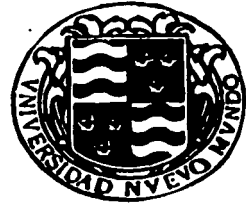


878525

1

UNIVERSIDAD NUEVO MUNDO

**ESCUELA DE PSICOLOGÍA
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD
NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO**



**ESTUDIO COMPARATIVO SOBRE LOS TRASTORNOS
ALIMENTICIOS EN LOS JOCKEY'S DEL HIPÓDROMO, CIUDAD
DE MÉXICO Y ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS.**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A :**

ANA PAOLA / AGUIRRE GÓMEZ

DIRECTOR DE TESIS: LIC. ADRIANA EUGENIA CISNEROS MONTAÑO

MÉXICO, D. F.

2002.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A MIS PADRES

Con la mayor gratitud por los esfuerzos realizados para que yo lograra terminar mi carrera profesional, siendo para mi la mejor herencia.

A mi **Mamá** gracias por el mucho cariño que me tienes, ya que para mi mas que una madre eres mi mejor amiga por lo que siempre me vas a dar un buen consejo, gracias por tu apoyo incondicional, te quiero mucho.

A mi **Papá** gracias por ser para mi una persona muy especial, que desde chiquita has sido para mi un hombre admirable y maravilloso, te quiero mucho.

Gracias por ser como son, pues han sido un ejemplo a seguir para mi.

A **LUISA** por ser mi amiga y sobre todo mi hermana, por las risas y las peleas y por los momentos juntas, te quiero mucho

A **NORA** por ser mi mejor amiga y sobre todo mi hermana pequeña, te quiero mucho y gracias por apoyarme en todo momento y ayudarme cuando lo necesitaba.

A **ISRAEL** gracias por tu apoyo y comprensión, y sobre todo por compartir conmigo esta nueva etapa que se concluye y que es muy importante para mi, y por todo el pasado, el presente y el futuro que nos falta por vivir juntos, TE AMO.

A ti **ADRIANITA** gracias por compartir y guiar conmigo tus conocimientos y sacar este trabajo de investigación adelante.

A **LUCIA REYES** gracias por haberme apoyado y confiado en mi en el presente trabajo de investigación.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A la familia **REQUENA PALAFAX** gracias por su apoyo y cariño que me han brindado.

Agradezco al Hipódromo Ciudad de México, por brindarme la oportunidad de realizar éste trabajo.

Agradezco a la Universidad Nuevo Mundo, y a los profesores por haber compartido conmigo sus conocimientos.

GRACIAS DIOS.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

INDICE

	PÁG:
INTRODUCCION	
CAPITULO I	
TRASTORNOS ALIMENTICIOS	1
1.1 Antecedentes Históricos	1
1.2 Definición de Anorexia	3
1.3 Definición de Bulimia	6
1.4 Trastornos Alimenticios: Anorexia y Bulimia	10
1.5 Etiología	12
1.5.1 Factores Biológicos	13
1.5.2 Factores Sociales	13
1.5.3 Factores psicológicos y psicodinámicos	14
1.5.4 Causas de los Trastornos Alimenticios	18
1.6 Signos y Síntomas de los Trastornos Alimenticios	20
1.7 Diagnóstico	24
1.7.1 Diagnóstico Diferencial	26
1.8 Epidemiología	27
1.9 Incidencia en Varones	30
1.10 Trastornos Alimenticios en Varones	31
1.11 Tratamiento	34
1.11.1 Tratamiento Cognitivo Conductual	38
1.11.2 Tratamiento Familiar	44
1.11.3 Tratamiento Farmacológico	44

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPITULO 2

EDAD ADULTA 46

2.1 Antecedentes 46

2.2 Edad Adulta Temprana 50

2.3 Edad Adulta Media 56

CAPITULO 3

EQUILIBRIO DE LA ALIMENTACIÓN, CONTROL DE INGESTA 61

3.1 Antecedentes 61

3.2 Necesidades Diarias del Ser Humano 62

3.2.1 Proteínas 62

3.2.2 Carbohidratos 62

3.2.3 Grasas 63

3.2.4 Vitaminas 63

3.2.5 Energía 64

3.3 Funciones de los Nutrientes 65

3.4 Tipos de Alimentos 73

3.5 Necesidades diarias de calorías 75

3.6 Definiciones 76

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

CAPITULO 4

ANTECEDENTES DE LOS CABALLOS Y LOS JINETES 78

- 4.1 Antecedentes 78
- 4.2 Artículos sobre la Historia del Caballo 79
- 4.3 Características Distintivas de los Caballos Pura Sangre 81
- 4.4 Características Distintivas de los Caballos Cuarto de Milla 82
- 4.5 Reglamentación del Hipódromo 83

CAPITULO 5

METODOLOGÍA 86

- 5.1 Objetivo General 86
- 5.2 Objetivo Específico 86
- 5.3 Hipótesis 87
- 5.4 Variables 90
 - 5.4.1 Variable Independiente 90
 - 5.4.2 Variable Dependiente 90
- 5.5 Población del Estudio 93
 - 5.5.1 Muestra 94
- 5.6 Instrumento 94
- 5.7 Tipo de Estudio 95
- 5.8 Procedimiento 95
- 5.9 Análisis de la Información 96

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

INTRODUCCIÓN

El culto a la perfección física y la delgadez extrema han dejado de ser una cuestión de estética individual para convertirse en uno de los fenómenos sociales y culturales que amenazan la salud y la vida de miles de personas, tanto mujeres como hombres, comienzan a desarrollar trastornos alimenticios que están asociados y relacionados a las valoraciones tanto sociales como culturales.

Los fenómenos culturales actuales que se viven dentro de la sociedad y de la moda, marcan una enorme tendencia hacia los cuerpos que presentan una figura que va de lo delgado a lo exageradamente delgado, estas influencias, determinan en mayor o en menor grado, tanto la manera de pensar como de actuar de la gran mayoría de las personas que conforman a nuestra sociedad, pero en específico a los adolescentes y adultos jóvenes, que por el hecho de estar delgado, en ellos, es la clave del éxito en cualquier ámbito de su vida, como lo puede ser el sexual, social y laboral.

A través de la historia se ha observado en los jeroglíficos egipcios antiguos y en los manuscritos persas que hay descripciones de trastornos muy parecidos a lo que se le llama actualmente anorexia nerviosa. Pergaminos originarios de las primeras dinastías chinas, también mencionan conductas similares.

Las tribus africanas relatan historias de individuos que rechazaban el alimento durante tiempos de carestía para que sus hijos pudieran consumir el alimento disponible. Ellos fueron muy admirados por quienes no presentaban dicha

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

conducta. Cuando la carestía pasaba, algunos voluntarios continuaban rechazando el alimento hasta que morían, otros fueron curados por shamanes quienes inducían estudios de trance similar a los que hoy conocemos como hipnoterapia. (CALDERÓN. 1995)

De acuerdo a Calderón (1995), los romanos realizaban banquetes abundantes y entonces se provocaban el vómito para que pudieran continuar comiendo, como la actual Bulimia.

Actualmente es sabido que una de las enfermedades que esta afectando a nuestra sociedad especialmente a los adolescentes, y a los adultos jóvenes, son los trastornos alimenticios.

Esto se presenta generalmente por una reacción o respuesta a la guerra interna entre influencias externas, como lo son los medios de comunicación, amistades y presión social, e influencias como son los conflictos emotivos, estrés, y un profundo afán de perfección, manifestando trastornos alimenticios como una forma negativa de manejar las emociones.

La anorexia nerviosa y la bulimia se caracterizan por el rechazo a mantener el peso corporal en ocasiones en valores mínimos normales provocando estados de inanición perdiendo por lo menos de un 15% hasta un 60% del peso corporal normal, la pérdida importante de peso se debe principalmente a la restricción alimentaría.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Las personas que sufren de trastornos alimenticios son extremadamente sensibles a su peso ya que creen que están gordos y llegan a sentir pánico de llegar a serlo, pierden control sobre la cantidad de comida que consumen además de presentar una baja autoestima por lo que se convierte en personas que recurren constantemente a dietas obsesivas en los que no sólo quieren controlar el peso sino también sus sentimientos y acciones relacionadas con las emociones guardadas y escondidas en el fondo de su ser.

A través de la revisión bibliográfica no se encuentran investigaciones sobre los Trastornos Alimenticios en jóvenes adultos y mucho menos en hombres, que por su profesión tengan que mantener un peso específico, por lo que estas alteraciones pasan inadvertidas e igualmente se ve retrasado su diagnostico, sin embargo es necesario hacer evaluaciones constantes a los grupos en riesgo como lo son los corredores de caballos.

La población de esta investigación se relaciona en especial a los jockey's, que son personas que de acuerdo a su estatura y su peso pueden realizar su trabajo, siempre y cuando estén en la condición. Ya que la alteración en su peso afecta su trabajo llegando a ser sancionado.

Por lo tanto si no los dejan montar se quedan sin trabajo ese día, por lo que una de sus cualidades es que presenten el peso adecuado para poder montar y asegurar su fuente de ingresos.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

La importancia de esta investigación es conocer las alteraciones de los síntomas asociados con los Trastornos Alimenticios y/o hasta que punto se ven afectados estos en un grupo de Jockey's.

No es fácil de entender a una persona que sufre de anorexia nerviosa o bulimia, pero a través de esta investigación, se pretende crear conciencia de los Trastornos Alimenticios no solamente en los hombres jóvenes, sino también, en las personas que se ven condicionadas en peso, estatura y edad para poder realizar una actividad laboral como lo son los Jockey's, es decir, hacer un llamado a la sociedad en su conjunto para prevenir y encarar con la misma seriedad y con las mismas medidas que se toman para el alcoholismo y la drogadicción, estas modernas patologías que se están convirtiendo en toda una epidemia.

La investigación establece como punto de análisis, como influye a los Jockey's su ámbito laboral para que desarrollen síntomas relacionados con los trastornos alimenticios como los son la anorexia nerviosa y la bulimia.

Con base a lo anterior y a la inquietud personal se investiga la posible relación que presentan los Jockey's del Hipódromo, Ciudad de México (n=50), con los síntomas asociados a los Trastornos Alimenticios. Para poder llegar al objetivo de esta investigación que es "Determinar si los jockey's del Hipódromo, Ciudad de México, presentan síntomas asociados a los Trastornos Alimenticios, se realiza una comparación con un grupo control donde se incluyen estudiantes con características similares como sexo, edad, peso y estatura".

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Para esta investigación se utiliza el cuestionario de Trastornos Alimenticios (EDI-2) realizado por David M. Garner (1998), el cual maneja once síntomas siendo estas:

1. obsesión por la delgadez
2. bulimia
3. insatisfacción corporal
4. ineficacia
5. perfeccionismo
6. desconfianza interpersonal
7. conciencia introceptiva
8. miedo a la madurez
9. ascetismo
10. impulsividad
11. inseguridad social

Para un mayor desarrollo y facilidad en cuanto al manejo de información, la presente investigación se divide en nueve capítulos:

En el Capítulo I, se aborda el tema de los Trastornos Alimenticios, mencionando los antecedentes, definiciones de diferentes autores como Goldman (1996), Gross (1994), De La Fuente (1997), Cameron (1999). En cuanto a la etiología se implican factores biológicos, sociales y psicológicos.

Los diferentes tipos de signos y síntomas que se presentan en el transcurso de la enfermedad.

El capítulo II, se refiere al Adulto Joven, etapa en la que pertenece la muestra de la presente investigación, por lo consiguiente se explica las características por la que atraviesan los jockey's.

En el capítulo III, se presenta una breve descripción en cuanto al equilibrio de la alimentación, donde la nutrición estudia los nutrientes y otras sustancias alimenticias y la forma como los asimila.

La alimentación consiste en proporcionar al cuerpo los nutrientes que necesita no sólo para estar en forma sino, ante todo para vivir. Las tres principales clases de nutrientes son las proteínas, grasas y carbohidratos, los cuales dan energía al cuerpo y le permiten crecer y subsistir.

En el capítulo IV, se presenta una breve revisión sobre los antecedentes de los caballos, definición de las dos clases de caballos que corren en el Hipódromo, reglamentación que deben cumplir los Jockey's del Hipódromo, de la Ciudad de México.

En el capítulo V, se desarrolla la metodología de investigación, tomando el Ensayo de Hipótesis Diferencias de Proporciones, donde se plantea el siguiente objetivo general: "Determinar si los Jockey's del Hipódromo, de la Ciudad de México, presentan síntomas asociados a los Trastornos Alimenticios, en comparación con el grupo control donde se incluyen estudiantes con características similares como sexo, edad, peso y estatura; así como reafirmar que una alimentación balanceada es parte importante de una vida saludable.

La muestra es de 50 Jockey's y 50 estudiantes con las mismas características al grupo de investigación.

El instrumento es el Inventario de los Trastornos de la Conducta Alimentaria EDI-2, del autor David M. Garner, de TEA ediciones.

En el capítulo VI, se presentan los resultados, donde se demuestra que los jockey's presentan mayores índices de síntomas a los Trastornos Alimenticios de acuerdo a las restricciones de peso, estatura y edad que exige su fuente laboral en comparación con el grupo control (grupo donde se incluyen estudiantes con las características similares).

También se describe la comparación entre ambos grupos en cuanto a la normalidad de acuerdo a los síntomas.

En el capítulo VII, se refiere a la discusión, donde se presenta las similitudes o diferencias que se presentaron en la presente investigación con los diferentes enfoques teóricos, de Guillemont y Laxarine (1994), Garner (1998), Feldman (1997), Heiker y Miller (1994),

En el capítulo VIII, es referente a los alcances y los límites que tiene este estudio; mencionando las sugerencias para prevenir el problema.

Por último en el capítulo IX, se presentan las conclusiones, sobre las posibles alteraciones de los síntomas asociados con los Trastornos Alimenticios por la influencia laboral a la que pertenecen los Jockey's.

CAPITULO 1

TRASTORNOS ALIMENTICIOS

1.1. ANTECEDENTES HISTORICOS

En la sociedad mexicana, existen un sinnúmero de factores generales que se padecen, uno de ellos es la delgadez, que se ha convertido en sinónimo no sólo de belleza, sino también de éxito social, provocando una serie de pautas de comportamiento que durante muchos años han sido estudiadas primero por médicos y luego por psicólogos llegando a la conclusión de que existen factores psicológicos importantes en los trastornos alimenticios.

Durante la historia del hombre se pueden observar varios casos de personas que presentaban síntomas similares en cuanto a su alimentación.

Existen tres fases o periodos dentro de la historia de los trastornos alimenticios:

- Del siglo V al XVI: los estudios que tratan acerca de la anorexia se encuentran contenidos en la literatura teológica que describen principalmente casos de mujeres jóvenes que ayunaban hasta el grado de rechazar totalmente el alimento que se les presentaba, a estas conductas se les consideraba como signos divinos o por el contrario como posesiones diabólicas. Entre los siglos XIII y el XVI: se presentan relatos de mujeres en los cuales existen largos períodos de abstención de alimentos consideradas herejes.
- Del siglo XVI al XVIII: durante este período las causas sobrenaturales siguen siendo la primera explicación de los contados casos de rechazo de alimento,

sin embargo las jóvenes mujeres que acostumbraban ayunar comienzan a ser la principal atracción de los médicos, dedicándoles especial cuidado a su comportamiento. El punto fundamental era el saber si existía la posibilidad de que estas jóvenes sobrevivieran sin alimento por lo tanto los estudios centraron su atención en saber si se podía ayunar indefinidamente, fue por esto que los escritos médicos de esta época contienen información acerca de la duración del ayuno.

- No es hasta la segunda mitad del siglo XIX cuando nace el concepto de anorexia nerviosa que es claramente diferenciado del adelgazamiento de origen orgánico por lo que las: "ayunadoras poseídas", son ahora consideradas enfermas. (GUILLEMOT Y LAXENAIRE, 1994)

Desde el siglo XIX se comenzaron a suscitar un gran número de acontecimientos y modificaciones socio-culturales en el mundo entero, comenzando por los cambios europeos (históricamente), que han influido en la cultura mexicana como es la moda que de una u otra manera se convirtieron en factores fundamentales e imprescindibles para el desarrollo y multiplicidad de los trastornos alimenticios como la bulimia y la anorexia.

Uno de estos cambios socio-culturales, es sin duda, la aparición de las sociedades de consumo, ya que es observable que en países tercermundistas no se dan regularmente este tipo de padecimientos debido a que un gran porcentaje de la población no cuenta con los recursos económicos para poder satisfacer sus necesidades primordiales, como es la alimentación.

Por su parte las sociedades capitalistas presentan suficientes recursos para "permitirles accesos bulímicos y padecimientos anoréxicos". (Guillomot y Laxenaire 1994)

En la actualidad el estudio de la anorexia nerviosa y bulimia, así como los casos de adolescentes que presentan estas enfermedades se han incrementado a pasos agigantados, por tal razón los psicólogos, psiquiatras, médicos y nutriólogos han fijado su atención en este tipo de padecimientos, para de esta manera poder prevenir o bien darle terapia a aquellas personas que presentan esta enfermedad.

1.2 DEFINICION DE ANOREXIA NERVIOSA

De acuerdo a Stein (1989) la anorexia puede definirse como la falta o pérdida de apetito. La anorexia es un síntoma muy frecuente. Cualquier alteración del tracto gastrointestinal, del hígado, del páncreas o del árbol biliar puede cursar con este síntoma.

La anorexia nerviosa es una enfermedad que se caracteriza por una actitud de rechazo total frente a la comida, incapaz de ser superada por el hambre, los consejos e incluso los castigos. Como resultado de la disminución en la ingesta de calorías, se produce una intensa pérdida de peso e incluso el paciente puede llegar a morir. Presentan una perspectiva distorsionada de si mismo de la imagen corporal, los pacientes se esfuerzan por adelgazar y evitar la comida.

A continuación se presentan las definiciones, características principales y la interrelación entre la anorexia nerviosa y la bulimia.

Una de las definiciones características de este trastorno es como la define Goldman (1996) como "un trastorno que se caracteriza por pérdida del 25% del peso ideal,

alteración de la percepción corporal y miedo a la obesidad. Es un trastorno complejo que se manifiesta por cambios fisiológicos, conductuales y psicológicos, y se caracteriza por miedo a la gordura y búsqueda pertinaz de la delgadez."

Darley, Glucksberg y Kinchla (1990), la definen, como un "trastorno emocional en el cual las características principales son el intenso temor a ser obeso, severa pérdida de peso y rechazo a mantener el peso mínimo normal del cuerpo. Mantiene su peso tan reducido de manera más obvia la cual consiste simplemente en no ingerir la cantidad necesaria de alimentos. Este trastorno se presenta en ambos sexos. Es característico de los jóvenes de clase media alta, y en general se manifiesta entre los 15 y los 30 años de edad."

Según Gross (1994), todos los anoréxicos nerviosos parecen tener en común, una imagen corporal distorsionada, una creencia de que parecen y están muy pasadas de peso, cuando, de hecho, tienen un peso bajo en extremo. También son vulnerables en particular a los eventos comunes de la vida, tienen personalidades más bien obsesivas y tienden a evitar situaciones que temen. También tienen baja autoestima y parecen incapaces o temerosos de manejar sus propias vidas como adultos, es más fácil permanecer como niños y temen la autonomía tanto como la desean.

La definición del autor De la Fuente (1992), es interesante puesto que él habla de la anorexia nerviosa desde el punto de vista más patológica, el cual menciona que "es la batalla contra una odiada imagen corporal".

Por otro lado Feldman (1997) menciona que, "la anorexia nerviosa afecta fundamentalmente a las mujeres de entre 12 y veintitantos años de edad, aunque tanto hombres como mujeres de cualquier edad pueden desarrollar este trastorno".

Las personas que padecen anorexia nerviosa suelen provenir de hogares estables, y frecuentemente son individuos de éxito, atractivos, que cuentan con medios económicos relativamente desahogados. Sus vidas se centran alrededor de la comida: a pesar de que comen muy poco, pueden cocinar para los demás, ir frecuentemente a comprar alimentos o coleccionar libros de comida.

De acuerdo a diferentes autores como, Raich (1997), Kaplan (1996), Cameron (1999), se resume que la anorexia nerviosa es un trastorno grave de la conducta alimenticia en la que la persona que la padece presenta un peso inferior al que sería de esperar por su edad, sexo y altura. El peso se pierde por ayunos o reducción extremada de comida, pero casi el 50 por 100 de las personas que lo padecen usan también el vómito autoinducido, el abuso de laxantes y / o diuréticos y el ejercicio extenuante para perder peso.

La anorexia nerviosa no es una manía ni un mal comportamiento: es una enfermedad mental o psicológica, que consiste en una pérdida voluntaria de peso por un deseo patológico de adelgazar y un intenso temor a la obesidad, por lo que el enfermo que la padece, prolonga cada vez más los ayunos, presenta intolerancia al alimento, se obsesiona por el peso corporal, distorsionada su auto imagen, ya que a pesar de ser delgados ellos se conciben como personas obesas.

La pérdida de peso es conseguida por la persona enferma mediante uno o más de los siguientes procedimientos: (<http://www.geocities.com/HotSprings/Resort/5912/>)

- Reducción de la alimentación, especialmente de los alimentos que contienen más calorías.
- Ejercicio físico excesivo.

- Utilización de medicamentos reductores del apetito, laxantes o diuréticos.
- Vómitos provocados.

1.3. DEFINICIÓN DE BULIMIA

Según Darley, Glucksberg y Kinchla (1990) “ingieren cantidades mucho mayores de alimento en lugar de sufrir hambre, se hartan de alimentos chatarra, para después autoinducirse el vomito”. Entre más se baje de peso y se restringe la alimentación, los procesos físicos sufren más efectos adversos. La presión arterial baja de manera anormal y empiezan a hacerse evidentes los efectos de la deficiencia de vitaminas. Algunos investigadores estiman que del 2 al 6% de los bulímicos mueren a causa de este trastorno.

Según Feldman (1997) “ es un trastorno de la alimentación caracterizado por una ingestión exagerada de alimentos que puede estar seguida de vómito autoinducido.”

La bulimia es un fenómeno típico de esta última mitad del siglo XX, que se ha desarrollado e incrementado a grandes pasos. Una de las causas del auge de esta enfermedad es que se busca el modelo ideal de la figura y peso corporal.

Esta enfermedad psicológica atenta contra la salud, debida a que la obsesión por el peso comienza por provocar el hábito de hacer dietas o consumir productos dietéticos, esto a la larga trae como consecuencia que las personas no bajen de peso debido a que las dietas llevan la restricción de calorías por debajo de lo que el cuerpo necesita para funcionar normalmente, pero cuando esta restricción es muy grande, el cuerpo produce su propia energía utilizando la que ya tenía almacenada o la grasa corporal que al agotarse no le queda más remedio que alimentarse del músculo, por lo que en un principio se pierde peso pero a largo plazo el cuerpo se

acostumbra a esta ingesta calórica por lo que aprende a mantenerse con esa cantidad y la persona deja de perder peso estabilizándose en uno.

Según Crispo, Figueroa y Guellar (1996), esta probado que la bulimia esta ligada a dietas estrictas en las que, cuando se fracasa ocurre el famoso atracón, por la cual la define como "una enfermedad psicológica en la que el individuo que la padece consume una excesiva cantidad de alimento (preferentemente comida chatarra, es decir, alimentos de bajo valor nutricional, pero que aportan una gran cantidad de calorías, grasa animal y sustancias químicas que en exceso son dañinas para la salud)", después de este atracón de comida, que se caracteriza por la ingesta de una enorme cantidad de alimentos, ricos en hidratos de carbono, en muy poco tiempo y con la sensación de no poder controlar que y cuanto se come, el sujeto experimenta un sentimiento de culpa y de disgusto consigo mismo al extremo que le provoca ansiedad y miedo a engordar.

Guillomot y Laxenaire, 1994, mencionan que los accesos bulímicos son conductas en las que el sujeto después de haber ingerido una gran cantidad de alimento, experimentan un gran sentimiento de culpa, que finaliza en un episodio en el que el enfermo se provoca el vómito.

La bulimia es una enfermedad psiquiátrica, su descripción se encuentra en la Clasificación Mundial de la Salud, como "Trastornos de la Conducta Alimenticia" en la clasificación de Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica de los Estados Unidos y es considerado como un trastorno mental que se caracteriza por episodios de voracidad o lo que es lo mismo, comer grandes cantidades de comida en un corto espacio de tiempo, a los que le siguen casi siempre conductas tendentes a evitar el aumento de peso tales como:

- Ayuno
- Ejercicio físico excesivo
- Utilización de medicamentos laxantes o diuréticos
- Vómitos provocados

La persona que padece bulimia tiene un intenso temor a engordar, junto a una falta de control sobre su alimentación y sentimientos de culpabilidad y autodesprecio.

Estas pautas de comportamiento incrementan su frecuencia poco a poco, llegando al punto en el cual el sujeto no tiene control de su cuerpo debido a que al ejecutar tan frecuentemente este acto el aparato digestivo comienza a presentar anomalías en su funcionamiento, llegando a provocar en algunos casos cáncer o vómito de sangre lo cual lleva al paciente a la tumba.

Se ha observado que al inicio de este trastorno alimenticio, el enfermo reemplaza el placer o la satisfacción de aquellos objetivos no alcanzados, en la comida, por lo que ingiere todo tipo de alimento que encuentra a su paso, pero al finalizar se siente culpable y busca la solución más fácil, el vómito. (Hekier y Miller, 1994)

Al igual que la anorexia nerviosa, es más frecuente en la mujer que en el varón, en una proporción de 10 a 1, presentándose alrededor de los 20 años y muy especialmente tras haber padecido una anorexia nerviosa o haber hecho regímenes de adelgazamiento.

En la mayoría de los casos, la bulimia comienza:

- Tras haber realizado dietas de adelgazamiento excesivas sin control médico.

- En el curso de una anorexia nerviosa, es sabido que un 50% aproximadamente de los casos de anorexia evolucionan hacia el padecimiento de una bulimia.

En ambos casos, la excesiva restricción alimenticia conduce al deseo imperioso y patológico de ingerir grandes cantidades de comida (GUILLEMOT Y LAXARINE, 1994)

La bulimia es considerada como una nueva enfermedad que se encuentra estrechamente ligada a la anorexia y se les definen como patologías modernas que han surgido y proliferado en gran medida por las tendencias sociales de los países industrializados.

En las últimas dos décadas, la delgadez se ha convertido en un punto fundamental para que todos aquellos hombres y mujeres que desean triunfar social y profesionalmente, ya que los mensajes que hacen referencia a la imagen corporal son omnipresentes y con ellos se transmite la idea de que estar delgado es el medio para obtener la felicidad y el éxito.

La bulimia, es un trastorno que provoca que una persona ingiera enormes cantidades de comida en un episodio. Un galón de helado y un pastel entero se pueden engullir con facilidad de una sola sentada. Después de una cantidad semejante de culpa y depresión y suelen ingerir laxantes o inducirse el vómito para liberarse de la comida, comportamiento que se denomina purga.

De acuerdo a Feldman, (1997), los ciclos constantes de episodios de ingesta y purgas y el empleo de drogas para inducir el vómito o la diarrea pueden crear un desequilibrio químico que puede producir daño cardíaco. Sin embargo, generalmente el peso de una persona que padece bulimia permanece sin cambios.

1.4. TRASTORNOS ALIMENTICIOS: ANOREXIA NERVIOSA Y BULIMIA

Desde el siglo XIX los cambios sociales y culturales han favorecido el diagnóstico de los trastornos alimenticios, además de que se ha observado una multiplicación importante de estos casos en la población mundial, y por lo tanto se observa una gran preocupación e interés por parte de los científicos para estudiar las causas y consecuencias de los diversos trastornos alimenticios, creándose de esta manera definiciones que explican dichas patologías.

No es fácil tratar de comprender a una persona que sufre de anorexia nerviosa o de bulimia, ya que son individuos que enfrentan un desorden alimenticio y que en la mayoría de los casos, presentan baja auto estima y/o un tremendo afán de controlar su entorno y sus propias emociones. La anorexia y la bulimia son igualmente una reacción o respuesta a la guerra interna entre influencias externas e internas, a conflictos emotivos, estrés y una profunda exigencia de perfección, ansiedad e infelicidad que se convierten en el móvil principal de la persona, resultando entonces, formas negativas de manejar estas emociones.

Las personas que sufren estos tipos de desórdenes alimenticios pueden ser extremadamente sensibles sobre su peso, creen estar obesos o sentir pánico de llegar a serlo (aunque no todos los casos presentan la misma sintomatología), claro está, que esto se debe a la fuerte influencia que ejercen los medios masivos de comunicación y a la presión social a la que se ven sometidos.

H. Brunch asegura que: "Una persona joven cuya estructura corporal no se ajusta a la imagen aceptada por la sociedad, ya sea por su constitución o por causas

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

accidentales se ve sometida a enorme presión y a una crítica constante." (H. BRUNCH, 1982).

Lo anterior nos muestra claramente que en la actualidad existe una gran presión sociocultural en la cual todos los integrantes de dicha sociedad nos convertimos en espectadores y actores de esta gran crítica y presión.

Un trastorno alimenticio es una enfermedad conductual devastadora, producida por una compleja interacción de factores que pueden incluir trastornos emocionales y de personalidad, presiones familiares, una posible sensibilidad genética o biológica y el vivir en una cultura en la cual hay una sobre abundancia de comida y una obsesión por la delgadez, también se refiere a la idea de que las personas, buscan nuevas alternativas para mantener un peso supuestamente ideal u obtenerlo mediante tácticas o conductas erróneas en cuanto a la ingesta de alimentos.

Los trastornos del comer generalmente se catalogan como anorexia nerviosa y bulimia.

También existen los trastornos alimentarios no específicos (TANE). Estos Trastornos son aquellos que no concuerdan con ninguno de los criterios de la bulimia y de la anorexia.

Los trastornos alimenticios no específicos se caracterizan por:

- Que el individuo presente aspectos característicos de la bulimia y de la anorexia pero que si tenga menstruaciones regulares
- Que la persona a pesar de haber tenido una perdida significativa de peso se encuentre dentro del rango normal del peso corporal
- Que la persona recurra a atracones con una frecuencia inferior a dos veces por semana o desde hace menos de tres meses

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

- Que el individuo mastique y escupa pero no trague grandes cantidades de comida
- Que exista un desorden compulsivo en cuanto a atracones de comida pero sin inducirse en vómito

Según Feldman (1997), "en los casos más extremos, el comportamiento alimentario puede estar tan distorsionado que llega a amenazar la vida. Uno de los principales trastornos, de la anorexia nerviosa es que puede provocar que las personas se rehúsen a comer, al tiempo de negar que su comportamiento y apariencia, puede ser casi esquelética. Entre un 15% y un 20% de los anoréxicos literalmente mueren de inanición.

Es importante que se tome conciencia de que en la actualidad, las mujeres como los hombres están pagando un precio demasiado alto por mantener una figura delgada pensando que con esto serán aceptados por la sociedad. (Marilyn y Roger, 1995)

Muchas veces por el trabajo es necesario mantenerse con una figura muy delgada, como es en el caso de los corredores de caballos, si no cumplen con las normas establecidas por el Hipódromo, de la Ciudad de México no podrán realizar su trabajo eficientemente.

1.5. ETIOLOGÍA

En los trastornos alimenticios están implicando factores biológicos, sociales y psicológicos. Algunos datos apuntan hacia una mayor concordancia entre gemelos monocigóticos que entre dicigóticos. Las hermanas de las pacientes con anorexia nerviosa parecen estar afectadas por el trastorno, pero esta asociación puede

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

reflejar influencias sociales más que factores genéticos. El trastorno depresivo mayor es más común entre los familiares de estos pacientes que entre la población general:

1.5.1. FACTORES BIOLÓGICOS:

La inanición tiene como consecuencia muchos cambios bioquímicos, algunos de los cuales también están presentes en la depresión, tales como la hipercortisolemia y la no supresión por dexametasona. La función tiroidea también se ve suprimida. Esta inanición también tiene como consecuencia la amenorrea, lo que refleja bajos niveles hormonales. Sin embargo, algunas pacientes anoréxicas dejan de menstruar antes de que se observe una pérdida significativa de peso. Algunos estudios realizados en estas pacientes con tomografía computadorizada (TC), revelan un aumento de los surcos y ventrículos durante la inanición, hallazgos que son reversibles mediante el aumento de peso. En un estudio realizado con tomografía por emisión de positrones (TEP), se observó un metabolismo mayor en el núcleo caudado en el estado anoréxico que después de la realimentación. (KAPLAN, SADOCK Y GREBB, 1996)

1.5.2. FACTORES SOCIALES:

En los pacientes con trastornos alimenticios ven reforzadas sus conductas en el énfasis que pone la sociedad sobre la delgadez y el ejercicio. No existen constelaciones familiares específicas para la anorexia nerviosa, sin embargo, algunas evidencias indican que estos pacientes tienen relaciones estrechas pero

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

problemáticas con sus padres y con su enfermedad, tienden a centrar su atención en los problemas maritales que existen en sus hogares. Es común entre estos pacientes encontrar historias familiares de depresión, alcoholismo u otros trastornos alimentarios. (KAPLAN, SADOCK Y GREBB, 1996)

1.5.3. FACTORES PSICOLÓGICOS Y PSICODINÁMICOS:

La anorexia nerviosa y la bulimia parecen ser una reacción a las demandas sobre los adolescentes de más independencia e incremento del funcionamiento social y sexual. Los pacientes con este trastorno sustituyen sus preocupaciones por la comida y el aumento de peso. Las preocupaciones son similares a las obsesiones. Los pacientes con anorexia nerviosa normalmente pierden el sentido de la autonomía y la autoconfianza. Muchos sienten que sus cuerpos están de alguna manera, bajo el control de sus padres. La autoinaniación puede ser un esfuerzo para ganar validez como persona única y especial.

Solo a través de actos de extraordinaria autodisciplina pueden desarrollar el sentido de autonomía y la autoconfianza. (Kaplan, Sadock y Grebb 1996)

Según Kaplan y Sadock (1996), menciona que las teorías psicológicas relativas a las causas de la anorexia nerviosa se han centrado principalmente en las fobias y las formulaciones psicodinámicas.

En los países desarrollados, la anorexia nerviosa afecta aproximadamente a 1 de cada 200 ó 300 chicas de edades comprendidas entre los 12 y los 24 años. Su descripción se recoge en la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud, como "Trastornos Mentales y del

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Comportamiento", y en la Clasificación de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica de los Estados Unidos.

Por lo cual, las personas que padecen anorexia nerviosa se vuelven enflaquecidos al punto de la inanición, perdiendo por lo menos el 15% a un máximo de 60% del peso corporal normal. Las motivaciones primarias de su repulsión para comer se deben a un temor abrumador sobre el peso aunado a una imagen distorsionada de sus cuerpos.

Este tipo de personas ingieren regularmente medicamentos de tipo laxante y diuréticos ya que se tiene la idea de que al consumir este tipo de productos el cuerpo acelera el proceso digestivo por lo que no se aprovecha al máximo los nutrientes contenidos en los alimentos.

La pérdida de peso en los trastornos alimenticios, es conseguida por la persona enferma mediante los siguientes procedimientos de acuerdo a Crispo, Figueroa y Guelar, 1996:

- Reducción de la alimentación, especialmente de los alimentos que contienen más calorías
- Ejercicio físico excesivo
- Utilización de medicamentos reductores del apetito, laxantes o diuréticos
- Vómitos provocados

De esta manera, se produce una desnutrición progresiva y trastornos físicos y mentales que pueden ser muy graves e incluso conducir a la muerte.

Con lo anterior se observa que existen factores de tipo previo o predisponente que vuelven a la persona más vulnerable para desarrollar este tipo de trastorno alimenticio. Entre los elementos comunes a los trastornos alimenticios

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

observamos: "La obsesión por el peso y la figura corporal; las prácticas reiterativas para controlarlo." (Crispo, Figueroa y Guelar, 1996).

Esto lleva a suponer que la anorexia nerviosa y la bulimia, al igual que otros trastornos alimenticios marcan características individuales, pero a la vez comunes como lo son la autoexigencia o perfeccionismo extremo ya que esta obsesión por el peso refleja claramente una inseguridad y auto rechazo por parte del enfermo.

Cabe mencionar que los trastornos alimenticios no tiene una causa única, sino que existen elementos biológicos, psicológicos y sociales que predisponen a padecerla o la desencadenan directamente.

Los factores predisponentes que configurarían un grupo de riesgo están constituidos por uno o varios de los siguientes de acuerdo a Heiker y Miller, 1994:

- Ser muy joven
- Tener antecedentes familiares de anorexia, bulimia, trastornos depresivos, obsesivos o alcoholismo
- Sufrir previamente un problema de obesidad
- Poseer determinados rasgos de carácter: ser perfeccionista, excesivamente responsable para la edad o situación, sufrir de inseguridad, timidez o introversión, o tener una baja autoestima

Los factores que desencadenan los trastornos alimenticios suelen ser uno o varios de los siguientes:

- Haber ganado peso recientemente y estar a régimen
- Padecer alguna enfermedad que dificulte o impida comer durante unos días (amigdalitis, gastroenteritis, etc)

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

- Haber incrementado el ejercicio físico
- Recibir críticas sobre el tipo o el peso, en cualquier ambiente
- Tener que enfrentarse a situaciones nuevas o difíciles, perder a seres queridos, encontrarse en situaciones de aislamiento o soledad

Los factores sociales que predisponen a la enfermedad, e incluso la desencadenan, son muchos y muy complejos. La presión social que existe en torno a la línea y el adelgazamiento, tiene un papel decisivo en la aparición y desarrollo de la enfermedad, la moda, la publicidad, y el tipo de trabajo incitan más frecuentemente a adelgazar que a mantener una buena salud, así mismo la baja autoestima de algunos seres humanos.

Los factores predisponentes y sociales interactúan entre si determinando una serie de cambios en la personalidad y conducta que, en la pubertad y bajo el influjo de los factores precipitantes, conducen al deseo de adelgazar mediante la realización de dietas y/o ejercicio físico exagerado, lo que en efecto produce una pérdida de peso progresivo. La desnutrición resultante provoca trastornos mentales que refuerzan el deseo de seguir adelgazando, dando origen a un terrible círculo vicioso psíquico del que es muy difícil escapar. (Hekier y Miller 1994)

La búsqueda de la delgadez puede tomar varias formas. Los pacientes en general comen poco y muestran rechazo particular hacia los carbohidratos. Pueden establecerse límites diarios de calorías. Algunas tratan de lograr la pérdida de peso mediante vómito inducido, ejercicio excesivo y purgas.

Después de comer en forma excesiva, se sienten hinchados y pueden inducir el vómito. Los alimentos excesivos van seguidos de remordimientos y esfuerzos

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

intensificados de perder peso. Si otras personas las estimulan a comer, a menudo se muestran resentidas, pueden esconder el alimento o vomitarlo en secreto en cuanto termina la comida.

Las personas que padecen de anorexia nerviosa reflejan cierta vulnerabilidad individual en cuanto a personalidad y maduración ya que es necesario contar con características específicas previas de cada sujeto debido a que se ha observado una y otra vez que los anoréxicos cuentan con aspectos o factores comunes en cuanto a la familia, baja auto estima, depresión, etc.

1.5.4. CAUSAS DE LOS TRASTORNOS ALIMENTICIOS:

El origen de los trastornos alimenticios puede ser parcialmente cultural, puesto que se observa la enorme importancia que la sociedad concede al hecho de estar esbelto.

De no tratarse la enfermedad, además de las manifestaciones de desnutrición y alteraciones psíquicas, de forma progresiva se producirán trastornos en todo el organismo: digestivos, hematológicos, circulatorios, cardíacos, metabólicos, hepáticos, óseos, renales, genitales y cerebrales, que pueden llegar a ser muy graves e irreversibles.

Adicionalmente, las personas que padecen anorexia nerviosa son especialmente propensos a tener problemas con el alcohol o las drogas y a sufrir tendencias suicidas.

De acuerdo a Darley, Glucksberg y Kinchla (1990), mencionan que "las evidencias sugieren que la familia y ciertos factores culturales desencadenan un proceso psicológico en los individuos susceptibles. La persona es motivada para que baje

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

de peso y si la dieta se alarga lo suficiente, empieza a tener consecuencias biológicas. Los efectos biológicos de la pérdida de peso refuerzan el proceso psicológico, y favorecen la formación de un patrón circular que apoya al trastorno". La anorexia empieza cuando los adolescentes que han sido obedientes son presionados para adecuarse a los estereotipos corporales y ponerse a dieta lo cual implica a ingerir productos "light". Las dietas o la ingesta de los productos "light" se inicia de manera inconsciente, quizá como respuesta a un comentario casual de algún miembro de la familia o amigo.

Es cierto que las mujeres están más propensas que los varones a que se les moleste con respecto a estar "gorditas" y a la obesidad y es más probable que se les aconseje o presione a que hagan dieta, estos factores están entre las tensiones que preceden a la anorexia.

La dieta, no es la causa de cualquier trastorno alimenticio, pero puede actuar como un disparador. Muchos jóvenes pueden comenzar deseando perder unos cuantos kilos, pero prosiguen si los resultados son recompensantes, entonces se puede establecer un límite mayor y dirigirse hacia él causando gran tensión y culpa. Someterse a sí mismo a la inanición se vuelve muy satisfactorio y toda la energía de los jóvenes se canaliza a la pérdida de peso, de modo que cualquier otra cosa pierde significado. Otra tensión que puede conducir a los trastornos alimenticios, es la presión de los padres para que los jóvenes tengan un buen desempeño en la escuela o en la universidad.

Quienes padecen anorexia nerviosa o bulimia se toman muy a pecho la regla social que sostiene que nunca se puede ser demasiado delgado y se preocupan excesivamente por su peso. Consistentemente con esta explicación, existen

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

parámetros claros en algunas universidades acerca del comportamiento "adecuado" de ingestión, cuya cantidad se asocia con la popularidad femenina. Algunos psicólogos sugieren que estos trastornos ocurren como consecuencia de haber tenido padres de familia excesivamente exigentes u otro tipo de problemas familiares.

1.6 SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LOS TRASTORNOS ALIMENTICIOS

Existen diferentes tipos de signos y síntomas que aparecen durante el transcurso de los trastornos alimenticios, a continuación se mencionaran:

Goldman (1996) menciona que " los individuos que tienen trastornos alimenticios pueden llegar a extremos increíbles con objeto de perder peso. Empiezan por reducir drásticamente su ingestión calórica, evitando por completo los alimentos ricos en carbohidratos y que contienen grasas.

Estos tipos de pacientes hacen ejercicio de manera incesante, como andar, correr, nadar, practicar ciclismo, bailar, efectuar calistenia. Algunos pacientes alteran el ayuno, que consiste en crisis de glotonería no controlada sin percatarse del hambre o la saciedad. Esto va seguido a menudo por vómitos inducidos por el propio sujeto, con frecuencia, se consumen cantidades enormes de laxantes. En su esfuerzo por perder peso, la persona puede abusar también de comprimidos por dieta y diuréticos."

Es importante mencionar que las personas que padecen de estos males patológicos presentan a su vez varios signos y síntomas Psíquicos los cuales son:

1. cambios rápidos de carácter y humor
2. irritabilidad

3. ansiedad
4. tristeza
5. decaimiento
6. tendencia de aislamiento de la familia y de las amistades
7. desinterés por todo lo que no sea el estudio o el trabajo
8. excesiva dedicación al estudio o trabajo

Por otra parte estas personas presentan los siguientes síntomas de desnutrición:

1. pérdida de peso
2. detención del crecimiento si la persona enferma está en edad de crecer
3. menstruación escasa o irregular, incluso la desaparición de la misma
4. frialdad en las manos y en los pies
5. sequedad en la piel
6. estreñimiento
7. palidez
8. mareos
9. caída del pelo
10. sensación de plenitud y pesadez después de las comidas
11. dolor de cabeza
12. hinchazón de la cara

Otro de los signos clínicos que se perciben físicamente en un enfermo que padece de trastornos alimenticios son:

- **PIEL:** la piel de una persona anoréxica y bulímica presenta resequedad y aspereza, además de ser quebradiza y fría. Esto se debe principalmente a que existe una baja de sustancias nutricionales provocando un color violáceo por la falta de circulación o bien presenta lo que se denominan como "hipercarotinemia" que es cuando la piel adquiere un color amarillento por la ingesta excesiva de calabaza o zanahoria. Por otra parte la piel se presenta sin vello o si existe es muy delgado tipo pelusa llamado Lánugo.
- **APARATO CARIOVASCULAR:** se presenta la disminución de pulsaciones cardíacas y de la presión arterial, por otra parte las paredes del corazón disminuyen su grosor y es posible que aparezcan arritmias cardíacas por la falta de calcio, potasio y magnesio.
- **APARATO URINARIO:** por el abuso de diuréticos se produce una necrosis renal la cual produce infecciones urinarias o la producción de cálculos o arenillas.
- **APARATO GENITAL:** se presenta la irregularidad en la menstruación.
- **ESTÓMAGO:** por la falta de nutrientes se da un retardo en la evacuación gástrica, además de la aparición de gastritis y de vómitos con sangre.
- **INTESTINO:** por el uso excesivo de laxantes aparecen diarreas y dolores abdominales llamados cólicos, además de esto el intestino ya no funciona sin el estímulo de los laxantes.
- **MANOS:** aparecen callosidades o lastimaduras en los nudillos
- **BOCA:** el estómago cuenta con ácido clorhídrico que ayuda a digerir los alimentos, la persona al provocarse el vómito, junto con el alimento sale

este ácido corrosivo al esmalte de los dientes lo que facilita la producción de las caries. Las encías el paladar y la garganta; se inflaman porque la persona en su afán de vomitar las lastima. (GUILLEMOT Y LAXARINE, 1994)

En una persona con trastorno alimenticio, pueden observarse varios de los siguientes síntomas de alteraciones del comportamiento (o todos):

- Deseo claro de perder peso (incluso estando dentro del peso normal de acuerdo a su edad, o incluso inferior).
- Evitan determinados alimentos: suprimen dulces, pan, patatas, arroz, fritos, etc. Más adelante van eliminando de su dieta cada vez mayor número de alimentos, hasta llegar en ocasiones a tomar únicamente verduras o frutas (y cada vez en menor cantidad), si es posible consumiendo solamente alimentos light. Pueden llegar a evitar incluso los líquidos.
- Se preocupan exageradamente por el contenido en calorías de los alimentos y por las dietas de adelgazamiento; vigilan la preparación de las comidas familiares o amistosas, y pueden tener un marcado interés por la nutrición de los restantes miembros de la familia, cocinándoles platos suculentos que ellos nunca tomarán.
- Aumentan la actividad física para favorecer la pérdida de peso: van andando a todas partes, suben escaleras, estudian paseando, hacen abdominales, corren, van al gimnasio..
- Se quejan con frecuencia de "estar gordos" o de "tener celulitis".
- Prefieren comer a solas.

- Sufren sentimientos de culpabilidad tras haber comido.
- Se oponen a comer en cantidades normales a pesar de los ruegos, recomendaciones, órdenes o amenazas familiares e incluso médicas.
- Utilizan laxantes o "hierbas adelgazantes".
- Vomitan a escondidas tras las comidas.
- Se pesan frecuentemente, incluso varias veces al día.

Es frecuente encontrar en personas que padecen trastornos alimenticios anemias por la falta de hierro por lo que se sienten cansados y depresivos.

Es evidente que los trastornos alimenticios son enfermedades terribles, que comienzan por lo psicológico desencadenándose en padecimientos físicos que son difíciles de remediar.

1.7. DIAGNÓSTICO:

El diagnóstico de los trastornos alimenticios debe realizarse sólo tras haber hallado los siguientes rasgos esenciales:

RASGOS ESENCIALES QUE ESTÁN SIEMPRE PRESENTES:

- Conducta dirigida a perder peso
- Pautas peculiares de manejar la comida
- Pérdida de peso
- Intenso miedo a aumentar de peso
- Alteración de la imagen corporal
- Amenorrea en las mujeres

RASGOS ASOCIADOS QUE SON COMUNES PERO NO INVARIABLEMENTE PRESENTES:

- Negación rotunda de la enfermedad
- Desinterés e incluso resistencia por la terapia
- Retraso del desarrollo psicosexual en la adolescencia y marcada disminución del interés sexual con el comienzo de la enfermedad en los adultos
- Ligero aumento de peso (cerca de la tercera parte de los pacientes) antes del comienzo de la enfermedad
- Conducta compulsiva diferente a la relacionada con el alimento y la pérdida de peso
- Frecuencia superior a lo normal de anomalías urogenitales y del síndrome de Turner

Los pacientes con estos trastornos suelen mostrar mucho secreto, negando sus síntomas y resistiéndose al tratamiento. En casi todos los casos es necesario confirmar la historia acerca de los familiares o amigos íntimos.

La mayoría de los pacientes están deshidratados, es necesario obtener inicialmente los electrolitos séricos y después periódicamente, durante el curso de hospitalización. (KAPLAN Y SADOCK, 1996).

1.7.1. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

De acuerdo a Kaplan y Sadock, (1996), es extremadamente importante constatar que el paciente no tiene ninguna enfermedad médica que explique la pérdida de peso.

La pérdida de peso, la conducta alimenticia peculiar y los vómitos pueden aparecer en varios trastornos psiquiátricos. La pérdida de peso es frecuente en los trastornos depresivos. Estos trastornos y la anorexia nerviosa tienen varios rasgos en común, como un estado de ánimo deprimido, ataques de llanto, alteraciones del sueño, ideas obsesivas y ocasionalmente ideas suicidas. Sin embargo, hay varios rasgos diferenciales entre ambos trastornos, generalmente, un paciente con trastorno depresivo tiene pérdida de apetito, mientras que el anoréxico niega la existencia de un apetito anormal.

En las etapas más agudas de la anorexia nerviosa el paciente tiene realmente un menor apetito. En contraste con la agitación depresiva, la hiperactividad observada en la anorexia nerviosa es planificada y ritual, realizar ejercicios, jogging y marchas ciclistas, la presente preocupación por el contenido calórico de los alimentos, coleccionar recetas y preparar festines de gourmet, conductas que no se presentan en el paciente con trastorno depresivo.

El diagnóstico diferencial de la anorexia nerviosa y bulimia es complicado, debido a la negación de los síntomas por parte del paciente, el secretismo que envuelve los rituales que éste realiza con la comida y la resistencia a buscar un tratamiento. Por tanto, puede ser difícil identificar el mecanismo que se encuentra detrás de la pérdida de peso, y los pensamientos repetitivos del paciente asociados a distorsiones de la imagen corporal.

El especialista debe estar seguro que el paciente no presente ninguna enfermedad médica que pueda ser responsable de esta pérdida ponderal.

La pérdida de peso, las conductas alimenticias peculiares y los vómitos pueden darse en diferentes trastornos mentales. (KAPLAN, SADOCK, GREBB, 1996)

1. 8. EPIDEMIOLOGÍA

La anorexia nerviosa se presenta principalmente en las mujeres pero no se deja de tomar en cuenta el porcentaje de los hombres, aunque es menos frecuente si se llega a presentar. Diversos estudios indican que el índice en los hombres está entre 4 y 6%.

A menudo, las madres o padres han tenido una historia explícita de bajo peso en la adolescencia o de fobia de peso. En la actualidad, las pruebas disponibles no permiten sacar conclusiones sobre la herencia en el desarrollo de este trastorno.

De acuerdo a Kaplan y Sadock (1996), el único estudio de incidencia de la anorexia nerviosa dirigido en Estados Unidos halló una incidencia del 0,37% por 100.000 personas al año

Los recientes estudios de prevalencia han mostrado que los trastornos alimenticios son muy comunes en cualquier grupo de edad en riesgo, de los 12 a los 30 años y en las clases socioeconómicas más altas.

La edad más común de inicio de la anorexia nerviosa se sitúa alrededor de los 15 años, sólo en el 5% de los pacientes anoréxicos se inicia el trastorno alrededor de los 20 años.

Kaplan, Sadock y Grebb (1996) mencionan que se han hallado trastornos alimentarios de varios tipos en el 4% de estudiantes adolescentes y adultos jóvenes.

La frecuencia de anorexia nerviosa ha aumentado en las últimas décadas, ha sido también en los últimos años cuando ha habido un incremento del trastorno en chicas prepuberales y en hombres. La fundación Comenzar de Nuevo, A.C., es una organización creada en agosto de 1999 en la ciudad de Monterrey, N.L., México, que pretende difundir de forma local, regional, nacional, internacional y en forma no lucrativa, una mejor orientación general para la identificación, prevención, investigación y referencia a tratamiento de personas con desórdenes de la alimentación.

La fundación Comenzar de Nuevo, A.C., tiene como objetivo que desaparezca la idealización que existe acerca de la delgadez que es lo que provoca los desórdenes alimentarios, promoviendo actitudes sociales que ayuden a mantener una imagen corporal sana.

A continuación se presenta una tabla donde se muestran las personas que fueron captadas de Enero a Marzo del 2000 en la Fundación Comenzar de Nuevo A.C. de la ciudad de Monterrey, Nuevo León.

PERSONAS CAPTADAS DE ENERO A MARZO 2000

Total de personas: 87

Número	Descripción	Pocentaje
MEDIO DE CAPTACIÓN		
36	Teléfono	41%
28	Internet	32.3%
23	Otros medios	26.4%

SEXO

78	Mujeres	89.9%
8	Hombres	9.2%
1	No se conoce esta información	0.9%

EDAD

39	Entre 10 y 19 años	44.8%
30	Entre 20 y 29 años	34.5%
10	30 años en adelante	11.5%
8	No se conoce esta información	

PADECIMIENTO

32	Bulimia	36.8%
24	Anorexia	27.6%
11	Bulimarexia	12.6%
10	Comedores compulsivos	11.5%

En esta tabla se muestra que en este tipo de fundación se presentan más personas que padecen el trastorno de bulimia y la sigue la anorexia.

Las edades aproximadas más frecuentes son de 10 a 19 años, pero cabe mencionar que también se puede presentar en otras edades.

El sexo más frecuente es el femenino, pero también en la actualidad se está presentando en los hombres.

1.9. INCIDENCIA EN VARONES

Podría parecer que los trastornos alimenticios son exclusivos de las mujeres, sin embargo también se presentan en los hombres.

De acuerdo a Burns y Crisp (citado en Rausch y Bay (1995), en cuanto a la pregunta acerca de si la anorexia nerviosa es una enfermedad específica femenina, estos autores concluyen: "Dado que no hay ninguna evidencia de que los anoréxicos varones estén más confundidos acerca de su identidad sexual que las mujeres, y que la pérdida de peso trae aparejado un bloqueo endocrinológico para ambos". Es probable que los conflictos que congela la anorexia nerviosa sean aquellos que tienen que ver con las crisis del desarrollo comunes a todos los adolescentes, más que aquellos que giran alrededor de los temas espinosos de la sexualidad femenina en nuestra sociedad industrial". La impresión de estos autores de acuerdo a los estudios realizados es que la presentación y los antecedentes son virtualmente idénticos para hombres y mujeres. Y que la prevalecía entre los sexos se debe a que la mayoría de las mujeres hacen dieta, y no así los muchachos adolescentes.

Cabe consignar que la epidemiología de los trastornos alimenticios en los varones es similar a la de las mujeres en cuanto a mayor incidencia en las clases socioeconómicas más altas, la aparición frecuente durante la adolescencia. También se puede observar la pérdida de peso debido a una enfermedad orgánica, a una desilusión o a un acontecimiento de la vida que impactó de modo significativo. También se verifica que las familias suelen tener mayor incidencia de enfermedad depresiva y de hermanos con anorexia nerviosa. (RAUSCH Y BAY, 1995)

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

La anorexia nerviosa, constituye dada su frecuencia y trascendencia clínica, uno de los desórdenes mayores de conducta alimentaria de origen psíquico y lo más importante en el conjunto de los trastornos de la alimentación. Últimamente tienen una gran resonancia social, tanto por su gravedad como por su aparente creciente incidencia, e incluso por la aparición en edades cada vez más tempranas. Esto es posible por la influencia de los fenómenos culturales relacionados con el cuerpo y la alimentación.

El cuerpo como apariencia social, como instrumento de competitividad, en un medio donde predomina los estereotipos y valores estéticos culturales concernientes al cuerpo del ser humano, están implicados en la génesis de estos trastornos, al igual que otros factores patogénicos sociofamiliares, biológicos y psicológicos sin que se pueda afirmar hoy en día con rotundidad que factor o variable es fundamental, necesaria o suficiente, para que aparezcan estos trastornos. (CHINCHILLA, 1996)

1.10. TRASTORNOS ALIMENTICIOS EN VARONES

Los trastornos de la alimentación se dan predominantes en mujeres jóvenes, sin embargo están apareciendo también en hombres jóvenes cada vez más. El porcentaje de varones ha pasado de 5% a 10% en los últimos 5 años. Este es un dato interesante, ya que ratifica que no hay nada en la anatomía o fisiología femenina que haga que las mujeres tengan el uso privativo de estas patologías.

Al igual que las mujeres que sufren de estos problemas, los hombres que desarrollan trastornos del comer también tienen:

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

- Historias de obesidad que los han convertido en objeto de burlas en algún momento
- Fuerte creencia de que si adelgazan serán más atractivos o más queridos
- Obligación de mantener un peso o figura específicos por su trabajo

Un numero significativo de los varones con trastornos de la alimentación son homosexuales lo que no significa que sea privativo de ese grupo. Quizá esto tenga más que ver con que nuestra cultura no le pone tantas exigencias al hombre heterosexual, en cuanto al cuidado de su presentación física. Más bien le exige que sea fuerte, situación para la cual algunos kilos de más no interfieren. En cambio, en el mundo gay masculino, la apariencia es un valor apreciado, igual que el mundo femenino. (CRISPO, FIGUEROA, GUEJAR, 1996)

Vale la pena destacar que es poco frecuente en los hombres con problemas de alimentación que el objetivo buscado sea un peso determinado, bajar el talle de la ropa que usan o "entrar" en un pantalón. Más bien suelen relatar que todo comenzó por querer modificar alguna parte específica del cuerpo, darle mejor forma o evitar ciertas desproporciones.

Otro grupo significativo entre los varones con trastornos del comer lo representan aquellos que también sufren la presión de mantener un peso fijo por su actividad y se encuentran bajo control de una manera estricta. Es el caso de algunos deportistas bajo entrenamiento intensivo, de los corredores de caballos (jockeys), los fisicoculturistas o los boxeadores obligados a ubicarse en una categoría inferior a aquella para la cual están físicamente mejor dotados. También integran este grupo los bailarines, a quienes se les exige el mantenimiento de un peso más bien

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

bajo, y en cifras que lamentablemente van en aumento, los modelos masculinos. Se dice lamentablemente porque sin duda esto no es más que un preanuncio de que, a corto plazo, en el mundo masculino también aumentará la presión por una estética que pase más por la flacura que por un cuerpo proporcionado y fuerte.

Un dato importante a tener en cuenta en el caso de los varones es que se verifica muchas veces que lo que inicialmente se presenta como una anorexia nerviosa constituye más bien un trastorno del comer secundario a un trastorno afectivo. Esto quiere decir que el joven ha comenzado con un estado de tristeza o depresión, debido a causas de diversos tipos. Por no haberse enfrentado a lo que motiva ese trastorno afectivo, se desarrolla un estado de desinterés por la comida. Las consecuencias terminan siendo las mismas que las que padece una joven cuando deja de comer por razones estéticas. (CRISPO, FIGUEROA, GUEJAR, 1996)

En cualquier análisis sobre los trastornos alimenticios es común hablar de las presiones ejercidas por la moda en las mujeres, pero también se presenta en los hombres, y sin duda influye mucho la imagen femenina y ahora también masculina que proyectan los medios de comunicación masiva.

Actualmente la posibilidad de tener éxito en el trabajo, resulta notable el hecho de que la obligación de esforzarse, es decir que la gente haga algo con su vida y genere su propio éxito individual, y desde la década pasada se ha volcado cada vez más en los deportes. Los ámbitos de los corredores, nadadores y ciclistas independientes están comprendidas en su mayoría por varones. Por lo general pasan inadvertidos los cambios en la configuración química cerebral ocasionados por el ejercicio excesivo, y que producen cierto sentido de bienestar y éxito. Este desconocimiento, además de los valores morales positivos ligados a estas

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

actividades tan intensas, apenas pone a pensar a la gente, y no pone atención al hecho de que existen varones que se convierten en adictos al deporte que practican. Según los autores Duker y Slade (1995), mencionan que, en los varones no existe un proceso fisiológico tan claro como el cese de la menstruación que haga que acudan con el médico, o que ponga sobre aviso a sus familiares acerca de su mayor rigidez y control mentales. Debido a ello, en la población masculina a veces pasan inadvertidas la anorexia nerviosa y la bulimia, e igualmente se ve retrasado su diagnóstico. Por lo tanto es necesario hacer evaluaciones a los grupos en riesgo como es en los corredores de caballos, y otros deportes.

Si se reconoce el problema en sus inicios y se proporciona ayuda oportuna, el enfermo tendrá más probabilidades de recuperarse rápidamente. El aplazamiento del diagnóstico es muy común en los varones, lo cual los pone en desventaja, y en un mayor riesgo. (DUKER Y SLADE 1995)

1.11. TRATAMIENTOS

El programa de tratamiento que se expone, está dirigido a personas que sufren trastornos alimenticios, para ambos sexos. Ya que la mitad de los pacientes anoréxicos presenta bulimia. En la mayoría de los casos las técnicas grupales han sido adecuadas para los dos trastornos.

El objetivo inmediato del tratamiento de la anorexia nerviosa y la bulimia es devolver al paciente el estado nutritivo normal. Esto es necesario en razón de las posibles complicaciones de deshidratación y desequilibrio electrolítico, que pueden producir la muerte.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Según Kaplan, Sadock, Grebb, (1996), mencionan que dadas las complicaciones médicas de la anorexia nerviosa, se recomienda un abordaje global que incluya hospitalización cuando sea necesario, y terapia individual y familiar. Debe considerarse la posibilidad de realizar tratamientos conductuales, interpersonales y cognitivos, y en algunos casos, ciertas medicaciones.

Habitualmente, un programa de tratamiento hospitalario que proporcione una considerable estructura ambiental, es necesario para la etapa del tratamiento de la recuperación del peso.

Cuando se sospeche o sepa que una persona tiene algún trastorno alimenticio, debe hacer que consulte lo antes posible con su médico de cabecera (o pediatra, en su caso) para que éste le remita a un médico psiquiatra experto o especializado en esta enfermedad. O acudir directamente a un psiquiatra de estas características.

El médico psiquiatra hará un diagnóstico del estado físico y mental de la persona enferma, y según el resultado aconsejará un tratamiento ambulatorio o su ingreso en un hospital o clínica. El tratamiento en ambos casos tiene como objetivo corregir las anomalías metabólicas que ya se hayan causado, normalizar cuidadosa y progresivamente la alimentación y peso de la persona enferma, y tratar los trastornos físicos y mentales que existan; todo esto se deberá acompañar de tratamiento psicoterapéutico.

La familia y personas íntimas del enfermo también deben recibir orientación y ayuda. El pronóstico es variable según diversas estadísticas, pero en líneas generales un 40% de las personas con trastornos alimenticios se curan totalmente, del 1% al 3% fallecen por desnutrición, fallo cardíaco o suicidio, y las restantes no

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

consiguen una curación total. (<http://www.geocities.com/HotSprings/Resort/5912/>)

La decisión de hospitalizar al paciente debe basarse en su estado de salud y el grado de estructuración necesaria para conseguir la cooperación del paciente. En general, los pacientes con trastornos alimenticios con un peso inferior al 80% del que le correspondería por altura y edad, requieren una hospitalización psiquiátrica que puede oscilar entre dos y seis meses.

Los programas de hospitalización psiquiátrica para este trastorno suelen utilizar una combinación de terapias conductuales, psicoterapia individual, educacional y terapia familiar y en algunos casos, medicación. El éxito del tratamiento radica en gran parte en la capacidad del equipo médico para mantener un trato firme y a la vez, de apoyo del paciente, con frecuencia, mediante una combinación de reforzadores positivos y castigos. No obstante, el programa necesita de cierta flexibilidad para individualizar el tratamiento y ajustarlo a las necesidades y habilidades cognitivas de la persona en cuestión. En última instancia, el paciente debe convertirse en participante activo del tratamiento para que éste sea satisfactorio a largo plazo.

La mayoría de los pacientes no están interesados en el tratamiento psiquiátrico e incluso se resisten a él, son llevados a la consulta médica por sus desesperados familiares o amigos, en contra de su voluntad. Los pacientes, rara vez aceptan la recomendación de la hospitalización sin discutir y criticar el programa de tratamiento que se les ofrece. Poner énfasis sobre los beneficios del tratamiento, con el alivio del insomnio y de los signos y síntomas de depresión, puede ayudar a persuadirles para que ingresen voluntariamente en el hospital.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El apoyo y la confianza de los familiares en el equipo médico son esenciales cuando deben seguirse normas e instrucciones muy estrictas. (KAPLAN, SADOCK, GREBB, 1996)

Según Feldman (1997), el tipo de tratamiento que reciben las personas que padecen esta enfermedad, consiste en una terapia para comprender las causas de su comportamiento de ingestión de alimentos. Además, a los pacientes se les enseña a ingerir alimentos que les gusten, pero se evita que más tarde vomiten. Una de las metas de este procedimiento es enseñar a quienes padecen bulimia que pueden controlar sus hábitos alimenticios.

En casos de anorexia, el primer objetivo del tratamiento es lograr que el paciente suba de peso, lo cual se debe conseguir para evitar el encogimiento de los músculos y desequilibrios químicos. En casos extremos, se insertan por la nariz tubos de alimentación. A largo plazo se trata de obtener incrementos de peso por medio de programas de reforzamiento. Por ejemplo, al comer, los pacientes pueden obtener el privilegio de ver la televisión o recibir cartas. La meta de los pacientes suele ser subir hasta una libra de peso por día.

Después de que los anoréxicos han subido suficientemente de peso, ingresan a sesiones de consejería psicológica. A menudo, esta terapia incluye a toda la familia, puesto que la anorexia se ha relacionado en algunas ocasiones con problemas familiares.

Por medio de tratamientos como éstos, cerca de la mitad de los anoréxicos logran una completa recuperación, y alcanzan de nuevo su peso normal. Además, entre 30 y 40% de ellos suben de peso, aunque mantienen un peso inferior al normal.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1.11.1. TRATAMIENTO COGNITIVO – CONDUCTUAL

El tratamiento cognitivo – conductual según Raich 1997 es semiestructurado orientado al problema más dirigido al presente y al futuro que al pasado. Tiene más en cuenta los factores y procesos que mantienen el trastorno alimentario en lugar de los que tuvieron una influencia previa. Es didáctico, es decir pretende aumentar y clarificar el grado de conocimientos que las personas que sufren dichos trastornos tienen respecto a la comida, al acto de comer, las repercusiones de la ingesta en el peso corporal y la noción de la belleza.

El terapeuta deberá tener conocimientos sobre nutrición y sobre los trastornos físicos que pueden presentar sus pacientes; además, necesita educarles acerca de la regulación del peso, dieta y trastornos de la imagen corporal, así como corregir los errores sobre la comida, el comer, silueta y peso.

Esta terapia promueve el autocontrol. Es un proceso activo en el que la responsabilidad del cambio recae en el paciente. El terapeuta debe saber motivar, apoyar y comprender a los pacientes, puesto que muchas veces les pide que realicen cosas que no sólo son difíciles, sino contrarias a sus deseos y creencias.

Los principales objetivos del tratamiento son: restablecer hábitos de ingesta adecuados y reducir la insatisfacción con la imagen corporal.

Para conseguir el primer objetivo, se restablece el peso, cuando es demasiado bajo, normalizar los horarios y cantidades de ingesta para llegar a un nivel energético adecuado, disminuir hasta hacer desaparecer los episodios de sobreingesta y las conductas purgativas.

Para conseguir el segundo se ha de disminuir la ansiedad que el peso y la silueta genera en el paciente, rebatir los pensamientos erróneos que mantiene sobre su

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

imagen corporal, hacerle enfrentar las situaciones que le producen malestar y aprender a apreciar las ventajas que les ofrece su cuerpo.

LAS 3 FASES EN EL TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL:

PRIMERA FASE: CAMBIO ALIMENTARIO:

En la primera fase del tratamiento todos los esfuerzos van a ir dirigidos a motivar al paciente para realizar el cambio en su comportamiento alimentario alterado. Para conseguirlo se utilizan todas las técnicas persuasivas. Pero hay situaciones en las que esta motivación no sirve: cuando mantiene una rigidez mental incapaz de admitir su problema. Esto sucede mucho en casos de anorexia nerviosa donde el restablecimiento del peso es de vital importancia.

Criterios de Hospitalización:

En los trastornos alimenticios existen criterios de hospitalización de tipo biomédico, psicosociales o familiares y psicoterapéuticos.

Los criterios médico – biológicos son los siguientes:

- deterioro orgánico, en fase de riesgo, debido a la desnutrición
- pérdida de peso de un 25 o 30 por 100
- irregularidades electrolíticas, alteraciones en los signos vitales o infecciones en pacientes gravemente desnutridas

Los criterios psicosociales o familiares son:

- cuando hay un aislamiento exagerado, es decir, no mantiene ningún contacto interpersonal
- no puede trabajar o estudiar

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

- la situación familiar o social es muy conflictiva

Los criterios psicoterapéuticos son:

- fracaso en tratamientos previos
- falta de motivación
- negativa a hacer tratamiento ambulatorio
- imposibilidad de control
- imposibilidad de aplicar normas en casa
- gran depresión con ideas de suicidio

Cuando el clínico considera que se presentan algunas de estas circunstancias, debe procurar la hospitalización.

Criterios para que considere efectivo el tratamiento ambulatorio se han propuesto los siguientes:

- pacientes que hace menos de cuatro meses que sufren anorexia
- no presentan episodios de sobreingesta ni vómitos
- tienen una familia dispuesta a cooperar y participar

ESTABLECER EL AUTORREGISTRO:

Se anima a los pacientes a realizar un autorregistro en el que expongan día a día lo que comen en dónde, solos o en compañía, si la consideran un atracón, si se provocan el vómito o llevan a cabo alguna conducta purgativa. Las hojas de registro se van revisando en cada sesión y cumplen con el objetivo de hacer mucho más consciente al paciente de su problema y concretar las situaciones especialmente peligrosas.

ESTABLECER EL PESO SEMANAL:

Hay muchos pacientes que se pesan varias veces al día, otras no lo hacen jamás, puesto que tienen pavor a observar el resultado. La medida de establecer una pesada semanal permite abandonar ambos extremos. En casos de anorexia nerviosa, muchas veces es el propio terapeuta el que lleva a cabo el control de peso.

EDUCAR SOBRE EFECTOS ADVERSOS DE LA DIETA Y LAS CONDUCTAS PURGATIVAS:

Se repasan los tres tipos de dieta que se suelen utilizar: ayuno o gran restricción de ingesta, evitación de determinados alimentos, o la restricción total de comida. Se observan las consecuencias físicas y psíquicas de una dieta restrictiva y se propone empezar la reducción de la dieta del primero de los tipos descritos. Es decir se permite la evitación de determinados alimentos pero se prescribe un patrón de conductas regulares.

DESAPARICIÓN O REDUCCIÓN DE CONDUCTAS PURGATIVAS:

Si los pacientes presentan conductas purgativas como provocarse el vómito, abusar de laxantes y/o diuréticos o realizar ejercicio físico extenuante para reducir los efectos engordantes de la ingesta, se planea la necesidad de hacerlos desaparecer. A través de los auto registros son conscientes de en que situaciones están directamente relacionados con la urgencia a realizar la conducta purgativa.

Los laxantes y diuréticos se abandonan con más facilidad de lo que podría creerse, pero si resulta difícil puede programarse una reducción progresiva.

SEGUNDA FASE: CAMBIO COGNITIVO Y DE LA IMAGEN CORPORAL

En esta fase se mantienen los objetivos expuestos en la primera, pero se ve más allá en el sentido de intentar la supresión de otros tipos de dieta: se introducen los "alimentos prohibidos" y se aumenta la ingesta total de calorías hasta llegar a un nivel de 1.800 kcal/día. Para conseguirlo, se pone un mayor énfasis en la reestructuración cognitiva o cambio razonado de pensamientos desadaptativos respecto de la comida, dieta y peso, se introduce la técnica de resolución de problemas y se pone en práctica la técnica de exposición con prevención de respuesta. La reestructuración cognitiva se aplica especialmente a los pensamientos relacionados con la imagen corporal.

REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA:

Trata de detectar todos los pensamientos distorsionados, creencias irracionales, expectativas y atribuciones erróneas que los pacientes presenten respecto de la comida del peso y figura.

El método que se utiliza para alcanzar este objetivo suele ser el siguiente:

Se hace una exposición detallada, con ejemplos abundantes, en la que se explica la relación entre situación – pensamiento – sentimiento – conducta para demostrar la importancia del pensamiento en la producción de emociones.

Además de buscar ejemplos reales y exponerlos durante la sesión terapéutica, es necesario que el paciente aprenda y se acostumbre a tomar nota de todas las

ocasiones en que le pasa, que registre sus pensamientos, porque de este modo podrá ver cómo se limita en todas las ocasiones que se le presenta y servirá para el tratamiento posterior.

TERCERA FASE: PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

A la persona que ha sufrido un trastorno alimentario no puede asegurarse que una vez que haya finalizado la terapia estará "curado" en el sentido corriente del término.

Probablemente, toda su vida serán personas sensibles a la ingesta de determinado tipo de comida y a la preocupación por la figura, pero esto no quiere decir que no puedan vivir felizmente ni que implique padecer de nuevo el trastorno.

Hay una serie de preocupaciones a tener en cuenta para prevenir la recaída:

1. reflexionar sobre su situación actual. Algunas técnicas terapéuticas le van bien y otras no tanto. Escoger las que le sean especialmente útiles.
2. empezar de nuevo el auto registro
3. hacer cuatro o cinco comidas al día sin saltarse ninguna
4. planificar el tiempo de manera que no tenga mucho tiempo libre, pero que tampoco este ajetreada
5. identificar los momentos en que sea más fácil que pueda realizar atracones y buscarle actividades incompatibles como estar con amigos, bañarse, o relajarse
6. si se piensa mucho en el peso, vigilar que no se este pesando
7. ponerle metas realistas y felicitarlo por cada progreso obtenido aunque sea modesto

1.11.2. TRATAMIENTO FAMILIAR:

La forma típica de presentación de estos casos es una familia desesperada y agotada en sus esfuerzos infructuosos por vencer la enfermedad y una paciente que en forma callada o que manifiesta hostilidad asegura que están todos cerrados, que ella se siente perfectamente bien y que no piensa dejar su empeño en bajar de peso.

Los padres, con frecuencia, han elaborado alguna teoría explicativa acerca de la ocurrencia de los trastornos alimenticios en su hijo y los sentimientos de culpa se mezclan con el susto, llevando a la parálisis. Los hermanos suelen sentir al mismo tiempo fastidio y temor. Es común que los miembros de la familia se perciban a sí mismos como perfectamente normales, padeciendo un único problema que solucionado, permitirá que todo vuelva a su cauce habitual.

El primer objetivo es establecer un sistema terapéutico constituido por la familia, el clínico y el paciente. Para lograrlo es imprescindible el contacto previo con el médico y conocer su evaluación de la situación, desde el punto de vista médico como de sus observaciones acerca de los padres y su respuesta a la propuesta de tratamiento. (RAUSCH, BAY 1995).

Es crucial en esta etapa no dejarse llevar por las atribuciones culposas que se hacen los unos a los otros, sino generar un clima de esperanza y confianza.

1.11.3. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:

El empleo de fármacos para el tratamiento de la anorexia nerviosa y bulimia tiene pocos efectos benéficos, por lo que se ha limitado su uso.

En la mayoría de los ensayos realizados con medicación, el objetivo ha sido producir aumento de peso, corregir la acción de neurotransmisores hipotéticamente involucrados en el desorden y modificar la ansiedad o depresión de los pacientes.

Se han ensayado los neurolépticos en casos en que los pacientes presentan ansiedad muy intensa, especialmente frente a los alimentos, cuando fracasan otras medidas terapéuticas. Para controlar este síntoma algunos investigadores han empleado, dentro de este grupo de fármacos, la clorpromacina, este medicamento tiene intenso efecto antiansiolítico, disminuye la hiperactividad, facilita el reposo en cama y se ha observado también un aumento de la ingesta. Se ha esperado mucho de los antidepresivos en el tratamiento de la anorexia nerviosa. Con amitriptilina se ha conseguido aumento de peso y con clorimipramina, aumento del apetito y de la ingesta energética.

La indicación de benzodiazepinas antes de las comidas para disminuir la ansiedad puede generar dependencia y desencadenar bulimia, por ello no son empleados. (RAUSCH Y BAY, 1995).

Como se observa en el capítulo los Trastornos Alimenticios es una enfermedad grave la cual lleva a signos y síntomas graves, por lo que no puede pasar inadvertida.

CAPITULO 2

EDAD ADULTA

2.1 ANTECEDENTES

La madurez es difícil de medir y la madurez psicológica es difícil incluso de definir, especialmente porque algunos procesos psicológicos continúan perfeccionándose hasta edades muy avanzadas.

Según Zimbrado (1984), etimológicamente un adolescente es alguien que está en crecimiento y un adulto es alguien crecido. El problema de definición es que supuestamente un adulto es un "crecido" no sólo con respecto a características físicas, sino también con respecto a características psicológicas. Se supone que el "crecido" está físicamente maduro.

De acuerdo a Whittaker (1971), el término "maduración" se refiere a los procesos de crecimiento físico que de manera importante influyen para dar lugar a un desarrollo de la conducta ordenada o sujeta a un tipo conocido.

La concepción de lo que es sano o normal difiere en las diversas culturas. En algunas regiones, únicamente son normales las personas que se pierden completamente a si mismas siguiendo las tradiciones y haciendo progresar el bienestar de la tribu. En el mundo occidental se da más importancia a la individualidad, a la realización de las potencialidades propias.

Afortunadamente, en la cultura occidental existe concordancia respecto a las normas de normalidad, salud o madurez.

Una definición de acuerdo con Allport (1986), es que una persona sana domina activamente el ambiente, presenta una cierta unidad y posee la capacidad de

percibir correctamente al mundo y a sí mismo. Una persona que ha alcanzado tal estadio no pierde el contacto con la realidad, no pide demasiado a los demás.

De acuerdo con Ruch (1972), refiere que la conducta emocional de los adultos es muy variada y por lo común está canalizada más útilmente que en cualquier otro momento de la vida. El individuo maduro alcanza un máximo de sensibilidad a lo que lo rodea y es capaz de una aguda apreciación estética y de otros refinamientos emocionales. Los adultos que han adquirido sabiduría vital sacan el mayor provecho posible de sus diversas capacidades de experiencia emocional adquiriendo una amplia gama de intereses.

De acuerdo a Cameron (1999), los cambios y la incertidumbre exigentes en la situación socioeconómica de hoy en día y la prolongación del periodo de dependencia ocurrida cuando la persona está en sus veinte, nos hacen recurrir nuevamente a criterios psicológicos para determinar el cambio de la adolescencia a la edad adulta. Nadie que haya trabajado con personas que estudian para terminar una carrera profesional, y a la vez están creando una familia, dudará de que se trata en la mayoría de los casos de adultos responsables. En muchos sentidos parecen más maduros que sus padres, quienes pospusieron el casarse y tener hijos hasta haber completado estudios de posgrado o su entrenamiento en el lugar de trabajo.

Según Goldman (1996) el desarrollo del adulto es el cambio cualitativo y legítimo hacia una mayor capacidad para vivir de manera adaptada. Ha sido evidente que la marcha a través de la niñez y la adolescencia se apega a esta definición formal del desarrollo.

A pesar del hecho de que lo restante del ciclo vital frecuentemente triplique los 20 años vividos hasta entonces para llegar a la edad adulta, aún queda por resolver la

cuestión de si se puede llamar correctamente "desarrollo" a los cambios que ocurren durante los años de vida madura que restan .

Parece razonable, incluso evidente por sí mismo, que los cambios que ocurren en la vida de un adulto: amor, carrera, matrimonio, crianza de hijos, jubilación, proximidad de la muerte, tienen asimismo que forzar el logro de pasos en el desarrollo, de la misma manera en que lo hacen los principales cambios de la niñez, pero son débiles los datos científicos que apoyan esta idea.

Una crisis experimental en la edad madura y asociada con la ocupación personal consiste en que es durante esta etapa cuando las personas se enfrentan a la escisión entre sus ambiciones primeras y sus logros actuales. El resultado con probabilidad será una desilusión, a excepción de que hayan sido modestas las ambiciones personales o afortunados los individuos. De ordinario la crisis afecta más directamente al esposo que a la esposa, aunque puede ejercer un inmenso efecto indirecto sobre está. La crisis se presenta al mismo tiempo en la época del "nido vacío", es decir cuando el último hijo parte del hogar, el cual afecta prácticamente a la esposa. (ZIMBRADO, 1984)

La adaptación social de la personalidad madura se denota por dos diferentes clases de relación emocional. En virtud de la extensión de sí mismo, tal persona es capaz de una gran intimidad en su capacidad de amar, ya sea en la vida familiar, ya en una profunda amistad. Por otra parte, huye de la murmuración y se abstiene de intromisiones y de todo intento de dominar a los demás, incluso dentro de su propia familia. Tiene en sus relaciones un cierto desprendimiento que le hace respetar y apreciar la condición humana de todos los hombres. Este tipo de relación emocional puede muy bien llamarse simpatía.

La intimidad y la simpatía requieren que el sujeto no sea una carga o un estorbo para los demás ni les impida la libertad en la búsqueda de su identidad. Las constantes quejas y críticas, los celos y los sarcasmos actúan como tóxicos en las relaciones sociales.

El respeto a las personas se alcanza mediante la extensión imaginaria de las duras experiencias de la vida. Acaba uno dándose cuenta de que todos los mortales se hallan en la misma situación humana. Vienen los hombres al mundo sin haberlo pedido, se les impone el irresistible instinto de supervivencia, se ven asaltados por impulsos y pasiones, encuentran fracasos y sufrimientos, pero van siguiendo su camino de un modo u otro. Nadie conoce con seguridad el significado de la vida, todos avanzan hacia un destino desconocido y envejecen mientras lo hacen.

Estudiosos del desarrollo como lo son Freud y Erikson clasificaron la vida humana en fases determinadas en las que se presentan diferentes conflictos y retos a superar, para poder lograr la madurez plena. (TABLA 1)

ETAPAS PSICOSEXUALES (FREUD)	ETAPAS PSICOSOCIALES (ERIKSON)
<p><i>ORAL (desde el nacimiento hasta 12 a 18 meses).</i> La fuente principal de placer para el bebé son las actividades orientadas por la boca, como comer y succionar.</p>	<p><i>CONFIANZA BÁSICA FRENTE A DESCONFIANZA (desde el nacimiento hasta los 12 a 18 meses).</i> El bebé desarrolla el sentido de poder confiar en el mundo.</p>
<p><i>ANAL (12 A 18 meses hasta 3 años).</i> Los niños Sienten satisfacción sexual al retener y expulsar las heces. La zona de gratificación es la región anal.</p>	<p><i>AUTONOMÍA FRENTE A VERGÜENZA Y DUDA (desde los 12 a 18 meses hasta los 3 años).</i> El niño desarrolla un equilibrio de independencia sobre la vergüenza y la duda.</p>
<p><i>FÁLICA (entre los 3 y los 6 años).</i> El niño se siente atraído Por el padre del otro sexo, y mas adelante se identifica con El de su mismo sexo. Gratificación en la zona genital.</p>	<p><i>INICIATIVA VERSUS CULPA (3 A 6 AÑOS).</i> el niño desarrolla su iniciativa cuando intenta cosas nuevas y no teme al fracaso.</p>
<p><i>LATENCIA (desde los 6 años hasta la pubertad).</i> Tiempo de calma relativa entre etapas más turbulentas.</p>	<p><i>INDUSTRIA VERSUS INFERIORIDAD (desde los 6 años hasta la pubertad)</i> El niño debe aprender habilidades de la cultura o enfrentar sentimientos de inferioridad</p>
<p><i>GENITAL (desde la pubertad hasta la edad adulta).</i> Tiempo de maduración de la sexualidad en el adulto.</p>	<p><i>IDENTIDAD VERSUS CONFUSIÓN DE ROL (desde la pubertad hasta la edad adulta temprana).</i> El adolescente debe determinar el sentido de si mismo.</p>
	<p><i>INTIMIDAD VERSUS AISLAMIENTO (20 A 30 años).</i> Es edad adulta temprana también conocida como posadolescencia. La persona busca hacer compromisos con otros, si no tiene éxito puede sufrir una sensación de aislamiento y autoabsorción.</p>
	<p><i>GENERATIVIDAD VERSUS ESTANCAMIENTO (edad adulta intermedia).</i> El adulto maduro se interesa por el establecimiento y la orientación de la siguiente generación o bien, siente un empobrecimiento personal.</p>
	<p><i>INTEGRIDAD DEL YO VERSUS DESESPERACIÓN (ancianidad).</i> La persona de edad logra un sentido de aceptación de su propia vida, que le permite la aceptación de la muerte o bien cae en la desesperanza.</p>

49-5

Existen dos clasificaciones de la etapa adulta, de acuerdo a Erikson; el adulto joven, y el adulto maduro, periodos que son mencionados por diferentes autores con nombres, retos y características similares.

Como el interés de esta investigación abarca desde la juventud o adultez temprana, hasta la edad adulta, etapas referidas por Erikson, Freud, Levinson, González Núñez, Villanueva y otros, se plantearán las características y desarrollo de estas mas ampliamente a continuación:

2.2 EDAD ADULTA TEMPRANA: (20 a 30 años)

De acuerdo a Villanueva (1985), el ser humano se ha enfrentado a sus atributos de libertad y responsabilidad y ha logrado resolver en una forma más o menos satisfactoria su crisis de identidad y establecido sus metas, valores, creencias, entonces está preparado para reconocer y aceptar conscientemente, y en forma integral, su condición ontológica de aislamiento o separatividad.

En la medida en que el individuo haya aceptado durante la adolescencia su libertad y autonomía y reconocido que él es el único responsable de su propia vida, que haya trascendido su necesidad de un marco de orientación mediante la razón y encontrado su identidad por medio de la individualidad, en una palabra, en cuanto haya reconocido que él es él y nadie más, deberá enfrentarse en la adultez temprana a las necesidades primordiales de relación y arraigo.

A pesar de que la generalidad de las personas no se atreve plenamente a establecer relaciones genuinas con los otros, debemos reconocer que si hay quien lo logra. Cuando el adulto joven ha reconocido su separatividad, principia a experimentar la

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

necesidad de relacionarse profunda e íntimamente con otro ser humano mediante el amor verdadero.

Si en ese momento el individuo ha adoptado una identidad clara y adecuada y su percepción del sexo opuesto es realista y positiva, entonces está preparado para establecer una relación "genital" plenamente satisfactoria con su compañero amado del sexo opuesto, con quien desea, y es capaz de compartir una confianza mutua y regular los ciclos de trabajo, procreación y recreación, para asegurar a su descendencia todas las etapas de un desarrollo satisfactorio. Por lo tanto está preparado para amar genitalmente en una forma íntegra.

El periodo de la edad adulta joven se inicia cuando se han completado los años de la enseñanza formal y cuando la persona ingresa al mercado de trabajo y de matrimonio. Para los padres, el periodo concluye cuando los hijos dejan la casa, para otras personas el final del periodo se relaciona con eventos psicológicamente significativos que les revelan que ya no son jóvenes "prometedores".

Erikson identifica la crisis propia de este periodo como el conflicto entre intimidad y aislamiento. Una tarea principal de desarrollo es el crear intimidad, especialmente con el sexo opuesto. Durante la adolescencia, el interés y la preocupación recaen más en los aspectos biológicos del sexo que en la intimidad y el afecto interpersonales. Por lo contrario, a lo largo de la edad adulta joven, el no establecer intimidad conduce al aislamiento y asfixia más todavía el crecimiento psicológico.

Otra tarea de la edad adulta joven consiste en establecer y mantener un hogar y una familia, ingresar y preservar en una carrera, convertirse en miembro de un grupo social compatible y cumplir con las obligaciones de un ciudadano.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Obviamente estas tareas generales no pueden resolverse gracias a un sencillo cambio conductual, sino que exigen muchas adaptaciones en muchas conductas. En otras palabras, realizar esas tareas requiere la adaptación a "grandes cantidades de detallados obstáculos propios de la tareas. (ZIMBRADO, 1984)

En algunas sociedades la pubertad anuncia el principio de la edad adulta, en otras, el niño se convierte en adulto hasta mucho más tarde, al graduarse de bachillerato, cuando puede mantenerse a sí mismo o se muda de casa de sus padres.

Como bastantes jóvenes de cerca de 20 años se encuentran en un limbo, entre la adolescencia y la edad adulta, Keniston citado en Darley, (1990), propuso en 1970 que en nuestra cultura ha surgido una nueva etapa llamada "juventud". Según él, las personas que en ella se encuentran están muy preocupados por resolver el conflicto que surge al tratar de mantener la integridad personal y ser efectivos en la sociedad. Las fuerzas sociales interfieren con su propia identidad, los jóvenes se rehúsan a formar parte de la sociedad predominantemente adulta. Se alejan de esa cultura dominante y se identifican con una "cultura de los jóvenes", que es diferente.

Keniston desarrolló esta teoría de la etapa "juvenil" para explicar la inquietud de los jóvenes de la década de los sesentas, pero la teoría resalta el estatuto ambiguo de los jóvenes en la sociedad actual. En general, un adulto se considera responsable, maduro, con medios propios y bien integrado en la sociedad adulta, pero no todas las personas desarrollan estos atributos y características simultáneamente. Así pues, hay incongruencia entre los científicos sociales y las personas en general respecto de cuándo un individuo se convierte en adulto.

Erikson al referirse a la etapa de la juventud observa que a pesar de que la vida de

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

cada individuo sea única, hay pasos anticipados aun cuando quizá sean desiguales en su impacto aparente u ocurren en un orden cronológico diverso.

Erikson (1987), menciona que "el adulto joven, que surge de la búsqueda de identidad y la insistencia en ella, está ansioso y dispuesto a fundir su identidad con la de los otros. Está preparado para la intimidad, esto es, la capacidad de entregarse a afiliaciones y asociaciones concretas y de desarrollar la fuerza ética necesaria para cumplir con tales compromisos."

Es éste el periodo en el que se establece una relación amorosa estable en contraste con los lazos más transitorios de la adolescencia. La consolidación adulta del sí mismo en tanto que es capaz de amar, ayuda en la resolución de relaciones ambivalentes tempranas con las figuras paternas.

El temor al compromiso que involucra la intimidad puede conducir a optar por el aislamiento o por unas relaciones interpersonales sumamente estereotipadas. Puede parecer más seguro elegir el ensimismamiento que buscar una cercanía escurridiza aparentemente peligrosa para la propia identidad. Hay otros factores que interfieren con la intimidad. La edad adulta juvenil es un periodo de vigor y actividad en donde se establece una variedad de papeles que son importantes para lograr la identidad y el estatus.

Lo que una persona normal debería ser capaz de hacer, de acuerdo a Freud, es "Amar y Trabajar", en la edad adulta juvenil, el equilibrio entre ambos, considerando el amor como el acrecentamiento de la generosidad, además del amor genital, y el trabajo como una productividad general que no cause preocupación al individuo sobre la pérdida de su capacidad para ser una persona amorosa y sexual, puede ser una meta difícil de alcanzar.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La tarea crítica de la edad adulta juvenil es, por tanto, el desarrollo de la intimidad construida sobre un fuerte sentido de la identidad personal. El individuo recientemente maduro reconoce la soledad esencial de la existencia humana así opta por este emparentamiento antes que por un ensimismamiento protector. El sentido de sí mismo, incluye tomar decisiones sobre la vocación y el estilo de vida, que son extensiones de la identidad individual. (GOLDMAN, 1997)

Lowenthal (1977), citado en Worchel (1988), unificó el estudio de los adultos jóvenes enfocándose hacia el compromiso. Especialmente, dirigió su atención hacia tres compromisos especialmente importantes, el moral, el interpersonal, y la maestría. Los compromisos morales están relacionados con el estudio superior del desarrollo moral, el estadio postconvencional de Kohlberg. Los compromisos interpersonales relacionados con el sexto estadio de Erikson del desarrollo de "intimidad versus aislamiento". La mayoría de los adultos se comprometen hasta tal punto que las relaciones íntimas se caracterizan por la profunda solidaridad y el respeto mutuo. Eludiendo este tipo de compromiso puede dirigirse hacia una profunda sensación de aislamiento por parte de otras personas. Los compromisos de maestría se refieren a los compromisos ocupacionales.

Según González Núñez (1995), la transición de la adolescencia a la edad adulta está marcada por una fase intermedia, la posadolescencia, a la que se refiere Erikson como juventud o edad adulta temprana, puede ser reclamada con derecho por ambas etapas, y enfocada desde los puntos de vista de cualquier de las dos. Es una condición indispensable para el logro de la madurez psicológica. El posadolescente, es por tanto, un adulto joven.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La estructura psíquica ha adquirido, al final de la adolescencia tardía, una fijación en términos del desarrollo del Yo y de organización de impulsos, que permiten al posadolescente armonizar las partes componentes de la personalidad. Esta integración ocurre gradualmente y se presenta, por lo general, como una preparación coincidente con la elección profesional, siempre que las circunstancias permitan al sujeto hacer esta elección. Dicha integración es paralela a la definición del papel social, al enamoramiento, al matrimonio, a la paternidad y a la maternidad. El papel manifiesto del joven adulto fácilmente empaña el estado incompleto de la formación de su personalidad. Este logro, desde luego, se consolida sólo si las necesidades instintivas y los intereses yoicos, pese a su naturaleza contradictoria y a sus satisfacciones inestables, han llegado a establecer una armonía entre sí.

En este periodo se ejerce la moralidad, con un énfasis en la dignidad personal o autoestima, más que en la independencia superyoica y en la gratificación instintiva. El Yo ideal ha tomado posesión de la función reguladora del Superyo de diversas maneras, y se ha convertido en heredero de los padres idealizados de la infancia. La confianza antes depositada en el padre ahora se centra en el Self. Se realiza todo tipo de sacrificios con el fin de sostener el sentido de dignidad y autoestima. El relajamiento de las ligas infantiles del objeto es una tarea de la adolescencia propiamente tal, pero al alcanzar durante la posadolescencia, un acuerdo con intereses y actitudes parentales del Yo, se hace más deliberado y efectivo. El paso final en este proceso es la aceptación y la resistencia a las identificaciones. La libido desexualizada del objeto invertida en estas identificaciones, puede transformarse en libido yoica o narcisista, y ligarse a las sublimaciones estables.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El hombre tiene que reconciliarse con la imagen paterna y la mujer con la imagen materna, para alcanzar la madurez. Una falla en este punto del desarrollo dará como resultado soluciones regresivas, deformaciones yoicas o un conflicto con la realidad.

La solución incompleta del proceso de maduración puede aceptarse durante un tiempo, pero es inaceptable cuando se presenta la paternidad en relación con su hijo del mismo sexo. (Gonzalez, 1995)

2.3 EDAD ADULTA MEDIA: (30 a 40)

De acuerdo a Villanueva (1985), cuando el individuo acepta de buena gana su propia insignificancia y destructibilidad, descubre que el carácter temporal y la satisfacción de la vida humana de ninguna manera le quita su significado, pues éste no depende de su duración en tiempo.

Cuando el hombre se da cuenta que su vida es satisfecha la aprecia plenamente y se siente impulsado a vivir, en el sentido más profundo de la palabra, cada instante de su vida. Y es precisamente esa intensidad, esa profundidad de la vida, lo que hace que ésta valga la pena y tenga un verdadero significado. El valor de la vida de cada hombre depende de cuanto ha hecho reales sus potencialidades latentes, de cuanto ha cumplido su tarea, de la forma en que ha vivido. Y cuando ha aceptado su satisfacción, está preparado para darle en verdad la bienvenida a cada día.

Si un individuo ha logrado previamente trascender su soledad aceptando su condición humana de aislamiento ha descubierto por sí mismo la fraternidad y el amor genuinos, cuando redescubre que sus días sobre esta tierra son escasos aparece en él la imperiosa necesidad de hacer que su paso no sea estéril, siente la urgencia verdadera de trascender su condición de criatura impotente para

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

convertirse en creador útil y productivo, necesita dejar una huella positiva y amorosa en este mundo. Y si es lo bastante valeroso como para reconocer y aceptar lo inevitable de su propia extinción y su impotencia para controlar las contingencias de su vida, en seguida se percata de que lo único con que cuenta es este preciso y precioso instante, "el aquí y el ahora", inmediatos, por lo que comienza a vivir cada momento en forma verdadera plena, total y productiva.

Es por eso que las gratificaciones carecen de significado profundo: el dinero será solo billetes y los halagos simples palabras vacías, entre tanto, el seguirá igual o más solitario en su mundo narcisista. (VILLANUEVA, 1985)

Las expectativas significativas de la mediana edad están preocupadas en primer lugar según Erikson, por el estadio de la generatividad versus el estancamiento. De la misma forma en el marco de Levinson (1978), citado en Worchel, (1998), se incluye a esta edad un cierto tipo de transición de la mediana edad.

Las capacidades fisiológicas tales como la resistencia muscular, la capacidad pulmonar, la potencia cardíaca y otras funciones disminuyen. (WORCHEL, 1998)

La aceptación de sí mismos es una característica de madurez donde incluye la capacidad de evitar reacciones excesivas frente a situaciones correspondientes a impulsos segmentarios. El individuo maduro acepta su impulso sexual y se esfuerza cuanto puede en comportarse respecto al mismo de modo que se origine el mínimo de conflictos consigo mismo y con la sociedad. No busca constantemente lo libidinoso, pero tampoco es mojigato ni deprimido. Toda persona presenta miedo de algunas cosas, de la muerte y de peligros inmediatos, pero, en general, el individuo hace frente a estos temores con aceptación. Erikson (1987), en la etapa de intimidad versus aislamiento, menciona que "el cuerpo y el

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

yo deben ser los amos de los modos orgánicos y de los conflictos nucleares, a fin de poder enfrentar el temor a la pérdida yoica en situaciones que exigen autoabandono".

Es especialmente importante la cualidad llamada tolerancia a la frustración en esta etapa. Cada día se producen cosas que irritan o contrarían. El adulto inmaduro, como el niño, reacciona a los contratiempos con accesos de mal humor o irritación, se queja, culpa a otras personas, se compadece a sí mismo. En cambio el individuo maduro tolera la frustración. Si ha habido falta o error en él, sabe aceptar este hecho. Espera un momento oportuno, busca un medio de sortear el obstáculo y en caso necesario se resigna a lo inevitable.

No es cierto que el individuo maduro esté siempre tranquilo, sereno y de buen humor, pero sus fases de mal humor son transitorias. Hasta es posible que sea por temperamento pesimista y deprimido, pero ha aprendido a vivir sus estado emocionales de modo que no le conduzcan a actos impulsivos ni perjudiquen el bienestar de otras personas.

Probablemente no podría comportarse de este modo si no hubiese desarrollado un continuo sentido de seguridad en su vida. Las experiencias de confianza básica en la primera infancia tienen algo que ver con este desarrollo. Y en fases ulteriores ha aprendido más o menos que no todo daño contra su orgullo es una herida mortal y que no todo temor es confirmado por un desastre. Al expansionarse el sentido de sí mismo, se asumen nuevos riesgos y nuevas probabilidades de fracaso. Pero el individuo maduro considera tales inseguridades con un sentido de la proporción. Aprende a ser cauto sin dejarse dominar por el pánico. El dominio de sí mismo es reflejo del sentido de la proporción. El sujeto maduro expresa sus opiniones y los

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

sentimientos por los demás. No se siente amenazado por sus propias expresiones emocionales o por las de otras personas. Este sentido de la proporción no es un atributo aislado de la personalidad, se forma porque el modo de ver las cosas es ordinariamente de tipo realístico y porque el sujeto posee valores integrativos que rigen y encauzan sus impulsos emocionales. (ALLPORT, 1986)

En cuanto a su desarrollo moral, en general, continúa hasta la edad adulta. Si bien muchas personas alcanzan los más altos niveles de juicio moral durante la adolescencia, otros siguen desarrollando su razonamiento moral entre los 20 y los 30 años y quizá más tarde.

Al principio de la edad adulta, un porcentaje relativamente pequeño de personas llega al tercer nivel de desarrollo moral de Kohlberg, que es el nivel postconvencional. Anteriormente en su teoría este nivel estaba formado por dos etapas, la quinta y la sexta, aunque más tarde reconoció que estas etapas podrían no estar muy diferenciadas. En la quinta, la orientación socio - contractual, el comportamiento correcto se define en relación con los derechos individuales generales y las normas que han sido severamente examinadas y con las cuales concuerda un grupo social. El individuo que pasa por ella está perfectamente consciente del relativismo de las opiniones y valores personales, subraya las reglas de procedimiento para llegar a un consenso como grupo y piensa que las leyes deberían cambiar conforme a consideraciones racionales.

En la sexta etapa, que es la orientación del principio ético universal, lo correcto se define como una decisión de la conciencia que va de acuerdo con los principios éticos que uno mismo ha escogido y que son lógicamente generales, universales y coherentes. Estos principios son abstractos, como las ideas de justicia, igualdad

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

de los derechos humanos y respeto por la dignidad de los seres humanos como individuos. En una reciente modificación a su teoría, Kohlberg añadió una séptima etapa, en la que las elecciones morales van inmersas en una unicidad del universo, en una perspectiva orientada hacia el cosmos, más que hacia las personas o el mundo. (DARLEY, 1990).

CAPITULO 3

EQUILIBRIO DE LA ALIMENTACIÓN, CONTROL DE LA INGESTA

3.1 ANTECEDENTES

La Nutrición estudia los nutrientes y otras sustancias alimenticias, y la forma en que el cuerpo las asimila. Sólo es posible tener una idea aproximada de los complejos procesos que los nutrientes experimentan dentro del cuerpo: cómo se influyen, cómo se descomponen para liberarse en forma de energía y cómo son transportados y utilizados para reconstruir ininidad de tejidos especializados y mantener el estado general de salud del individuo. No obstante, es preciso tomar decisiones importantes con respecto a la nutrición que incidan en la salud de grupos tales como niños y ancianos, y de poblaciones enteras que sufren de malnutrición. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y algunos países están dando indicaciones precisas en cuanto a los nutrientes que sirven de guía para conseguir una dieta equilibrada. (MAYERS 1999)

Todos sabemos que la comida es el sustento del organismo y que los placeres de la mesa alegran la vida.

La alimentación consiste en proporcionar al cuerpo los nutrientes que necesita no sólo para estar en forma sino, ante todo, para vivir. Las tres principales clases de nutrientes son las proteínas, las grasas y los carbohidratos, todos los cuales dan energía al cuerpo y le permiten crecer y subsistir, hay que comerlos a diario y en cantidades considerable para mantener una buena salud.

3.2 NECESIDADES DIARIAS DEL SER HUMANO

3.2.1 PROTEÍNAS:

Todos los días se degradan 20 a 30 g de proteínas corporales, que se emplean para producir otros productos químicos del cuerpo. Por tanto, todas las células deben seguir formando nuevas proteínas para restituir las perdidas, por lo que se requiere cierta cantidad de estas sustancia en la dieta. La persona promedio puede conservar sus reservas normales de proteínas en tanto su ingestión diaria pase de 30 a 55 g.

Algunas proteínas tienen insuficientes cantidades de ciertos aminoácidos esenciales, y por tanto no se pueden emplear para elaborar proteínas corporales. Estas se llaman proteínas parciales, cuando se encuentran en grandes cantidades en la dieta, las necesidades diarias de proteínas serán mucho mayores que lo normal. En general, las proteínas derivadas de fuentes animales son mucho más completas que las derivadas de vegetales y granos. (GUYTON, 1988)

El cuerpo humano está hecho de proteínas y los componentes de las células que impiden que éstas se desintegren y que les permiten realizar sus funciones, constan básicamente de proteínas. El cuerpo humano necesita unos 22 aminoácidos para formar todas las proteínas de que se compone, en sus células se fabrican 14 tipos de aminoácidos, pero los restantes, llamados aminoácidos esenciales, tiene que obtenerlos de la comida. (GONZALO, 1990)

3.2.2 LOS CARBOHIDRATOS:

Los carbohidratos son los nutrientes más menospreciados, pero proporcionan energía al organismo, lo ayudan a regular la desintegración de las proteínas y lo protegen de las toxinas.

La glucosa, es el principal combustible del cuerpo humano, en cuyas células toda reacción química productora de energía está basada en el aprovechamiento de ese carbohidrato aunque las células también pueden utilizar otros combustibles, entre ellos las grasas. La glucosa es uno de los carbohidratos llamados monosacáridos, es decir, sustancia de sabor dulce, compuesta de una sola molécula.

Los polisacáridos, de los cuales el más importante es el almidón, suelen denominarse carbohidratos complejos y constan de muchas moléculas de monosacáridos, el organismo los descompone en dos o más carbohidratos simples. Se hallan en las frutas, verduras, y son muy nutritivos pues, además de los monosacáridos, se componen de vitaminas, minerales, proteínas y fibra. Los polisacáridos son relativamente lentos en digerir y por eso quitan la sensación de hambre.

3.2.3 LAS GRASAS:

Las grasas son parte indispensable de la alimentación, pero no todas son saludables si se ingieren en cantidad excesiva.

El organismo necesita las grasas para crecer y restaurarse, y además las almacena en los tejidos para mantenerse a una temperatura constante y para protegerse de la intemperie y de las contusiones. (GONZALO, 1990)

3.2.4 VITAMINAS:

Se llama vitamina a un compuesto orgánico necesario en pequeñas cantidades para la operación del metabolismo corporal normal, y que no se puede elaborar en las células del cuerpo. La falta de vitaminas en la dieta puede producir déficits metabólicos específicos.

En el siguiente cuadro se muestran las cantidades de vitaminas importantes que requieren todos los días el varón adulto normal.

A	5000 UI*
TIAMINA	15 mg
Riboflavina	18 mg
Niacina	20 mg
Acido ascórbico	45 mg
D	400 mg
E	15 mg
K	ninguna
Acido fólico	04 mg
B12	3 mg
Priridoxina	2 mg

*UI, unidades internacionales.

Estas necesidades varían considerablemente según factores como: tamaño corporal, ritmo del crecimiento, grado de ejercicio, enfermedades y fiebre.

(GUYTON, 1988)

3.2.5 ENERGÍA:

El cuerpo utiliza energía para realizar actividades vitales y para mantenerse a una temperatura constante. Mediante el empleo del calorímetro, los científicos han podido determinar las cantidades de energía de los combustibles del cuerpo: hidratos de carbono, grasas y proteínas. Un gramo de hidrato de carbono puro o de

proteína pura producen 4 calorías; 1 gramo de grasa pura produce unas 9 calorías. En nutrición la *kilocaloría (kcal)* se define como la energía calorífica necesaria para elevar la temperatura de 1 kilo de agua de 14,5 a 15,5 °C. Los hidratos de carbono son el tipo de alimento más abundante en el mundo, mientras que las grasas son el combustible más concentrado y más fácil de almacenar. Si el cuerpo agota sus reservas de grasas e hidratos de carbono, puede utilizar directamente las proteínas de la dieta o descomponer su propio tejido proteico para generar combustible. El alcohol es también una fuente de energía que produce 7 calorías por gramo. Las células del cuerpo no pueden oxidar el alcohol, por lo que el hígado tiene que procesarlo para convertirlo en grasa, que luego se almacena en el mismo hígado o en el tejido adiposo.

3.3 FUNCIONES DE LOS NUTRIENTES

Las funciones de las diversas categorías de nutrientes se describen a continuación.

1. Proteínas: La función primordial de la proteína es producir tejido corporal y sintetizar enzimas, algunas hormonas como la insulina, que regulan la comunicación entre órganos y células, y otras sustancias complejas, que rigen los procesos corporales. Las proteínas animales y vegetales no se utilizan en la misma forma en que son ingeridas, sino que las enzimas digestivas (proteasas) deben descomponerlas en aminoácidos que contienen nitrógeno.

Es fácil disponer de proteínas de origen animal o vegetal. De los 20 aminoácidos que componen las proteínas, ocho se consideran esenciales es decir: como el cuerpo no puede sintetizarlos, deben ser tomados ya listos a través de los alimentos. Si estos aminoácidos esenciales no están presentes al mismo tiempo y

en proporciones específicas, los otros aminoácidos, todos o en parte, no pueden utilizarse para construir las proteínas humanas. Por tanto, para mantener la salud y el crecimiento es muy importante una dieta que contenga estos aminoácidos esenciales. Cuando hay una carencia de alguno de ellos, los demás aminoácidos se convierten en compuestos productores de energía, y se excreta su nitrógeno. Cuando se ingieren proteínas en exceso, lo cual es frecuente en países con dietas ricas en carne, la proteína extra se descompone en compuestos productores de energía. Dado que las proteínas escasean bastante más que los hidratos de carbono aunque producen también 4 calorías por gramo, la ingestión de carne en exceso, cuando no hay demanda de reconstrucción de tejidos en el cuerpo, resulta una forma ineficaz de procurar energía. Los alimentos de origen animal contienen proteínas completas porque incluyen todos los aminoácidos esenciales. En la mayoría de las dietas se recomienda combinar proteínas de origen animal con proteínas vegetales. Se estima que 0,8 gramos por kilo de peso es la dosis diaria saludable para adultos normales.

Muchas enfermedades e infecciones producen una pérdida continuada de nitrógeno en el cuerpo. Este problema debe ser compensado con un mayor consumo de proteína dietética. Asimismo, los niños también precisan más proteína por kilogramo de peso corporal. Una deficiencia de proteínas acompañada de falta de energía da origen a una forma de malnutrición proteico-energética conocida con el nombre de marasmo, que se caracteriza por pérdida de grasa corporal y desgaste de músculos.

2. Minerales: Los minerales inorgánicos son necesarios para la reconstrucción estructural de los tejidos corporales además de que participan en procesos tales

como la acción de los sistemas enzimáticos, contracción muscular, reacciones nerviosas y coagulación de la sangre. Estos nutrientes minerales, que deben ser suministrados en la dieta, se dividen en dos clases: macroelementos, tales como calcio, fósforo, magnesio, sodio, hierro, yodo y potasio; y microelementos, tales como cobre, cobalto, manganeso, flúor y cinc.

El calcio es necesario para desarrollar los huesos y conservar su rigidez. También participa en la formación del citoesqueleto y las membranas celulares, así como en la regulación de la excitabilidad nerviosa y en la contracción muscular. Un 90% del calcio se almacena en los huesos, donde puede ser reabsorbido por la sangre y los tejidos. La leche y sus derivados son la principal fuente de calcio.

El fósforo, también presente en muchos alimentos y sobre todo en la leche, se combina con el calcio en los huesos y los dientes. Desempeña un papel importante en el metabolismo de energía en las células, afectando a los hidratos de carbono, lípidos y proteínas.

El sodio está presente en pequeñas cantidades en la mayoría de los productos naturales y abunda en las comidas preparadas y en los alimentos salados. Está también presente en el fluido extracelular, donde tiene un papel regulador. El exceso de sodio produce edema, que consiste en una superacumulación de fluido extracelular. En la actualidad existen pruebas de que el exceso de sal en la dieta contribuye a elevar la tensión arterial.

El hierro es necesario para la formación de la hemoglobina, pigmento de los glóbulos rojos de la sangre responsables de transportar el oxígeno. Sin embargo, este mineral no es absorbido con facilidad por el sistema digestivo. En los

hombres se encuentra en cantidades suficientes, pero las mujeres en edad menstrual, que necesitan casi dos veces más cantidad de hierro debido a la pérdida que se produce en la menstruación, suelen tener deficiencias y deben tomar hierro fácil de asimilar.

El yodo es imprescindible para la síntesis de las hormonas de la glándula tiroides. Su deficiencia produce bocio, que es una inflamación de esta glándula en la parte inferior del cuello. La ingestión insuficiente de yodo durante el embarazo puede dar lugar a cretinismo o deficiencia mental en los niños. Se calcula que más de 150 millones de personas en el mundo padecen enfermedades ocasionadas por la insuficiencia de yodo.

Los microelementos son otras sustancias inorgánicas que aparecen en el cuerpo en diminutas cantidades, pero que son esenciales para gozar de buena salud. Se sabe poco de su funcionamiento, y casi todo lo que se conoce de ellos se refiere a la forma en que su ausencia, sobre todo en animales, afecta a la salud. Los microelementos aparecen en cantidades suficientes en casi todos los alimentos.

Entre los microelementos más importantes se encuentra el cobre, presente en muchas enzimas y en proteínas, que contiene cobre, de la sangre, el cerebro y el hígado. La insuficiencia de cobre está asociada a la imposibilidad de utilizar el hierro para la formación de la hemoglobina. El cinc también es importante para la formación de enzimas. Se cree que la insuficiencia de cinc impide el crecimiento normal y, en casos extremos, produce enanismo. Se ha descubierto que el flúor, que se deposita sobre todo en los huesos y los dientes, es un elemento necesario para el crecimiento en animales. Los fluoruros, una clase de compuestos del flúor, son importantes para evitar la desmineralización de los huesos. La fluorización

del agua ha demostrado ser una medida efectiva para evitar el deterioro de la dentadura, reduciéndolo hasta casi un 40%. Entre los demás microelementos podemos citar el cromo, el molibdeno y el selenio.

3. Vitaminas: Las vitaminas liposolubles son compuestos orgánicos que actúan sobre todo en los sistemas enzimáticos para mejorar el metabolismo de las proteínas, los hidratos de carbono y las grasas. Sin estas sustancias no podría tener lugar la descomposición y asimilación de los alimentos. Ciertas vitaminas participan en la formación de las células de la sangre, hormonas, sustancias químicas del sistema nervioso y materiales genéticos. Las vitaminas se clasifican en dos grupos: liposolubles e hidrosolubles. Entre las vitaminas liposolubles están las vitaminas A, D, E y K. Entre las hidrosolubles se incluyen la vitamina C y el complejo vitamínico B.

Las vitaminas liposolubles suelen absorberse con alimentos que contienen esta sustancia. Su descomposición la lleva a cabo la bilis del hígado, y después las moléculas emulsionadas pasan por los vasos linfáticos y las venas para ser distribuidas en las arterias. El exceso de estas vitaminas se almacena en la grasa corporal, el hígado y los riñones. Debido a que se pueden almacenar, no es necesario consumir estas vitaminas a diario.

La vitamina A es esencial para las células epiteliales y para un crecimiento normal. Su insuficiencia produce cambios en la piel y ceguera nocturna, o falta de adaptación a la oscuridad debido a los efectos de su carencia en la retina. Es posible que con el tiempo se llegue a la *xeroftalmia*, un estado ocular caracterizado por sequedad y engrosamiento de la superficie de la córnea y la membrana conjuntiva. Si no se trata, sobre todo la xeroftalmia puede causar

ceguera, especialmente en los niños. La vitamina A se puede obtener directamente en la dieta mediante los alimentos de origen animal, tales como leche, huevos e hígado. Casi toda la vitamina A se obtiene del caroteno, que se encuentra en las frutas y verduras verdes y amarillas, y se transforma en vitamina A en el cuerpo.

La vitamina D actúa casi como una hormona, ya que regula la absorción de calcio y fósforo y el metabolismo. Una parte de la vitamina D se obtiene de alimentos como los huevos, el pescado, el hígado, la mantequilla, la margarina y la leche, que pueden haber sido enriquecidos con esta vitamina. Los seres humanos, sin embargo, toman la mayor parte de su vitamina D exponiendo la piel a la luz del Sol. Su insuficiencia produce raquitismo en los niños y osteomalacia en los adultos.

La vitamina E es un nutriente esencial para muchos vertebrados, pero aún no se ha determinado su papel en el cuerpo humano. Se ha hecho muy popular como remedio para muchas y diversas dolencias, pero no existen pruebas claras de que alivie ninguna enfermedad concreta. La vitamina E se encuentra en los aceites de semillas y en el germen de trigo.

La vitamina K es necesaria para la coagulación de la sangre. Participa en la formación de la enzima protrombina, la que, a su vez, es indispensable en la producción de fibrina para la coagulación sanguínea. La vitamina K se produce en cantidades suficientes en el intestino gracias a una bacteria, pero también la proporcionan los vegetales de hoja verde, como las espinacas y la col, la yema de huevo y muchos otros alimentos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Las vitaminas hidrosolubles (vitamina C y complejo vitamínico B) no se pueden almacenar, por lo que es necesario su consumo diario para suplir las necesidades del cuerpo. La vitamina C, o ácido ascórbico, desempeña un papel importante en la síntesis y conservación del tejido conectivo. Evita el escorbuto, que ataca las encías, piel y membranas mucosas, y su principal aporte viene de los cítricos.

Las vitaminas más importantes del complejo vitamínico B son la tiamina (B 1), riboflavina (B 2), nicotinamida (B 3), piridoxina (B 6), ácido pantoténico, lecitina, colina, inositol, ácido para-aminobenzoico (PABA), ácido fólico y cianocobalamina (B 12). Estas vitaminas participan en una amplia gama de importantes funciones metabólicas y previenen afecciones tales como el beriberi y la pelagra. Se encuentran principalmente en la levadura y el hígado.

4. Hidratos de carbono: Los hidratos de carbono aportan gran cantidad de energía en la mayoría de las dietas humanas. Los alimentos ricos en hidratos de carbono suelen ser los más baratos y abundantes en comparación con los alimentos de alto contenido en proteínas o grasa. Los hidratos de carbono se queman durante el metabolismo para producir energía, liberando dióxido de carbono y agua. Los seres humanos también obtienen energía, aunque de manera más compleja, de las grasas y proteínas de la dieta, así como del alcohol.

Hay dos tipos de hidratos de carbono: féculas, que se encuentran principalmente en los cereales, legumbres y tubérculos, y azúcares, que están presentes en los vegetales y frutas. Los hidratos de carbono son utilizados por las células en forma de glucosa, principal combustible del cuerpo. Tras su absorción desde el intestino delgado, la glucosa se procesa en el hígado, que almacena una parte como

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

glucógeno, (polisacárido de reserva y equivalente al almidón de las células vegetales), y el resto pasa a la corriente sanguínea. La glucosa, junto con los ácidos grasos, forma los triglicéridos, compuestos grasos que se descomponen con facilidad en cetonas combustibles. La glucosa y los triglicéridos son transportados por la corriente sanguínea hasta los músculos y órganos para su oxidación, y las cantidades sobrantes se almacenan como grasa en el tejido adiposo y otros tejidos para ser recuperadas y quemadas en situaciones de bajo consumo de hidratos de carbono.

Los hidratos de carbono en los que se encuentran la mayor parte de los nutrientes son los llamados hidratos de carbono complejos, tales como cereales sin refinar, tubérculos, frutas y verduras, que también aportan proteínas, vitaminas, minerales y grasas. Una fuente menos beneficiosa son los alimentos hechos con azúcar refinado, tales como productos de confitería y las bebidas no alcohólicas, que tienen un alto contenido en calorías pero muy bajo en nutrientes y aportan grandes cantidades de lo que los especialistas en nutrición llaman calorías *vacías*.

5. Grasas: aunque más escasas que los hidratos de carbono, las grasas producen más del doble de energía. Por ser un combustible compacto, las grasas se almacenan muy bien para ser utilizadas después en caso de que se reduzca el aporte de hidratos de carbono. Resulta evidente que los animales necesitan almacenar grasa para abastecerse en las estaciones frías o secas, lo mismo que los seres humanos en épocas de escasez de alimentos. Sin embargo, en los países donde siempre hay abundancia de alimentos y las máquinas han reemplazado a la mano de obra humana, la acumulación de grasa en el cuerpo se ha convertido en verdadero motivo de preocupación por la salud.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Las grasas de la dieta se descomponen en ácidos grasos que pasan a la sangre para formar los triglicéridos propios del organismo. Los ácidos grasos que contienen el mayor número posible de átomos de hidrógeno en la cadena del carbono se llaman ácidos grasos saturados, que proceden sobre todo de los animales. Los ácidos grasos saturados son aquellos que han perdido algunos átomos de hidrógeno. En este grupo se incluyen los ácidos grasos monoinsaturados que han perdido sólo un par de átomos de hidrógeno y los ácidos grasos polinsaturados, a los que les falta más de un par. Las grasas polinsaturadas se encuentran sobre todo en los aceites de semillas. Se ha detectado que las grasas saturadas elevan el nivel de colesterol en la sangre, mientras que las no saturadas tienden a bajarlo. Las grasas saturadas suelen ser sólidas a temperatura ambiente; las insaturadas son líquidas. (MYERS, 1999)

3.4 TIPOS DE ALIMENTOS

Los alimentos se pueden clasificar en panes y cereales, leguminosas o legumbres, tubérculos y rizomas, frutas y verduras, carne, pescado, huevos; leche y derivados, grasas y aceites, y azúcares, confituras y almíbares.

El grupo de panes y cereales incluye el trigo, arroz, maíz y mijo. Son ricos en almidones y constituyen una fuente fácil y directa de suministro de calorías. Aunque la proteína no abunda en los cereales integrales, la gran cantidad que se consume aporta cantidades significativas, las cuales, sin embargo, deben complementarse con otros alimentos ricos en proteínas para obtener todos los aminoácidos esenciales. La harina de trigo blanco y el arroz refinado son bajos en nutrientes, pero, como todos los cereales enteros que contienen el germen y la

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

capa exterior de la semilla, el trigo y el arroz aportan fibra al cuerpo: las vitaminas B tiamina, niacina y riboflavina, y los minerales cinc, cobre, manganeso y molibdeno.

Las legumbres o leguminosas abarcan una amplia variedad de frijoles o judías, chícharos o guisantes, lentejas y granos, e incluso el maní. Todos ellos son ricos en almidón, pero aportan bastante más proteína que los cereales o tubérculos. La proporción y el tipo de aminoácidos de las leguminosas es similar a los de la carne. Sus cadenas de aminoácidos a menudo complementan a las del arroz, el maíz y el trigo, que constituyen los alimentos básicos de muchos países.

Los tubérculos y los rizomas incluyen varios tipos de papa o patata, la mandioca y el taro. Son ricos en almidón y relativamente bajos en proteína, pero aportan gran variedad de vitaminas y minerales.

Las frutas y verduras son una fuente directa de muchos minerales y vitaminas que faltan en las dietas de cereales, en especial la vitamina C de los cítricos y la vitamina A procedente del caroteno de las zanahorias y verduras con hoja. En las verduras están presentes el sodio, cobalto, cloro, cobre, magnesio, manganeso, fósforo y potasio. La celulosa de las verduras, casi imposible de digerir, proporciona el soporte necesario para hacer pasar la comida por el tracto digestivo. Muchas de las vitaminas más frágiles hidrosolubles se encuentran en las frutas y verduras, pero se destruyen con gran facilidad con el exceso de cocción.

La carne, el pescado y los huevos aportan todos los aminoácidos esenciales que el cuerpo necesita para ensamblar sus propias proteínas. La carne contiene un 20%

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

de proteína, 20% de grasa y 60% de agua. Las vísceras son fuentes ricas en vitaminas y minerales. Todos los pescados contienen un alto porcentaje de proteínas, y los aceites de algunos de ellos son ricos en vitaminas D y A. La clara del huevo es la forma más concentrada de proteína que existe.

La leche y sus derivados incluyen la leche entera, el queso, el yogur y los helados, todos ellos conocidos por su abundancia en proteína, fósforo y en especial calcio. La leche también es rica en vitaminas pero no contiene hierro y, si es pasteurizada, carece de vitamina C. Aunque la leche es esencial para los niños, su excesivo consumo por parte de los adultos puede producir ácidos grasos saturados que se acumulan en el sistema circulatorio.

Las grasas y aceites incluyen la mantequilla, manteca, sebo y aceites vegetales. Todos ellos tienen un alto contenido de calorías, pero, aparte de la mantequilla y algunos aceites vegetales como el de palma, contienen pocos nutrientes.

Los azúcares, confituras y almíbares se consumen en grandes cantidades en algunos países, donde constituyen una gran parte del aporte de hidratos de carbono. La miel y el jarabe de arce están compuestos de más de un 75% de azúcar y contienen pocos nutrientes. El consumo excesivo de azúcar provoca caries. (SEARS, 1996)

3.5 NECESIDADES CALÓRICAS DIARIAS:

Este cuadro se refiere a los márgenes de calorías aconsejables para personas de distintas edades, de acuerdo a Guyton (1988).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

EDAD	PESO	ESTATURA	NEC. ENERGÉTICAS EN CALORÍAS
11- 14	45	1.57	2000 - 2700
15 - 8	66	1.75	2100 - 2800
19 - 22	70	1.78	2500 - 2900
23 - 50	70	1.78	2300 - 2700

PESO DESEABLE POR ESTATURA Y COMPLEXIÓN EN HOMBRES:

ESTATURA	COMPLEXIÓN DELGADA	COMPLEXIÓN REGULAR
1.52	56 - 58.5	56.5 - 59.5
1.57	56.5 - 59.5	58 - 62.5
1.6	57.5 - 60.5	59 - 63.5
1.62	58.5 - 61	60 - 65
1.65	59.5 - 62	61 - 66
1.67	60.5 - 63.5	62 - 67
1.7	61 - 65	63 - 68
1.72	62 - 66	65 - 69
1.75	63 - 67.5	66 - 71.5
1.77	64 - 69	67.5 - 73
1.8	65.5 - 70.5	69 - 75
1.83	66.5 - 72	70.5 - 76.5
1.85	68 - 74	72 - 78.5
1.88	69.5 - 76	73.5 - 80
1.9	71 - 77.5	75 - 82.5

3.6 DEFINICIONES:

HAMBRE: el término hambre significa ansiedad por alimentos, y se acompaña de diversas sensaciones subjetivas, por ejemplo, en la persona que no ha comido durante muchas horas el estómago experimenta contracciones rítmicas intensas llamadas contracciones de hambre. Estas producen una sensación de opresión o de mordiscos en el epigastrio, y a veces dolor verdadero que se llama espasmos de hambre. Además, la persona hambrienta se vuelve más tensa e inquieta que de ordinario.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

APETITO: la palabra apetito se emplea a veces como sinónimo de hambre, pero significa el deseo específico de ciertos alimentos, y no de alimento en general. En consecuencia, el apetito ayuda al sujeto a escoger alimentos con características determinadas.

SACIEDAD: saciedad es lo contrario de hambre. Es la sensación de que la búsqueda de alimento ha llenado sus fines. Suele resultar de una comida satisfactoria, sobre todo cuando los depósitos de alimento del sujeto (tejido adiposo y glucógeno) no están alterados.

Como observamos el ser humano requiere de una serie de nutrientes para su buen funcionamiento orgánico y el abuso o carencia de alguno de estas puede provocar daños en muchos de los casos irreversibles.

Sin embargo nuestro cuerpo parece soportarlo todo y actuar con un mínimo de consumo equilibrado en su funcionamiento, rechazando lo almacenado, formando lo inevitable para mantener la homeostasis que le permite seguir funcionando.

Pero llega el momento en que se agota y comienza a enviarnos señales de su desequilibrio y mal funcionamiento.

Este sería el caso de las personas que padecen de anorexia nerviosa y bulimia que en la mayoría los casos teniendo a la mano los adecuados recursos, las rechazan de alguna forma por motivos culturales, sociales de trabajo y/o psicológicas, las cuales se estudiarán en los siguientes capítulos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPITULO 4

IV. ANTECEDENTES DE LOS CABALLOS Y LOS JINETES

4.1 ANTECEDENTES

En el espectáculos de las carreras de caballos están involucrados jinetes, caballos, entrenadores, caballerangos y veterinarios.

El personal del cuarto de jinetes atiende a los Jockey's, donde les proporcionan los "colores" adecuados (camisa con los colores de la cuadra participante), ajustan el peso del sillín y están atentos a satisfacer todas las necesidades de los jinetes para que puedan hacer su trabajo.

Para tener un caballo de carreras, hay que criarlo o comprarlo, El caballo "Pura Sangre" es un caballo versátil que se desempeña aceptablemente en diferentes distancias, mientras que el caballo "Cuarto de Milla" no va más allá de los 500 metros. Sin embargo tiene el mismo objetivo: producir un singular espectáculo, ya sea mediante el relámpago de la velocidad, o el esfuerzo prolongado en carreras de larga distancia.

En cuanto al peso para los jinetes que corren caballos de cuarto de milla es de 55 kilos, y los que corren caballos de pura sangre son de 52 kilos.

Los caballos pura sangre es la raza de caballos más rápida y de las más valiosas en el mundo. Durante los últimos 200 años la industria del Pura Sangre se extendió por todo el mundo y ha sido la influencia preponderante sobre la población caballar mundial de carreras, a la que ha transmitido un mayor tamaño, mejores aires y una mejor conformación estética, además de velocidad, coraje y resistencia mental,

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

resultado de la uniformidad genética adquirida mediante una cría selectiva cuidadosamente documentada.

4.2 ARTICULOS SOBRE LA HISTORIA DEL CABALLO

PRIMER ENCUENTRO Y PRIMERAS RAZAS

POR LUIS MIGUEL

Cuando el caballo y el hombre se conocieron éste se sirvió de aquél como alimento y abrigo: después fueron compañeros en la guerra y en los deportes, y surgieron casi 250 razas caballares.

Cuando el Señor Dios Yahvé, aquél cuyo nombre no debe pronunciarse, enjuició a Adán por haber comido la fruta prohibida y lo expulsó del Paraíso condenándolo a ganar el pan con el sudor de su frente, tuvo un gesto magnánimo: le dio al caballo para que fuera su compañero y sirviente fiel, haciendo una cita entre ambos.

Para que esta cita se cumpliera, primero se necesitó que pasaran 40 millones de años en el reloj del tiempo, lo que necesitó el caballo para evolucionar en América de un animalito ramoneador, del tamaño de un zorro con cuatro dedos en las manos y tres en las patas, y se desarrollaran hasta casi alcanzar la apariencia que tiene hoy día. Y que emigrar por tercera y definitiva vez a Asia y después a Europa. Y fue en la Europa semicubierta por los hielos donde se conocieron Equus, ya caballo, y el Cro Magno, casi hombre, que ya sabía hacer herramientas y armas de piedra pulimentada.

Sería romántico y bello decir que caballo y hombre reconocieron la cita Divina, que el caballo se alagartó, el hombre se trepó y juntos partieron galopando hacia el horizonte. La verdad es más prosaica: el hombre se sirvió del caballo como

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

alimento y abrigo, y lo hizo con tal eficiencia que sólo alrededor del campamento de Solutre se han encontrado más de 10,000 esqueletos de caballos.

Sabemos cuáles fueron los primeros caballos que conoció el hombre, por las bellas pinturas que de ellos nos dejó el Cro Magnon en las cuevas del sur de Francia y del norte de España. Uno fue descendiente directo del Caballo de América, que sobrevivió en las laderas de la Montaña del Caballo Amarillo en las cercanías del desierto de Gobi, y el otro más pequeño, el ya cambiado caballo de los bosques, al que hemos conocido peludo, con la capa de invierno, y sin ella, por haber sido pintado en el verano.

Es posible que cuando eran cazados los caballos en arriadas nocturnas por los cazadores llevando antorchas, hayan quedado algunos potrillos vivos, que fueron unidos a las manadas de bovinos que cuidaban los niños del Cro Magnon, y asimismo, que se hayan sembrado entonces, hace unos 25, 000 años, las primeras semillas de la domesticación, pues queremos creer que aquellos niños se resistieron la tentación de montar a los caballitos que cuidaban.

Pero esto es sólo imaginación. La verdad es que hubieron de pasar todavía varios siglos antes de que los habitantes de las estepas, que al principio siguieron sirviéndose del caballo como alimento y vestido, especialmente las crías y después como animal de carga y tiro las yeguas capturadas de las manadas, hasta que primero le montaron los niños durante sus migraciones y habiendo hecho esto, comprendieron que los adultos también podrían montar y dejaron crecer las crías.

El cambiante medio ambiente, que había producido la evolución y desarrollo del caballo en América, continuó siendo un factor importante en su nuevo hábitat, y surgieron tres grandes ramas de équidos: el caballo propiamente dicho, en Asia,

Europa y parte norte de África, el asno en Asia y África, y la zebra en África. Su origen común se ha comprobado por el hecho de que su mezcla de productos, aunque híbridos: la mula, cruce de asno y yegua, el burrégano, cruce de caballo asno, y el zebroide, cruce de caballo y zebra.

Las opiniones de las variaciones sufridas por el caballo de América son muy diversas. Algunos creen que todas las razas descienden del emigrante original, muy parecido al Caballo de Przewalski. La otra escuela propone que aún antes de la domesticación se habían producido cambios por el ambiente y que había hasta seis tipos diferentes de caballos, pues es muy difícil que la tan grande variedad existente de tipos, colores y tamaños, haya sido exclusivamente fruto de la intervención del hombre. Una nueva escuela propone que fueron cuatro los tipos que se derivaron del caballo de América. Estos cuatro tipos vivieron en las estepas y se conservaron prácticamente sin cambio, fueron descubiertos en 1881 por el explorador ruso Przewalski, en los bosques y dieron origen al caballo de tipo pesado, en las planicies, un caballo más ligero del que el tarpán es el prototipo y en la tundra, blanco del que viene el yakut del Valley de Yana.

De las combinaciones de estos cuatro tipos descienden alrededor de 250 razas que tenemos actualmente en el mundo.

4.3 CARACTERÍSTICAS DISTINTIVAS DE LOS CABALLOS PURA SANGRE:

Los Pura Sangre son caballos nerviosos y muy sensibles, con galope ligero y tranco firme. Una alzada media de 1.62 a 1.64 metros en promedio. Los colores se presentan regularmente en : alazán, retinto, colorado, colorado tordillo y tordillo chanca o ruan.

Sus características son las siguientes:

CUERPO: largo, esbelto y poco proporcionado, de perfil recto.

CUARTOS TRASEROS: la grupa y los riñones son más fuertes que un caballo normal, lo cual proporcionó más potencia para el galope.

EXTREMIDADES POSTERIORES: son más grandes, largas y gráciles, con las articulaciones de los corvejones muy bien formados para transmitir la máxima fuerza de propulsión.

EXTREMIDADES ANTERIORES: delgados, con antebrazos largos musculares y articulaciones grandes y planas. La medida del hueso por debajo de las rodillas inferior a 20 cm. La profundidad de cinchera permite una buena expansión pulmonar.

CABEZA: estilizada y alerta, sin carnosidad en la mandíbula, se une a un cuello largo grácil y delicado que a su vez se une simétricamente en las espaldas.

Los ollares de la nariz son de gran tamaño, propicios para una oxigenación rápida.

4.4 CARACTERISTICAS DISTINTIVAS DE LOS CABALLOS CUARTO DE MILLA:

El nombre original es el Cuarto de Milla Americano, que pomposamente se le conoce en los Estados Unidos como Famo and Celebrated, Colonial Quarter parter.

Por su arranque súbito se consideraban espectaculares, desde un galope tendido es capaz de parar sobre si mismo con una agilidad y rapidez asombrosa. Por las carreras que realiza ha perdido algo de su carácter fornido. La raza destaca en las competiciones de Raid y también en las categorías de rodeo.

CUERPO: la línea inferior del vientre es mas larga que la superior, lo que contribuye a un aspecto fornido y en la simetría compacta de perfil.

4.5 REGLAMENTACIÓN DEL HIPÓDROMO:

A continuación se mencionan los artículos que deben de cumplir, se mencionan solamente los mas relevantes para los jinetes, estos están escritos en el Reglamento Nacional de Carreras de Caballos.

VERIFICAR SU PESO

ARTÍCULO 49: Todo jinete antes de participar en una carrera, deberá verificar su peso ante el juez de bascula, declarando el nombre de su caballo, a fin de anunciar al público cualquier sobre peso de ultima hora si lo hubiera.

SOBRE PESO MÁXIMO

ARTÍCULO 50: Los excesos de peso jamás podrán ser mayores de 2 kilos (4.188 libras) sobre el asignado a un caballo, siempre que se cuente con el consentimiento del propietario o entrenador, debiéndose declarar al juez correspondiente 45 minutos antes de la hora fijada para la primera carrera, a fin de que pueda darse al público el aviso respectivo. Si los jinetes no cumplieron con la obligación que este artículo les impone, se reportará a los árbitros para que estos dicten las medidas que el caso amerite.

EL PESO QUE INCLUYE

ARTÍCULO 51: El peso de un jinete incluirá su ropa, botas, anteojos de carrera, albardón con cincho, mantilla numerada, otras mantillas y cualquier otro equipo requerido por los árbitros, pero no contarán en ese peso ni su fute, ni las bridas del caballo, ni cualquier casco protector usado por el jinete cumpliendo con los exigidos por la comisión Nacional.

PESADO AL REGRESAR

ARTÍCULO 55: Concluida una carrera y tan pronto como un jinete pare su caballo, regresara a la tribuna de los árbitros para pesarse después de haber obtenido la autorización correspondiente y se presentará a la bascula con su equipo para ser pesado en presencia del juez.

EXCLUYENTES PARA PESARSE

ARTÍCULO 56: En caso de que un jinete no pueda regresar a caballo a la tribuna de los árbitros, por accidente o enfermedad de él o de su cabalgadura, podrá caminar o hacerse transportar hasta la bascula, quedando los árbitros facultados por eximirle, en casos extremos.

NO PODRA TOCARSE A SU CABALLO

ARTÍCULO 57: Al regresar a la tribuna de los árbitros, cada jinete desensillara su caballo, salvo que fuere eximido de hacerlo por dichos árbitros y nadie podrá tocar el caballo.

CUANDO ENCAMISAR AL CABALLO

ARTÍCULO 58: Ningún caballo podrá ser encamisado antes de que el jinete se haya pesado con su equipo.

EDAD MINIMA

ARTÍCULO 202: Para obtener la licencia de jinete será necesario tener por lo menos 16 años cumplidos y no menos de 1 año de experiencia ejercitando caballos bajo las instrucciones de persona competente. Ningún jinete sin licencia, a excepción de los aprendices, podrá montar en carreras de una temporada autorizada, los aspirantes a jinetes no podrán montar sino con la previa autorización de los árbitros, ni solicitar y obtener licencia sin haber montado previamente.

ENTRADA PROHIBIDA AL CUARTO

ARTÍCULO 207: Todos los jinetes deberán presentarse en el cuarto de Bascula, cuando menos 1 hora antes de la hora fijada para la primera carrera del día, a fin de registrar su peso cuando para ellos fueran requeridos y a menos que los árbitros los examinen, mientras no podrá abandonar el cuarto de jinetes, salvo para montar, hasta que hubieran cumplido todos los cumplimientos del día.

FALTA DE PESO

ARTÍCULO 285: La violación de las reglas continuas en los artículos 55, 56,57, 58 de este reglamento, o el hecho de que el peso registrado por un jinete fuere inferior en mas de 0.906 kilos al que le corresponde será motivo suficiente para que los árbitros impongan al referido jinete la multa que en su concepto proceda o para que le suspendan o expulsen y descalifiquen el caballo.

EXCESO DE PESO

ARTÍCULO 286: El hecho de que el peso de un jinete exceda en mas de 0.906 kg, (2 libras), del que corresponda será motivo suficiente para los árbitros que impongan que dicho jinete la multa que en su concepto proceda o le suspendan o expulsen, quedando sin embargo los referidos árbitros facultado para tomar en consideración los excesos de peso debidos a lluvia o lodo.

V. METODOLOGÍA

5.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar si los Jockey's del Hipódromo, de la Ciudad de México, presentan síntomas asociados a los Trastornos Alimenticios, en comparación con el grupo control donde se incluyen estudiantes con características similares como sexo, edad, peso y estatura; así como reafirmar que una alimentación balanceada es parte importante de una vida saludable.

5.2 OBJETIVO ESPECIFICO

Conocer si presentan diferencias en los síntomas asociados con los Trastornos Alimenticios los Jockey's del Hipódromo de la Ciudad de México en comparación con el grupo control:

- Conocer si el síntoma de la obsesión por la delgadez es mayor en los Jockey's en comparación con el grupo control.
- Conocer si el síntoma de bulimia es mayor en los Jockey's en comparación con el grupo control.
- Conocer si el síntoma de insatisfacción corporal es mayor en los Jockey's en comparación con el grupo control.
- Conocer si el síntoma de ineficacia es mayor en los Jockey's en comparación con el grupo control.
- Conocer si el síntoma de perfeccionismo es mayor en los Jockey's en comparación con el grupo control.
- Conocer si el síntoma de desconfianza interpersonal es mayor en los Jockey's en comparación con el grupo control.

- Conocer si el síntoma de conciencia introceptiva es mayor en los Jockey's en comparación con el grupo control.
- Conocer si el síntoma de miedo a la madurez es mayor en los Jockey's en comparación con el grupo control.
- Conocer si el síntoma de ascetismo es mayor en los Jockey's en comparación con el grupo control.
- Conocer si el síntoma de impulsividad es mayor en los Jockey's en comparación con el grupo control.
- Conocer si el síntoma de inseguridad social es mayor en los Jockey's en comparación con el grupo control.

5.3 HIPÓTESIS

Con el desarrollo de la investigación se pretende comprobar las siguiente hipótesis de trabajo, con sus 11 síntomas:

Hi Los jockey's presentan mayores síntomas de Trastornos Alimenticios de acuerdo a las restricciones de peso, estatura y edad que exige su fuente laboral en comparación con el grupo control, en donde se incluyen estudiantes con características similares.

Ho Los Jockey's no presentan mayores síntomas de los Trastornos Alimenticios en comparación con el grupo control.

Hi1 Si los jockey's por las presiones y necesidades de su trabajo deben conservar un peso determinado; entonces presentan síntoma de obsesión por la delgadez mayor que el grupo control

Ho1 No hay diferencia en Trastornos Alimenticios entre el grupo control y experimental.

Hi2 Si los jockey's por las presiones y necesidades de su trabajo deben conservar un peso determinado; entonces presentan síntoma de bulimia mayor que el grupo control.

Ho2 No hay diferencia en Trastornos Alimenticios entre el grupo control y experimental.

Hi3 Si los jockey's por las presiones y necesidades de su trabajo deben conservar un peso determinado; entonces presentan síntoma de insatisfacción corporal mayor que el grupo control.

Ho3 No hay diferencia en Trastornos Alimenticios entre el grupo control y experimental.

Hi4 Si los jockey's por las presiones y necesidades de su trabajo deben conservar un peso determinado; entonces presentan síntoma de ineficacia mayor que el grupo control.

Ho4 No hay diferencia en Trastornos Alimenticios entre el grupo control y experimental.

Hi5 Si los jockey's por las presiones y necesidades de su trabajo deben conservar un peso determinado; entonces presentan síntoma de perfeccionismo mayor que el grupo control.

Ho5 No hay diferencia en Trastornos Alimenticios entre el grupo control y experimental.

Hi6 Si los jockey's por las presiones y necesidades de su trabajo deben conservar un peso determinado; entonces presentan síntoma de desconfianza interpersonal mayor que el grupo control.

Ho6 No hay diferencia en Trastornos Alimenticios entre el grupo control y experimental.

Hi7 Si los jockey's por las presiones y necesidades de su trabajo deben conservar un peso determinado; entonces presentan síntoma de conciencia introceptiva mayor que el grupo control.

Ho7 No hay diferencia en Trastornos Alimenticios entre el grupo control y experimental.

Hi8 Si los jockey's por las presiones y necesidades de su trabajo deben conservar un peso determinado; entonces presentan síntoma de miedo a la madurez mayor que el grupo control.

Ho8 No hay diferencia en Trastornos Alimenticios entre el grupo control y experimental.

Hi9 Si los jockey's por las presiones y necesidades de su trabajo deben conservar un peso determinado; entonces presentan síntoma de ascetismo mayor que el grupo control.

Ho9 No hay diferencia en Trastornos Alimenticios entre el grupo control y experimental.

Hi10 Si los jockey's por las presiones y necesidades de su trabajo deben conservar un peso determinado; entonces presentan síntoma de impulsividad mayor que el grupo control.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Ho10 No hay diferencia en Trastornos Alimenticios entre el grupo control y experimental.

Hi11 Si los jockey's por las presiones y necesidades de su trabajo deben conservar un peso determinado; entonces presentan síntoma de inseguridad social mayor que el grupo control.

Ho11 No hay diferencia en Trastornos Alimenticios entre el grupo control y experimental.

5.4 VARIABLES

5.4.1 **Variable Independiente:** ser corredor del Hipódromo Ciudad de México, edad de 22 años y máximo de 33 años, mínimo un año de realizar la actividad de Jockey profesionalmente.

En el grupo control ser universitario de escuela particular, edad de 22 a 33 años.

5.4.2 **Variable Dependiente:** Trastornos Alimenticios.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL:

Un Trastorno Alimenticio se caracteriza por pérdida del 25% del peso ideal, alteración de la percepción corporal y miedo a la obesidad. (GOLDMAN, 1996)

Los Trastornos Alimenticios son problemas muy frecuentes que afectan principalmente a los adolescentes y adultos jóvenes, hay diversas razones que pueden explicar el crecimiento reciente de los trastornos de la conducta alimentaria, pero la tendencia general puede deberse en parte a décadas de presión social basados en una delgadez poco realista. (GARNER, 1998)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DEFINICIÓN OPERACIONAL:

Un Trastorno Alimenticio es producido por factores que pueden incluir trastornos emocionales y de personalidad; se refiere a la idea de que las personas buscan nuevas alternativas para mantener un peso supuestamente ideal u obtenerlo mediante tácticas o conductas erróneas en cuanto a la ingesta de alimentos.

Definiciones de los 11 síntomas que acompañan a los Trastornos Alimenticios.

1. **OBSESIÓN POR LA DELGADEZ:** se refiere a la búsqueda incesante de la delgadez, como la característica esencial de los Trastornos de la Conducta Alimentaria.
2. **BULIMIA:** evalúa la tendencia a tener pensamientos o a darse comilonas o atracones de comida incontrolables, que terminan en vomito autoprovocado.
3. **INSATISFACCIÓN CORPORAL:** esta escala mide la insatisfacción del sujeto con la forma general de su cuerpo o aquellas partes del mismo que más preocupan a los que padecen trastornos de la conducta alimentaria (estomago, caderas, muslos, etc). Puede considerarse como uno de los principales factores responsables del inicio y persistencia de conductas encaminadas a controlar el peso en los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria.
4. **INEFICACIA:** evalúa sentimientos de incapacidad general, inseguridad, vacío, autodesprecio y falta de control sobre la propia vida.

Conceptualmente la escala está estrechamente relacionada con una pobre autoestima o una

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

autoevaluación negativa pero va más allá de estos constructos al incluir sentimientos de vacío y soledad.

5. **PERFECCIONISMO:** esta escala mide el grado en que el sujeto cree que sus resultados personales deberían ser mejores. La lucha por alcanzar niveles de rendimiento perfeccionistas es característica de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria.
6. **DESCONFIANZA INTERPERSONAL:** evalúa el sentimiento general de alineación del sujeto y su desinterés por establecer relaciones íntimas, así como la dificultad para expresar los propios sentimientos y pensamientos.
7. **CONCIENCIA INTROCEPTIVA:** esta escala evalúa el grado de confusión o dificultad para reconocer y responder adecuadamente a los estados emocionales y se relaciona también con la inseguridad para identificar ciertas sensaciones viscerales relacionadas con el hambre y la saciedad. La confusión y desconfianza en relación con el funcionamiento del cuerpo y de los sentimientos se ha descrito con frecuencia como un factor importante en el desarrollo y mantenimiento de algunos casos de Anorexia Nerviosa y Bulimia.
8. **MIEDO A LA MADUREZ:** evalúa el deseo de volver a la seguridad de la infancia. La psicopatología principal de los pacientes de Anorexia Nerviosa o Bulimia es el temor a las experiencias psicológicas o biológicas relacionadas con el peso de la adultez. El ayuno se convierte en un mecanismo para evitar la madurez psicobiológica porque desemboca en una vuelta a la apariencia y estado hormonal prepuberales.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

9. **ASCETISMO:** esta escala mide la tendencia a buscar la virtud por medio de ciertos ideales espirituales como la autodisciplina, el sacrificio, la autosuperación y el control de las necesidades corporales.
10. **IMPULSIVIDAD:** evalúa la dificultad para regular los impulsos y la tendencia al abuso de drogas, la hostilidad, la agitación, la autodestrucción y la destrucción de las relaciones interpersonales. La incapacidad de regular adecuadamente los propios impulsos se ha visto como un síntoma de pronósticos preocupante en los trastornos de la conducta alimentaria.
11. **INSEGURIDAD SOCIAL:** esta escala mide la creencia de que las relaciones sociales son tensas, inseguras, incómodas, insatisfactoria y generalmente, de escasa calidad. Con frecuencia algunos pacientes con trastornos de la conducta experimentan falta de seguridad y de felicidad en sus relaciones sociales.

5.5 POBLACIÓN DEL ESTUDIO

El grupo experimental es una población compuesta por corredores de caballos, los sujetos a participar son los que laboran en el Hipódromo de la Ciudad de México, cumpliendo con los requisitos de: peso, estatura, sexo masculino y edad máxima de 33 años.

El grupo control esta compuesta por 50 sujetos estudiantes universitarios de escuela particular, con las mismas características a los de los jockey's.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

5.5.1 MUESTRA

La muestra total es de 50 Jockey's, del Hipódromo de la Ciudad de México, el grupo control esta formada por 50 estudiantes con las mismas características del grupo de investigación.

5.6 INSTRUMENTO

Es el inventario de los Trastornos de la Conducta Alimentaria EDI-2, del autor David M. Garner, de TEA ediciones. El cual incluye preguntas que miden los 11 síntomas que acompañan a los Trastornos Alimenticios.

El objetivo del Test, es la evaluación clínica de la sintomatología asociada con los trastornos de la conducta alimentaria.

El EDI-2 es un valioso instrumento de autoinforme muy utilizado para evaluar los síntomas que normalmente acompañan a la anorexia nerviosa y bulimia.

La versión revisada del EDI (EDI-2), mantiene los 64 elementos originales y añade otros 27 que dan lugar a tres nuevas escalas adicionales: ascetismo, impulsividad e inseguridad social.

El EDI-2 presenta 3 tipos de factores que se han agrupado los síntomas de la siguiente manera:

- Factor I, lo **personal**, viene definido por las escalas Bulimia, Perfección, Conciencia Introceptiva, Miedo a la madurez, Ascetismo e Impulsividad.
- Factor II, **social**, viene definido por las escalas Ineficacia, Desconfianza Interpersonal e Inseguridad social.
- Factor III, **corporal**, viene definido por las escalas Obsesión por la delgadez e Insatisfacción corporal.

En cuanto a la confiabilidad uno de los criterios utilizados para seleccionar las escalas de la versión definitiva del EDI es la consistencia interna (alfa de Conbach),

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

es superior a 0,80 en muestras de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. Los coeficientes de fiabilidad (alfa) son de entre el 0,83 y el 0,93 en las escalas originales en muestras de pacientes (Garner y Omsted, 1984) y fueron recalculados con la muestra actualizada.

En la utilidad del método test-retest, se obtiene coeficientes de 0,79 a 0,95.

En cuanto a la validez para conocer esta característica psicométrica del EDI-2 en la adaptación española se ha estudiado la independencia de las variables medidas, la estructura factorial de las escalas y la capacidad discriminativa del instrumento en grupos criteriosales.

5.7 TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio Prospectivo, Transversal y Comparativo.

Prospectivo: estudio en el cual la información que se obtiene es para pronóstico.

Transversal: estudio experimental en el cual se mide una sola vez las variables, en los dos grupos.

Comparativo: estudio comparativo entre el grupo experimental y el grupo control.

5.8 PROCEDIMIENTO

Para dar inicio con el trabajo de investigación se aplica en grupos el test "Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria" (EDI-2), del autor David M. Garner.

El instrumento que se aplica en las instalaciones del Hipódromo Ciudad de México, en forma grupal conforme a su tiempo libre, puesto que tienen varias actividades. Esto se lleva a cabo en la cafetería, lugar tranquilo donde se encuentra varias mesas con sillas iluminado y ventilado.

A los participantes se les da el cuestionario, donde vienen las instrucciones que son

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

las siguientes:

1. debes contestar a las frases que se proponen. Algunas se refieren a la comida y otras a los sentimientos o actitudes que experimentas
2. las respuestas debes anotarlas en la hoja de respuestas que se te ha entregado aparte. No debes hacer ninguna anotación en este cuadernillo.
3. en cada frase contesta si lo que se dice te ocurre.
4. contesta todas las frases con sinceridad.

Al grupo control se le aplica el mismo test de Trastornos Alimenticios (EDI-2), tomando en cuenta las mismas características de los Jockey's (sexo, edad, estatura y peso).

Igualmente se aplica en forma grupal, de acuerdo a su tiempo libre en la universidad, se aplica en la cafetería, lugar tranquilo, ventilado e iluminado.

5.9ANALISIS DE LA INFORMACIÓN

Se hace un análisis de datos a través del programa estadístico "Ensayo de Hipótesis Diferencia de Proporciones", puesto que es una comparación y por el tamaño de la muestra que es de 50 sujetos, y por lo que son dos grupos independientes.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

VI. RESULTADOS

6.1 DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

(n=100)

	F	%
JOCKEY'S	N=50	50%
GPO. TESTIGO	N=50	50%
TOTAL	100	100%

CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

(n=100)

TABLA DE ACUERDO AL PESO

GPO. CONTROL

JOCKEY'S

PESO	F	%		PESO	F	%
50 kg				50 kg	16	32
52 kg				52 kg	5	10
53 kg				53 kg	7	14
54 kg	8	16		54 kg	8	16
55 kg	7	14		55 kg	11	22
56 kg	12	24		56 kg	1	2
57 kg	12	24		57 kg	0	
58 kg	9	18		58 kg	1	2
59 kg	2	4		59 kg	1	2

TABLA DE ACUERDO A LA ESTATURA

GPO. CONTROL

JOCKEY'S

ESTATURA	F	%		ESTATURA	F	%
1.6 mts	11	22		1.56 mts	15	30
1.63 mts	7	14		1.6 mts	15	30
1.64 mts	4	8		1.63 mts	5	10
1.65 mts	6	12		1.64 mts	5	10
1.66 mts	3	6		1.65 mts	3	6
1.67 mts	8	16		1.66 mts	2	4
1.68 mts	11	22		1.67 mts	1	2
				1.68 mts	4	8

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

LA TABLA DE ACUERDO A EDAD

GPO. CONTROL

JOCKEY'S

EDAD	F	%		EDAD	F	%
22 años	12	24		22 años	5	10
23 años	14	28		23 años	4	8
24 años	18	36		24 años	7	14
25 años	6	12		25 años	4	8
26 años				26 años	10	20
27 años				27 años	4	8
28 años				28 años	7	14
29 años				29 años	5	10
30 años				30 años	4	8

NORMALIDAD DEL RANGO DE LOS SÍNTOMAS

OBSESION POR LA DELGADEZ (DT)	3	a	13
BULIMIA (B)	1	a	2
INSATISFACCION CORPORAL (BD)	4	a	12
INEFICACIA (I)	4	a	9
PERFECCIONISMO (P)	4	a	6
DESCONFIANZA INTERPERSONAL (ID)	3	a	5
CONCIENCIA INTORCEPTIVA (IA)	4	a	8
MIEDO A LA MADUREZ (MF)	6	a	6
ASCETISMO (A)	4	a	6
IMPULSIVIDAD (IR)	5	a	6
INSEGURIDAD SOCIAL (SI)	3	a	7

A continuación se presentan los resultados de la investigación de acuerdo a los porcentajes normales en comparación con los Jockey's y el Grupo Control de las siguientes escalas:

DT: obsesión por lo delgadez

B: bulimia

BD: insatisfacción corporal

I: ineficacia

P: perfeccionismo

ID: desconfianza interpersonal

IA: conciencia introceptiva

MF: miedo a la madurez

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

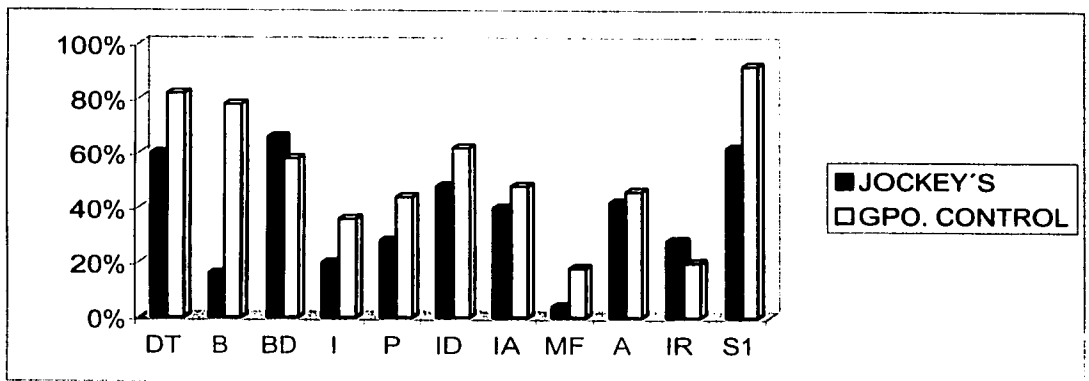
A: ascetismo

IR: impulsividad

SI: inseguridad social

PORCENTAJE EN LA NORMALIDAD		
	JOCKEY'S	CONTROL
DT	60%	82%
B	16%	78%
BD	66%	58%
I	20%	36%
P	28%	44%
ID	48%	62%
IA	40%	48%
MF	4%	18%
A	42%	46%
IR	28%	20%
SI	62%	92%

COMPARACIÓN DE ACUERDO A LOS PORCENTAJES NORMALES CON JOCKEY'S Y EL GRUPO CONTROL



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A continuación se presentan los resultados obtenidos de acuerdo al Ensayo de Hipótesis Diferencia de Proporciones.

DT	2.44	MEDIANAMENTE SIGNIFICATIVA
B	6.26	ALTAMENTE SIGNIFICATIVA
BD	-.824	
I	1.79	SIGNIFICATIVA
P	1.66	SIGNIFICATIVA
ID	1.41	
IA	.80	
MF	2.25	MEDIANAMENTE SIGNIFICATIVA
A	.40	
IR	-.94	
SI	3.57	ALTAMENTE SIGNIFICATIVA

Como se puede observar en los síntomas Bulimia e Inseguridad Social se presentan altamente Significativa.

Miedo a la Madurez y Obsesión por la Delgadez se presentan Medianamente Significativa.

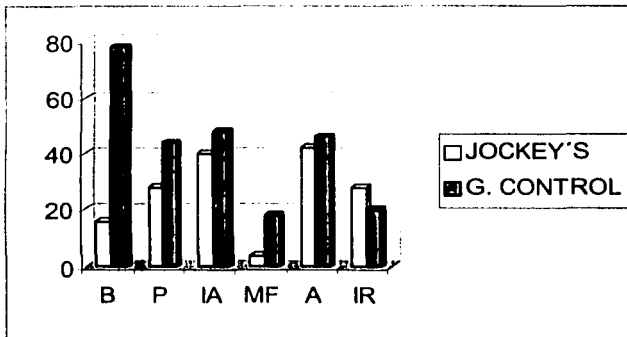
Ineficacia y Perfeccionismo se presentan Significativa.

NIVEL DE SIGNIFICANCIA

NIVEL DE CONFIANZA	VALOR Z
90%	1.64

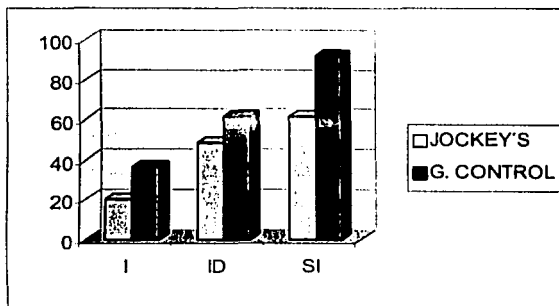
TABLAS DE ACUERDO A LOS 3 FACTORES

TABLA DEL FACTOR I "PERSONAL"



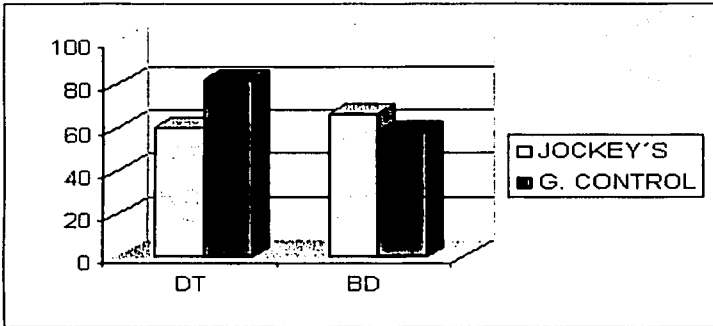
Como podemos observar en el Factor I, referente a lo "Personal", de los 6 síntomas que lo constituye, solamente el síntoma de Impulsividad sale mas alto en cuanto a la normalidad de los jockey's y el grupo control.

TABLA DEL FACTOR II "SOCIAL"



De acuerdo al factor II "Social" los 3 síntomas que presenta sale mas bajo los Jockey's que el grupo control, en cuanto a la normalidad.

TABLA FACTOR III "CORPORAL"



En cuanto al factor III "Corporal", podemos observar que de los dos síntomas uno que es el de Obsesión por la Delgadez se encuentra mas bajo que el del grupo control, y en el síntoma de Insatisfacción Corporal se encuentra mas alto el grupo de los jockey's que el del grupo control, en cuanto a la normalidad.

VII. DISCUSIÓN

Es necesario hacer evaluaciones a los grupos de riesgo como lo son los corredores de caballos puesto que están expuestos a presentar algún síntoma de los Trastornos Alimenticios, en los varones pasa muchas veces inadvertidos, e igualmente se ve retrasado su diagnóstico.

En síntesis se puede afirmar que los Trastornos Alimenticios son una patología oscura cuestionable y en última instancia desconocida ya que como se mencionó anteriormente la información que se maneja acerca de este tema y sobre todo en hombres adultos jóvenes, es superficial, desviada y en muchos casos equivocada, es por esto que los Trastornos Alimenticios se han convertido en una realidad de fin de siglo tanto en México como en el resto del mundo.

De acuerdo a los resultados de la presente investigación, se acepta la hipótesis de trabajo Hi, la cual dice que "Los jockey's presentan mayores los síntomas de los Trastornos Alimenticios de acuerdo a las restricciones de peso, estatura y edad que exige su fuente laboral en comparación con el grupo control, en donde se incluyen estudiantes con características similares."

De acuerdo a los 11 síntomas que evalúa la prueba se observan mayores índices en los síntomas de Obsesión por la Delgadez, Bulimia, Ineficacia, Perfeccionismo, Desconfianza Interpersonal, Conciencia Interoceptiva, Miedo a la Madurez, Ascetismo, Inseguridad Social.

En cuanto al síntoma de **Obsesión por la Delgadez** se acepta Hi el cual dice que "si los jockey's por las presiones y necesidades de su trabajo deben conservar un peso determinado, entonces presentan síntoma de obsesión por la delgadez mayor que

el grupo control"; esto se debe a que estos se sienten presionados por conservar su peso para que estos puedan cumplir con uno de los requisitos que se les piden para tener éxito laboral. Este síntoma es la característica esencial a los Trastornos Alimenticios de acuerdo a Garner (1998). Goldman define anorexia nerviosa por la caracterización de la pérdida del 25% del peso ideal, alteración a la percepción corporal, miedo a la obesidad y búsqueda pertinaz de la delgadez.

Guillemot y Laxarine 1994, mencionan que en las últimas décadas, la delgadez se ha convertido en un punto fundamental para todos aquellos hombres y mujeres que desean triunfar social y profesionalmente, como se manifiestan los resultados de la presente investigación.

En el síntoma de **Bulimia**, se acepta Hi la cual dice que "si los jockey's por las presiones y necesidades de su trabajo deben conservar un peso determinado, entonces presentan síntoma de bulimia mayor que el grupo control", por el resultado de la prueba se determina que los Jockey's deben de mantener su figura esbelta, por lo que estos utilizan laxantes, diuréticos y vómitos provocados, para no sobrepasarse en el peso, para que estos no sean sancionados. De acuerdo a Feldman (1997), los trastornos de la alimentación se caracteriza por una ingestión exagerada de alimentos que puede estar seguida de vómito autoinducido, una de las causas del auge de esta enfermedad es que se busca el modelo ideal de la figura y peso corporal.

Los jockey's en su alimentación son muy cuidadoso, por lo que si suben algunos kilos de mas, los tienen que bajar inmediatamente, ellos no se pueden esperar para a bajarlos porque en su trabajo se ve repercutido por lo que ellos recurren a

diferentes maneras para bajarlos. Es así como lo menciona Guillomot y Laxanaire (1994), que los accesos bulímicos son conductas en las que el sujeto después de haber ingerido una gran cantidad de alimento, comienza con un gran sentimiento de culpa, a los que le siguen casi siempre conductas tendientes a evitar el aumento de peso tales como: ayuno, ejercicio físico excesivo, utilización de medicamentos como laxantes y diuréticos, y vómitos provocados.

En el síntoma de **Insatisfacción Corporal** de acuerdo a los resultados se acepta Ho "Los Jockey's no presentan ninguna diferencia con el grupo control". Esto nos lleva a la conclusión que los Jockey's están de acuerdo con su complexión delgada ya que su fuente laboral lo requiere como se puede observar en su reglamento.

De acuerdo al síntoma de **Ineficacia**, se acepta Hi la cual dice "los jockey's por las presiones y necesidades de su trabajo deben conservar un peso determinado, entonces presentan síntoma de Ineficacia mayor que el grupo control", este síntoma mide autodesprecio, vacío con ellos mismos, baja autoestima, estas se pueden observar en las diferentes conductas que utilizan para ir destruyendo su cuerpo poco a poco sin darse cuenta; todo para obtener el peso ideal. De acuerdo a Crispo, Figueroa y Gulear (1996), opinan que la presión social que existe en el adelgazamiento, tiene un papel decisivo en la aparición y desarrollo de la enfermedad, en el caso de los Jockey's su tipo de trabajo incita más frecuentemente a adelgazar que a mantener una buena salud, física, la cual repercute en su estado emocional con baja autoestima como se concluye en los resultados de la presente investigación.

En cuanto al síntoma de **Perfeccionismo** se acepta Hi, la cual dice "los jockey's por las presiones y necesidades de su trabajo deben conservar un peso determinado; entonces presentan síntoma de perfeccionismo mayor que el grupo control", esto se debe a que ellos se exigen ser mejores cada día, puesto que se presenta una alta competencia entre sus compañeros, ya que deben de conservar un bajo peso y ser eficaces en el manejo del caballo; por lo tanto presentan rivalidad entre sus compañeros ya que el triunfo entre ellos es muy importante. Se reconoce su triunfo puesto que se realiza una ceremonia reconociendo sus habilidades en donde les toman fotografía con su caballo y el dueño del caballo y es así como reafirman valor públicamente. Garner (1998) menciona que la lucha por alcanzar niveles de rendimiento perfeccionistas es característica de los pacientes con trastornos alimenticios.

El jockey cree que sólo son aceptables niveles de rendimiento personal excelentes y está convencido de que los demás (familia, dueño del caballo, amigos, público) esperan de él resultados excepcionales.

Lo mas importante es que se ven influenciados por las expectativas del público que asiste al hipódromo y que depositan su confianza en que son la mejor opción. Además la presión con el dueño ya que ganar significa ser la mejor cuadra del hipódromo.

En el síntoma de **Desconfianza Interpersonal** se acepta Hi "Los jockey's por las presiones y necesidades de su trabajo deben conservar un peso determinado,

entonces presentan síntoma de Desconfianza Interpersonal mayor que el grupo control", esto se debe a que se sienten vacíos con sentimientos de soledad por su baja autoestima entonces presentan dificultad para expresar sus propios sentimientos y pensamientos y por lo tanto desinterés por establecer relaciones íntimas.

Esto se relaciona nuevamente con el perfeccionismo, puesto que tienen miedo de relacionarse con sus compañeros, ellos sienten rivalidad entre ellos.

Este síntoma se confirma con lo que mencionan los autores Heiker y Miller (1994), los factores predisponentes son poseer determinados rasgos de carácter como ser perfeccionista, excesivamente responsable para la edad, sufrir inseguridad, timidez o introversión, y baja autoestima.

En el síntoma de **Conciencia Introceptiva** se acepta Hi "Los jockey's por las presiones y necesidades de su trabajo deben conservar un peso determinado, entonces presentan síntoma de Conciencia Introceptiva mayor que el grupo control", esto se debe a que en los Jockey's es tanta su presión laboral que ya no reconocen ni responden adecuadamente a los estados emocionales de su propio cuerpo y por lo tanto tampoco presentan sensaciones viscerales relacionadas con el hambre y la saciedad, como el resultado del uso de laxantes, diuréticos, etc. De acuerdo a Crispo, Figueroa y Guelar (1996), la pérdida de peso en los Trastornos Alimenticios es conseguida por: reducción de la alimentos que contienen más calorías, ejercicio físico excesivo, utilización de medicamentos reductores de apetito, laxantes o diuréticos y vómitos provocados, conductas que reducen la capacidad de interpretar adecuadamente las necesidades físicas y psicológicas de

su persona.

De acuerdo al síntoma **Miedo a la Madurez**, se acepta Hi "Los jockey's por las presiones y necesidades de su trabajo deben conservar un peso determinado, entonces presentan síntoma de Miedo a la Madurez mayor que el grupo control", esto se debe a que los jockey's no desean crecer cronológicamente, ser adultos les da miedo, puesto que entre mas edad tengan menos posibilidad de montar un caballo tienen, porque van perdiendo habilidades para poder ser un buen jinete como es el deterioro de sus reflejos y su coordinación visomotora, Garner 1998, menciona que el ayuno se convierte en un mecanismo para evitar la madurez psicobiológica; es lo que realmente desean los Jockey's, evitar ser adultos.

Chinchilla 1996, menciona que el cuerpo como apariencia social, es un instrumento de competitividad, en un medio donde predomina los estereotipos y valores estéticos culturales concernientes al cuerpo del ser humano.

En relación al medio en que se desenvuelven los Jockey's los estereotipos son excesivos con respecto a pesos y de estatura, y sobre todo edad.

En cuanto al síntoma de **Ascetismo** se acepta Hi "Los jockey's por las presiones y necesidades de su trabajo deben conservar un peso determinado, entonces presentan síntoma de ascetismo mayor que el grupo control", esto se debe a que los jockey's tienden a buscar el éxito por medio del sacrificio, y por lo tanto tienen una autodisciplina si suben unos cuantos kilos, ellos saben que se tienen que meter al sauna, hacer ejercicio o recurrir a medicamentos que les permiten poder bajar esos kilos de mas como menciona Goldman (1996), que los individuos que presentan trastornos alimenticios pueden llegar a extremos increíbles como objeto

de perder peso, y es así como el Hipódromo se les refuerza proporcionándoles los servicios para adelgazar como es el sauna que se encuentra en el cuarto de los jinetes. Este sacrificio es para satisfacer a su propio ego, puesto que tienen que ser reconocidos y ser los mejores.

De acuerdo al síntoma de **Impulsividad** se acepta Ho "Los jockey's no presentan ninguna diferencia con el grupo control", se puede inferir que los jockey's tienen canalizado su impulsos en la competencia.

Ellos deben de concentrarse en la carrera y deben de controlar sus impulsos para que no fallen en la competencia, ya que ellos pueden correr mas de una vez al día.

De acuerdo a **Inseguridad Social** se acepta Hi "Si los Jockey's por las presiones y necesidades de su trabajo deben conservar un peso determinado, entonces presentan síntoma de Inseguridad Social mayor que el grupo control", esto se debe a que ellos se sienten inseguros, insatisfechos y con falta de felicidad, ya que su trabajo es muy ambivalente, implica reconocimiento y/o aprobación, y sino el rechazo por no lograr el éxito.

Allport 1986, menciona que una persona sana domina activamente el ambiente, presenta una cierta unidad y posee la capacidad de percibir correctamente al mundo y a si mismo. En el caso de los Jockey's no resulta esa unidad ya que ve a sus compañeros como rivales en la competencia, además están expuestos a accidentes, desaprobación, por no presentar las características de peso, estatura y edad, si no las cumple recibe una sanción y un rechazo de la cuadra a la que pertenece, siendo recludo por otra cuadra de menor categoría, o dedicarse a cuidar los caballos.

Son muchos los riesgos que corre un Jockey ya que la demanda laboral incluye accidentes, deterioro físico y mental que no le permiten desarrollarse adecuadamente de acuerdo a sus etapas de vida.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

VIII. ALCANCES, LÍMITES Y SUGERENCIAS

ALCANCES Y LIMITES

Lo más importantes de esta investigación es la posible explicación acerca de los Trastornos Alimenticios en los Jockey's del Hipódromo, de la Ciudad de México, haciendo una comparación con estudiantes universitarios tomando en cuenta sus mismas características (peso, edad, y estatura).

Esta investigación abre la pauta a estudios futuros, tomando conciencia, que son una población en riesgo de caer en cualquiera de los síntomas los Trastornos Alimenticios, puesto que su trabajo requiere una figura delgada para que estos puedan tener un éxito.

A través de la revisión bibliográfica para sustentar la presente investigación se encontró otra limitante en la que la mayoría de los estudios están enfocados hacia el sexo femenino y aunque estas investigaciones manifiestan un mayor porcentaje de estas alteraciones en las mujeres no deja de reconocer el incremento en varones. Otra limitante es en cuanto al diagnóstico ya que la mujer se manifiesta en la amenorrea síntoma que provoca que vaya al doctor, y en un hombre no se presenta causas que obliguen a buscar asistencia médica.

SUGERENCIAS

Existen varios autores que mencionan que Los Trastornos Alimenticios solamente se presentan en mujeres adolescentes, sin embargo, con esta investigación nos damos cuenta de que no es así, puesto que también los hombres están en riesgo y

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

en especial

todos aquellos que por las condiciones laborales requieran de un peso y estatura específico.

De acuerdo a los resultados de esta investigación y un diagnóstico oportuno de los Trastornos Alimenticios a continuación se mencionan las siguientes sugerencias:

1. Hacer varios talleres en el Hipódromo, Ciudad de México acerca de la alimentación adecuada, enseñándoles la repercusión que se produce, para que así no presente ninguna descompensación su organismo.
2. Tener una supervisión de un nutriólogo, donde ellos puedan acudir cuando se sientan pasados de peso, para que les sugiera una alimentación balanceada. Hacer dietas con alimentos cubriendo el porcentaje que deben cumplir con las proteínas, carbohidratos, vitaminas y grasas que requiere un ser humano.
3. Contar con un psicólogo que apoye grupalmente aspectos de competencia, éxitos y fracasos e integración hacia su fuente laboral.

Darles una terapia de relajación ya que la mayoría de ellos montan dos veces al día y no deben de encontrarse estresados para que realicen su trabajo adecuadamente. Y lo mas importante que el psicólogo este pendiente de ellos aplicándoles pruebas referente a la alimentación para que no presenten ningún síntoma de Trastornos Alimenticios.

Otra de las funciones del psicólogo seria la orientación sobre las repercusiones físicas y emocionales como el ascetismo, conciencia introceptiva, ante alteraciones alimenticias como son el vómito y laxantes.

Apoyo emocional en los aspectos de autoestima e inseguridad social y miedo a la madurez.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4. Difusión por los diferentes medios de comunicación interna del Hipódromo, información básica sobre los Trastornos Alimenticios, y los riesgos que esta enfermedad produce.

Una sugerencia para futuros estudios sería saber como canalizan su impulsividad, si esta se ve manifestada a través de los vómitos y atracones de comida, o de que otra forma se ve enfocada?, y si está repercute en su área laboral, familiar y social.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

IX. CONCLUSIONES:

El problema de los Trastornos Alimenticios no respeta edad, sexo, raza o religión, es por tanto que es un problema el cual en este caso se presenta en los Jockey's del Hipódromo, de la Ciudad de México.

Es efectivo que en la Anorexia Nerviosa y la Bulimia existe una especie de obsesión estética y una preocupación exagerada por la figura corporal, pero más que una búsqueda de esbeltez se trata de un desprecio y una aversión por la gordura y por la fealdad que suponen en la obesidad.

Las palabras asociadas con delgadez y flacura significa salud, éxito, moda, dieta y ejercicios dándole una connotación positiva.

Cuando se trata de comenzar una dieta o de llevar un control del régimen alimenticio por medio de programas que se han puesto de moda sin la supervisión de un médico o dietista certificado, se originan una serie de efectos tanto a corto como a largo plazo, tanto para la salud mental como para la física, los cuales pueden resultar perjudiciales.

Es importante que los Jockey's transformen esa idea de presentar una figura delgada es sinónimo de éxito laboral.

Es necesario que los Jockey's evolucionen sus pensamientos y que se preocupen por fortalecer los verdaderos valores humanos y no quedar en superficialidad de que sólo nuestra imagen externa es lo importante.

En la actualidad la idea de estar delgado y de ponerse a dieta se ha convertido en una moda no sólo nacional sino universal, esto se debe principalmente que la cultura y los medios masivos de comunicación se han dado la tarea de transmitir a la población que el hecho de ser delgado trae como resultado y recompensa el éxito

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

anhelado por cualquier individuo de un cierto grupo social, así como los son los corredores de caballos. Dicha recompensa se ve reflejada en cualquier aspecto de la vida del sujeto que presenta una silueta delgada, llegando incluso a poner en riesgo tanto su salud mental como la física, debido al gran desequilibrio alimenticio al que se exponen poniéndose a dieta sobre todo sin supervisión médica.

En la sociedad actual, la esbeltez se ha convertido en un prototipo social y estéticamente deseable tanto para las y mujeres como para los hombres, ya que las personas que presentan una menor cantidad de tejido adiposo y grasoso en su cuerpo son personas que físicamente se encuentran en un mejor estado de salud y que reflejan una apariencia más joven y de bienestar, así como lo son los corredores de caballos se ven como si fueran unos adolescentes.

Por otra parte cabe destacar que en el caso de la bulimia y la anorexia nerviosa no exista un solo factor que desate en el paciente todos los síntomas de la enfermedad, sino que por el contrario, que son enfermedades multifactoriales entre los que se pueden mencionar:

1. el cuerpo: tendencia por herencia a padecer este tipo de adicción
2. la familia: estructura y dinámicas familiares que vive el paciente
3. la sociedad y la cultura: que en la actualidad se hace un culto al cuerpo y a la moda, provocando angustia en el individuo que no cubre con los requisitos impuestos por la misma.

En los corredores de caballos, presentan miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal, es así como ellos presentan éxito laboral.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Los Trastornos Alimenticios consiste en una alteración grave de la conducta alimentaria que se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales.

Las principales características son el rechazo a mantener un peso corporal mínimo, un miedo intenso a ganar peso y una alteración significativa de la percepción del cuerpo.

La pérdida de peso se consigue mediante una disminución de la ingesta total de alimentos, empiezan por excluir de su dieta todos los alimentos con alto contenido calórico, la mayoría acaba con una dieta muy restringida, limitada a unos pocos alimentos. Existen otras formas de perder peso, como la utilización de purgas, vómitos provocados, abuso de laxantes o ejercicio físico excesivo.

No es sencillo entender a una persona que sufre Trastornos Alimenticios, puesto que la persona que enfrentan un desorden alimenticio, tienen en la mayoría de los casos baja auto estima y/o un tremendo afán de controlar su entorno y sus propias emociones.

La persona que sufre de Trastornos Alimenticios puede ser extremadamente sensible sobre su peso, creer estar gordo o sentir pánico de llegar a serlo.

Los tres criterios para los Trastornos Alimenticios son:

1. intenso temor a engordar
2. alteración de la imagen corporal
3. negativa a mantener el peso corporal por encima de un peso mínimo normal para la edad y altura

El tratamiento requiere sobre todo mucho apoyo de la familia. Una de las mejores formas de empezar la recuperación es hablando sobre las ansiedades y

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

frustraciones, y no sobre la comida que ha considerado como su enemigo. Deben de saber que son seres humanos exitosos que son capaces de cualquier cosa sin importar la imagen de su cuerpo.

Por lo tanto la actitud cultural hacia la actividad física también influye de forma importante en la conducta desordenada de los hábitos alimenticios.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- ALLPORT G.W. (1986). "La Personalidad. Su configuración y desarrollo". Ed. Herder. Barcelona
- 2.- ANG GONZALO. (1990). "La Mejor Forma de estar en Forma". Ed. Selecciones del Reader's Digest. México.
- 3.- BOTTERO. (1985). "La Anorexia mental daña una perspectiva sociocultural". Ed. TH Medecins, Paris.
- 4.- BURNS T. Y CRISP A. (1985) "Factors affecting prognosis in male anorexics". Journal of Psychiatric Research.
- 5.- CALDERON N. (1995). "Historia de la psiquiatría". Edamex
- 6.- CAMERON N. (1999). "Desarrollo y Psicopatología de la personalidad". Ed. Trillas. México.
- 7.- CHINCHILLA A. (1996) "Guía Teórico-Práctica de los Trastornos de conducta alimentaria: anorexia nerviosa y bulimia nerviosa". Ed. Masson. España
- 8.- CRISPO R. FIGUEROA E. Y GUEIAR D. (1996) "Anorexia y Bulimia: lo que hay que saber". Ed. Gedisa. Buenos Aires - Argentina.
- 9.- DARLEY, GLUCKSBERG Y KINCHLA (1990). "Psicología". Ed. Prentice Hall. 4ta ed. México.
- 10.- DAVIDOFF L. (1989). "Introducción a la Psicología". Ed. Mc Graw Hill. México
- 11.- DE LA FUENTE R. (1992). "Psicología Medica". Ed. F.C.E. México.
- 12.- DUKER M. Y SLADE R. (1995) "Anorexia Nerviosa y Bulimia: Un tratamiento integrado". Ed. Limusa. México
- 13.- ERIKSON E. H. (1987). "Infancia y Sociedad". Ediciones Hormé.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- 14.- FELDMAN R. (1997). "Psicología con Aplicaciones para Iberoamérica". Ed. Mc Graw Hill. 2nda edición. México
- 15.- GARNER D. (1988). "Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria. EDI 2". Ed. Tea editores. Madrid
- 16.- GELDER M., GATH D., MAYOU R., (1993). "Psiquiatría". Ed. Interamericana Mc Graw Hill. 2nda edición. México
- 17.- GOLDMAN H. (1996). "Psiquiatría General". Ed. Manual Moderno. 4ta edición. México
- 18.- GONZÁLEZ N. J., ROMERO A. J., Y TAVIRA F. (1995). "Teoría y Técnica de la terapia psicoanalista de Adolescentes". Ed. Trillas. México
- 19.- GROSS R. (1994). "Psicología, la ciencia de la mente y la conducta". Ed. Manual Moderno. México.
- 20.- GUILLEMONT A. Y LAXENAIRE M. (1994). "Anorexia Nerviosa y Bulimia: el peso de la cultura." Ed. Masson. Barcelona.
- 21.- GUYTON (1988). "Tratado de Fisiología Medica". Ed. Interamericana. Mc Graw Hill. 7ma edición. España
- 22.- HEKIER M Y MILLER C. (1994). "Anorexia y bulimia: deseo de nada". Ed. Piados. Buenos Aires.
- 23.- KAPLAN H., SADOCK B. (1996). "Compendio de Psiquiatría". Ed. Salvat. 2nda edición. México
- 24.- KAPLAN H., SADOCK B., Y GREBB J. (1996), "Sinopsis de Psiquiatría". Ed. Medica Panamericana. 7ma. Edición. Buenos Aires.
- 25.- MARILYN D. Y ROGER S. (1995). "Anorexia nerviosa y bulimia: tratamiento integrado". Ed. Limux. México

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- 26.- MAYERS D. G. (1999). "Psicología". Editorial Medica Panamericana. 5ta edición. España.
- 27.- MORRIS L. (1989). "Introducción a la Psicología". Ed. La prensa médica mexicana. México.
- 28.- PAPALIA D. E. Y WENDKOS S. (1998). "Psicología del Desarrollo". Ed. Mc Graw Hill. 7a. Edición. México
- 29.- RAICH R. (1997). "Anorexia y Bulimia: trastornos alimentarios". Ed. Pirámide. Madrid
- 30.- RAUSCH C. Y BAY L. "Anorexia nerviosa y bulimia: Amenaza a la autonomía". Ed. Paidós. Buenos Aires Argentina.
- 31- RUCH F. L. (1972). "Psicología y vida". Ed. Trillas. México
- 32- SEARS B. (1996). "Dieta para estar en la zona". Ed. Urano. 3ra edición. España
- 33- VERNER C. Y BOOTH A. (1971). "Educación de adultos". Ed. Troquel. Buenos Aires
- 34- VILLANUEVA R. M. (1985). "Hacia un modelo integral de la personalidad". Ed. Manual Moderno. México
- 35- WHITTAKER J. O. (1971) "Psicología". Ed. Interamericana. 2nda. Edición. México
- 36- WORCHEL S. Y SHEBILSKÉ W. (1998). "Psicología Fundamentos y Aplicaciones". Ed. Prentice Hall. España
- 37- ZIMBRADO P.G. (1984). "Psicología y vida". Ed. Trillas. México