos en hombres que en mujeres. Los hombres se preocupan más por la forma y definición del músculo, mientras que las mujeres se preocupan por el peso. Adicionalmente, los hombres hacen dieta para reducir peso y así poder conseguir un mejor desempeño atlético o una figura esbelta para complacer a una pareja. La mayoría de los hombres con algún trastorno de la alimentación fueron víctimas de burla en la infancia debido al peso corporal, al sobrepeso o a la

apariciencia física y alrededor de veintiuno por ciento de éstos son homosexuales. Finalmente, la mayoría de los hombres hacen dieta para prevenir las consecuencias por el sobrepeso, no así las mujeres.

En los hombres la anorexia nerviosa no se presenta de diferente forma que en las mujeres: sin embargo, en algunos casos masculinos se notan las siguientes manifestaciones: pertenecen a una clase social más baja, temen a la competencia, no tienen tanto éxito académico o laboral, generalmente son más activos, los cambios endocrinológicos (disminución del nivel de testosterona) pueden disminuir el interés sexual y la libido, presentan menos episodios bulímicos, utilizan con menor frecuencia el vómito autoinducido, emplean menos laxantes o diuréticos, se muestran perfeccionistas y obsesivos, se quejan más del aspecto físico, presentan mayor ansiedad sexual (Blinder, Chaitin y Goldstein, 1988).

Con respecto a la psicopatología asociada Vandereycken y Van del Brouke (1984) notaron una alta incidencia de rasgos esquizoides, obsesivos, pasivo-dependientes y psicopáticos en hombres con anorexia, a diferencia de rasgos histéricos con menor incidencia en rasgos psicopáticos: ambos presentaron, sin embargo, igual incidencia en rasgos esquizoides. Las mujeres mostraron una estructura de personalidad inmadura e indiferenciada en contraste con los hombres (citados en Blinder, Chaitin y Goldstein, 1988).

Actualmente se ha observado un incremento importante en la información dirigida a los hombres con respecto a su cuerpo, y es el caso de las revistas para hombres que además de destacar la importancia de la actividad y el movimiento, incluyen artículos que explican como adquirir una apariencia atlética y musculosa, a través del levantamiento de pesas, el fisicoculturismo, los aeróbicos, etc.: en tanto que las revistas para mujeres por lo regular tratan temas sobre cómo perder peso y cómo modificar la figura (Toro, 1996).

Otro factor que influye en las diferentes manifestaciones presentes en hombres y mujeres con trastornos de la alimentación es el de la presión social. En el caso de los hombres la presión que se ejerce sobre ellos desde que son niños, los obliga a adoptar una figura atlética y fuerte, ya que sino lo hacen, corren el riesgo de sufrir burlas, críticas y violencia. De hecho, la aceptación de la violencia física como un medio para resolver problemas entre hombres también es uno de los principales factores que contribuyen al desarrollo de estos trastornos de la alimentación, ya que los hombres de constitución débil que no pueden cumplir uno de los más importantes requisitos de la masculinidad (poseer un cuerpo atlético) sufren un mayor grado de estrés. De esta manera, el estar fuerte y tener un aspecto duro se convierte en un valor en sí mismo que ha de perseguirse y alcanzarse para ser aceptado. Sin embargo, los hombres -a diferencia de las mujeres. No se sienten obligados por la presión social a ser delgados: aunque sean considerados muy gordos, suelen sentirse cómodos con su cuerpo (Blinder, Chaitin y Goldstein, 1988).

Sin embargo aunque esta presión no este dirigida necesariamente hacia la delgadez, estudios demuestran que los hombres reaccionan de igual manera que las mujeres ante la importancia atribuida a la figura corporal en diferentes situaciones de interacción social explicando que esta importancia esta dada por los efectos en los otros (la figura como objeto de satisfacción para los otros), cuestión que se explica por medio de los papeles tradicionales y estereotípicos asignados por la cultura (Gómez-Peresmitré y cols. , 2000).

Las mujeres suelen responder a esta presión social mediante dietas y los hombres por medio del ejercicio. Pero éstos. suelen ir más allá, pues su obsesión por tener una figura fuerte y musculosa, en ocasiones los lleva al uso de esteroides y anabólicos para conseguir tono y fuerza muscular. Estos medicamentos además de ser muy adictivos, pueden producir episodios psicóticos, como alucinaciones, depresión y síntomas maníacos. Cabe aclarar por lo demás, que aunque no es lo común, existen muchos hombres que se ven obligados a mantener su peso bajo control por el tipo de actividades que desempeñan. En el caso de los hombres que practican natación, modelaje, fisicoculturismo, así como bailarines, sobrecargos aéreos y jockeys. En virtud del estado de tensión constante en el que viven, este tipo de hombres corre un mayor riesgo de desarrollar un trastorno de la alimentación (Blinder, Chaitin y Goldstein, 1988).

Con la finalidad de aumentar la importancia de la investigación en poblaciones masculinas sobre los factores de riesgo involucrados en la aparición de los trastornos de la conducta alimentaria Gómez-Peresmitré y colaboradores (2000) realizaron un estudio sobre la imagen corporal y la conducta alimentaria en dicha población confirmando la diferencia atribuida a este género con respecto a que lo que buscan no es una figura delgada sino más gruesa, los hombres quieren una figura mesomorfa (con músculos) sin que esto implique aumentar grasa. Los hallazgos en este estudio indican insatisfacción tanto por querer ser más grueso como por ser más delgado sobresaliendo la presencia de alteración de la imagen corporal en la forma de subestimación.

En lo que se refiere a la sexualidad y su relación con este tipo de trastornos, ya se han realizado diversos estudios. Keys y otros encontraron una reducción en el número de espermatozoides de los hombres que pesaban 25% por debajo de su peso ideal. A su vez, y aunque la prevalencia de la homosexualidad en hombres con trastornos de la alimentación aún es un tema en controversia, Herzog y otros (1984) reportaron 26 % de incidencia homosexual entre hombres con bulimia y anorexia nerviosa, y 4% entre mujeres con los mismos desórdenes. Por su parte Fisher y Daser (1985) reportaron que 25% de sus pacientes con trastornos de la alimentación habían tenido contacto homosexual. Un fenómeno adicional que cabe destacar es que actualmente, dentro de la comunidad gay, se desconfía de una apariencia delgada, ya que la pérdida de peso es uno de los síntomas del SIDA; sin embargo, se olvida que también es el síntoma de algún trastorno de la alimentación (citados en Blinder, Chaitin y Goldstein, 1988).

Por otra parte se ha podido observar en el caso de muchos hombres, que la obsesión por el control y el poder inherentes al papel masculino, y la vergüenza que se experimenta al tener un trastorno que se considera femenino, intensifica el deseo de aislamiento y el impulso de mantener en silencio la sintomatología propia de los trastornos de la alimentación (Villarreal, 1999).

CAPITULO 5

ADOLESCENCIA

"Las naturalezas geniales viven repetidamente la pubertad,
Mientras que los demás sólo son jóvenes una vez."
Goethe, 1828

5.1. ANTECEDENTES EN EL ESTUDIO DE LA ADOLESCENCIA

El término de adolescencia no tiene mucho tiempo de ser utilizado y tal pareciera ser una invención del mundo occidental ya que en las sociedades no desarrolladas, el tránsito entre la infancia y la adultez era procesado a través de breves ritos de iniciación que no dejaban lugar para esta etapa.

Sin embargo los estudios sobre la adolescencia parecen ser más viejos de lo que uno podría pensar y para demostrarlo está el pensamiento de Rousseau en "El Emilio" publicado en 1762, en donde describe la transición de la adolescencia siguiendo el esquema de la República de Platón, y dividiéndolo en cinco libros:

- Primer libro de los 0 a los 2 años: dirigido a las madres, que deben amamantar a sus hijos. El padre que debe actuar como tutor, la madre como nodriza.
- Segundo libro de los 2 a los 12 años: el niño aprende lo que está al alcance de los cinco sentidos, en un aprendizaje más sensorial que intelectual.
- Tercer libro de los 12 a los 14 años: se enseña al niño como aprender.
- Cuarto libro de los 15 a los 20 años: dedicado a la adolescencia, la cual constituye la etapa decisiva.
- Quinto libro de los 20 a los 24 años: como etapa final de la educación de Emilio, se alude al noviazgo con Sofía (sabiduría), es decir, con una mujer para la que propugna una educación diferente a la de todas las mujeres.

Rousseau postula que la madurez sexual del adolescente no debe impedir el conciliar el amor natural hacia uno mismo junto al amor, socialmente generado, hacia los otros. Las pasiones sexuales, según este postulado, empujan al adolescente más allá de sí mismo, hacia el amor a la humanidad. Se considera a la adolescencia como un segundo nacimiento, pues se nace dos veces una para existir y otra para vivir, una para la especie y otra para el sexo (citado en Kaplan, 1986)

Por otro lado se puede ver el pensamiento de G.S. Hall (1844-1924) quién tomó el concepto darwiniano de evolución biológica y lo elaboró como una teoría psicológica: señalando que de la misma forma en que la humanidad ha evolucionado a través de etapas, el individuo desarrolla unas fases hasta llegar a la adultez: infancia, niñez, juventud y adolescencia.

Las fases son las siguientes:

- Infancia (0-4 años): Etapa animal que implica un desarrollo sensorial de autoprotección intuitiva.
- Niñez (4-8 años): Etapa cultural, relativa al hombre cazador-recolector, en la que el niño juega al escondite, vaqueros e indios, construye chozas y cuevas, etc.
- Juventud (8-12 años): Etapa preadolescente de latencia, en la cual se desarrolla una vida educativa un tanto monótona, que tiene su parangón con el salvajismo.
- Adolescencia (12-22 a 25 años): Etapa tormentosa (citado en Kaplan, 1986).

Otro pensador importante fue Sigmund Freud (1905) quien avanzó un poco más colocando la sexualidad no genital a partir del nacimiento. Las etapas del desarrollo de la personalidad infantil según este autor son:

- Fase oral (0-1 año) organizada en torno a la boca. En esta etapa la actividad sexual no está separada de la absorción de los alimentos y puede presentarse con una oralidad pasiva (succión placentera preambivalente) y/o con una oralidad sádica (morder, ambivalencia pulsional).
- Fase sádico-anal (1-3 años) organizada en torno a la retención/evacuación anal y se divide a su vez en fase pasiva erótica (placer de evacuación, regalos) y fase activa sádica (control y destrucción).
- Fase fálica (4-5 años) organizada en torno a los órganos genitales, esta fase se presenta con ciertas características como la manipulación de genitales, la no-distinción de lo masculino-femenino y el complejo de Edipo.
- Entre los 6-10 años discurre el período de latencia, que va desde la articulación del complejo de Edipo hasta la aparición de la pubertad, en el cual no sucede una reorganización específica de la personalidad.

La adolescencia supone para Freud el logro de la primacía genital y el fin de la búsqueda no incestuosa del objeto quitándole relevancia a la adolescencia como un proceso y solo postulándola como un fin. Y para demostrarlo esta la práctica clínica de los psicoanalistas ortodoxos que se enfoca a que el adulto vuelva a través de la transferencia con el analista a reanudar los caminos de la infancia pero rara vez se plantea el regreso a la adolescencia.

Es Anna Freud (1984) quien aborda la problemática de la adolescencia al postular que el aumento pulsional en la adolescencia rompe el equilibrio de la latencia postedípica. Estas transformaciones pulsionales buscan nuevos lazos objetivos más allá de los objetos infantiles y las identificaciones parentales se muestran insuficientes e insatisfactorias, con lo que se propicia una nueva articulación del yo y la articulación de nuevos mecanismos de defensa.

Al mismo tiempo, pero desde otra perspectiva, se desarrollaban postulados de tipo antropológico como es el trabajo de Mead (1928) sobre la adolescencia en Samoa que, aunque de corte etnográfico, tiene intenciones críticas para con el desarrollo traumático de la adolescencia en las culturas occidentales, ya que presenta al adolescente samoano

sin problemas, con una sexualidad no reprimida y vivenciada como un juego, en contacto con la naturaleza donde se procrea y se muere con naturalidad. Para Mead la adolescencia no es un desarrollo biológico de carácter determinista, sino una configuración cultural en dado caso determinada por el contexto normativo-social que envuelve al ser humano, ya que hasta el fenómeno biológico de la pubertad tiene una interpretación diferente en cada cultura y no es posible conectar siempre a este período con el inicio de la adolescencia, ya que esta última se la considera, sobre todo, un fenómeno cultural. Por eso el postulado de Mead rechaza la validez de las etapas exponiendo que en las sociedades primitivas, la cultura es más homogénea y más colectiva por lo que la conducta de los adolescentes no es tan diferente a la de la infancia y la adultez, es un continuum. Sin embargo la sociedad occidental, con un cambio acelerado y en una cultura de competitividad e individualismo consumista, ha construido un modelo de adolescente en estrés y en tensión, creando en él una constante interrogación sobre su identidad (citado en Kaplan, 1986).

Con una postura reduccionista Piaget (1955) habla de la adolescencia desde una visión cognitiva mencionando que hacia los 11 años el pensamiento se hace formal, permitiéndole al sujeto empezar a prescindir de la sujeción a lo real y directamente percibido, para situarse en lo abstracto y en lo posible, el mundo real no es más que una porción de lo posible. Su razonamiento se hace hipotético-deductivo, lo que dota al adolescente de nuevas posibilidades mentales, como el pensamiento proposicional y el uso de la combinatoria. Reduce las etapas cognitivas de la adolescencia a una, el estadio de las operaciones formales (11-15 años), sin haberse realizado investigaciones sobre las otras etapas de la adolescencia. El pensamiento formal supone ya un pensamiento adulto, un pensamiento científico. Piaget describe cuatro estadios sucesivos del desarrollo cognitivo: motor (0-2 años) sobre la base de reglas motrices individuales y ritualizadas; egocéntrica (2-5 años) en el que el niño utiliza las reglas del exterior para sus propios intereses; cooperación naciente (7-8 años) donde hay un acuerdo con los demás experimentando en ello un placer social; codificación de las reglas (11-12 años) las reglas tiene un estatuto social compartido.

Otro postulado importante que regresa en cierta medida al determinismo biológico es el de Gesell (1956) quien habla de la adolescencia como un período que va desde los 11 a los 24 años, siendo la juventud la primera mitad del período adolescente. Él menciona que el crecimiento es un proceso intrincado y delicado, que necesita de factores estabilizadores, más intrínsecos que extrínsecos, que conserven el equilibrio del desarrollo. Es la biología y no los factores ambientales, lo que determina los rasgos del desarrollo y la maduración. Al referirse a la aculturación lo hace definiéndola como un proceso ulterior a la maduración en el que los factores ambientales conforman la conducta individual o colectiva, aunque la aculturación nunca puede prevalecer ante la maduración. Según este autor el desarrollo no es rectilíneo sino que evoluciona en forma espiral hacia la madurez, lo que explicaría algunas aparentes regresiones. Esta espiral de gradientes ascendentes y descendentes, conforma mecanismos de reafirmación y adaptación, más perceptibles en la infancia que en la adolescencia.

En un intento por describir a la adolescencia habla de las siguientes fases:

- 10 años. Equilibrio individual y familiar, sociabilidad ligada al propio sexo, descuido de los hábitos higiénicos y de vestido. Preadolescencia.
- 11 años pubescencia (cambio fisiológico notable), impulsividad y estado emocional ambivalente, rebelión contra los padres y malhumor con los hermanos. Preadolescencia.
- 12 años. Desaparición de las primeras turbulencias, sociabilidad y responsabilidad, independencia familiar y adscripción al grupo de pares, incipiente idealismo afectivo.
- 13 años: retraimiento e introversión, autocritica e idealismo, cambio de voz, inestabilidad emocional.
- 14 años: extraversión y expansividad, autoafirmación de la personalidad, identificación con héroes y líderes, alta autoestima.
- 15 años: transición (época delicada de maduración), independencia frente a la familia o la escuela, intransigencia al control exterior, depresión y posibles desviaciones conductuales.
- 16 años: adolescencia media y preadultez, equilibrio y adaptación social, orientación hacia el futuro (pareja y trabajo), compañerismo de grupo.

Años después Erikson (1963) retoma el pensamiento freudiano y lo reelabora desde las aportaciones de la antropología de su tiempo, extendiendo estas etapas a todo el ciclo vital y desplazando el tema de la sexualidad por el de la identidad como núcleo de la personalidad adolescente. Describe ocho etapas cada una de las cuales consiste en la vivencia y solución de un estado de crisis que provoca una situación negativa (vulnerabilidad y desequilibrio), que es sobrepasada por una situación positiva (solución e integración). Las ocho etapas son: confianza-desconfianza (fase oral), autonomía-vergüenza y duda (fase anal), iniciativa-culpa (fase fálica), laboriosidad-inferioridad (periodo de latencia), identidad-difusión de la identidad (fase genital), intimidad-aislamiento (adolescencia), fecundidad-estancamiento (adultez), integridad del yo-desesperación (vejez). Sólo un sentido de identidad que crezca paulatinamente y tenga sus bases en la salud social y en la solidaridad cultural, obtenidas de cada una de las crisis mayores de la niñez, permite esperar ese periódico restablecimiento del equilibrio en la vida del hombre, que dé sentido a la condición humana en la integración de las etapas evolutivas del yo. Pero cuando este sentido se pierde y las soluciones negativas ganan se movilizan toda una serie de temores infantiles que no permiten un adecuado desarrollo.

En la actualidad el estudio de la adolescencia muestra un gran desarrollo ya que su conocimiento facilita el ejercicio de la prevención primaria, y esto se debe principalmente a que esta es una etapa crucial de la vida en la que se dan cambios biológicos que inician la transformación física-corporal y la materialización de nuevas funciones tanto físicas como psicológicas, que serán la base de la futura auto-representación, llevando al adolescente a la adquisición de una nueva dimensión de su imagen corporal, de su autoconcepto y de su autoestima (Gómez Pérez-Mitré, 1997).

5.2. CAMBIOS FÍSICOS

En la pubertad ocurren cambios físicos en tres niveles fundamentales. En un primer nivel la activación de las hormonas gonadotróficas de la hipófisis anterior produce el estímulo fisiológico necesario para la modificación sexual que ocurre en este período de la vida. En el segundo nivel se encuentran las consecuencias inmediatas de la secreción de la gonadotropina hipofisiaria y de la prosecución de la secreción de la hormona de crecimiento de la misma hipófisis, manifestándose por medio de la producción de óvulos y espermatozoides maduros y en el aumento de la secreción de hormonas adrenocorticales como resultado de la estimulación de la hormona adrenocorticotrófica. En el tercer nivel se encuentra el desarrollo de las características sexuales primarias (con el agrandamiento del pene, los testículos, o el útero y la vagina) y el desarrollo de las características sexuales secundarias (con la maduración de los pechos, la modificación de la cintura escapularia y pelviana, el crecimiento del vello pubiano, los cambios de voz) a los que debemos agregar las modificaciones fisiológicas del crecimiento en general y de los cambios de tamaño, peso y proporción del cuerpo (Aberastury, 1970).

5.3. CAMBIOS PSÍQUICOS

Se puede decir con claridad que la adolescencia es una época de crisis en la que si bien los cambios físicos van encontrando asentamiento los cambios psicológicos llevan un proceso más lento pues está sustentado en el primero. Los cambios bruscos y desproporcionados del cuerpo son reflejo de la desestructuración psíquica de esa deformación y transformación que durante muchos años buscara de nuevo un equilibrio y lograra de nuevo una adaptación como un todo psicossomático (Aguirre, 1994).

5.3.1. LOS DUELOS BÁSICOS

De algún modo se ha determinado en diferentes fuentes bibliográficas que el principio de la adolescencia se determina por la aparición de los cambios físicos que hacen evidente el rol sexual del individuo y su capacidad de procreación, y a partir de estos se gestan cambios en el ámbito psicológico que en un principio se presentan como un conflicto y ponen en jaque la identidad del sujeto.

Aberastury (1970) denomina a esta etapa como el síndrome normal de la adolescencia en el que el individuo tiene que superar diferentes duelos ligados a la pérdida de su cuerpo infantil, a su rol e identidad infantil, y a sus padres de la infancia. En el primer duelo, la presencia y aparición innegable de las transformaciones físicas, recordarán todo el tiempo al adolescente los cambios a los que se ve enfrentado. No sólo se estará tratando de

adaptar a un cuerpo nuevo si no que habrá perdido el cuerpo infantil que le permitía ir por la vida sin asumir ningún rol sexual. El cuerpo infantil podía funcionar con flexibilidad para explorar el mundo exterior y en su lugar ahora la exploración que el individuo realice tenderá a ir hacia adentro; quizá eso explique el aparente aislamiento del adolescente que se esfuerza por conocerse antes de mostrarse. Un segundo duelo se refiere a la pérdida de la identidad infantil en el que ya no se podrá depender de las decisiones de los padres, se tendrá que asumir la libertad que otorga la adultez con todo y sus múltiples responsabilidades y desventajas. Y el tercer duelo del que se habla es el de la pérdida de los padres infantiles que ya no actuarán con su papel protector, y perderán su posición de ídolos y de todopoderosos abriéndole paso a otros modelos que será necesario integrar en uno sólo para desarrollar una propia identidad. Aquí es importante mencionar el papel de los padres al enfrentarse al recuerdo de su propia adolescencia y de los conflictos vividos en esa etapa. Muchos padres no sabrán soltar a los hijos y permitirles su desarrollo, aceptando solo un papel de acompañantes. Esto se debe a que los papás al aceptar que su hijo es un adulto estarán lidiando con su propia vejez y madurez, estarán perdiendo esa posición de padres todopoderosos ya antes mencionada, papel al que ya se habían acostumbrado, en su lugar tomará un papel de compañeros que les quitará mucha de su autoridad y dominio, haciéndolos muchas veces aprendices del propio adolescente, posición para la cual se requiere gran humildad e interés para comunicarse con el adolescente. Es común que el adolescente ante la depresión que le resulta el desprendimiento de estos padres reaccione con rechazo, protegiéndose de sus propios sentimientos, este dolor es poco percibido por los padres que suelen encerrarse en una actitud de resentimiento y refuerzo de la autoridad, en lugar de darle al adolescente el espacio necesario para actuar.

La necesidad de elaborar estos duelos básicos, obliga al adolescente a recurrir normalmente a manejos psicopáticos de actuación, que identifican su conducta, expresándose a través de la acción y haciendo de esta su mejor herramienta de conocimiento ensayo y error, esto sólo de una manera fugaz y transitoria. Lo cierto es que los adolescentes parecerán padecer muchas enfermedades al mismo tiempo y esto se deberá a que harán uso extremo de sus conductas infantiles y crearán otras más que los harán parecer casos psicopatológicos. Lo importante del síndrome normal de adolescencia es que toda esta crisis se dé cómo un medio para que el adolescente encuentre caminos y respuestas a sus preguntas, a partir de ahí sería peligroso que se estableciera este tipo de actuación. La influencia del medio externo será vital en este síndrome ya que en esta búsqueda de respuestas el adolescente asume una posición de receptáculo abriendo toda su percepción y antenas a lo que esta pasando afuera, esto también representa una desventaja ya que lo hará muy vulnerable a las presiones externas como son los problemas familiares, fácilmente se pondrá como objetivo de las agresiones y asumirá los aspectos más enfermos del medio en el que actúa.

La sociedad ha denominado a la adolescencia como una época de caos, e intenta mantener un control fuerte sobre estas conductas pero no se da cuenta de que la represión y la incomprensión son la causa de esas consecuencias indeseables como la violencia o la

actividad delictiva que se le adjudica solo a la juventud siendo parte importante nuestra actuación como adultos (Aberastury, 1970).

5.3.2. CUERPO Y CRISIS DE IDENTIDAD

El adolescente, presionado por las transformaciones corporales puberales, debe forjar una imagen de sí mismo que contemple la integración de las diferentes zonas erógenas y su subordinación a la genitalidad, con lo cual su cuerpo obtiene un claro significado sexual. Se cuestiona una imagen corporal construida hasta entonces en términos generales de inocencia, por lo que ésta deberá ser reelaborada y aceptada. Tarea que será tanto más difícil cuanto peores hayan sido las experiencias afectivas tempranas. Se asume al cuerpo como una identidad totalmente diferenciada (dicotomía yo- no yo), pero a su vez, el adolescente se encuentra ante la necesidad de estructurar un nuevo Yo corporal y conformar en torno al mismo una nueva identidad. Proceso nada fácil si tenemos en cuenta que el Yo a esta edad es lo suficientemente débil como para tener dificultades en la aceptación e integración de estas transformaciones que de forma intrusiva se apoderan de él. Con la irrupción de la maduración sexual, el adolescente puede sentirse falto de coherencia interna y, por lo tanto verse perturbado el sentido de la propia identidad. Con frecuencia el adolescente vivencia un sentimiento de extrañeza y de no-reconocimiento del propio cuerpo, como si de una esquizofrenia se tratara. Tiene la sensación de estar deformado físicamente, carencia que no tiene por qué corresponderse con la realidad, ya que se trata de falsas percepciones de la imagen de sí mismo (Aguirre, 1994).

Es evidente que se genera una elevada angustia ante el reajuste intrapsíquico que subyace a dichos cambios. Sólo si las experiencias tempranas han sido en su mayoría positivas, el Yo adolescente encuentra la fuerza y base necesaria para afrontar el sentimiento de vacío que acompaña la ruptura de las primeras identificaciones. Como si no fuera poco se da una invasión irresistible de lo pulsional y corporal sobre el Yo. Ante esta situación el Yo recurre a los mecanismos de defensa para salvaguardar su integridad. Estos mecanismos de defensa pueden clasificarse en:

- Centrados en el cuerpo: a través del propio cuerpo el joven se defiende de la progresiva erotización del mismo y de la sexualidad.
 - Ascetismo: la total represión de la energía pulsional, no sólo la satisfacción del instinto propiamente sexual (como serían las citas con el otro sexo, los paseos... y por supuesto la masturbación) sino que la prohibición puede llegar a ser tal que abarque cualquier manifestación instintiva (evitar satisfacer el hambre, el frío el cansancio). El adolescente castiga cruelmente su cuerpo sexuado. La anorexia mental es un ejemplo claro en el que se recurre a este mecanismo de defensa.
 - Atletismo: yo atlético como antítesis al Yo ascético descrito. Las transformaciones corporales del adolescente conducen a un incremento de la masa y fuerza muscular que favorecen el recurrir a la acción

(hiperactividad) como forma de hacer frente a las angustias y conflictos propios de la adolescencia. El temor a la pasividad, al infantilismo, a las tendencias homosexuales conducen al adolescente a reafirmarse con el propio cuerpo, a mostrar un cuerpo atlético y viril. Se recurre al deporte como forma de analizar las pulsiones libidinales y agresivas (competición). No rechazan el cuerpo sino que lo cultivan, lo controlan (era del culturismo).

- Intelectualismo. No se prohíbe la expresión del instinto, sino que se desplaza. El refugiarse en la labor intelectual responde únicamente al intento de dominar la actividad instintiva; de ahí que el contenido de sus deliberaciones se correspondan con sus inquietudes psíquicas. De hecho, se conectan los procesos instintivos con representaciones que los hacen accesibles a la conciencia y, por tanto, dominables en un nivel psíquico diferente (Pág.67, Aguirre, 1994).

Aguirre (1994) observa que la experiencia corporal y conciencia del Yo guardan una relación inversa pues, en muchas de las manifestaciones contraculturales adolescentes el culto a la corporalidad supone y conduce a una clara pérdida de la conciencia del Yo. Se pueden considerar como ejemplos de estas manifestaciones al consumo de drogas, la exaltación de la belleza y del cuerpo en la música, el baile y el placer erótico-sexual, en todas ellas se encuentra como base el retorno y la búsqueda de la utopía, el paraíso perdido atemporal puramente hedonista. Al partir de la corporalidad como el límite entre el Yo y el mundo exterior se convierte en subjetividad y al mismo tiempo en objeto para los demás. Y es la interacción con los otros la manera en la que el joven pretende conocer los límites de su propio cuerpo (espacio corporal). Cuanto más vacío y débil se sienta el Yo, más tenderá a renunciar a su individualidad y a someterse al ideal colectivo. Así es como la atención del joven se centrará principalmente en el cuerpo. Este amor al cuerpo y a sí mismo, base del narcisismo secundario, supone la unificación del Yo y permite la toma de conciencia de una individualidad. Este hecho explicaría el por qué los jóvenes se muestran largas horas ante el espejo. Al existir este gran interés del adolescente hacia el propio cuerpo, tomado ahora como objeto, tanto las pulsiones libidinales (narcisismo) como agresivas revertirán hacia él, expresándose también en el cuerpo las dificultades de la integración personal. Una referencia a lo anterior es el vestido, que cumple una función tanto decorativa como protectora, sin olvidar también el sentido simbólico que implica la ropa y que deja entrever las actitudes hacia la propia corporalidad (Aguirre, 1994).

La familia es una gran influencia en como el joven acepta su propia corporalidad, ya que el modo en el que la madre acepte y valide los cambios en el cuerpo de su hija influirá en que esta joven desarrolle o no un desprecio y temor a ser mujer. El padre también tiene una función importante ya que si demuestra una actitud seductora para con ella, la hija desarrollará sentimientos de culpa que serán el sustrato de ese temor a ser mujer. En el caso de la ridiculización y desvalorización de los cambios físicos por parte de los padres desembocaran en un desprecio por el propio cuerpo y condicionarán las relaciones con el sexo opuesto. En el caso de los chicos la actitud de los padres ante sus cambios corporales ejerce la misma influencia que en el caso de la mujer, siendo el caso el de las madres

castrantes devaluadoras de la figura masculina, o las madres sobreprotectoras que no aceptan el crecimiento de sus hijos; padres que señalan al hijo negativamente por no parecerse a lo que ellos esperaban. Una adecuada identidad genital depende en gran medida de estas posturas pero también tienen que ver otros factores del medio como es el grupo de pares, pues el adolescente busca por todos los medios de ajustarse a los estereotipos establecidos y si falla en ello desarrolla sentimientos de inferioridad y desvalorización con respecto del grupo. Los propios compañeros señalan y ridiculizan al joven por su propia inseguridad y medios como un modo de autoafirmarse. Es claro que cuanto mejor sea la identificación con los iguales, mayor es la posibilidad de que el adolescente comunique sus problemas y preocupaciones a sus compañeros, padres, amigos o adultos y será más capaz de afrontar las actividades del desarrollo y el estrés de este derivado. Si además de esto logra identificarse positivamente con su familia tendrá triunfos en sus problemas personales, de relación y socioinstitucionales. La intensidad con la que se viven estos problemas del desarrollo depende de la disponibilidad de apoyo emocional e instrumental de otros, por eso es que el grupo de iguales se vuelve de gran importancia pues permite que se defina la propia identidad, intereses, habilidades y personalidad; permite se construya una reputación propia, así como desarrolla un equilibrio entre individualidad y conformidad, también da apoyo emocional e instrumental, y ayuda a construir y mantener la amistad permitiendo la participación y el entretenimiento (Stierlin y Weber, 1990).

Al no tener una aceptación social se genera una tensión que actúa como desencadenante en la aparición de conductas patológicas que buscan la transformación del cuerpo para alcanzar un ideal corporal irreal, como por ejemplo los desórdenes del comer o el sometimiento a intervenciones quirúrgicas (cirugías plásticas, liposucción, etc.) que no sólo resultan dolorosas sino que también ponen en riesgo la vida de las mujeres, adolescentes y niñas, población que es mucho más vulnerable a esta presión social en comparación con los varones (Gómez Pérez-Mitré, 1999).

La duración de este periodo crítico no sólo depende de los cambios madurativos y el crecimiento corporal sino también del contexto cultural, así tenemos que en nuestra cultura actual este periodo se extiende debido a la duración del aprendizaje y formación del joven, lo que favorece el hecho de que los adolescentes se encuentren libres de responsabilidades haciendo más marcada su dependencia sociofamiliar de la que después les cuesta tanto salir y es motivo de continuos enfrentamientos generacionales. Y si bien se podría pensar que es una ventaja para los adolescentes es más bien causa de frustración a nivel psicosocial pues no se encuentra dentro del juego (Aguirre, 1994).

5.4. LA CULTURA ADOLESCENTE

La cultura adolescente se refiere a esa expresión y comunicación grupal, propios de la adolescencia, se puede hablar de tres rasgos importantes de esta expresividad adolescente: el culto a la corporalidad, el culto a la comunicación sensorial y el culto a la imagen.

Debido a los importantes cambios que sufre el cuerpo durante la pubertad el adolescente refleja un culto a la corporalidad manifestado en la preparación para el deporte (hombres) y en la defensa de la delgadez (mujeres). Esta actitud ante el propio cuerpo, que es a la vez ética y estética, se orienta hacia un narcisismo autorreferencial, que se refuerza mediante la afirmación de la moda (vestido) o la expresión de la desnudez. La ética corporal es para el adolescente una racionalización de valores sobre su identidad corporal en la que lo obeso es sentido como impuro. El yo es presentado no como un yo pensante, sino como un yo corporal, pasando a prevalecer la exteriorización sobre la interiorización. El culto al deporte está especialmente presente en la adolescencia masculina, donde los chicos intentan demostrar su virilidad a través de la forma física, del juego guerrero del deporte de competición, siendo el deporte de alto rendimiento básicamente, una cultura adolescente. Otras formas de expresión corporal adolescente masculina serían el riesgo y la aventura, en todas sus formas de realización. Por otro lado está el culto femenino a la delgadez a la silueta cuya forma patológica vendría expresada por el síndrome anorexia-bulimia. Las modelos femeninas adolescentes son delgadas casi hasta la carencia de cuerpo (Aguirre, 1994).

En la actualidad el modelo cultural estético al que aspiran la mayoría de las jovencitas es a la delgadez y quien más vulnerable se muestra a esa influencia es la población adolescente por lo que no es raro observar estudios en los que el 50% de las jóvenes han iniciado algún tipo de dieta alimentaria debido a la influencia de los medios. Se observa una insatisfacción sobre sus dimensiones y formas corporales, así como una preocupación por una figura poco agraciada resultado del cambio que están viviendo en sus cuerpos. Su imagen corporal y el valor de sí mismas esta ligada íntimamente a la actitud que muestran las demás personas sobre sus cuerpos (Stierlin y Weber, 1990).

En un primer estudio Gómez Pérez-Mitré (1997) reportó que en niñas de 9 a 12 años ya se observa un deseo claro por obtener una figura delgada y por cumplir con el estereotipo de delgadez asociado con lo atractivo. El 94% de esta población mostró una excesiva preocupación por su peso corporal, lo cual nos habla de la alta probabilidad que existe en estas jovencitas de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria.

Esta preocupación constante de las adolescentes sobre su peso nos habla también de que se ha establecido una imagen corporal carenciada como lo demuestra un estudio realizado

recientemente en el que se observa una relación significativa entre la autoatribución negativa y los problemas alimentarios (González, Lizano y Gómez-Peresmitré, 1999).

El cuerpo también es vivenciado como sensorialidad y no como pensamiento, se pasa directamente a la acción, y tal pareciera que el sistema eléctrico de los medios de comunicación audiovisuales se experimenta como prolongación del sistema nervioso del cuerpo. No tienes un cuerpo sino que eres un cuerpo. El culto a la sensorialidad es vivido como hedonismo, inmediatez, narcisismo y hasta egoísmo (que convive con la crítica idealista a la sociedad parental). El adolescente actual vive una yoicidad corporal, el cuerpo es su principal perspectiva. La imagen del adolescente es la de un cuerpo en eterno presente, en eterna juventud que no necesita del pasado (tradicción), ni del futuro (ligado a la experiencia) para llegar a ser, como la que se revela en el póster triunfante de un joven cantante, deportista o aventurero que ha llegado a conquistarlo todo (salud, dinero y amor) y en plena juventud. En este culto a la imagen no sólo una imagen vale más que mis palabras, sino que es la única palabra. Desafortunadamente, en el mundo de las imágenes no hay un mundo de imaginación y de creatividad, sino de inmediatez y de oralidad consumista que lleva a la destrucción y a la insaciable insatisfacción. Así es como la adolescencia ha sido considerada por los adultos como la imagen de la vida como un tipo de vida, como un estilo de vida, como una forma de imaginarnos la vida (Aguirre, 1994).

El entender como es que el adolescente vivencia esta etapa es de suma importancia para la prevención de conflictos familiares ya que si hay una edad en la que el adolescente necesite a sus padres y pueda dialogar y ser comprendido por ellos, ésa es la adolescencia. Un padre que responde con gritos inseguros a la forma bronca de expresarse de su hijo adolescente, no sólo pierde autoridad, sino que, sobre todo, no está en condiciones de dar un apoyo psicológico a su hijo (Aberastury, 1970).

La contracultura que surge en esta época se articula sobre la base de la defensa de una posición revolucionaria que propugna una sociedad alternativa presidida por la oralidad consumista, hedonista-narcisista, presentista-utopista; la liberación corporal sexual de superación de la moral sexual, de la familia tradicional y de la monogamia. La felicidad es buscada a través del hedonismo y la moral es rechazada como represora y defiende la no-ingerencia en las decisiones sobre el cuerpo propio (aborto, adulterio, homosexualidad); la protesta social y la rebelión antiparental creando grupos alternativos frente a la familia. Frente a la marginación impuesta, esta juventud grupalizada, contesta con destrucción agresiva, con alteración del orden, con la provocación en la indumentaria, etc. (Aguirre, 1994).

5.5. PSICOPATOLOGIA ANTE LOS CAMBIOS DE LA ADOLESCENCIA

La no-aceptación de los cambios puberales pueden devenir en fobias hacia determinadas partes del cuerpo (histeria) en caso de fijarse en etapas orales, y en trastornos obsesivos compulsivos en caso de fijarse en la etapa anal (hipocondría, ansiedad, síndromes de despersonalización).

En el caso de que las defensas fallen en la contención del rechazo ante el propio cuerpo se pueden presentar acciones autodestructivas como el suicidio y las automutilaciones como una forma de controlar un cuerpo no vivenciado como propio. También se puede presentar una dispercepción corporal (anorexia-bulimia) ya que el paso de un cuerpo asexualado al de un cuerpo sexuado y genital genera en algunas chicas una presión fundada en las tradiciones relacionadas muchas veces a las religiones, que señalan a la menstruación como el indicador de un cuerpo impuro, molesto y sucio. Este factor a pesar de que depende más que nada del contexto cultural en el que se desarrolle la adolescente determinará el cómo acepte su maduración sexual y si presente o no una respuesta patológica al conflicto. Una de las reacciones patológicas a esta transformación del cuerpo es el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria. Es el caso de la anorexia, la cual se podría entender como la no-aceptación de este cambio, como la dificultad de integrar la genitalidad que conduce a la negación del medio cuerpo inferior (Aguirre, 1994).

Aguirre (1994) menciona que: "Con el conflicto edípico y la consecuente regresión a las fases pregenitales, se produce la sexualización y erotización de la zona oral (por desplazamiento y fijación de las pulsiones sexuales), y con ella la asociación de la receptividad genital con la oral" (Pág. 73).

Con esto quiere decir que la chica anoréxica desplaza sus miedos por medio de una fobia a la comida por todo lo que representa su sexualidad repudiando la condición y formas femeninas y buscando continuamente la delgadez que simbolizará la belleza purificada y negando cualquier energía pulsional. En el caso de la bulímica parece ocurrir lo contrario al mostrarse no restrictiva sino impulsiva, aunque con el temor al alimento se enfrenta con la posterior expulsión. En el caso de la obesidad se muestra una actitud pasiva, regresiva de dependencia que bloquea el curso de su desarrollo sexual, pues con la ingestión desmesurada de alimentos se trata de compensar los sentimientos de soledad y de formar con su cuerpo una coraza que lo hace sentir seguro pero a la vez lo hace sentir vacío. Es claro entonces como en los trastornos de la alimentación así como en las adicciones se pueden encontrar elementos psicóticos que manifiestan una elevada angustia ante la crisis de desarrollo (Aguirre, 1994).

Bajo el estrés que ocasiona el proceso de desarrollo, las jóvenes con anorexia son incapaces de atender las demandas de independencia y de socialización al mismo tiempo, describen sentirse inadecuadas para enfrentarse al reto de crear una nueva identidad y

de lidiar con conflictos relacionales, así como generar un sentido propio de motivación. Intrapsíquicamente la adolescente que desarrolla anorexia nerviosa ha asociado la ansiedad, provocada por el estrés de la maduración, a síntomas corporales. El desarrollo de síntomas psicósomáticos es la representación concreta de un mal manejo y no verbalización del estrés relacionado al desarrollo (Wechselblatt, 2000).

Es frecuente que las muchachas con una maduración precoz o con un sobrepeso durante la pubertad restrinjan el alimento de forma anárquica, injustificada y sin preocuparse si se alteran o se producen carencias importantes. Los casos más extremos conducen a la anorexia nerviosa. Estas mujeres suelen creer que comen lo necesario y están en su peso ideal, cuando en realidad están subnutridas. En estos casos es común que la anorexia se acompañe de amenorrea (falta de menstruación), la cual esta provocada por un déficit energético y una remodelación somática que está marcada por una diferente composición corporal del joven anoréxico y del normal (Aguirre, 1994).

Durante la adolescencia se debe llegar a una cantidad porcentual de grasa mínima para que acontezca la menarquia, así como la mujer adulta debe mantener un cierto acumulo de grasa para mantener ciclos regulares y reproducirse. En grupos de atletas seleccionadas y entrenadas desde edades muy tempranas como las gimnastas o bailarinas de ballet, en las que no son infrecuentes los casos de anorexia, los períodos de amenorrea son prolongados y las menstruaciones tardías (Unikel y Gómez Pérez-Mitré, 1999).

En el caso de los varones también parece afectada la capacidad procreadora asociada a la pérdida de peso extrema. Primero, por un descenso de la libido y, posteriormente por una reducción en el fluido prostático, lo cual disminuye la motilidad de los espermatozoides y su longevidad. La nutrición juega un papel de enorme importancia durante el período, no sólo del crecimiento, sino también de la adolescencia, siendo el primer factor incidente en la maduración del aparato reproductor que, al final de esta etapa, culmina con seres aptos para reproducirse (Aguirre, 1994).

Otra forma de expresar el estrés causado por el desarrollo se refiere al otro polo de los desordenes del comer representado por la conducta de sobreingesta. Al respecto Martin (2001) presento un estudio que examina los beneficios y desventajas de la conducta alimentaria emocional. Comparando los hábitos entre los comedores emocionales y un grupo control, encontrando que los primeros comen mayor cantidad de alimentos ricos en azúcares y grasas cuando se encuentran bajo estrés.

5.6. ESTRÉS EN LA ADOLESCENCIA

Ya se ha expuesto como la adolescencia es un período de continuo cambio que genera una crisis de identidad al asumir un nuevo cuerpo, lo cual sin duda genera un estrés importante que ligado a esta falta de identificación con el propio cuerpo se vuelve un factor de riesgo en la aparición de los trastornos de la alimentación. En este capítulo se expondrá brevemente algunos conceptos relacionados al estrés que es una de las variables del presente estudio.

El estrés se puede definir como cualquier influencia que interrumpa algún aspecto del funcionamiento normal del organismo, con esta definición tan general debe quedar claro que el estrés puede ser producido por cualquier cosa (Terras, 1994).

Se puede considerar al estrés como una respuesta, como un estímulo o como una relación dependiendo del marco teórico por el que se revise. Como una respuesta se refiere a la intensificación de la reacción del organismo durante un estado de estrés. Como estímulo se refiere a todos esos desencadenantes ambientales en el individuo y en el grupo social. Y finalmente cuando se hace referencia al estrés como una relación se estaría hablando de una transacción entre el individuo y su medio ambiente, por lo que la atención giraría respecto a como un individuo percibe como estresante un evento y no otro, así como la manera en la que se adapta (Lazarus y Folkman, 1991).

5.6.1. TIPOS DE ESTRÉS

Se pueden presentar diferentes tipos de estrés como son el físico y ambiental o de tipo emocional y mental. El estrés físico y medioambiental es causado por todos esos factores que interrumpen el funcionamiento físico normal, por ejemplo el causado por ejercicio excesivo o agotador, por esfuerzo físico extenuante, movimiento o sacudida dramáticos, o cambios de temperatura. El estrés emocional y mental es el causado por aquellas situaciones del presente que pueden ser previstas o posibles y aquellas que se dieron en el pasado, por ejemplo, problemas laborales, dificultades en las relaciones, preocupaciones financieras, divorcio o separación, prisas por mala organización del tiempo, exámenes o exposiciones. Los síntomas iniciales suelen ser el enfado, ansiedad, preocupación, miedo, y depresión (Terras, 1994).

El estrés puede ser desencadenado por diferentes fuentes ya sea de tipo personal, familiar y/o social. Como fuentes personales se puede hablar de aquellas causadas en general por el conflicto que surge cuando se dan dos o más tendencias de respuesta que son incompatibles entre sí. Existen cuatro tipos de conflicto: acercamiento-acercamiento

(las dos tendencias igual de deseables), evitación-evitación (igual de indeseables), acercamiento-evitación (se desea alcanzar un objetivo pero causa miedo obrar de esa manera), y doble acercamiento-evitación (cuando el acercamiento a un objetivo concreto supone la pérdida de otro). Tanto el procedimiento de solución de conflicto, como el hecho de que el conflicto quede sin resolver causa tensión (Raffi, Rondini, Grandi y Fava, 2000).

La fuente familiar de estrés se refiere al impacto de cada familia sobre sus miembros y aquí habría que considerar el papel de esta en la creación del estrés pero también en su prevención. De alguna forma es de esperarse que la interacción entre personas, con características propias y que esta pasando por etapas de desarrollo distintas, genere estrés, sin embargo existen situaciones que producen un mayor conflicto como son las enfermedades, las pérdidas o separaciones, y los cambios críticos del desarrollo. La manera en la que una familia vivencie estos cambios dependerá de la comunicación y de la estabilidad de sus relaciones (Rodríguez, 1995).

Cuando se habla de las fuentes sociales de estrés no se puede evitar referirse al papel de la sociedad que desde una visión socio-cognitiva demanda al individuo el adaptarse y asumir una serie de reglas para la convivencia con otros, aplicable a los variados contextos sociales como son la escuela y el trabajo (Solís, 1997).

5.6.2. REACCION AL ESTRÉS

Algunas de las reacciones más corrientes a un estímulo o a un acontecimiento estresante son: la tensión, rigidez muscular, sudoración, estado de hiperalerta, alteración del ritmo respiratorio, aumento del latido cardíaco. Estas reacciones se deben principalmente a que el organismo humano dispone de un notable sistema de protección para casi cualquier contingencia que produzca estrés o afecte a la función orgánica, lo anterior con la finalidad de conservar el equilibrio del cuerpo, llamado homeostasia (Solís, 1997).

SÍNDROME GENERAL DE ADAPTACIÓN

Este síndrome, denominado así por Hans Selye en 1936, quien observó que ante una demanda ambiental surge un cierto grupo de reacciones y procesos orgánicos, se puede definir como la respuesta no específica del cuerpo a la acción del ambiente. O sea, como un proceso de reequilibrio del organismo ante una situación estresante, y las glándulas suprarrenales son las encargadas de ese proceso que comprende tres fases:

- Respuesta de alarma (combate o huida): es la reacción adaptativa del organismo al peligro o amenaza y su función es preparar al organismo para la acción inmediata por medio de la actividad de la médula suprarrenal, aumentando nuestras

capacidades físicas y bloqueando todo excepto el estrés lo cual produce una determinación y una confianza especiales.

- **Reacción de resistencia:** si persiste el estrés el organismo tiene que preparar una protección de larga duración y esta a cargo de la corteza suprarrenal. Se presentan dos etapas principales. En la primera etapa el cortisol aumenta los niveles de azúcar en la sangre y produce la transformación de los aminoácidos de los tejidos orgánicos en azúcar utilizable, lo cual permite que aumenten los niveles de energía y que el cuerpo pueda seguir funcionando bajo estrés. En una segunda etapa la aldosterona ayuda a retener sodio y eliminar potasio manteniendo alta la presión sanguínea y ayudando al organismo a ciertas tareas circulatorias relevantes en las reacciones al estrés.
- **Agotamiento:** si la reacción de resistencia supera sus límites, el organismo alcanza esta etapa. Definido en general como una gran sensación de cansancio físico y mental, el agotamiento se vincula también a ciertas partes del cuerpo que dejan de funcionar con un rendimiento normal o que dejan de funcionar (Rodríguez, 1995).

El objetivo de una reacción de estrés es movilizar los recursos de las partes del organismo que han de enfrentarse al estrés. Como consecuencia todos los sistemas orgánicos que no se consideran necesarios para enfrentarse al estrés se ven temporalmente privados de aportes (Terras, 1994).

Un ejemplo de lo anterior es la reacción del metabolismo durante periodos de ansiedad alta, donde el cuerpo segrega mayor cantidad de adrenalina, una hormona que controla el ritmo cardiaco y la presión sanguínea. Como se están quemando mayor numero de calorías, el cuerpo intenta equilibrarse a sí mismo, por lo que uno se siente hambriento especialmente hacia comidas altas en azúcar y grasas, lo cual también explica la relación de la ansiedad y las conductas alimentarias compulsivas (Redbook, 2000).

La manera en la que cada individuo vivencia un estímulo como estresante se da de acuerdo a características individuales, según Arnold, Eysenck y Meili (1979) "Las investigaciones han demostrado que las diferencias individuales, los modelos de estímulo y reacción, y sobre todo las tendencias predominantes producen formas características de reacción y éstas a su vez pueden estar en relación con disposiciones hereditarias a la reacción y quizá también con características personales como el umbral de sensibilidad o la tolerancia al estrés" (Pág. 438, citado por Solis, 1997).

5.6.3. AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS

En la actualidad del mundo occidental se promueve la no-expresión del estrés, haciendo que el individuo no sólo sufra ante tener que enfrentar este estado, sino que además debe

hacerlo de una manera discreta y sin que se note mucho (Levine y Gaw, 1995). Las investigaciones en el ámbito sociológico giran alrededor del soporte social ante el estrés por redes de relaciones, señalando que existen sociedades donde los lazos son particularmente fuertes y son capaces de evitar problemas de salud causados por estrés. Por otro lado la sociedad puede ser considerada como una fuente de estrés por las demandas que genera al individuo constantemente y por las reglas e instituciones sociales que coaccionan la forma en que éste afronta estas demandas (Solís, 1997).

El afrontamiento puede ser definido como un proceso en el que existe un esfuerzo cognitivo y conductual para desarrollar mecanismos que permitan manejar las exigencias externas o internas que sobrepasan los recursos del individuo. El afrontamiento es un proceso cambiante, influido por las constantes reevaluaciones cognitivas, en el que el individuo debe contar con estrategias defensivas y resolutivas, adquiridas a lo largo de su vida, que utilizará de acuerdo a los cambios que se den en su relación con el entorno. Estos cambios a su vez son consecuencias de las continuas evaluaciones y de los esfuerzos por traducir y aumentar la comprensión de los acontecimientos, pero también puede darse debido a cambios independientes de la actividad del individuo (Lazarus y Folkman, 1991).

El afrontamiento es el resultado de las demandas específicas en situaciones particulares de la vida de cada individuo por lo que se debe de partir desde el contexto individual para hacer un análisis correcto. A partir de la literatura sobre desastres Lazarus y Folkman (1991) proponen tres etapas de afrontamiento que son: anticipatoria o de aviso, de impacto o de confrontación, y de postimpacto o postconfrontación. En la etapa anticipatoria o de aviso, en la que el acontecimiento no ha ocurrido, el individuo evalúa la posibilidad de que suceda, el modo, el momento y si podrá manejarlo y como hacerlo. Una de las estrategias que se ponen en marcha en esta etapa es el distanciamiento psicológico que se manifiesta por medio de la evitación de pensamientos que hagan referencia a la amenaza y de la negación de sus implicaciones, así como de la búsqueda de información que pueda ayudar al desarrollo de estrategias alternativas. Durante la etapa de impacto el acontecimiento, ya presente en su totalidad, empieza a ser evaluado en función de si es como se anticipaba y en que aspectos. Es común que debido a que la energía esta concentrada en la acción-reacción el sujeto tarda en darse cuenta de lo que esta ocurriendo y en valorar su relevancia. El período de postimpacto esta íntimamente ligado con el anterior ya que desde la etapa de impacto se dan procesos de evaluación y de afrontamiento dirigidos no sólo al pasado y al presente sino también al futuro, surgiendo todo un nuevo conjunto de consideraciones. Y a pesar de que el acontecimiento ya haya terminado los daños sufridos serán elementos anticipatorios de amenaza. Durante esta interacción del individuo con los acontecimientos estresantes se pone en claro la necesidad de regular las emociones ya que por el momento las acciones directas sobre el entorno se pospondrán.

White (1974) propone tres funciones básicas del afrontamiento que son: asegurar la información adecuada del entorno, mantener conductas internas satisfactorias tanto para la acción como para el procesamiento de la información, y mantener autonomía o libertad de movimientos (libertad en el uso del repertorio de estrategias propio) (citado en Lazarus y Folkman, 1991).

De acuerdo a su objetivo se puede hablar de un afrontamiento dirigido a manipular o alterar el problema y de un afrontamiento dirigido a regular la respuesta emocional, y su uso dependerá a su vez de la evaluación sobre si se puede actuar o no. Por lo regular el afrontamiento dirigido a la emoción se da cuando la evaluación indica que no se puede hacer nada para modificar las condiciones lesivas, amenazantes o desafiantes del entorno. Las estrategias utilizadas en este afrontamiento están dirigidas a disminuir el trastorno emocional y pueden ser: la evitación, la minimización, el distanciamiento, la atención selectiva, las comparaciones positivas y la extracción de valores positivos a los acontecimientos negativos. También se puede optar por aumentar el grado de trastorno emocional ya que algunos individuos necesitan tocar fondo antes de empezar a sentirse mejor por lo que pueden pasar al autoreproche o a cualquier otra forma de autocastigo. Otra forma de afrontamiento dirigido a la emoción son las reevaluaciones que permiten cambiar el significado de la situación ya sea de manera realista o con una distorsión de la realidad. También entrarían en este grupo las estrategias conductuales, como son el ejercicio, las adicciones, el desahogo y la búsqueda de apoyo emocional. El afrontamiento dirigido al problema cuenta con estrategias enfocadas a la resolución del problema, a la búsqueda de soluciones alternativas, lo cual implica un proceso analítico sobre el entorno pero también sobre las estrategias internas como son los cambios motivacionales, la variación del nivel de aspiraciones, la reducción de la participación del yo, la búsqueda de canales distintos de gratificación, el desarrollo de nuevas pautas de conducta, o el aprendizaje de recursos y procedimientos nuevos. Los recursos para afrontar el estrés, en gran medida, son propiedades del individuo, como la salud y la energía, las ciencias positivas y las técnicas sociales de resolución de problemas. Sin dejar fuera las características ambientales en las que se incluyen los recursos sociales y materiales (Lazarus y Folkman, 1991).

5.6.4. LOS DESORDENES DEL COMER COMO UNA FORMA DE AFRONTAMIENTO

En relación con lo antes expuesto es claro como se pueden desarrollar formas de afrontamiento positivas y negativas ante el estrés, clasificadas así de acuerdo a las consecuencias que tienen para el individuo. Algunos estudios se han enfocado ha encontrar la relación entre los trastornos de la conducta alimentaria y el estrés, ya que consideran a estos desórdenes como una forma negativa de afrontamiento al estrés.

Los eventos estresores desencadenan estados de ánimo negativos. Y el comer puede ser una respuesta a estos estresores, como un tipo de afrontamiento para manejar el estrés. El estilo característico e individual de afrontamiento, la tendencia a evitar la situación estresante, el manejar los afectos negativos conectados con ellos, y encontrar una solución al problema, han sido relacionados con la depresión y la ansiedad encontrando que el evitamiento y la negación suelen ser mucho más maladaptativos que resolver directamente el problema (Solomon, 2001).

El ejemplo de la conducta de sobreingesta es claro ya que ha sido identificada como un afrontamiento orientado a la liberación de la tensión causada por la angustia, lo cual puede ser explicado relacionándolo con las observaciones de las conductas adictivas. Pearlman y Aneshensel (1986) observaron que el alcohol era utilizado por los jóvenes varones para afrontar estados de ánimo negativos, sin embargo el uso de esta medida a la larga está relacionado con un efecto depresivo más severo. Al igual existe evidencia de que el comer puede ser adaptativo pero a la larga es maladaptativo al provocar una mayor angustia y estrés (citados en Solomon, 2001).

Por otro lado Schlundt y Johnson (1990) observaron que en el caso de las mujeres las estrategias para hacer frente a los problemas son aprendidas de los miembros de la familia, particularmente de la madre y las hermanas, y el comer compulsivo es una de estas estrategias pasada de generación en generación.

Wolf, Crosby, Roberts y Wittrock, (2000) también realizaron estudios en los que se apoya la idea de que los desórdenes de la alimentación en general están altamente relacionados con estrategias de evasión, las cuales son consideradas como maladaptativas, explicando que esta relación que existe entre el estrés y la sobreingesta se desarrolla por el reforzamiento de ésta como un escape de un particular tipo de estrés.

Con respecto al tipo de afrontamiento un estudio demuestra que las personas con desórdenes de la alimentación en general tenían calificaciones altas en las escalas sobre la evitación. En el caso de la anorexia restrictiva, se reportó una calificación baja en la búsqueda de estrategias novedosas en comparación con la bulimia (Bennett y Cooper, 2001).

Leal, Weise y Dood (1995) llevaron a cabo una investigación sobre bulimia y tolerancia al estrés en una población universitaria y observaron que las mujeres reportan menor tolerancia al estrés y más síntomas de bulimia que los hombres, y en ambos grupos los síntomas de bulimia se relacionaron con menores niveles de tolerancia al estrés. El común de las investigaciones ha sugerido que las mujeres experimentan mayor estrés en su vida cotidiana y son más susceptibles de desarrollar bulimia, sugiriendo que algunas mujeres

utilizan a los desórdenes de la alimentación como una forma de afrontamiento al estrés debido a la falta de métodos efectivos.

Gómez Pérez-Mitre y colaboradores (1998) detectaron la alta prevalencia de la conducta alimentaria de sobreingesta y el hecho de que la ansiedad constituyera el rasgo común subyacente a las interacciones psicosociales y psicoambientales en las que se produce dicha conducta.

Ball y Lee (1999) examinaron la relación existente entre el estrés psicológico y los desórdenes de la conducta alimentaria, correlacionando altamente estas variables, y encontrando que en la población bajo estrés se presentaban conductas sintomáticas de los desórdenes de la alimentación y actitudes características.

Estudios como los de Taylor y Cooper (1989) y los de Robb y Thomson (1990) revelan que algunos pacientes muestran un incremento de la distorsión de la percepción corporal mayor que los sujetos control después de la exposición a situaciones de estrés. Esto sugiere que existe una vulnerabilidad ante las situaciones de estrés que diferencia el constructo perceptivo-cognitivo-afectivo entre personas con un trastorno de la imagen corporal de aquellas con un simple descontento de su cuerpo. Aunque es importante señalar que cada persona puede responder de manera diferente a las situaciones que resulten amenazantes, lo cual depende de múltiples factores como son la experiencia personal, el nivel cultural, y el temperamento, lo cual hace referencia a un sustrato biológico, a una predisposición. (citados en Chinchilla, 1995).

CAPITULO 6

PLAN DE INVESTIGACIÓN Y METODO

6.1. OBJETIVO

El objetivo de este trabajo es aportar conocimientos sobre factores de riesgo relacionados con la conducta alimentaria y el afrontamiento al estrés, en una población normal, para poder contribuir con el desarrollo de programas de prevención, atención y promoción de la salud.

6.2. PROBLEMA GENERAL

¿Existen diferencias en la conducta alimentaria dependiendo de si hay afrontamiento positivo o negativo al estrés?

- a. ¿Se relaciona el afrontamiento positivo y negativo al estrés con la conducta alimentaria normal, la conducta alimentaria compulsiva y el seguimiento de dieta crónica y restrictiva?

6.2.1. PROBLEMAS ESPECÍFICOS

- a. ¿Existe relación entre el afrontamiento al estrés positivo y la conducta alimentaria normal en mujeres adolescentes?
- b. ¿Existe relación entre el afrontamiento al estrés positivo y la conducta alimentaria normal en hombres adolescentes?
- c. ¿Existe relación entre el afrontamiento al estrés negativo y la conducta alimentaria compulsiva en mujeres adolescentes?
- d. ¿Existe relación entre el afrontamiento al estrés negativo y la conducta alimentaria compulsiva en hombres adolescentes?
- e. ¿Existe relación entre el afrontamiento al estrés negativo y el seguimiento de dieta crónica y restrictiva en mujeres adolescentes?
- f. ¿Existe relación entre el afrontamiento al estrés negativo y el seguimiento de dieta crónica y restrictiva en hombres adolescentes?

6.3. HIPÓTESIS DE TRABAJO

- a. Se encontrará mayor incidencia de conductas alimentarias normales en mujeres adolescentes con afrontamiento al estrés positivo.
- b. Se encontrará mayor incidencia de conductas alimentarias normales en hombres adolescentes con afrontamiento al estrés positivo.
- c. Se encontrará mayor incidencia de conductas alimentarias compulsivas en mujeres adolescentes con afrontamiento al estrés negativo.
- d. Se encontrará mayor incidencia de conductas alimentarias compulsiva en hombres adolescentes con afrontamiento al estrés negativo.
- e. Se encontrará mayor incidencia de seguimiento de dieta crónica y restrictiva en mujeres adolescentes con afrontamiento al estrés negativo.
- f. Se encontrará mayor incidencia de seguimiento de dieta crónica y restrictiva en hombres adolescentes con afrontamiento al estrés negativo.

6.4. DEFINICIÓN DE VARIABLES

Variables independientes: sexo y afrontamiento al estrés.

Variables dependientes: conducta alimentaria normal, conducta alimentaria compulsiva y seguimiento dieta crónica y restrictiva.

6.4.1. DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES

Variables independientes:

- Sexo: condición biológica que distingue al hombre de la mujer.
- Estrés: Para Uriarte, (1992) el estrés "se provoca por una variedad de estímulos físicos y mentales llamados estresores que desencadenan una respuesta en el organismo llamada síndrome general de adaptación, y que es la forma en que respondemos a una amenaza externa e interna en términos de lucha o huida, rompiendo con ello la homeostasis o estado de equilibrio del organismo" (Pág.32).
- Afrontamiento: Lazarus (1991) define el afrontamiento como "aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo" (Pág. 93).

VARIABLES DEPENDIENTES:

- Conducta alimentaria normal: de acuerdo con Gómez Pérez- Mitré (1998), la conducta alimentaria normal no se guía por hábitos inadecuados, y la ingesta se realiza bajo el control, medida y conocimiento del individuo.
- Conducta alimentaria compulsiva: Según Wilson y Walsh, (1991) este tipo de trastorno se caracteriza por recurrentes episodios de atracones (comer en un período discreto una mayor cantidad de comida que la consumida normalmente por el común de las personas durante un período similar en circunstancias parecidas), una sensación de pérdida de control sobre la comida durante el episodio del atracón (por ejemplo, una sensación de que no se puede parar de comer o no se puede controlar la cantidad de alimento que se ingiere), y marcada angustia con respecto al acto de comer compulsivamente.
- Seguimiento de dieta crónica y restrictiva: Tuschl (1990: citado en Wolf y cols., 2000) considera a la conducta dietaria como el conjunto de pensamientos dirigidos a la planeación de como regular la ingesta de comida, esta regulación esta dirigida a la pérdida de peso e implica la aplicación de ciertas medidas para el control del mismo. Por otro lado la restricción alimentaria es un intento cognitivo por restringir la ingesta de alimentos para mantener el peso corporal, pero no involucra necesariamente la pérdida de peso o la práctica de medidas de control.

En este estudio se hace referencia a una dieta crónica y restrictiva en el sentido de que todos los esfuerzos están dirigidos al control de peso, razón por la cual se vive constantemente haciendo dieta, se rompe y se vuelve a empezar (Gómez Pérez- Mitré, 1998).

6.4.2. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

VARIABLES INDEPENDIENTES:

- Sexo: Representa una variable de clasificación en donde ninguna respuesta adquiere un mayor puntaje que la otra. 1= Hombres y 2= Mujeres.
- Afrontamiento al estrés: puede ser de tipo negativo=2 o positivo=1 de acuerdo a las respuestas dadas a los reactivos de la escala I del Cuestionario de Alimentación y Salud, que mide el afrontamiento al estrés (ver anexo).

VARIABLES DEPENDIENTES:

- Conducta alimentaria normal: Puntajes dados a los reactivos de las escalas E y F que componen al factor de la conducta alimentaria normal para las mujeres adolescentes (E8, E12, E18, E20, E22 y E32) y para los hombres (E8, E12, E18, E20, E22 y E32) (ver anexo).
- Conducta alimentaria compulsiva: Puntajes dados a los reactivos de las escalas E y F que componen al factor de la conducta alimentaria compulsiva para las mujeres adolescentes (E15, E17, E21 E23, E25, E34, E35, E36, E37, E38, E40 y E41) y para hombres (E21 E23, E25, E34, E35, E36, E37, E38 y E41) (ver anexo).

- Dieta crónica y restrictiva: Puntajes dados a los reactivos de las escalas E y F que componen al factor de dieta crónica y restrictiva para las mujeres adolescentes (E13, E19, E24, E42, E43 y E45) y para los hombres (E13, E19, E24, E42 y E43) (ver anexo).

6.5. MÉTODO

6.5.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La investigación se puede clasificar como *expost-facto*, de campo y transversal, que se desarrolló de acuerdo con un diseño factorial de dos por dos: afrontamiento positivo en mujeres, afrontamiento positivo en hombres, afrontamiento negativo en mujeres, y afrontamiento negativo en hombres.

6.5.2. MUESTRA

Se trabajó con una muestra no probabilística, con una N=117 adolescentes hombres y mujeres de tercer grado de secundaria, la cual quedó dividida como sigue: mujeres que presentan afrontamiento positivo al estrés N=21, mujeres con afrontamiento negativo al estrés N=28, hombres que presenta afrontamiento positivo al estrés N=31 y hombres que presenta afrontamiento negativo al estrés N=37 (Tabla 1).

TABLA 1. Distribución del número de sujetos en los cuatro grupos.

	<i>AFRONTAMIENTO POSITIVO</i>	<i>AFRONTAMIENTO NEGATIVO</i>	<i>TOTAL</i>
HOMBRES	31	37	68
MUJERES	21	28	49
TOTAL	52	65	117

Con el objeto de realizar esta investigación se seleccionaron a través de un muestreo intencional por cuota a sujetos que se encontraban en la adolescencia temprana. El muestreo intencional por cuota de tipo no probabilístico se caracteriza por el uso de juicios y por un esfuerzo deliberado de obtener muestras representativas, incluyendo áreas o grupos supuestamente típicos de la muestra. Y por cuota significa que el investigador establece el número de personas a las que va a aplicar (Kerlinger, 1988).

6.5.3. INSTRUMENTO

Se utilizó el instrumento llamado "Cuestionario de Alimentación y Salud" (Gómez Pérez-Mitré, 1993, 1993b, 1995), que explora las siguientes áreas:

- Sociodemográfica: con 15 reactivos de la escala A, en los que se preguntan, edad, sexo, nivel de estudios de los padres, etc. (ver anexo).
- Conducta alimentaria: Se utilizaron 54 reactivos de las escalas E y 24 reactivos de la escala F, teniendo 5 opciones de respuesta que según consideró el adolescente se aproximan o no a la manera en como ve la situación o que más se acerca a su manera de ser o de pensar.
 - a. Conducta alimentaria normal: con 8 reactivos y 5 opciones de respuesta. Por ejemplo, "Como lo que es bueno para mi salud", "Procuro comer verduras", etc. (ver anexo).
 - b. Conducta alimentaria anormal: con 70 reactivos y 5 opciones de respuesta. Por ejemplo, "Cuido que mi dieta tenga un mínimo de grasa", "Comer me provoca sentimientos de culpa", etc., (ver anexo).
- Afrontamiento al estrés: Se empleó la escala I con 10 reactivos que exploran la reacción al estrés, teniendo 5 opciones de respuesta que según consideró el adolescente se aproximan o no a la manera en como ve la situación o que más se acerca a su manera de ser o de pensar (ver anexo).
 - a. Afrontamiento al estrés positivo: con 5 reactivos y 5 opciones de respuesta. Por ejemplo, "Procuro platicarlo con otras personas", "Pienso en un plan de acción y lo sigo", etc., (ver anexo).
 - b. Afrontamiento al estrés negativo: con 5 reactivos y 5 opciones de respuesta. Por ejemplo, "Me pongo de mal humor", "Me culpo a mí mismo", etc., (ver anexo).

Al calificar las respuestas de cada escala se les asignan los puntajes más altos a las que implican mayor problema.

6.5.4. PROCEDIMIENTO

1. Para cubrir los objetivos de la presente investigación se acudió a las escuelas secundarias y se pidió apoyo de los directivos de las instituciones para poder aplicar el cuestionario a los alumnos.
2. Se procedió a la aplicación grupal del instrumento. Se les pidió a los adolescentes colaboración para contestar el cuestionario, diciéndoles que se trata de una investigación con perspectiva psicológica, en la cual se pretendía 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, también se les recordó que los datos obtenidos serían confidenciales y que se manejarían en conjunto. Dicha aplicación se realizó en

una sesión de hora y media, en horario de clases durante la mañana.

3. Se les entregaron los cuestionarios, solicitándoles que no comentarían sus respuestas y resolvieran sus dudas con la persona encargada.
4. Al terminar la aplicación se dio una breve retroalimentación acerca de los temas abordados en la escala.

CAPITULO 7

RESULTADOS

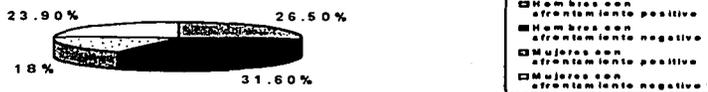
TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Con el fin de proporcionar información sobre los factores de riesgo asociados con conducta alimentaria y afrontamiento al estrés, en esta investigación se trabajó con una población normal, dando a conocer cómo es que se relacionan las respuestas al estrés y las conductas alimentarias de riesgo, para lo cual se realizó un análisis estadístico a través del paquete SPSS versión 8.0 para Windows generando los resultados descritos a continuación.

7.1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

La muestra quedó conformada por una N=117 adolescentes de tercer año de secundaria, 49 mujeres y 68 hombres. Se formaron finalmente cuatro grupos quedando Hombres con Afrontamiento Positivo al estrés (HAP) representando un 26% de la muestra total, Hombres con Afrontamiento Negativo al estrés (HAN) el 32%, Mujeres con Afrontamiento Positivo al estrés (MAP) el 18%, y Mujeres con Afrontamiento Negativo al estrés (MAN) el 24%, como lo muestra la Gráfica 1.

GRÁFICA 1. Distribución porcentual del tamaño de la muestra por grupo.



7.1.1. DISTRIBUCIÓN DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

La muestra tenía un rango de edad entre 13 y 16 años, con una edad promedio de la muestra total de 14.69 años. En el grupo con afrontamiento positivo se observó que el 56% tenía 15 años, seguido por el 35% que reportó una edad de 14 años, y el 9% con 16 años. Por otro lado en el grupo con afrontamiento negativo se observó que el 60% tenía 15 años, seguido por el 35% que reportó una edad de 14 años, el 3% con 16 años, y el 2% con 13 años. En la Tabla 1 se muestra las medias de la variable edad por grupo.

TABLA 1. Medias y desviación estándar de la variable "edad" por grupo.

GRUPO	MEDIA	S	N
HAP	14.77	.62	31
HAN	14.65	.59	37
MAP	14.71	.64	21
MAN	14.64	.56	28
Total	14.69	.59	117

Con respecto a la ocupación del padre se observó que tanto en los grupos con afrontamiento positivo (AP) como en los grupos con afrontamiento negativo (AN) de hombres y mujeres adolescentes, existe un mayor porcentaje de padres profesionistas y empresarios, resaltando el grupo de mujeres con afrontamiento positivo con un 55% de padres profesionistas. Al analizar las diferencias por sexo son los hombres quienes reportan un mayor porcentaje de padres empresarios (Tabla 2).

TABLA 2. Distribución porcentual de la variable "ocupación del padre" por grupos.

<i>HOMBRES</i>	<i>HAP</i>	<i>HAN</i>	<i>MUJERES</i>	<i>MAP</i>	<i>MAN</i>
No tiene trabajo	0%	0%	No tiene trabajo	0%	7.4%
Obrero	0%	2.7%	Obrero	0%	0%
Empleado	6.5%	10.8%	Empleado	20%	3.7%
Vendedor ambulante	0%	0%	Vendedor ambulante	0%	3.7%
Comerciante establecido	6.5%	5.4%	Comerciante establecido	5%	18.5%
Profesionista	38.7%	48.6%	Profesionista	55%	48.1%
Empresario	38.7%	27%	Empresario	15%	18.5%
Otra	9.7%	5.4%	Otra	5%	0%
TOTAL	100%	100%	TOTAL	100%	100%

Con respecto a la ocupación de la madre no hubo diferencias importantes observando tanto en los grupos con afrontamiento positivo (AP) como en los grupos con afrontamiento negativo (AN) de hombres y mujeres adolescentes un mayor porcentaje de amas de casa seguido por un porcentaje menor de profesionistas, como lo muestra la Tabla 3.

TABLA 3. Distribución porcentual de la variable "ocupación de la madre" por grupo.

<i>HOMBRES</i>	<i>HAP</i>	<i>HAN</i>	<i>MUJERES</i>	<i>MAP</i>	<i>MAN</i>
Ama de casa	45.2%	45.9%	Ama de casa	47.6%	46.4%
Empleada doméstica	0%	2.7%	Empleada doméstica	0%	0%
Empleada (comercio u oficina)	19.4%	10.8%	Empleada (comercio u oficina)	14.3%	10.7%
Comerciante establecido	0%	8.1%	Comerciante establecido	4.8%	0%
Profesionista	29%	24.3%	Profesionista	28.6%	32.1%
Empresario	3.2%	2.7%	Empresario	4.8%	7.1%
Otra	3.2%	5.4%	Otra	0%	3.6%
TOTAL	100%	100%	TOTAL	100%	100%

Con respecto a los años de estudio del padre no se observan diferencias importantes entre sexos, las diferencias más notables son en relación al tipo de afrontamiento siendo los grupos con afrontamiento positivo los que muestran un porcentaje elevado indicando 18 o más años de estudio (Tabla 4).

TABLA 4. Distribución porcentual de los años de estudio del padre por grupo.

HOMBRES	HAP	HAN	MUJERES	MAP	MAN
Menos de 6 años	0%	0%	Menos de 6 años	0%	0%
De 6 a 8 años	0%	0%	De 6 a 8 años	5%	3.6%
De 9 a 11 años	0%	5.4%	De 9 a 11 años	0%	7.1%
De 12 a 14 años	3.2%	2.7%	De 12 a 14 años	0%	3.6%
De 15 a 17 años	16.2%	16.2%	De 15 a 17 años	10%	21.4%
18 o más años	80.6%	75.7%	18 o más años	85%	64.3%
TOTAL	100%	100%		100%	100%

Con respecto a los años de estudio de la madre se observó la misma tendencia, con diferencias en relación con el tipo de afrontamiento siendo los grupos con afrontamiento positivo los que muestran un porcentaje elevado indicando 18 o más años de estudio (Tabla 5). Es importante hacer notar que cuando se comparan los resultados de los años de estudio del padre con los de la madre se puede observar una diferencia que favorece a los padres ya que la distribución de los años de estudios de la madre es más baja en la opción de 18 años o más, aumentando los casos que reportan de 15 a 17 años de estudio.

TABLA 5. Distribución porcentual de los años de estudio de la madre por grupo.

HOMBRES	HAP	HAN	MUJERES	MAP	MAN
Menos de 6 años	0%	2.8%	Menos de 6 años	4.8%	0%
De 6 a 8 años	3.2%	2.8%	De 6 a 8 años	0%	0%
De 9 a 11 años	3.2%	2.8%	De 9 a 11 años	0%	0%
De 12 a 14 años	3.2%	8.3%	De 12 a 14 años	0%	14.3%
De 15 a 17 años	25.8%	27.8%	De 15 a 17 años	28.6%	28.6%
18 o más años	64.5%	55.6%	18 o más años	66.7%	57.1%
TOTAL	100%	100%	TOTAL	100%	100%

La composición de la muestra con respecto al ingreso familiar marcó una tendencia hacia la opción de 10,000 pesos o más con un porcentaje de 45%, seguido por un 20% con ingresos de 8000 a 10,000, y un 19% con ingresos de 6000 a 8000 en el grupo de afrontamiento negativo: la misma tendencia se observa en los grupos con afrontamiento positivo, siendo 55% de 10,000 pesos o más, 25% de 8,000 y 10% de 6,000 pesos de ingreso.

Con respecto al lugar que ocupa entre hermanos se observó un mayor porcentaje de hermanos mayores en el grupo con afrontamiento positivo (AP) en hombres y mujeres, cambiando un poco en los grupos con afrontamiento negativo (AN) reportando en este último un porcentaje mayor de hermanos menores, como lo muestra la Tabla 6.

TABLA 6. Distribución porcentual del lugar que ocupa entre los hermanos por grupo.

MUJERES	HAP	HAN	HOMBRES	MAP	MAN
Hijo único	9.7%	18.9%	Hijo único	9.5%	10.7%
Menor	38.7%	40.5%	Menor	38.1%	46.4%
Intermedio	6.5%	18.9%	Intermedio	9.5%	17.9%
Mayor	45.2%	21.6%	Mayor	42.9%	25%
TOTAL	100%	100%	TOTAL	100%	100%

Al hacer la pregunta "¿Has tenido emisiones nocturnas/ menstruación?" se observó que el 74% de los hombres y el 100% de las mujeres con afrontamiento positivo reportan ya haber alcanzado su madurez sexual, encontrando poca diferencia con el grupo de afrontamiento negativo donde el 72% de los hombres y el 93% de las mujeres reportan lo mismo. Es de notar que las mujeres en comparación con los hombres reportan un mayor porcentaje con respecto a esta variable.

Con respecto a la edad en la que se alcanza la madurez sexual se observa un porcentaje mayor alrededor de los 11 y 13 años, presentando una edad promedio de 12.14 años para el grupo HAP, 12.09 años en el grupo MAP, 12.18 años en el grupo HAN, y 11.84 años para el grupo MAN, sin embargo es la distribución porcentual de la muestra la cual señala con mayor claridad a las mujeres con afrontamiento negativo (MAN) como el grupo en el que se presenta la madurez sexual más tempranamente ya que un 82% alcanzó su madurez de los 10 a los 12 años (Tabla 7).

TABLA 7. Distribución porcentual de la edad en la que alcanzan la madurez sexual por grupo.

HOMBRES	HAP	HAN	MUJERES	MAP	MAN
10 años	14.3%	0%	10 años	19%	12%
11 años	23.8%	18.5%	11 años	14.3%	12%
12 años	19%	37%	12 años	23.8%	60%
13 años	23.8%	37%	13 años	23.8%	12%
14 años	14.3%	7.4%	14 años	19%	4%
15 años	4.8%	0%	15 años	0%	0%
TOTAL	100%	100%	TOTAL	100%	100%

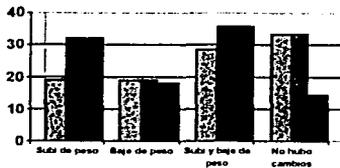
Al preguntar a los grupos de mujeres sobre la regularidad de su menstruación, el grupo con afrontamiento positivo reportó un 67% y el grupo de afrontamiento negativo un 89%, indicando un ciclo regular en la mayoría de los casos.

7.1.2. DISTRIBUCIÓN DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO

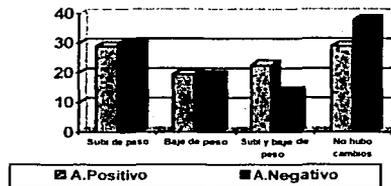
7.1.2.1. Factores de riesgo asociados con la preocupación del peso corporal

Al explorar la percepción de los cambios en el peso corporal en el último año, los adolescentes mostraron ciertas diferencias en sus respuestas con respecto al sexo, observando en el caso de las mujeres una mayor percepción de cambios en su peso corporal en comparación con los hombres. También son las mujeres en las que se dan diferencias con respecto al tipo de afrontamiento siendo un 32% del grupo con afrontamiento negativo quien reporta haber subido de peso y un 36% que subió y bajó de peso mientras que solo un 29% del grupo con afrontamiento positivo reporta que subió y bajó de peso (Gráfica 2).

GRÁFICA 2. Distribución de la percepción de los cambios en el peso corporal en los grupos de mujeres según el tipo de afrontamiento.



GRÁFICA 3. Distribución de la percepción de los cambios en el peso corporal en los grupos de hombres según el tipo de afrontamiento.



En el caso de los hombres se observó estabilidad en sus respuestas indicando en el grupo con afrontamiento positivo que un 29% subió de peso, y un 30% en el grupo con afrontamiento negativo. La diferencia más notable se da en relación con la respuesta que indica "subí y bajé de peso" presentando un 23% en el grupo con afrontamiento positivo y un 13% en el grupo con afrontamiento negativo, como se muestra en la gráfica 3.

Al preguntar "¿Aproximadamente durante cuánto tiempo has mantenido el peso que actualmente tienes?" un 42% del grupo de HAP reportó menos de un año y un 42% de uno a menos de tres años, la misma tendencia se observó en el grupo MAP con un 38% y 48% respectivamente. En los grupos con afrontamiento negativo se reportó un 51% en el grupo HAN indicando menos de un año y un 57% en el grupo MAN.

La diferencia notable se da entre los grupos de afrontamiento positivo y negativo, aumentando este último sus porcentajes en la opción de menos de un año, lo cual es mucho más evidente en el grupo de mujeres con afrontamiento negativo (Tabla 8).

TABLA 8. Distribución porcentual de la variable "¿Durante cuanto tiempo han mantenido el peso actual?" por grupo.

HOMBRES	HAP	HAN	MUJERES	MAP	MAN
Menos de un año	41.9%	51.4%	Menos de un año	38.1%	57.1%
De uno a menos de 3	41.9%	40.5%	De uno a menos de 3	47.6%	35.7%
De 3 a menos de 5	12.9%	0%	De 3 a menos de 5	9.5%	7.1%
De 5 y más de 5	3.2%	8.1%	De 5 y más de 5	4.8%	0%
TOTAL	100%	100%	TOTAL	100%	100%

Al preguntar sobre el temor a subir de peso sobresale el grupo de mujeres con afrontamiento negativo en el que el 36% contestó que siempre (21%) y muy frecuentemente (14%) siente temor a subir de peso, en comparación con un 5% del grupo de mujeres con afrontamiento positivo y un 3% del grupo de hombres con afrontamiento positivo (Tabla 9).

TABLA 9. Distribución porcentual del reactivo "Sentiste temor a subir de peso" por grupo.

HOMBRES	HAP	HAN	MUJERES	MAP	MAN
Nunca	67.7%	73%	Nunca	47.6%	25%
A veces	22.6%	24.3%	A veces	42.9%	32.1%
Frecuentemente	6.5%	2.7%	Frecuentemente	4.8%	7.1%
Muy frecuentemente	0%	0%	Muy frecuentemente	0%	14.3%
Siempre	3.2%	0%	Siempre	4.8%	21.4%
TOTAL	100%	100%	TOTAL	100%	100%

En la misma línea y ante el reactivo "Te sentiste preocupado por tu peso" un 32% del grupo MAN contestó que siempre, haciendo evidente la diferencia entre grupos de acuerdo al sexo ya que los grupos femeninos reportan un 24% (MAP) y un 25% (MAN) en la opción "frecuentemente", mientras que en la misma opción los grupos de hombres muestran un 6% (HAP) y un 5% (HAN) (Tabla 10).

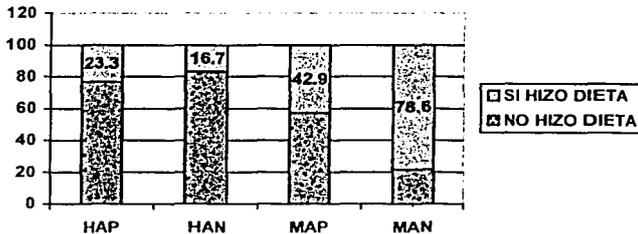
TABLA 10. Distribución porcentual del reactivo "Te sentiste preocupado por tu peso" por grupo.

HOMBRES	HAP	HAN	MUJERES	MAP	MAN
Nunca	74.6%	83.8%	Nunca	33.3%	21.4%
A veces	16.1%	5.4%	A veces	38.1%	17.9%
Frecuentemente	6.5%	5.4%	Frecuentemente	23.8%	25%
Muy frecuentemente	3.2%	2.7%	Muy frecuentemente	0%	3.6%
Siempre	0%	2.7%	Siempre	4.8%	32.1%
TOTAL	100%	100%	TOTAL	100%	100%

7.1.2.2. Factores de riesgo asociados con la conducta dietaria.

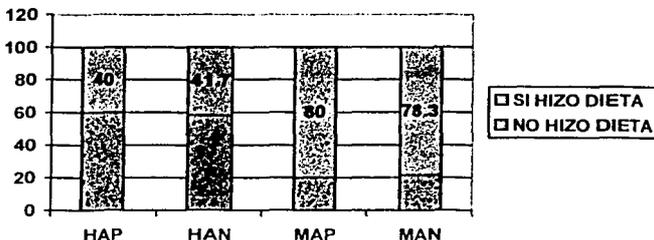
Al preguntar "¿Alguna o algunas ocasiones has hecho dieta para controlar tu peso?" se observó que un 23% del grupo de hombres con afrontamiento positivo (HAP) y un 17% del grupo de hombres con afrontamiento negativo (HAN) contestó que sí, mientras que en los grupos de mujeres se desarrolló una diferencia más marcada pues el grupo de mujeres con afrontamiento positivo (MAP) presentó un 43% y el grupo de mujeres con afrontamiento negativo (MAN) un 79%, como lo muestra la Gráfica 4.

GRÁFICA 4. Distribución porcentual al preguntar si han hecho dieta para bajar de peso, por grupo.



Al explorar si en los últimos 6 meses han hecho dieta se observó un aumento general de los porcentajes además de una diferencia notable entre hombres y mujeres, pues en el grupo MAP reporta un 80% y el grupo MAN un 78%, permaneciendo la población femenina como la de mayor incidencia en la conducta dietaria en los últimos seis meses (Gráfica 5).

GRÁFICA 5. Distribución porcentual al preguntar si en los últimos 6 meses han hecho dieta para bajar de peso.



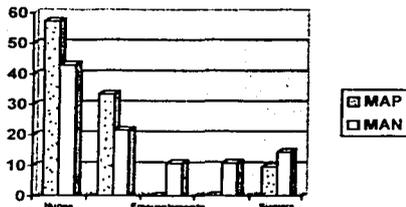
Con respecto a la edad en la que iniciaron su primera dieta los cuatro grupos reportan un porcentaje alto indicando una edad de 12 a 14 años con algunas variaciones, sobresalen el grupo HAP con un 87% y el grupo de MAN con un 77%. Se encuentra que es el grupo de hombres con afrontamiento negativo el que reporta en un 22% haber iniciado su primera dieta a una edad menor de los 9 años. Cuando se analizan las diferencias según el sexo son las mujeres en las que se observa un mayor porcentaje en la opción "de 15 a 17 años" que contrasta al compararlo con los porcentajes en cero de los dos grupos de hombres, siendo el grupo MAP en el que se observa un mayor porcentaje, lo cual indica que en el caso de las mujeres la primera dieta se dio en años recientes en comparación con los hombres (Tabla 11).

TABLA 11. Distribución porcentual de la edad en la que iniciaron su primer dieta, por grupo.

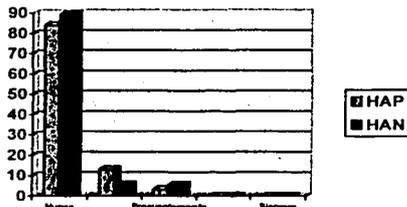
HOMBRES			MUJERES		
	HAP	HAN		MAP	MAN
Menos de 9 años	0%	22.2%	Menos de 9 años	0%	0%
De 9 a 11 años	12.5%	22.2%	De 9 a 11 años	22.2%	18.2%
De 12 a 14 años	87.5%	55.6%	De 12 a 14 años	55.6%	77.3%
De 15 a 17 años	0%	0%	De 15 a 17 años	22.2%	4.5%
TOTAL	100%	100%	TOTAL	100%	100%

En relación con la forma en la que se da la conducta dietaria se observan diferencias por sexo y por tipo de afrontamiento, siendo las mujeres quienes responden con mayor frecuencia afirmativamente a la frase "Siempre estoy a dieta, la rompo y la vuelvo a empezar", siendo el grupo MAN el que presenta un mayor porcentaje sobresaliendo en las opciones "siempre" (14%), "muy frecuentemente" (11%) y "frecuentemente" (11%) (Gráfica 6). Mientras que en el caso de los hombres solo un 3% del grupo con afrontamiento positivo contesta "frecuentemente", conservando la misma tendencia en el grupo con afrontamiento negativo en el que reporta un 5% (Gráfica 7).

GRÁFICA 6. Distribución porcentual de la variable "Siempre estoy a dieta, la rompo y vuelvo a empezar" en los dos grupos de mujeres.



GRÁFICA 7. Distribución porcentual de la variable "Siempre estoy a dieta, la rompo y vuelvo a empezar" en los dos grupos de hombres.



Cuando se explora si se saltan las comidas para controlar el peso, sobresale el grupo MAN con 33% contestando "frecuentemente" (15%), "muy frecuentemente" (7%) y "siempre" (11%) (Tabla 12).

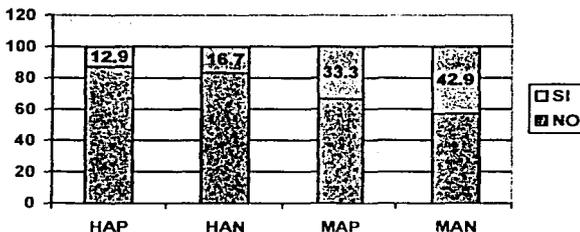
TABLA 12. Distribución porcentual del reactivo "Pertenezco al club de los que para controlar su peso se saltan las comidas" por grupo.

HOMBRES	HAP	HAN	MUJERES	MAP	MAN
Nunca	87.1%	89.2%	Nunca	85.7%	44.4%
A veces	9.7%	5.4%	A veces	9.5%	22.2%
Frecuentemente	3.2%	2.7%	Frecuentemente	0%	14.8%
Muy frecuentemente	0%	2.7%	Muy frecuentemente	4.8%	7.4%
Siempre	0%	0%	Siempre	0%	11.1%
TOTAL	100%	100%	TOTAL	100%	100%

7.1.2.3. Factores de riesgo asociados con la conducta alimentaria anómala

Al preguntar "¿Tienes o has tenido en los últimos 6 meses problemas con tu forma de comer?", se observan diferencias con respecto al sexo y al tipo de afrontamiento reportando un 13% para HAP, un 17% para HAN, un 33% para MAP, y un 43% para MAN, siendo este último el de mayor incidencia como lo muestra la gráfica 8.

GRÁFICA 8. Distribución porcentual de "Has tenido problemas con tu forma de comer en los últimos 6 meses".



Cuando se pregunta acerca de la naturaleza del problema con la forma de comer los hombres con afrontamiento positivo reportan un 80% en conductas de sobreingesta con la opción "Comes tanto que te duele el estómago", seguidos por el grupo de mujeres con afrontamiento positivo que reportan un 67% en conductas de sobreingesta siendo los más significativos el 44% referente a la opción "Comes tanto que te duele el estómago" y el 11% referente a "Comes y sigues comiendo hasta que vomitas".

En el grupo de hombres con afrontamiento negativo se observa que un 50% de la población reporta comidas de sobreingesta y el otro 50% conductas restrictivas, mientras que las mujeres con afrontamiento negativo reportan un 75% en conductas restrictivas con las opciones "Comes muy poco, menos que la mayoría de las personas" (33%) y "Comes tan poco que te sientes débil" (42%) (Tabla 13).

TABLA 13. Distribución porcentual del tipo de problema con la forma de comer por grupo.

HOMBRES	HAP	HAN	MUJERES	MAP	MAN
Comes muy poco menos que la mayoría de las personas.	20%	33.3%	Comes muy poco menos que la mayoría de las personas.	22.2%	33.3%
Comes tan poco que te sientes cansada y débil.	0%	16.7%	Comes tan poco que te sientes cansada y débil.	11.1%	41.7%
Comes tanto que te duele el estómago.	80%	33.3%	Comes tanto que te duele el estómago.	44.4%	0%
Comes y sigues comiendo hasta que sientes náuseas.	0%	16.7%	Comes y sigues comiendo hasta que sientes náuseas.	11.1%	25%
Comes y sigues comiendo hasta que vomitas.	0%	0%	Comes y sigues comiendo hasta que vomitas.	11.1%	0%
TOTAL	100%	100%	TOTAL	100%	100%

Cuando se pregunta "¿Tuviste que recurrir a inhibidores de hambre para controlar tu peso (anfetaminas o derivados de fibras)?" se observa una diferencia en relación con el tipo de afrontamiento, siendo los grupos con afrontamiento negativo en los que se observan porcentajes significativos en comparación con los ceros de los grupos con afrontamiento positivo. En el grupo MAN se observó una mayor incidencia con un 11% que contestó "frecuentemente" y un 4% que contestó "siempre", mientras que el grupo HAN contesta con un 3% que siempre (Tabla 14).

TABLA 14. Distribución porcentual del reactivo "Tuviste que recurrir a inhibidores de hambre para controlar tu peso", por grupo.

HOMBRES	HAP	HAN	MUJERES	MAP	MAN
Nunca	93.5%	94.6%	Nunca	90.5%	78.6%
A veces	6.5%	2.7%	A veces	9.5%	7.1%
Frecuentemente	0%	0%	Frecuentemente	0%	10.7%
Muy frecuentemente	0%	0%	Muy frecuentemente	0%	0%
Siempre	0%	2.7%	Siempre	0%	3.6%
TOTAL	100%	100%	TOTAL	100%	100%

Cuando se pregunta "¿Te provocaste el vómito porque comías de más?", se observó una incidencia significativa en el grupo de mujeres con afrontamiento negativo, pues mientras que en los otros grupos no hay casos en el grupo MAN se reporta un 18% que contestó "frecuentemente" (11%) y "muy frecuentemente" (7%) (Tabla 15).

TABLA 15. Distribución porcentual del reactivo "Te provocaste el vómito porque comías de más", por grupo.

<i>HOMBRES</i>	<i>HAP</i>	<i>HAN</i>	<i>MUJERES</i>	<i>MAP</i>	<i>MAN</i>
Nunca	100%	97.3%	Nunca	100%	57.1%
A veces	0%	2.7%	A veces	0%	25%
Frecuentemente	0%	0%	Frecuentemente	0%	10.7%
Muy frecuentemente	0%	0%	Muy frecuentemente	0%	7.1%
Siempre	0%	0%	Siempre	0%	0%
TOTAL	100%	100%	TOTAL	100%	100%

Al preguntar "¿Ayunaste para bajar de peso?" se observan diferencias importantes con respecto al sexo siendo los grupos de mujeres en los que se presentó un mayor porcentaje sobresaliendo el grupo MAN con un 25% que contestó "siempre" (14%), "muy frecuentemente" (7%) y "frecuentemente" (4%), en comparación con el grupo MAP que presentó un 5% en cada una de las opciones mencionadas, como muestra la Tabla 16.

TABLA 16. Distribución porcentual del reactivo "Ayunaste para bajar de peso", por grupo.

<i>HOMBRES</i>	<i>HAP</i>	<i>HAN</i>	<i>MUJERES</i>	<i>MAP</i>	<i>MAN</i>
Nunca	83.9%	86.5%	Nunca	71.4%	35.7%
A veces	12.9%	10.8%	A veces	14.3%	39.3%
Frecuentemente	0%	0%	Frecuentemente	4.8%	3.6%
Muy frecuentemente	0%	2.7%	Muy frecuentemente	4.8%	7.1%
Siempre	3.2%	0%	Siempre	4.8%	14.3%
TOTAL	100%	100%	TOTAL	100%	100%

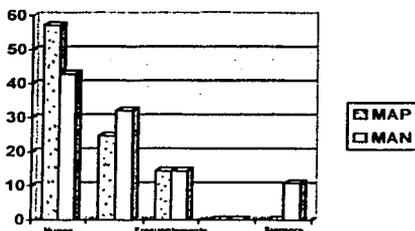
Al explorar el comer compulsivo, por medio del reactivo "Mi problema es empezar a comer pero una vez que empiezo difícilmente puedo detenerme", se observa que todos los grupos presentan esta conducta destacando el grupo de mujeres con afrontamiento negativo que reporta un 11% que contestó "siempre" (4%) y "muy frecuentemente" (7%). Es importante señalar que los dos grupos de hombres indicaron un 3% en las opciones anteriores marcando una cierta regularidad en comparación con las mujeres (Tabla 17).

TABLA 17. Distribución porcentual del reactivo "Mi problema es empezar a comer pero una vez que empiezo difícilmente puedo detenerme" por grupo.

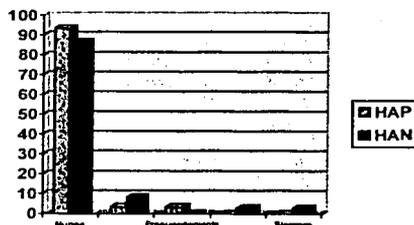
HOMBRES		HAP	HAN	MUJERES		MAP	MAN
Nunca	83.3%	73%	Nunca	71.4%	57.1%		
A veces	6.7%	8.1%	A veces	19%	32.1%		
Frecuentemente	3.3%	13.5%	Frecuentemente	4.8%	0%		
Muy frecuentemente	3.3%	2.7%	Muy frecuentemente	4.8%	7.1%		
Siempre	3.3%	2.7%	Siempre	0%	3.6%		
TOTAL	100%	100%	TOTAL	100%	100%		

Cuando se cuestiona el miedo a perder control sobre la forma de comer las diferencias principales se dan entre hombres y mujeres siendo las mujeres las que indican mayor incidencia pues un 14% de cada grupo contestó que "frecuentemente" y un 11% del grupo MAN contestó que "siempre", lo cual también nos indica una diferencia importante con respecto al tipo de afrontamiento (Gráfica 9). Mientras que en los grupos de hombres los porcentajes se mantienen bajos, y la diferencia según el tipo de afrontamiento, aunque muy sutil, se muestra por los porcentajes en ceros de los grupos con afrontamiento positivo (Gráfica 10).

GRÁFICA 9. Distribución porcentual del miedo a perder el control sobre la forma de comer en los dos grupos de mujeres.



GRÁFICA 10. Distribución porcentual del miedo a perder el control sobre la forma de comer en los dos grupos de hombres.



7.1.2.4. Factores asociados con la conducta alimentaria de compensación psicológica.

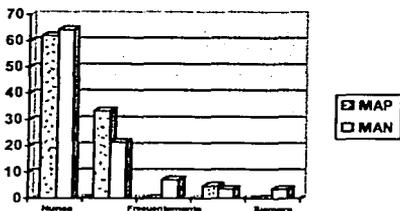
Al explorar el uso del comer como una conducta compensatoria se observa una diferencia que favorece a los grupos con afrontamiento negativo ya que un 16% del grupo HAN y un 21% del grupo MAN reportan que "siempre", "muy frecuentemente" y "frecuentemente" sienten que la comida los tranquiliza, sobresaliendo también el grupo MAP al contestar con un 15%, aunque es una conducta presente en todos los grupos (Tabla 18).

TABLA 18. Distribución porcentual del reactivo "Siento que la comida me tranquiliza", por grupo.

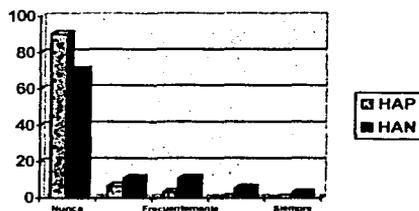
<i>HOMBRES</i>	<i>HAP</i>	<i>HAN</i>	<i>MUJERES</i>	<i>MAP</i>	<i>MAN</i>
Nunca	58.1%	43.2%	Nunca	52.4%	46.4%
A veces	29%	40.5%	A veces	33.3%	32.1%
Frecuentemente	12.9%	5.4%	Frecuentemente	4.8%	7.1%
Muy frecuentemente	0%	5.4%	Muy frecuentemente	4.8%	0%
Siempre	0%	5.4%	Siempre	4.8%	14.3%
TOTAL	100%	100%	TOTAL	100%	100%

Por otro lado se observa una diferencia importante que favorece a los grupos con afrontamiento negativo al explorar el reactivo "Creo que la comida es un buen remedio contra la tristeza o depresión", ya que en el caso de las mujeres un 15% del grupo MAN contestó que "siempre" (4%), "muy frecuentemente" (4%) y "frecuentemente" (4%) mientras que el grupo MAP solo contestó un 5% "frecuentemente" (Gráfica 11).

GRÁFICA 11. Distribución porcentual de la variable "Creo que la comida es un buen remedio para la tristeza o depresión" en mujeres según el tipo de afrontamiento.



GRÁFICA 12. Distribución porcentual de la variable "Creo que la comida es un buen remedio para la tristeza o depresión" en hombres según el afrontamiento.



En el caso de los hombres se observan porcentajes más bajos que en el caso de las mujeres pero se marcan las diferencias con respecto al tipo de afrontamiento de la misma forma, ya que un 19% en el grupo HAN contestó que "siempre" (3%), "muy frecuentemente" (5%) y "frecuentemente" (11%) mientras que el grupo MAP solo contestó un 3% "frecuentemente" (Gráfica 12).

Cuando se explora el reactivo "Comer me provoca sentimientos de culpa" se observa una clara diferencia entre los grupos según el tipo de afrontamiento. Los grupos con afrontamiento negativo muestran un mayor porcentaje tanto en hombres HAN (3%) como en mujeres MAN (11%) al contestar "siempre", en comparación con los grupos con afrontamiento positivo HAP (0%) y MAP (5%) siendo más notoria esta diferencia en el caso de las mujeres.

Al explorar la frase "Siento que los problemas lejos de quitarme el apetito me lo incrementan" se observa que un 50% del grupo de MAN contestó afirmativamente con 7% indicando que "siempre", "muy frecuentemente" y "frecuentemente", mientras que los demás grupos mantuvieron porcentajes bajos, siendo el más cercano el grupo HAN con 13% contestando que "frecuentemente" (Tabla 19).

TABLA 19. Distribución porcentual del reactivo "Siento que los problemas lejos de quitarme el apetito me lo incrementan", por grupo.

<i>HOMBRES</i>	<i>HAP</i>	<i>HAN</i>	<i>MUJERES</i>	<i>MAP</i>	<i>MAN</i>
Nunca	83.9%	83.8%	Nunca	76.2%	50%
A veces	9.7%	2.7%	A veces	14.3%	28.6%
Frecuentemente	6.5%	13.5%	Frecuentemente	9.5%	7.1%
Muy frecuentemente	0%	0%	Muy frecuentemente	0%	7.1%
Siempre	0%	0%	Siempre	0%	7.1%
TOTAL	100%	100%	TOTAL	100%	100%

La misma tendencia se observa al explorar el reactivo "Me avergüenza comer tanto", reflejando un porcentaje mayor en el grupo MAN en las opciones "siempre" (14%), "muy frecuentemente" (4%), y "frecuentemente" (25%) (Tabla 20).

TABLA 20. Distribución porcentual del reactivo "Me avergüenza comer tanto", por grupo.

<i>HOMBRES</i>	<i>HAP</i>	<i>HAN</i>	<i>MUJERES</i>	<i>MAP</i>	<i>MAN</i>
Nunca	74.2%	83.8%	Nunca	66.7%	32.1%
A veces	19.4%	10.8%	A veces	28.6%	25%
Frecuentemente	6.5%	2.7%	Frecuentemente	4.8%	25%
Muy frecuentemente	0%	0%	Muy frecuentemente	0%	3.6%
Siempre	0%	2.7%	Siempre	0%	14.3%
TOTAL	100%	100%	TOTAL	100%	100%

7.2. PRUEBA DE HIPÓTESIS

Con la finalidad de confirmar las hipótesis de trabajo se utilizó un ANOVA (Análisis Factorial Simple) tomando en cuenta tres diferentes factores: Conducta Alimentaria Normal, Conducta Alimentaria Compulsiva, y Dieta Crónica y Restrictiva, teniendo como variables independientes en todos los casos, sexo y afrontamiento al estrés.

7.2.1. CONDUCTA ALIMENTARIA NORMAL

Con respecto a la conducta alimentaria normal no se observaron diferencias estadísticamente significativas ni en relación con el tipo de afrontamiento al estrés, ni en relación con el sexo. Tampoco se observaron diferencias de interacción entre grupos. Estos resultados no permiten confirmar una de las hipótesis de trabajo en las que se establece relación entre conducta alimentaria normal y afrontamiento positivo al estrés en mujeres y hombres (Tabla 21).

TABLA 21. Resultados obtenidos con el ANOVA (Factorial Simple) Conducta Alimentaria Normal, Sexo y Afrontamiento al estrés.

CURSO DE VARIACIÓN	SUMA DE CUADRADOS	GRADOS DE LIBERTAD	MEDIA CUADRADA	F	PROB. ASOCIADA
Efectos principales	.825	2	.413	.485	.617
Sexo	.822	1	.822	.966	.328
Afrontamiento al estrés	.003	1	.003	.004	.953
<i>Ho = $\bar{x}_1 = \bar{x}_2$</i>					
<i>H1 = $\bar{x}_1 > \bar{x}_2$</i>					
2-Way Interactions					
Sexo X Afrontamiento	.106	1	.106	.124	.725
Explicada	.931	3	.310	.364	.779
Residual	96.212	113	.851		
Total	97.143	116	.837		
<i>Ho = No existe interacción, se acepta.</i>					
<i>H1 = Si existe interacción, se rechaza</i>					
<i>No se confirma la hipótesis de trabajo.</i>					

7.2.2. CONDUCTA ALIMENTARIA COMPULSIVA

Con respecto a la conducta alimentaria compulsiva las diferencias estadísticamente significativas se produjeron en relación con el tipo de afrontamiento al estrés, siendo los grupos con afrontamiento negativo los que presentan una mayor incidencia en esta conducta, como lo muestra la Tabla 22.

TABLA 22. Distribución de medias y número de sujetos que presentan conducta alimentaria compulsiva, por grupo.

GRUPO	MEDIA	N
Hombres Afrontamiento Positivo (HAP)	1.43	30
Hombres Afrontamiento Negativo (HAN)	1.51	37
Mujeres Afrontamiento Positivo (MAP)	1.39	21
Mujeres Afrontamiento Negativo (MAN)	1.91	28

No se observaron diferencias en el efecto sexo, ni en la interacción de las variables independientes, por lo tanto no se confirman las hipótesis de trabajo que indican la relación entre sexo, afrontamiento y conducta alimentaria compulsiva, solo se confirma la hipótesis alterna al explorar la variable afrontamiento aisladamente con los siguientes valores: $F(1,112)=(4.401)$ y $P=.038$. (Tabla 23).

TABLA 23. Resultados obtenidos con el ANOVA (Factorial Simple) Conducta Alimentaria Compulsiva, Sexo y Afrontamiento al estrés.

CURSO DE VARIACIÓN	SUMA DE CUDRADOS	GRADOS DE LIBERTAD	MEDIA CUADRADA	F	PROB. ASOCIADA
Efectos principales	3.391	2	1.695	3.642	.029
Sexo	1.343	1	1.343	2.884	.092
Afrontamiento al estrés	2.048	1	2.048	4.401	.038
$H_0 = \bar{x}_1 = \bar{x}_2$ $H_1 = \bar{x}_1 > \bar{x}_2$ En el caso de la variable sexo se acepta la hipótesis nula, y en la variable de afrontamiento se acepta la hipótesis alterna.					
2- Way Interactions					
Sexo X Afrontamiento	1.367	1	1.367	2.937	.089
Explicada	4.758	3	1.586	3.407	.020
Residual	52.129	112	.465		
Total	56.886	115	.495		
$H_0 =$ No existe interacción, se acepta. $H_1 =$ Si existe interacción, se rechaza.					

7.2.3. DIETA CRÓNICA Y RESTRICTIVA

Al aplicar un análisis factorial de 3x2 (sexo y afrontamiento) con respecto a la variable dependiente seguimiento de dieta crónica y restrictiva, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la interacción de la variable sexo y afrontamiento al estrés obteniendo los siguientes valores: $F(1,112)=4.794$ y $P=.031$. Por lo tanto se confirma la hipótesis de trabajo que indica la relación entre afrontamiento negativo al estrés y seguimiento de dieta crónica y restrictiva en mujeres adolescentes (Tabla 24).

TABLA 24. Resultados obtenidos con el ANOVA (Factorial Simple) Dieta Crónica y Restrictiva, Sexo y Afrontamiento al estrés.

CURSO DE VARIACIÓN	SUMA DE CUADRADOS	GRADOS DE LIBERTAD	MEDIA CUADRADA	F	PROB. ASOCIADA
Efectos principales	8.538	2	4.269	10.318	.000
Sexo	7.034	1	7.034	17.001	.000
Afrontamiento al estrés	1.504	1	1.504	3.634	.059
<i>Ho = $\bar{x}_1 = \bar{x}_2$</i>					
<i>HI = $\bar{x}_1 > \bar{x}_2$</i>					
2-Way Interactions					
Sexo X Afrontamiento	1.983	1	1.983	4.794	.031
Explicada	10.521	3	3.507	8.476	.000
Residual	46.341	112	.414		
Total	56.862	115	.494		
<i>Ho = No existe interacción, se rechaza.</i>					
<i>HI = Si existe interacción, se acepta.</i>					
<i>Se confirma la hipótesis de trabajo.</i>					

Antes de continuar con la descripción de los resultados es importante señalar que no se interpreta la hipótesis estadística con respecto al sexo, debido a que se presentó una interacción de tipo no ordinal entre el seguimiento de dietas, el sexo y el tipo de afrontamiento al estrés. Por lo tanto, y a pesar de que se encontraron diferencias estadísticamente significativas con respecto al sexo, únicamente se interpretan los resultados de la interacción.

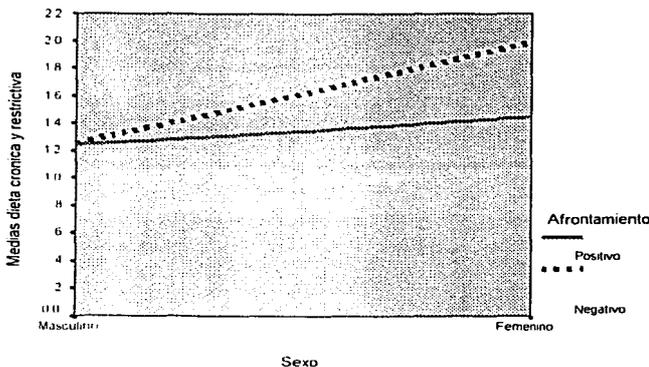
Cuando se analizan las medias se puede observar que es el grupo de mujeres con afrontamiento negativo el que presenta una mayor incidencia, seguido por el grupo de mujeres con afrontamiento positivo, como lo muestra la Tabla 25.

TABLA 25. Distribución de medias y número de sujetos que presentan seguimiento de dieta crónica y restrictiva, por grupo.

GRUPO	MEDIA	N
Hombres Afrontamiento Positivo (HAP)	1.25	31
Hombres Afrontamiento Negativo (HAN)	1.25	37
Mujeres Afrontamiento Positivo (MAP)	1.44	21
Mujeres Afrontamiento Negativo (MAN)	1.99	27

La gráfica 13 muestra la interacción entre sexo y afrontamiento al estrés teniendo como variable dependiente a la conducta de dieta crónica y restrictiva, indicando que las medias tanto de los hombres con afrontamiento positivo (1.25) y negativo (1.25), como de las mujeres con afrontamiento positivo (1.44), presentaron niveles bajos de seguimiento de dieta crónica y restrictiva, siendo las mujeres con afrontamiento negativo quienes presentaron el grado más alto de esta variable.

GRÁFICA 13. Interacción entre sexo y afrontamiento al estrés teniendo como variable dependiente a la conducta de dieta crónica y restrictiva.



Esto quiere decir que si bien todos los grupos presentaron seguimiento de dieta crónica y restrictiva es la interacción de las variables sexo y afrontamiento la que permite indicar que las mujeres con afrontamiento negativo son aquellas en las que el seguimiento de dieta crónica restrictiva se presenta en mayor grado, señalando que el afrontamiento negativo al estrés es un factor de riesgo significativo en las mujeres, por lo menos en la muestra de este estudio.

CAPITULO 8

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

A lo largo de esta investigación se ha mencionado que la finalidad de su realización fue aportar conocimiento sobre los factores de riesgo relacionados con la conducta alimentaria y el afrontamiento al estrés, en una población normal, para poder contribuir con el desarrollo de programas de prevención, atención y promoción de la salud.

La relación del afrontamiento al estrés y la conducta alimentaria ha sido ya estudiada con anterioridad aunque no con la frecuencia con la que se han estudiado otros factores, la prueba está en que pocos instrumentos en el país contienen reactivos dirigidos a explorar a la conducta alimentaria como una estrategia de los sujetos para afrontar circunstancias estresantes. Por su parte Ball y Lec (1999) examinaron la relación existente entre el estrés psicológico y los desórdenes de la conducta alimentaria, correlacionando altamente estas variables, y encontrando que en la población bajo estrés se presentaban conductas sintomáticas de los desórdenes de la alimentación y actitudes características.

Se buscó que la muestra estuviera integrada por hombres y mujeres adolescentes, dada la importancia que tiene incluir al sexo masculino en este tipo de investigaciones ya que hasta hace poco se consideraba como una población un tanto olvidada en cuanto a los trastornos de la alimentación. La muestra quedó integrada por 117 sujetos de estos 68 hombres y 49 mujeres adolescentes entre los 13 y 16 años de edad. Se formaron cuatro grupos de acuerdo con el tipo de afrontamiento al estrés quedando Hombres con Afrontamiento Positivo al estrés (HAP), Hombres con Afrontamiento Negativo (HAN), Mujeres con Afrontamiento Positivo (MAP), y Mujeres con Afrontamiento Negativo al estrés (MAN), su distribución porcentual se muestra en la Gráfica 1.

Al sondear los datos sociodemográficos relacionados con la ocupación del padre, la muestra en general presenta un mayor número de padres profesionistas y empresarios, sobresaliendo el grupo de mujeres con afrontamiento positivo quienes reportan un mayor porcentaje de padres profesionistas, y los dos grupos de hombres que reportan un mayor número de padres empresarios. Al analizar la ocupación de la madre los porcentajes se inclinan en la mayoría de los casos hacia la ocupación de ama de casa, seguida por la de profesionista. Cuando se analiza la distribución de los años de estudio del padre y de la madre se observa que la mayoría reportó 18 ó más años de estudio siendo los grupos de afrontamiento positivo los que indican una mayor preparación del padre y de la madre. Haciendo una comparación entre la preparación de padres y madres sobresalen los padres, quienes son percibidos por sus hijos con mayor preparación y productividad que las madres. Estos resultados junto con los porcentajes altos en las opciones que indican un

ingreso de 10,000 pesos a más, ayudan a corroborar el nivel medio alto esperado por tratarse de una población que asiste a un colegio privado.

Un resultado interesante es el relacionado con el lugar que ocupa el sujeto entre sus hermanos ya que los porcentajes indican un mayor número de hermanos mayores en los grupos con afrontamiento positivo y un mayor número de hermanos menores en los grupos con afrontamiento negativo, lo cual bien puede estar relacionado con las experiencias familiares y los diferentes roles que hacen al sujeto enfrentarse a situaciones estresantes de diferente manera, favoreciendo ser el hijo mayor.

Al explorar la madurez sexual se observó que poco más de la tercera parte de los hombres y casi la totalidad de las mujeres de la muestra total reportan ya haber alcanzado su madurez, no encontrando diferencias entre grupos según el tipo de afrontamiento. Es de notar que las mujeres en comparación con los hombres reportan un mayor porcentaje con respecto a esta variable, debido a que las mujeres alcanzan su madurez sexual a una edad más corta, dato importante por el hecho de que se observa una mayor incidencia de trastornos de la conducta alimentaria en mujeres que en hombres. Con respecto a la edad en la que se alcanza la madurez sexual se reportó que en general se da alrededor de los 11 y 13 años, sobresaliendo el grupo de mujeres con afrontamiento negativo que reporta una edad de 12 años siendo más temprana que en los otros grupos lo cual estaría hablando de que la aparición de los caracteres sexuales secundarios se relaciona en cierta medida con el afrontamiento negativo al estrés. Esto es explicado por varios autores a través de la tensión generada por los cambios corporales en la adolescencia. Gómez Pérez-Mitré (1999) menciona que al no tener una aceptación social se genera una tensión que actúa como desencadenante en la aparición de conductas patológicas que buscan la transformación del cuerpo para alcanzar un ideal corporal irreal, como por ejemplo los desórdenes del comer o el sometimiento a intervenciones quirúrgicas (cirugías plásticas, liposucción, etc.) que no sólo resultan dolorosas sino que también ponen en riesgo la vida de las mujeres, adolescentes y niñas, población que es mucho más vulnerable a esta presión social en comparación con los varones.

En cuanto a las variables relacionadas con la preocupación por el peso corporal, las diferencias según el tipo de afrontamiento son pocas siendo la más sobresaliente la que se refiere al tiempo en el que han mantenido su peso actual, pues los grupos con afrontamiento negativo indican haber mantenido su peso por menor tiempo que los grupos de afrontamiento positivo, lo cual es mucho más evidente en el grupo de mujeres con afrontamiento negativo. Con respecto al sexo los resultados arrojaron diferencias importantes siendo las mujeres en general quienes reportan una mayor preocupación por su peso y en particular el grupo de mujeres con afrontamiento negativo el que presenta mayor puntaje. En el caso de los hombres se observó mayor estabilidad en las respuestas indicando que no hubo cambios en su peso corporal, mientras que las mujeres reportan con mayor frecuencia el haber subido de peso sobre todo en el grupo con afrontamiento

negativo. La misma tendencia se observa al explorar el miedo a subir de peso y la preocupación por éste en los últimos seis meses pues, en comparación con los puntajes en cero de los otros grupos, las mujeres con afrontamiento negativo indican presentar esta conducta con mayor frecuencia. Al respecto Gómez Pérez-Mitré (1997) en un primer estudio reportó que en niñas de 9 a 12 años ya se observa un deseo claro por obtener una figura delgada y por cumplir con el estereotipo de delgadez asociado con lo atractivo. En su estudio el 94% de la población mostró una excesiva preocupación por su peso corporal, lo cual nos habla de la alta probabilidad que existe en estas jovencitas de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria.

Con respecto a las variables relacionadas con la conducta dietaria se generaron resultados relevantes con diferencias marcadas entre sexos ya que un porcentaje significativo de los grupos de mujeres reportaron el haber hecho dieta para controlar su peso, sobresaliendo el grupo de mujeres con afrontamiento negativo. Cuando se explora esta misma variable en los últimos seis meses se observa un incremento de los porcentajes en todos los grupos sobresaliendo los dos grupos de mujeres. Al explorar la edad en la que iniciaron su primer dieta los resultados de la muestra en general indican que se inició entre los 12 y 14 años de edad, sobresaliendo los grupos de mujeres por mostrar un mayor porcentaje en edades recientes (de 15 a 17 años) y el grupo de hombres con afrontamiento negativo por mostrar un inicio temprano (menos de 9 años). Así mismo son las mujeres las que indican con mayor frecuencia el siempre estar a dieta, romperla y volver a empezar, y es el grupo de mujeres con afrontamiento negativo quien reporta el saltarse comidas como una forma de controlar su peso con una mayor frecuencia.

En un estudio de Gómez Pérez-Mitré y Ávila (1998) se observa una tendencia similar, estos autores refieren que un 25% de su muestra de preadolescentes (edad promedio de 10.8) aceptó estar haciendo dieta con propósitos de control de peso. Resaltando el hecho de que más niñas que niños se saltan un alimento del día y consumen en menor proporción alimentos engordadores (citados en González, Lizano y Gómez, 1999).

Al explorar las variables relacionadas con la conducta alimentaria anómala se observan diferencias con respecto al sexo siendo las mujeres las que con mayor frecuencia reportan haber tenido en los últimos 6 meses problemas con su forma de comer. También se observan diferencias con respecto al tipo de afrontamiento siendo los grupos con afrontamiento negativo los que presentan más problemas y es el grupo de mujeres con afrontamiento negativo el de mayor incidencia. Cuando se pregunta acerca de la naturaleza del problema con la forma de comer los hombres con afrontamiento positivo reportan una mayor incidencia en conductas de sobreingesta seguidos por el grupo de mujeres con afrontamiento positivo que reportan un porcentaje significativo en la opción "Comes y sigues comiendo hasta que vomitas". En el grupo de hombres con afrontamiento negativo se observa que la mitad de la población reporta comidas de sobreingesta y la otra mitad conductas restrictivas, mientras que las mujeres con afrontamiento negativo reportan un porcentaje elevado en lo referente a conductas restrictivas. En general se observa que las mujeres hacen mayor uso de conductas restrictivas que los hombres

quienes suelen desarrollar con mayor facilidad conductas de sobreingesta. Aunque esto no quiere decir que sea característico de cada sexo ya que ambos tienden a desarrollar ambas conductas. La distribución de los porcentajes en esta variable indica que todos los grupos manejados son población de riesgo en relación con la aparición de trastornos de la alimentación, señalando a la adolescencia en general como una etapa muy vulnerable.

Con respecto al tipo de afrontamiento las diferencias encontradas indican que los grupos con afrontamiento negativo tienden a las conductas restrictivas y los grupos de afrontamiento positivo a las conductas de sobreingesta, aunque se requiere de un análisis más profundo para poder determinar estas relaciones con mayor precisión.

Aunque sí hubo diferencias con respecto al tipo de afrontamiento al estrés se esperaba un mayor porcentaje de conductas alimentarias anómalas en el grupo de afrontamiento negativo y una diferencia más marcada con respecto a los grupos de afrontamiento positivo, ya que en estudios como el de Bennett y Cooper (2001) se ha encontrado que las personas con desórdenes de la alimentación en general tienen calificaciones altas en las escalas sobre la evitación como estrategia para enfrentar situaciones estresantes.

Al explorar el uso de inhibidores de hambre para el control de peso los porcentajes permanecen en ceros en los grupos con afrontamiento positivo y son los grupos con afrontamiento negativo los que presentan casos siendo más notorio en el grupo de mujeres con afrontamiento negativo. La misma tendencia se observa al hablar del reactivo "Te provocaste el vómito, porque comías de más", reportándose casos solamente en el grupo de mujeres con afrontamiento negativo. Coincidiendo con estos resultados Leal, Weise y Dood (1995) llevaron a cabo una investigación sobre bulimia y tolerancia al estrés en una población universitaria y observaron que las mujeres reportan menor tolerancia al estrés y más síntomas de bulimia que los hombres, y en ambos grupos los síntomas de bulimia se relacionaron con menores niveles de tolerancia al estrés. El común de las investigaciones ha sugerido que las mujeres experimentan mayor estrés en su vida cotidiana y son más susceptibles de desarrollar bulimia, sugiriendo que algunas mujeres utilizan a los desórdenes de la alimentación como una forma de afrontamiento al estrés debido a la falta de métodos efectivos.

Cuando se analiza el uso del ayuno para bajar de peso se reporta una mayor frecuencia en mujeres que en hombres, sobresaliendo nuevamente el grupo de mujeres con afrontamiento negativo y dejando claro que el uso de conductas restrictivas se da con mayor frecuencia en las mujeres que en los hombres.

Con respecto al comer compulsivamente se reporta una mayor frecuencia en el grupo de mujeres con afrontamiento negativo, sin embargo esta conducta se presenta en todos los

grupos y en el caso de los hombres se presenta con cierta regularidad o patrón. A pesar de mostrar casos se esperaba una mayor frecuencia de esta conducta en grupos con afrontamiento negativo, ya que en estudios, como el realizado por Gómez Pérez-Mitre y colaboradores (1998), han detectado la alta prevalencia de la conducta alimentaria de sobreingesta y el hecho de que la ansiedad constituyera el rasgo común subyacente a las interacciones psicosociales y psicoambientales en las que se produce dicha conducta.

En la misma línea al cuestionar el miedo a perder control sobre la forma de comer las diferencias principales se dan entre hombres y mujeres, siendo las mujeres en general las que indican mayor incidencia. Además de que se presentaron diferencias sutiles con respecto al tipo de afrontamiento siendo el grupo más significativo el de las mujeres con afrontamiento negativo. Estos resultados se relacionan con la constante preocupación de las mujeres por su peso corporal, por lo que es de esperarse que al explorar el miedo a perder el control sobre la forma de comer se presente el mismo patrón, sobresaliendo las mujeres y no los hombres en esta conducta, la cual también se liga íntimamente con el desarrollo de problemas con la forma de comer de tipo restrictivo más en el caso de las mujeres que en los hombres.

Con respecto a las variables relacionadas con el comer como conducta compensatoria se observa que los grupos con afrontamiento negativo presentan un mayor porcentaje, siendo las mujeres de estos grupos las que declaran con mayor frecuencia que la comida las tranquiliza, la misma tendencia se observa cuando se cuestiona sobre el uso de la comida contra la tristeza o depresión ya que son las mujeres con afrontamiento negativo las que reportan una mayor frecuencia seguidas por el grupo de hombres con afrontamiento negativo. Lo cual indica por un lado que la población femenina hace más uso de la comida para afrontar situaciones tensas y por otro lado nos señala al uso de la comida para combatir emociones como una estrategia ya localizada contra el estrés. En relación con estos resultados Schlundt y Johnson (1990) reportaron que en el caso de las mujeres las estrategias para hacer frente a los problemas son aprendidas de los miembros de la familia, particularmente de la madre y las hermanas, y el comer compulsivo es una de estas estrategias pasada de generación en generación que hacen de la comida un método dirigido al control de las emociones.

Un hallazgo también importante es el relacionado con la culpa que se experimenta por comer de más, pues nuevamente son las mujeres seguidas de los hombres con afrontamiento negativo las que reportan un mayor porcentaje en esta conducta. En la misma línea al explorar la frase "Siento que los problemas lejos de quitarme el apetito me lo incrementan" se observa que la mitad del grupo de mujeres con afrontamiento negativo contestó afirmativamente y la misma tendencia se observó al explorar el reactivo "Me avergüenza comer tanto". Estos resultados indican con claridad como es que el utilizar la comida como una estrategia para afrontar el estrés, produce consecuencias como la culpa y la vergüenza, sentimientos que serán desencadenadores de una nueva tensión. Así lo

comenta Solomon (2001) al hacer una comparación entre la conducta de alcoholismo y la conducta alimentaria compulsiva mencionando que el comer puede parecer adaptativo en un principio pero a la larga es maladaptativo al provocar una mayor angustia y estrés.

Cuando se realiza el análisis estadístico del factor conducta alimentaria compulsiva no se encuentran diferencias significativas en la interacción de sexo y afrontamiento al estrés, ni tampoco con respecto al efecto sexo. Sin embargo se observa una diferencia significativa en el efecto de afrontamiento, indicando que son los adolescentes con afrontamiento negativo los que presentan con mayor frecuencia la conducta alimentaria compulsiva no importando si son hombres o mujeres. Por lo tanto se puede afirmar que el comer compulsivo es utilizado por los adolescentes como una estrategia para combatir las situaciones estresantes. Estos resultados coinciden con los realizados por Wolf, Crosby, Roberts y Wittrock, (2000) en los que se apoya la idea de que los desórdenes de la alimentación en general están altamente relacionados con estrategias de evasión, las cuales son consideradas como maladaptativas, explicando que esta relación que existe entre el estrés y la sobreingesta se desarrolla por el reforzamiento de ésta como un escape de un particular tipo de estrés.

Por otro lado el análisis dirigido al factor de la conducta alimentaria normal no indica ningún tipo de diferencia entre grupos ni con respecto al sexo ni al tipo de afrontamiento, lo esperado era encontrar una relación significativa entre el afrontamiento positivo y la conducta alimentaria normal, pero no se puede establecer ni esta ni otras relaciones con respecto a este factor.

Los hallazgos más notables de esta investigación giran alrededor del factor de dieta crónica y restrictiva ya que se observó tanto en hombres con afrontamiento positivo y negativo como en mujeres con afrontamiento positivo niveles bajos de seguimiento de dieta crónica y restrictiva, siendo las mujeres con afrontamiento negativo quienes presentan un mayor grado en esta conducta. Lo anterior indica que no es la variable sexo por separado ni la variable afrontamiento las que marcan la pauta para la aparición de esta conducta, sino que es la interacción de ambas la que señala a las mujeres adolescentes con afrontamiento negativo como población de riesgo con relación al seguimiento de dieta crónica y restrictiva.

Esta relación del afrontamiento al estrés con el seguimiento de dieta nos permite responder a nuestra pregunta de investigación positivamente en el sentido de que esta comprobado que la conducta alimentaria anómala, en este caso el seguimiento de dieta crónica y restrictiva, se relaciona proporcionalmente con el afrontamiento negativo al estrés en las mujeres adolescentes.

Estos resultados cobran mayor importancia cuando se relacionan con los encontrados en el factor conducta alimentaria compulsiva, pues se hace evidente la relación entre este último factor, el seguimiento de dieta y el afrontamiento al estrés, relación mencionada ya por algunos autores como Schmidt, (1997; citado en Solomon 2001) quien afirma que el estrés se relaciona íntimamente con el comer compulsivo, especialmente en mujeres que controlan estrictamente su dieta.

De acuerdo a ambos estudios pareciera ser que los desordenes del comer surgen como una respuesta a la aparición de eventos estresantes siendo el seguimiento de dieta un resultado de la interacción de ambos.

Una pregunta que surge de este estudio es, ¿Cuál es el papel que ocupan en esta relación la conducta alimentaria compulsiva, el afrontamiento al estrés y el seguimiento de dieta crónica y restrictiva?. Por su parte Wolff y colaboradores (2000) indican que el estrés tiene un papel de mediador o disparador entre la conducta dietaria y la sobreingesta, llevando al individuo frecuentemente de un extremo al otro. En el caso de las conductas de sobreingesta, cuando la conducta dietaria hace su aparición no existe diferencia significativa en el número de veces que se come al día, lo cual, aunque es contrario a lo esperado para la población de comedores compulsivos, se puede explicar por el hecho de que la restricción de este desorden es más de tipo cognitivo que conductual, privándose las personas de ciertos alimentos pero sin modificar la frecuencia de los períodos de ingesta.

Basándose en estudios propios Solomon (2001) propone un modelo, desde el enfoque adictivo, que explica cómo el estrés hace del comer una forma de afrontamiento, y cómo el comer después se vuelve un estresor por sí mismo. Este autor menciona que los desórdenes del comer, así como el control de peso y sus fluctuaciones, son parte de un ciclo de eventos involucrados con el estrés, el comer, la conducta dietaria, los estados de ánimo negativos, la ansiedad y la depresión. Algunas personas, bajo situaciones de estrés, utilizan el comer como una estrategia de afrontamiento, haciendo aparentemente necesario sostener períodos de régimen dietario que al no proporcionar los resultados deseados generan desaliento y autocondenación. Si la angustia resultante de este modo de comer no es aliviada, el comer vuelve a presentarse y se reinicia el círculo vicioso.

En esta misma línea se encuentran los estudios de Polivy y Herman (1985; citado en Gómez Pérez-Mitré, 1999) quienes sugieren que la dieta restrictiva precede a la conducta de sobreingesta o al atracón, o sea, antecede a la aparición de los patrones bulímicos. Esto habla de que existe una relación inversa siendo que el seguimiento de la dieta y la ruptura de la misma desembocan en períodos de atracón o conducta de sobre ingesta que a su vez promoverán el inicio de una nueva dieta.

Los hallazgos de este estudio permiten señalar al seguimiento de dieta crónica y restrictiva y a la conducta alimentaria compulsiva como factores de riesgo asociados al afrontamiento al estrés negativo en mujeres adolescentes, dando pautas para establecer nuevos conocimientos sobre la relación de estas tres variables, así como fundamentos para la creación de programas que permitan dar a esta población nuevas opciones para fortalecer su imagen corporal y combatir los eventos estresantes con mayor efectividad y sin poner en riesgo su salud.

La interacción significativa encontrada entre el seguimiento de dieta crónica y restrictiva y variables como el afrontamiento negativo al estrés permite el establecimiento de teoría con respecto a los factores de riesgo en la población adolescente, por lo que se puede decir que en esta población adolescente, con edades entre los 13 y 15 años que mantiene un nivel socioeconómico medio alto, el seguimiento de dieta crónica y restrictiva es un factor de riesgo comprobado, y en asociación con un afrontamiento negativo al estrés favorece la aparición de los trastornos de la conducta alimentaria.

Es importante mencionar que el nivel socioeconómico de la población también es una variable que ha demostrado un papel clave en el estudio de los factores de riesgo asociados con la aparición de los trastornos de la conducta. Tal es el caso del estudio realizado por Gómez Pérez-Mitré (1999) en el que se observa que los niños de escuelas públicas tienen menor preocupación sobre su físico, mientras que los de escuelas privadas tienen mayor presión para estar en línea. Por lo anterior es importante realizar una réplica para comparar estos resultados con los de una población que asista a escuelas públicas o pertenezca a un nivel socioeconómico menor que el estudiado.

De acuerdo con los resultados presentados y a forma de resumen se puede concluir que:

- El seguimiento de dieta crónica y restrictiva se relaciona íntimamente con el afrontamiento al estrés de tipo negativo en mujeres adolescentes.
- Son las mujeres con afrontamiento al estrés de tipo negativo las que presentan mayor seguimiento de dieta crónica y restrictiva.
- Por lo que se puede decir que cuando existe afrontamiento negativo al estrés lo más probable es que se asocie significativamente con el seguimiento de una dieta crónica y restrictiva, incrementando el riesgo en la aparición de los trastornos de la conducta alimentaria.
- La conducta alimentaria compulsiva se relaciona con el afrontamiento negativo en hombres y en mujeres, sin importar el sexo.

- Son los adolescentes hombres y mujeres con afrontamiento negativo los que presentan mayor conducta alimentaria compulsiva, incrementando la probabilidad de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria.

SUGERENCIAS Y LIMITACIONES

- Desarrollar réplica de este estudio con nivel socio económico bajo para comparar con el presente estudio realizado con nivel socioeconómico medio alto.
- Hacer investigación en población masculina en relación con los factores de riesgo asociados con el estrés.
- Trabajar el papel de los roles y estereotipos de género relacionados con el seguimiento de una dieta crónica y restrictiva como factores asociados al desarrollo de los trastornos de la alimentación.
- Trabajar la relación existente entre sobreingesta, el estrés y la dieta crónica restrictiva.
- Crear a partir de la teoría generada programas de prevención dirigidos a los adolescentes, padres de familia y población en general, donde se revisen y analicen las estrategias de afrontamiento al estrés, el desarrollo de una imagen corporal positiva, la importancia de una dieta balanceada y saludable, entre otros.

REFERENCIAS

1. Aberastury, A. y Knobel, M. (1970). La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico. Barcelona: Paidós.
2. Aguirre, A. (1994). Psicología de la adolescencia. Barcelona: Marcombo.
3. American Psychiatric Association. (1980). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (3ª ed.) DSM III. Washington, D.C. American Psychiatric Association.
4. American Psychiatric Association. (1987). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (3ª ed. rev.) DSM III-R. Washington, D.C. American Psychiatric Association.
5. American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (4ª ed.) DSM IV. Washington, D.C. American Psychiatric Association.
6. Ball, K. y Lee, C. (1999). Psychological stress and disordered eating: an exploratory study with young Australian women. Women and Health, 29 (2), 1-5.
7. Bennett, D. y Cooper, C. (2001). Psychological discriminators of subjects at different stages of the eating disturbed spectrum. Personality and Individual Differences, 30, 917-929.
8. Blinder, B.J., Chaitin, B.F., Goldstein, R.S. (1988). The eating disorders: medical and psychological bases of diagnosis and treatment. New York: PMA Pub. Corp.
9. Brown, T. S. y Wallace, P. M. (1989). Psicología fisiológica. México: McGraw-Hill/Interamericana.
10. Bruchon-Schweitzer, M. (1992). Psicología del cuerpo. Barcelona: Herder.
11. Caparrós, N. y Sanfeliú, I. (1997). La anorexia: Una locura del cuerpo. Madrid: Biblioteca Nueva.
12. Carlson, N. (1999). (3ª ed. rev.). Fisiología de la conducta. Barcelona: Ariel.
13. Chinchilla, A. (1995). Guía teórica-práctica de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. Barcelona: Masson.
14. CIE-10. (1986). Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Organización Mundial de la Salud.

15. Crispo, R., Figueroa, E. y Guelar, D. (1996). Anorexia, bulimia. Un mapa para recorrer un territorio trastornado. Barcelona: Gedisa.
16. Erikson, E. (1963). Infancia y sociedad. Buenos aires: Ediciones Hormé.
17. Freud, A. (1984). El yo y los mecanismo de defensa. Buenos aires. Paídos.
18. Freud, S. (1905). Tres ensayos sobre una teoría sexual. Madrid: Biblioteca Nueva.
19. Garfinkel, P.E. y Garner, D.M. (1982). Anorexia nervosa: A multidimensional perspective. Nueva York: Bruner/Mazel.
20. Garner, D., Garfinkel, P.E., Schwartz, D. y Thompson, M. (1990). Cultural expectations of thinness in women. Psychological Reports. 47:483-491.
21. Gesell, A. (1956). Youth: The years from ten to sixteen. Nueva York: Harper y Brothers.
22. Gómez, Pérez-Mitré, G. (1993). Detección de anomalías de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios: obesidad, bulimia y anorexia nervosa. Revista Mexicana de Psicología. 10 (1), 17-27.
23. Gómez, Pérez-Mitré, G. (1993b). Variables cognoscitivas y actitudinales asociadas con imagen corporal y trastornos del comer: problemas de peso. Investigación Psicológica. 3 (1), 95-112.
24. Gómez, Pérez-Mitré, G. (1995). Peso real, peso imaginario y distorsión de la imagen corporal. Revista Mexicana de Psicología. 12 (2), 185-197.
25. Gómez Pérez-Mitré, G. (1997). Alteraciones de la imagen corporal en una muestra de escolares mexicanos preadolescentes. Revista Mexicana de Psicología. 14 (1), 31-27.
26. Gómez Pérez-Mitré, G. (1999). Preadolescentes mexicanas y la cultura de la delgadez: figura ideal anoréctica y preocupación excesiva por el peso corporal. Revista Mexicana de Psicología. 16 (1), 153-165.
27. Gómez Pérez-Mitré, G. (2001a). Prevención primaria: Autodiagnóstico de factores de riesgo en trastornos de la alimentación y de la nutrición. Informe Proyecto IN305599 (PAPIIT) Y 34507-H (CONACYT).
28. Gómez Pérez-Mitré, G., y Avila, E. (1998). Conducta alimentaria y obesidad. Psicología Iberoamericana. 6 (2), 10-20.

29. Gómez-Peresmitré, G., Granados, A.M., Jaurégui, J., Tafoya, S.A., y Unikel, S. (2000). Trastornos de la alimentación: factores de riesgo asociados con imagen corporal y con conducta alimentaria en muestras del género masculino. Revista Psicología Contemporánea, 7 (1), 4-15.
30. González, S., Lizano, M. y Gómez Pérez-Mitré, G. (1999). Factores de riesgo en desórdenes del comer. Hábitos alimentarios y auto-atribución en una muestra de niños escolares mexicanos. Revista Mexicana de Psicología, 16 (1), 117-126.
31. Hollis, J.(1991). La obesidad es un problema familiar. México: Patria.
32. Kaplan, L.J. (1986). Adolescencia: el adiós a la infancia. Barcelona: Paidós.
33. Kerlinger, F. (1988). Investigación del comportamiento. México: McGraw-Hill/ Interamericana.
34. Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1991). Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Ediciones Roca.
35. Leal, L., Weise, M. y Dood, D. (1995). The relationship between gender, symptoms of bulimia, and tolerance for stress. Addictive Behavior, 20 (1), 105-109.
36. Levine, E.R. y Gaw A.C. (1995). Culture-bound syndromes. The psychiatric clinics of North America, 18 (3), 523-535.
37. Mancilla, J.M., y Cobos, G. (1997). Un punto de vista sobre la conducta alimentaria. Revista Mexicana de Psicología, 14 (1), 75-81.
38. Martin, W.E. (2001). Emotional eating. Psychology Today, 34 (2), 20.
39. Martínez, E., Toro, J., y Salamero, M. (1996) Influencias socioculturales favorecedoras del adelgazamiento y sintomatología alimentaria. Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona, 23 (5) 125-133.
40. Minuchin, S.; Rosman B.L. y Baker, L. (1978). Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in Context. London: Harvard University Press.
41. Piaget, J. (1955). De la lógica del infante a la lógica del adolescente. México: Fondo de Cultura Económica.
42. Raffi, A.R., Rondini, M., Grandi, S. y Fava, G.A. (2000). Life events and prodromal symptoms in bulimia nervosa. Psychological Medicine. Cambridge University Press. 30 (3), 727-731.

43. Rausch-Herscovici, C. y Bay, L. (1990). Anorexia nerviosa y bulimia: amenazas a la autonomía. Buenos Aires: Paidós.
44. Redbook (2000). Deals with how to stop overeating when stressed. 194 (2), 129.
45. Ricciardelli, L., Williams, R. y Kier, M. (1998). Relation of drinking and eating to masculinity and femininity. Journal of Social Psychology, 138 (6), 744.
46. Rodríguez, M.J. (1995). Psicología social de las salud. Madrid: Síntesis.
47. Romi, J.C., (2001). Sexualidad en la anorexia y bulimia. Psiquiatría Forense, 4,14-19.
48. Rosenzweig, M. y Leiman, A. (1992). Psicología Fisiológica. España: McGraw-Hill/ Interamericana.
49. Russell, G. (1970). Anorexia nervosa: Its identity as an illness and its treatment. En J.H. Price (Ed.), Modern Trends in Psychological Medicine (pp. 131-164). London: Butterworth.
50. Saldaña, G.C. (1994). Trastornos del comportamiento alimentario. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
51. Schlundt, D. y Johnson, W.G. (1990). Eating disorders assessment and treatment. Needham Heights, MA: Allyn and Bacon.
52. Selvini, M. (1999). Muchachas con anorexia y bulimia: la terapia familiar. México: Paidós.
53. Sherman, T. y Thompson, R. (1999). Bulimia: una guía para familiares y amigos. México: Trillas.
54. Solis, P.E. (1997). Irregularidad y regularización de la tenencia de la tierra como entornos productores de estrés. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
55. Solomon, M. (2001). Eating as both coping and stressor in overweight control. Journal of Advanced Nursing, 36 (4), 563-572.
56. Stierlin, H. y Weber, G. (1990). ¿Qué hay detrás de la puerta de la familia?. Barcelona: Gedisa.
57. Terras, S. (1994). Estrés. Madrid: Ediciones Tutor.
58. Toro, J. (1996). El cuerpo como delito: anorexia, bulimia y sociedad. Barcelona: Ariel Ciencia.

59. Toro, J., y Villardell, E. (1987). Anorexia nervosa. Biblioteca, Psiquiatría y Salud. Salud 2000. Barcelona: Martínez Roca.
60. Toro, J.; Salamero, M. y Martínez Mallén, E. (1995). Evaluación de las influencias socioculturales sobre el modelo estético corporal en la anorexia nerviosa. Rev. Psiquiatría Fac. Med. Barna. 89, 22 (7) 205-214.
61. Unikel, C., y Gómez Pérez-Mitré, G. (1996). Trastornos de la conducta alimentaria en muestras de mujeres adolescentes: estudiantes de danza y estudiantes de secundaria y preparatoria. Psicopatología (Madrid). 16, 121-126.
62. Unikel, C. y Gómez Pérez-Mitré, G. (1999). Espectro de los trastornos de la conducta alimentaria: grupo normal, con alto riesgo y clínico. Revista Mexicana de Psicología. 16 (1), 141-151.
63. Unikel, C., Cornera, P. y Gómez Pérez-Mitre, G. (1998). ¿Por qué comemos de más?: algunas de las razones de la conducta alimentaria de sobreingesta. Memorias del II Congreso Iberoamericano de Psicología. CD-ROM.
64. Uriarte, V. (1992). Psicopatología Básica Moderna. México: Sianex.
65. Van Sammers, P. (1976). Biología de la conducta. México: Limusa.
66. Villarreal, L. (1999). ¿De qué tenemos hambre realmente?. México: Océano.
67. Wechselblatt, T., Gurnick, G., y Simon, R. (2000). Autonomy and relatedness in the development of anorexia nervosa: a clinical case series using grounded theory. Bulletin of the Meninger Clinic. 64 (1), 91-123.
68. Wilson, G.T. y Walsh, B.T. (1991). Eating disorders in the DSM-IV. Journal of Abnormal Psychology. 100 (3), 362-365.
69. Wolf, G., Crosby, R., Roberts, J. y Wittrock, D. (2000). Differences in daily stress, mood, coping, and eating behavior in binge eating and non binge eating college women. Addictive Behaviors. 25 (2), 205-216.
70. Zerbe, K.J. (1993). Understanding, treating psychosomatic aspects eating disorders. Bulletin of the Meninger Clinic. 57, 161-177.
71. Zukerfeld, R. (1992). Acto bulímico, cuerpo y tercera tópica. México: Paidós.

6. ¿En qué trabaja tu papá?

- No tiene trabajo ()
- Obrero ()
- Empleado ()
- Vendedor Ambulante ()
- Comerciante Establecido ()
- Profesionista ()
- Empresario ()
- Otra cosa _____ ()

7. ¿A qué se dedica tu mamá?

- Ama de casa ()
- Empleada doméstica ()
- Empleada (comercio u oficina) ()
- Vendedora ambulante ()
- Comerciante Establecido ()
- Profesionista ()
- Empresaria ()
- Otra cosa _____ ()

8. ¿Qué lugar ocupas entre tus hermanos?

- Eres hijo único ()
- Eres el más chico ()
- Ocupas un lugar intermedio ()
- Eres el mayor ()

9. ¿Ya estás menstruando?

- NO... () Pasa a la pregunta 12
- SI... () Pasa a la pregunta siguiente

10. Edad en que tuviste tu primera menstruación _____

11. Tu menstruación se presenta....

- regularmente (todos los meses)()
- irregularmente (unos meses si, y otros no)....()

ANEXO

ESTUDIO SOBRE ALIMENTACIÓN Y SALUD FORMA XY

INSTRUCCIONES:

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

Nombre _____

1. Tipo de escuela a la que asistes

Privada..... ()

Pública..... ()

2. Grado que cursas _____

3. Fecha de Nacimiento: Día _____ Mes _____ Año _____

4. ¿Cuánto pesas? _____ kg.

Si no sabes con exactitud ¿Cuánto crees que pesas?: _____ kg.

5. ¿Cuánto mides? _____ mts.

Si no sabes con exactitud ¿Cuánto crees que mides?: _____ mts.

6. ¿En qué trabaja tu papá?

- A) No tiene trabajo ()
- B) Obrero ()
- C) Empleado ()
- D) Vendedor Ambulante ()
- E) Comerciante Establecido ()
- F) Profesionista ()
- G) Empresario ()
- H) Otra cosa _____ ()

7. ¿A qué se dedica tu mamá?

- A) Ama de casa ()
- B) Empleada doméstica ()
- C) Empleada (comercio u oficina) ()
- D) Vendedora ambulante ()
- E) Comerciante Establecido ()
- F) Profesionista ()
- G) Empresaria ()
- H) Otra cosa _____ ()

8. ¿Qué lugar ocupas entre tus hermanos?

- A) Eres hijo único ()
- B) Eres el más chico ()
- C) Ocupas un lugar intermedio ()
- D) Eres el mayor ()

9. ¿Has tenido emisiones nocturnas (eyaculaciones)?

NO... () Pasa a la pregunta 11

SI... () Pasa a la pregunta siguiente

10. Edad en que tuviste tus primeras emisiones nocturnas _____

12. El ingreso mensual familiar es aproximadamente de:

- a) \$2000 o menos
- b) \$2000 a \$4000
- c) \$4000 a \$6000
- d) \$6000 a \$8000
- e) \$8000 a \$10000
- f) \$10000 o más

13. ¿Quién o quienes aportan el ingreso mensual familiar?

- a) Padres (uno o los dos)
- b) Tú y padre y/o madre
- c) Tú
- d) Tú, Hermanos y/o padres
- e) Hermanos y/o padres
- f) Abuelos

14. 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 o más

15. 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 o más

SECCIÓN B

En la lista que sigue aparecen una serie de condiciones de salud física y de estados de ánimo que en determinados períodos de nuestra vida todos podemos tener en mayor o menor grado. Lee con cuidado cada uno de ellos y responde si en los últimos quince días los has tenido, de acuerdo con la siguiente clave:

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

En los últimos quince días:

1. Tuviste problemas para dormir.
2. Ayunaste para bajar de peso.
3. Hiciste dieta para controlar tu peso.
4. Te sentiste físicamente mal.
5. Te sentiste con apetito voraz.
6. Se te presentaron problemas de constipación (dificultades para defecar).
7. Tuviste problemas digestivos (acidez, inflamación, eructos, etc).
8. Tuviste problemas de concentración.
9. Te pusiste a dieta de líquidos.
10. Tuviste que recurrir a inhibidores del hambre para controlar tu peso (anfetaminas o derivados de fibras).
11. Hiciste ejercicio en exceso (10 o más hrs por semana) para reducir tu peso.
12. Sufriste dolor de cabeza.
13. Tuviste dificultad para iniciar el sueño.
14. Sentiste temor a subir de peso.
15. Tuviste problemas con tu respiración.
16. Sentiste que tu corazón latía más fuerte de lo normal.
17. Te sentiste sin hambre.
18. Te sentiste preocupado por tu salud.
19. Te sentiste triste, deprimido.
20. Te sentiste preocupado por tu peso.
21. Te sentiste tenso con molestias de cuello y/o espalda.
22. Hiciste dietas de frutas y/o verduras para controlar tu peso.
23. Te provocaste el vómito porque comías de más.

SECCIÓN E

1. En el último año:

- a) Subí de peso
- b) Baje de peso
- c) Subí y baje de peso
- d) No hubo cambios en mi peso corporal

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

- a) Menos de un año
- b) De uno a menos de tres años
- c) De tres a menos de cinco años
- d) De cinco y más de cinco 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 primer 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 o más

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

- a) No
- b) Si

6. ¿Tienes o has tenido en los últimos 6 meses problemas con tu forma de comer?

- a) No. (Pasa a la pregunta 8).
- b) Si. (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 nauseas
- e) Comes y sigues comiendo hasta que vomitas

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

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

- 8. Cuido que mi dieta sea nutritiva.
- 9. Siento que la comida me tranquiliza.
- 10. Evito comer harinas y/o pastas para no subir de peso.
- 11. Creo que la comida es un buen remedio para la tristeza o depresión.
- 12. Procuo comer verduras.
- 13. Me la paso "muriéndome de hambre" ya que constantemente hago dietas.
- 14. Comer me provoca sentimientos de culpa.
- 15. Soy de los que se hartan (se llenan de comida).
- 16. Ingiero comidas y/o bebidas dietéticas libres de azúcares con el propósito de cuidar mi peso.
- 17. Me avergüenza comer tanto.
- 18. Como lo que es bueno para mi salud.
- 19. Disfruto, me gusta, sentir el estómago vacío.
- 20. Cuido que mis comidas contengan alimentos con fibra.
- 21. Mi problema es empezar a comer pero una vez que empiezo difícilmente puedo detenerme.
- 22. Procuo mejorar mis hábitos alimentarios.
- 23. Como grandes cantidades de alimento aunque no tenga hambre.
- 24. "Pertenezco al club" de los que para controlar su peso se saltan las comidas.
- 25. No siento apetito o ganas de comer pero cuando empiezo nadie me detiene.

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

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

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	B	C	D	E
Muy de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En Desacuerdo	Muy en desacuerdo

1. Poco se puede esperar de alguien que no tiene control sobre su apetito.
2. Las personas que comen con mesura (con medida) son dignas de respeto.
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".
4. Admiro a las personas que pueden comer con medida.
5. Las personas que pierden el control con la comida se guían por el lema "todo con exceso nada con medida".
6. No se porque se preocupa la gente por su sobrepeso ya que la obesidad es hereditaria.
7. Quién mantiene control sobre su ingesta alimentaria también controla otros aspectos de su vida.
8. Es muy difícil mantener el control sobre la ingesta alimentaria pues todo lo que nos rodea nos incita a comer.
9. Creo que mantener una dieta para bajar de peso es como querer mantener la respiración por mucho tiempo.
10. Creo que "comer y rascar el trabajo es comenzar".
11. Una persona que puede cometer errores en la comida también puede excederse en otras conductas.
12. Considero que los hábitos alimentarios quedan fuera del control racional.
13. Creo que soy inseguro.
14. Me considero emocionalmente inestable.
15. Me llevo bien con los demás.
16. Creo que me pongo metas muy altas.
17. Me cuesta trabajo hacer amigos (as).
18. Mi familia me exige demasiado.
19. Me considero una persona agradable.
20. No tengo confianza en los demás.
21. Creo que en lugar de controlar mis alimentos, ellos me controlan.
22. Sólo se debe competir para ganar.
23. No importa a que se dedique uno en la vida el chiste es ser el mejor.
24. Sólo se deben vencer las tentaciones para vencer el carácter.

SECCIÓN I

Las siguientes afirmaciones describen conductas y maneras de pensar que la gente suele seguir cuando se enfrenta a situaciones de estrés. Indica en que medida te describe cada una de las afirmaciones de acuerdo con la siguiente clave:

- A= No me describe nada
- B= Me describe un poco
- C= Me describe regular (más o menos)
- D= Me describe bien
- E= Me describe excelente

Me describe:

A	B	C	D	E
Nada	Poco	Regular	Bien	Excelente

Cuando tengo un problema:

1. Procuero platicarlo con otras personas.
2. Me culpo a mí mismo.
3. Trato de no cerrarme y busco alternativas y nuevas opciones.
4. Me pongo de mal humor.
5. Pienso en un plan de acción y lo sigo.
6. Evito estar con la gente.
7. Trato de sentirme mejor comiendo, bebiendo, fumando, etc.
8. Pido consejo y lo sigo.
9. Hago cambios en mi comportamiento para que las cosas salgan mejor.
10. Fantaseo, imagino que no ha pasado nada.

Factores EFRATA (Escala E y F)

Mujeres adolescentes

Factor 1 Conducta Alimentaria Compulsiva		
E23	Como grandes cantidades de alimentos aunque no tenga hambre	0.46365
E25	No siento apetito o ganas de comer, pero cuando empiezo nadie me detiene	0.72085
E41	Siento que mi forma de comer se sale de mi control	0.79064
E21	Mi problema es empezar a comer, pero cuando empiezo difícilmente puedo detenerme	0.74727
E35	No soy consciente de cuanto como	0.66033
E36	Siento que no puedo parar de comer	0.80983
E37	Como sin medida	0.79753
E38	Me asusta pensar que puedo perder el control sobre mi forma de comer	0.62831
E15	Soy de los que se hartan (se llenan de de comida)	0.52215
E34	Siento que como más de lo que la mayoría de la gente come	0.65582
E17	Me avergüenzo de comer tanto	0.58300
E40	Siento que los problemas lejos de quitarme el apetito me lo incrementan	0.45587

Factor 3 Conducta Alimentaria Normal		
E8	Cuido que mi dieta sea nutritiva	0.74462
E18	Como lo que es bueno para mi salud	0.73346
E20	Cuido que mis comidas contengan alimentos con fibra	0.71196
E22	Procuro mejorar mis hábitos alimentarios	0.73420
E12	Procuro comer verduras	0.71369
E32	Procuro estar al día sobre lo que es una dieta adecuada	0.61685

Factor 6 Dieta Crónica y Restrictiva		
E19	Disfruto. Me gusta sentir el estómago vacío	0.48691
E42	Prefiero la sensación de estómago vacío que la de estómago lleno	0.46423
E43	Siempre estoy a dieta, la rompo y vuelvo a empezar	0.41047
E13	Me la paso muriendome de hambre ya que constantemente hago dietas	0.59416
E24	Pertenezco al club de los que para controlar su peso se saltan comidas	0.62004
E45	Suelo comer masivamente (por ejemplo, no desayuno, no como, pero ceno mucho)	0.55259

Hombres adolescentes

Factor 1 Conducta Alimentaria Compulsiva

E23	Como grandes cantidades de alimentos aunque no tenga hambre	0.41342
E25	No siento apetito o ganas de comer, pero cuando empiezo nadie me detiene	0.64982
E41	Siento que mi forma de comer se sale de mi control	0.74363
E21	Mi problema es empezar a comer, pero cuando empiezo dificilmente puedo detenerme	0.70806
E35	No soy consciente de cuanto como	0.66876
E36	Siento que no puedo parar de comer	0.71884
E37	Como sin medida	0.72548
E38	Me asusta pensar que puedo perder el control sobre mi forma de comer	0.50121
E34	Siento que como más de lo que la mayoría de la gente come	0.41833

Factor 3 Conducta Alimentaria Normal

E8	Cuido que mi dieta sea nutritiva	0.72204
E18	Como lo que es bueno para mi salud	0.73430
E20	Cuido que mis comidas contengan alimentos con fibra	0.70004
E22	Procuro mejorar mis hábitos alimentarios	0.70341
E12	Procuro comer verduras	0.69631
E32	Procuro estar al día sobre lo que es una dieta adecuada	0.61762

Factor 6 Dieta Crónica y Restrictiva

E19	Disfruto. Me gusta sentir el estómago vacío	0.71723
E42	Prefiero la sensación de estómago vacío que la de estómago lleno	0.70527
E43	Siempre estoy a dieta, la rompo y vuelvo a empezar	0.54768
E13	Me la paso muriendome de hambre ya que constantemente hago dietas	0.61613
E24	Pertenezco al club de los que para controlar su peso se saltan comidas	0.64157