



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**ESTUDIO COMPARATIVO EN CUANTO A LA EFECTIVIDAD EN LA
REDUCCION DE PESO ENTRE UN TRATAMIENTO COGNITIVO
CONDUCTUAL Y UNO NUTRICIONAL**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGIA**

**PRESENTA:
IRMA LUZ CHAVEZ RODRIGUEZ**

**DIRECTORA DE TESIS:
LIC. PSIC. REFUGIO DE MARIA GONZALEZ DE LA VEGA Y AYALA**

**ASESOR ESTADISTICO:
LIC. PSIC. LOURDES MONROY TELLO**



MEXICO, D. F.

SEPTIEMBRE, 2004



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Gracias Señor: Por ser mi sostén,
Y haberme dado la fuerza para
Superar los momentos difíciles;
Dándome la luz y el entendimiento
Para poder concluir éste, mi tan
Anhelado proyecto.

A Leonor y Antonio: Papás, Gracias por darme su
Su amor, principios y enseñanzas en el transcurrir
de mi vida, y por su invaluable apoyo, para el logro
de mi realización profesional.

A mi querida Facultad, y a cada uno
De los profesores, que al transmitirme
Su sabiduría y conocimientos influyeron
En mi Formación Profesional: "Gracias"

A mis hermanos: J. Antonio, Víctor M, Gonzalo,
Silvia, Armando, Nicolás, Luis, Eugenio y David
Gracias por que Dios me dio la dicha de
Tenerlos como hermanos, y por darme palabras
De aliento cuando lo necesité.

Mari: Gracias, por tu apoyo, por compartir
Tus conocimientos y consejos que le dieron
Cuerpo a este mi proyecto.

Kikis: Por los conocimientos que me transmitiste
y por tu gran experiencia en el tema, gracias

Lulú: Gracias por tu tiempo y asesoría

Al Mtro, Nutriólogo Luis Prieto H.
Gracias por su confianza y apoyo
Para el logro de este ideal.

A mis amigas:

Laura: Gracias por todos estos años de amistad
incondicional

Lety: Aún en la distancia estas presente en mi
Vida.

Fabi: Por darme la oportunidad
de conocerte y quererte

Gloria: Por ser más que mi prima, una
gran amiga.

CONTENIDO

CAPITULO I INTRODUCCION

- 1.1 Antecedentes
- 1.2 Definición del problema
- 1.3 Justificación

CAPITULO II OBESIDAD

- 2.1 Conceptos
- 2.2 Etiología
- 2.3 Clasificación
- 2.4 Evaluación
- 2.5 Factores Desencadenantes
 - 2.5.1 Factores Psicológicos
 - 2.5.2 Factores fisiológicos
 - 2.5.3 Factores Socioculturales
 - 2.5.4 Factores que intervienen en la alimentación

CAPITULO III ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSA

- 3.1 Introducción
- 3.2 Antecedentes históricos de la anorexia y bulimia nerviosa
- 3.3 Trastornos de la alimentación
- 3.4 Definición de anorexia nerviosa
- 3.5 Clasificación
- 3.6 Evaluación diagnóstica
- 3.7 Complicaciones médicas
- 3.8 Factores desencadenantes
 - 3.8.1 Factores biogenéticos, físicos y hormonales
 - 3.8.2 Factores Psicológicos
 - 3.8.3 Factores Socioculturales
 - 3.8.4 Factores Familiares
- 3.9 Tratamiento

- 3.10 Definición de bulimia nerviosa
- 3.11 Clasificación
- 3.12 Evaluación diagnóstica
- 3.13 Complicaciones médicas
- 3.14 Factores desencadenantes
- 3.15.1 Alteraciones físicas y hormonales
- 3.15.2 Factores Biológicos
- 3.15.3 Factores Psicológicos
- 3.15.4 Factores Socioculturales
- 3.15.5 Factores Familiares
- 3.16 Tratamiento

CAPITULO IV PROGRAMAS DE TRATAMIENTO

- 4.1 Aspectos Cognitivos
 - 4.1.1 Aproximación Cognitivo Conductual
 - 4.1.2 Terapia Racional Emotiva (ABC)
 - 4.1.3 Antecedentes históricos de la terapia Cognitivo Conductual
 - 4.1.4 Modelo Cognitivo
 - 4.1.5 El tratamiento Conductual en los problemas alimenticios
 - 4.1.6 Tratamiento
- 4.2 Aspectos Conductuales
 - 4.2.1 La Autoobservación
 - 4.2.2 Autorreforzamiento
 - 4.2.3 Control de Estímulos
 - 4.2.4 Modificación del estilo de alimentación
 - 4.2.5 Elección de conductas Alternas
 - 4.2.6 Manejo de Contingencias de reforzamiento
- 4.3 Aspectos Nutricionales
- 4.4 Programa Cognitivo-Conductual
- 4.5 Programa Nutricional

CAPITULO V METODO DE INVESTIGACION

- 5.1 Justificación del problema
 - Pregunta de investigación
 - Objetivos
- 5.2 Planteamiento del problema

- 5.3 Hipótesis
 - Hipótesis Conceptual
 - Hipótesis de trabajo
- 5.4 Variables
 - Variables Dependientes
 - Variables Independientes
- 5.5 - Definición Conceptual de Variables
- 5.6 - Definición operacional de Variables
- 5.7 Universo- Muestra
- 5.8 Tipo de estudio
- 5.9 Diseño de Investigación
- 5.10 Instrumentos de medición
- 5.11 Procedimiento
- 5.12 Análisis de resultados

CAPITULO VI CONCLUSIONES Y DISCUSION

- 6.1 Conclusiones y Discusión
- 6.2 Limitaciones y Sugerencias
- 6.3 Anexos gráficos
- 6.4 Bibliografía

CAPITULO

I

INTRODUCCION

En sus inicios, los tratamientos para el control de peso eran efectivos en la reducción del mismo, sin embargo no tomaban en consideración otros aspectos como, la ansiedad, rasgos de personalidad y hábitos de alimentación, que son muy importantes para el éxito en la reducción y mantenimiento de peso.

Después de revisiones bibliográficas y estudios piloto, se conformó el programa con un enfoque Cognitivo-Conductual, el cual se ha llevado a cabo en el centro de servicios Psicológicos de la Facultad, desde el año de 1983 iniciando con 29 pacientes, cuyo título era entonces: *Modificación de conducta en el control de la obesidad*, bajo la dirección de la Lic. Graciella Zierold.

La solicitud de apoyo por parte de los sujetos en el tratamiento de problemas ligados al sobrepeso, o bien, éste como un problema asociado a algunas causas los llevan a pedir ayuda. Así se encontró conveniente trabajar la obesidad como un aspecto específico, que en sus inicios de trabajo terapéutico atendió a 152 pacientes que representaban el 10% de la población total atendida.

Finalmente se tomó en consideración la importancia del trasfondo de la obesidad, como un problema colateral a disfunciones orgánicas; así como, la incidencia en algunos trastornos de la personalidad que llevan como elemento oculto la falta de habilidades para manejar el entorno medio ambiental de los sujetos en aspectos tan elementales como el control de su alimentación.

Dichas consideraciones siguen vigentes ya que actualmente se ha incrementado el índice de personas con problemas de peso y colateralmente problemas de salud provocados por el sobrepeso, abriéndose el programa Cognitivo-Conductual a toda la población universitaria. Así surgió el interés por realizar un estudio en el cual se pudiera comparar dicho programa con un tratamiento Nutricional, en cuanto a la reducción de peso y poder medir factores de personalidad y niveles de ansiedad en los dos grupos. Este estudio se inició, con la aplicación de una batería de pruebas a sujetos pertenecientes a la comunidad universitaria; se implementó por primera vez un proyecto en el que se combina un tratamiento psicoterapéutico y un programa cognitivo-conductual bajo el título de "Grupo de terapia de trastornos alimenticios".

1.2

DEFINICION DEL PROBLEMA

Durante las últimas décadas han surgido diferentes enfoques dietéticos tradicionales para el control de peso, pero éstos no cumplían con la meta principal que era el mantener la pérdida del mismo. Así, en la actualidad el autocontrol cobra importancia en el tratamiento de los desórdenes en la alimentación. De éste sistema surge el modelo Cognitivo-Conductual el cual nos ocupa en el presente estudio; y el que compararemos con un tratamiento nutricional en la reducción de peso.

Se llevará a cabo un estudio comparativo entre un tratamiento de tipo nutricional y un programa Cognitivo-Conductual, esperando observar en ambos:

- La efectividad en la reducción de peso al término de cada tratamiento
- El manejo que los sujetos hacen de la ansiedad, si es esta causada por el sobrepeso
- Definir el perfil de personalidad característico de los sujetos que integraron el estudio
- Comparar el tratamiento Cognitivo-Conductual con el Nutricional en cuanto a la efectividad en la reducción de peso.
- Comparar el tratamiento Cognitivo-Conductual, con el grupo Control I, en cuanto a la efectividad en la reducción de peso
- Comparar el tratamiento Cognitivo-Conductual, con el grupo Control II, en cuanto a la efectividad en la reducción de peso

1.3 JUSTIFICACION

La obesidad esta situada en primer orden de riesgo de salud pública (Craighead, 1985). Aproximadamente un cuarto del total de americanos adultos exceden su peso ideal por 20% o más (Qadden y Stunkard, 1986). Así en las estadísticas de la *Metropolitan Life Insurance* se observa que la mortalidad de la población comprendida entre los 20 y 64 años es 50% más elevada entre los sujetos con sobrepeso, que entre los que tienen peso normal (Mayer, 1953). Este aumento en la mortalidad ha justificado el que se haya llegado a llamar a la obesidad "el problema número uno de la nutrición y también el principal problema de salud pública" en los países occidentales; ya que las alteraciones que se producen pueden llegar a ser crónicas; citando a continuación algunas de ellas: enfermedades cardiovasculares, hipertensión, diabetes, alteraciones psicológicas tales como ansiedad y depresión (Cardock 1978), Thiele 1980. Krause, 1975. Mainman, 1979, White, 1981); alteraciones hormonales, enfermedades metabólicas como hiperuricemia, enfermedades respiratorias, afecciones hepáticas, alteraciones en el sistema inmunológico, en el aparato locomotor en donde los trastornos más comunes son las algias dorso lumbares (dolores de espalda), lesiones discales o artrosis interepifisiaria posterior, coxoartrosis (Fusión de articulación coxo femoral) y la gonartrosis (fallas en la articulación de la rodilla, (D' Angeljan, 1976), cálculos biliares (Drenick, e., 1989), entre otras, por lo que este padecimiento reviste una gran importancia para los especialistas de la salud, en sus diferentes campos.

A lo largo de la historia las sociedades han ido creando modas relacionadas con el cuerpo humano, como en Europa donde el ideal de belleza femenina pasó de las robustas mujeres pintadas por Rubens a las damas espigadas de Modigliani. México no ha sido la excepción pues en los años 40's a los 50's y a partir de los 60's las mujeres que se consideraban bellas eran de formas redondas y voluptuosas; y de los 60's en adelante las delgadas y atléticas, eran las consideradas bellas. Dicha moda fue evolucionando hasta llegar a la actualidad, donde el bombardeo publicitario y televisivo ponen de relieve los atributos físicos en los cuales; las mujeres son sumamente esbeltas creando una moda de delgadas donde los gorditos no caben, de aquí que las exigencias sociales son cada vez mas altas, pues entre mas delgada sea una persona, mas aceptación tendrá; así, quienes no cumplan con dichas exigencias serán excluidas, por lo que las personas que tienen problemas de sobrepeso son discriminadas en el mercado de empleos, en actividades sociales, pues son vistas como inferiores intelectualmente o de menor carácter. Por otro lado dichas personas se sienten inútiles, ineficientes, no amados y aislados de la sociedad y de la vida en general.

En los últimos años han surgido diversos tratamientos para el control de peso, éstos van desde dietéticos que a veces se combinan con tratamientos farmacológicos de absorción de grasa; el inconveniente es que después de concluido el tratamiento el sujeto recae, presentándose nuevamente el problema del sobrepeso. Así han surgido los tratamientos conductuales que se basan en la modificación de los patrones de actividad física, que al fortalecerlos ayudan al sujeto a mantenerse en el peso adecuado.

En el presente estudio se propone el programa Cognitivo-Conductual en el que se guía al sujeto a un aprendizaje de técnicas, que al ponerlas en práctica ayudarán a lograr un mayor control sobre los estímulos externos, así como en la selección y consumo de alimentos; además de modificar los pensamientos que el individuo posee de sí mismo en relación a la pérdida de peso.

CAPITULO

II

OBESIDAD

2.1

CONCEPTO DE OBESIDAD

La obesidad se define como una acumulación excesiva de tejido adiposo que se traduce en un aumento del peso corporal. Esta definición conlleva el problema de establecer cual es la acumulación normal del tejido adiposo. Desde el punto de vista práctico el grado de obesidad se establece en relación al llamado peso ideal o peso deseable que viene estandarizado en las llamadas tablas de peso ideal (Angel, 1979), en las que se expresa el peso que previsiblemente favorecerá una mayor longevidad del individuo, para una talla y un peso determinados; así el valor definido en las tablas se le asigna el 100% y entre el 90 y 110% se le considera normopeso, cuando el peso está entre el 110% y 120% del peso ideal se dice que existe sobrepeso, por encima del 120% obesidad. Únicamente por encima del 130% del peso ideal se asocia complicaciones metabólicas, cardiocirculatorias o respiratorias que pueden anticipar la muerte del individuo y por tanto, es únicamente a partir de éste grado de sobrepeso que la obesidad se considera peligrosa para la salud (1)

Cuando se mide el peso de acuerdo al contenido de tejido adiposo, se considera que existe obesidad cuando dicho contenido excede el 20% del contenido normal en el hombre y el 30% del contenido en la mujer (Christian, 1964).

Otra definición considera que existe obesidad cuando hay un aumento a expensas del tejido adiposo, el cual debe superar al 15% de los valores de las tablas estandarizadas de peso ideal vigentes en el país y año en que se consulte.

Para Cornillot, la obesidad es una enfermedad- o un conjunto de enfermedades- caracterizada por un exceso en el tejido adiposo cuyas células pueden aumentar el tamaño y/o número, y que tiene como resultado una disminución en la calidad de vida y en la salud de quienes la padecen (2).

Para los fines que se persiguen, en el presente estudio se trabajará con sobrepeso, definiéndolo: como el peso por encima de lo que señalan las tablas como peso ideal, de acuerdo con la edad, sexo, estatura y la contextura ósea y muscular (Cornillot, 1989).

2.2

ETIOLOGIA

Son diversas las causas que pueden originar obesidad, probablemente la causa más frecuente es la ingesta excesiva de alimentos (obesidad exógena). Quienes están a favor de esta teoría argumentan que para que exista una acumulación de reservas energéticas, los sustratos energéticos deben llegar al organismo mediante los alimentos, posiblemente la utilización de estos sustratos son diferentes en los individuos obesos y en los que no lo son, haciendo que su almacenamiento en forma de grasas sea también distinto, ya que en cualquier organismo los sustratos energéticos aportados en los alimentos y no utilizados de forma inmediata son almacenados, así, la manera más económica y cómoda de almacenar sustratos energéticos es la grasa. Por lo tanto, la cantidad de grasa almacenada dependerá del equilibrio energético que se realice, siempre que el aporte supere al gasto se producirá almacenamiento y si no existen periodos en que el gasto sea superior al aporte, el almacenamiento de grasas se incrementará incesantemente (1).

Para Mahoney y Mahoney, la obesidad es causada por una crisis positiva de energía, así el número de calorías que el cuerpo consume sobrepasa las necesidades del momento. Este exceso de combustible se convierte en grasas que se almacenan, provocando sobrepeso y obesidad, según el grado de acumulación.

Existen diversos factores que originan la obesidad, citándose a continuación:

Factores genéticos

Hay síndromes genéticos con obesidad en humanos:

- Síndrome de Lawrence-Moon-Bield: Retinitis pigmentaria, obesidad, retraso mental, hipogenitalismo y polidactilia.
- Síndrome de Alstrom: ceguera, obesidad, sordera, diabetes y nefropatía
- Síndrome de Prader-Willi en niños hipotónicos con aspecto de muñecos de trapo
- Concordancia de gemelos univitelinos: Suele presentarse cuando la alimentación es idéntica pero por deficiencias en el tipo de alimentos ingeridos hay divergencias de 2 a 50 Kg.
- Encuestas epidemiológicas: En Dinamarca, se hicieron seguimientos de hijos adoptivos y se compararon con los padres biológicos y los adoptivos; los obesos mostraron mucha mayor correlación con sus padres biológicos.
- Por herencia del nivel de gasto metabólico en reposo.
- Gen de la obesidad: Descubrimientos recientes han contribuido a explicar como los genes pueden ser determinantes genéticos en algunos tipos de obesidad. Estudios realizados en animales han identificado un gen que cuando se inutiliza por mutación, causa obesidad. El gen normal produce una proteína llamada "leptina" que controla el apetito. Cuando la leptina es defectuosa, los ratones comen una cantidad intensa de grasa, cuando se complementa la leptina, los ratones pierden peso. Estudios en humanos confirman la existencia de un gen humano casi idéntico, se ha establecido la hipótesis de que dosis extras de leptina pueden ser eficaces en la reducción de la obesidad humana.

Factores no genéticos

Alteraciones cerebrales o craneanas: Hay modelos experimentales hechos en ratas en los que se destruye la porción medial del hipotálamo ventral mediante electricidad o por auro-tio-glucosa, aparece obesidad, esto se interpretó que era debido a la destrucción del centro de saciedad, aunque esta no se pierde totalmente; sólo dura menos tiempo que en las ratas control donde los animales comen con una mayor frecuencia.

También existen síndromes clínicos con lesión craneana o cerebral y obesidad entre los cuales se encuentran:

- Síndrome adiposo genital.
Por meningoencefalitis, adenoma cromóforo de la hipófisis o raramente craneofaringioma; comienza en la pubertad con obesidad del cuello, tórax, abdomen y raíz de miembros asociada a infantilismo genital.

- Síndrome de Stewart-Morel-Mogagni:
Hipertrofia frontal interna y aumento del doble con predominio frontal: hirsutismo y trastornos psíquicos o en menopáusicas.
- Alteraciones endocrinas
- Obesidad diencefalo-Hipofisiaria de Frohlich
- Hiperinsulinismo: Se presenta en algunos casos con obesidad
Hoy se sabe que hay un hipotiroidismo muy común generalmente poco diagnosticado, con destrucción autoinmune de la glándula y que podría disminuir el gasto metabólico; una ingesta normal en tales circunstancias favorecería la retención de calorías. Ello todavía no ha sido suficientemente estudiado.

Factores que se asocian con el estilo de vida

- Hiperfagia adaptativa: Suministrando a ratas toda la ración diaria en una única comida se vuelven obesas y ocurren una serie de cambios metabólicos, de entre los cuales se mencionan:
Aumenta el cociente respiratorio: posiblemente por mayor conversión de glúcidos en grasas, aumenta la grasa corporal, se incrementa la velocidad de absorción de la glucosa y hay mayor absorción de grasas.
- Sedentarismo: Deportistas jóvenes que abandonan la actividad atlética y conservan su hábito alimenticio tienden a aumentar de peso; para ello también influyen los factores metabólicos.

Factores yatrogénicos

- Existen drogas que promueven la obesidad: Por efecto sobre el hipotálamo,
- Fenotiazinas, reserpina y sulpirida
- Por inhibición de la función tiroidea: Litio
- Por inhibir la lipólisis: insulina, calciferol, ácido salicílico, imipramina, imidazol, estroprogestivos, entre otras.

2.3

CLASIFICACION

No todos los sujetos obesos exhiben las mismas características de distribución de la grasa, ni todos presentan las complicaciones, ni las mismas causas, la obesidad es heterogénea y por lo tanto hay diversos tipos de obesidad. Existen numerosas propuestas para clasificar las variedades que a continuación se exponen:

AUTOR	AÑO	CRITERIO DE CLASIFICACION	CLASE DE OBESIDAD
Vague	1947	Influencia del sexo y distribución de la grasa	Androide (tipo manzana) Guinoide (tipo pera)
Van Itallie	1955	Alteraciones del balance o del metabolismo	Regulatoria: Balance alterado. Psicológica: neurótica, no neurótica Fisiológica: mayor aporte. Inmovilidad metabólica: Enzimática, hormonal, Neurológica
Strang	1964	Por enfermedades Concomitantes	Simple: Asociada a dismetabolismo. Herencia. Endocrinopatía Psicológico
Albrink	1965	Herencia	Constitucional: predomina en la raíz de los miembros, Adquirida: Con hipertigliceridemia e intolerancia a la glucosa.
Kemp	1966	Edad	Infantil, juvenil, de adultos, de embarazo, de mitad de la vida, de menopausia
Krisch	1970	Histología de tejido adiposo	Hiperplástica Hipertrofica
Bray	1971	Causas	Genética, hipotalámicas, Alimentaria, por inactividad, endócrinas
Kopleman	1980	Respuesta a la Hipoglucemia Insulinica	Hipotalámica genética Hipotalámica adquirida Hiperfagia.

Otros intentos por clasificar la obesidad, les ha llevado a diferentes autores a dividirla en dos tipos: la primera de ellas es la descriptiva, la segunda es la etiológica. La clasificación descriptiva divide a la obesidad en tres grupos: Androide, Guinoide y endocrino; la clasificación etiológica considera dos tipos de obesidad, endógena o atribuible a trastornos corporales bien reconocibles y exógena también llamada obesidad esencial, los padecimientos de tipo exógeno, aunque no sujetos a clasificación por la gran diversidad de factores, muchos de ellos difícilmente identificables, son los que con mayor frecuencia se encuentran. Su proporción es aproximadamente el 95%, dejando un ínfimo porcentaje del 5% a aquellos de tipo endógeno (Armengol, 1976).

El tipo de obesidad que interesa y se abordará en el presente trabajo es la relacionada a la ingesta excesiva (obesidad exógena), la cual se menciona a continuación: la obesidad exógena u obesidad por sobrealimentación, con sedentarismo o no, se considera la más frecuente y siempre hay un balance positivo, ya que se consume menos de lo que se ingiere, habiendo en algunos casos como factor causal la falta de ejercicio corporal y en algunas ocasiones, la actividad provoca un aumento de peso por acompañarse de ansiedad y la impresión de necesitar mayor ingestión de alimentos y bebidas. El metabolismo basal en estos pacientes no se encuentra alterado y es el consumo exagerado de lípidos e hidratos de carbono (carbohidratos) lo que provoca el sobrepeso y ya que los alimentos proteicos no tienen relación con la patogenia de la obesidad. La determinación del agua corporal ha demostrado que el obeso tiene un déficit de agua, cuanto mayor es su exceso de grasa.

2.4

EVALUACION DE LA OBESIDAD

Para conocer el grado de obesidad se mide el contenido graso del organismo, siendo esto difícil ya que no existe un método directo; por lo que se han creado procedimientos indirectos como son:

1.- **El peso corporal:** Expresa no sólo la cantidad de masa adiposa sino también la de masa muscular, el esqueleto y los órganos internos. Para valorar el grado de obesidad que expresa un peso determinado se utilizan las tablas de peso ideal como referencia.

2.- **Pliegue cutáneo:** La medida de los pliegues cutáneos sirve para valorar el grado de obesidad del sujeto, puesto que la grasa subcutánea es proporcional al contenido graso total del organismo. Para esto, se mide el grosor de los pliegues en áreas posterior del brazo, pliegue abdominal, entre otros.

3.- **La densitometría:** Se realiza pesando al individuo sumergido en un tanque de agua; se utiliza para calcular a partir de éste dato, el porcentaje de grasa mediante una ecuación.

4.- **El volumen de agua corporal:** Se calcula mediante métodos de dilución (potasio). El porcentaje de masa corporal se calcula a partir del agua total de la masa corporal libre de grasa mediante formulas apropiadas.

De todos estos métodos el más sencillo y más a disposición de quien estudia la obesidad, es la medición de peso corporal a partir del peso de un individuo, y con el fin de obtener la máxima aproximación al contenido graso del organismo, se han diseñado diferentes índices para medir el grado de obesidad tales como:

- a) El índice de peso relativo o peso corporal relativo
- b) El índice de Roher
- c) El índice ponderal
- d) El índice de Quetelet o Índice de Masa Corporal
- e) El índice de Sheldon
- f) El índice de Khosla-Lowe
- g) El índice de Broca

Para fines prácticos, en el presente trabajo se manejará el índice de Masa Corporal, que es la relación entre el peso en kilogramos sobre la altura en metros elevado al cuadrado. El cálculo se lleva a cabo mediante la siguiente fórmula: (3)

$$\text{Índice de Masa Corporal} = \frac{\text{Peso en Kg.}}{(\text{Altura})^2}$$

2.5.1 Factores psicológicos.

Como ya es conocido la mayoría de las obesidades son producidas por un desequilibrio energético positivo, sea éste por ingesta excesiva, por un déficit de consumo energético o por ambos factores. En este sentido; durante muchos años se ha mantenido la teoría de que los obesos eran personas que tenían problemas de personalidad que aliviaban mediante la conducta de ingesta; desde este punto de vista la psicología se ha centrado en la formulación de modelos teóricos que expliquen a que se debe éste comportamiento. Inicialmente varias teorías explicaron el fenómeno de la obesidad haciendo referencia casi siempre a una alteración en la fase oral (Rascovsky, 1950). Fenichel hace referencia a que en la obesidad hay una perturbación glandular que influye sobre el desarrollo psicosexual en el sentido de causar retardamiento, fijación oral y debilidad en la genitalidad (3).

De forma paralela se han utilizado otros estudios para analizar la importancia de variables en la personalidad, tales como depresión, neurosis, autoestima, autoconcepto etc. (Bruch, 1973).

Hamburguer (1951), dividió en cuatro los factores causales, las variables psicológicas en la sobrealimentación:

- **Ingesta como respuesta a tensiones no específicas**
- **Sobrealimentación como sustituto gratificante en situaciones vitales intolerables**
- **Ingesta como síntoma de enfermedad mental subyacente**
- **Por adicción a la comida**

Por otro lado, a menudo se ha señalado que en comparación con las personas delgadas, las personas con sobrepeso son mas vergonzosas, pasivos, tímidos temerosos, con baja autoestima y un concepto distorsionado de su imagen corporal e incluso se ha mencionado que tienen un desarrollo de la personalidad inadecuado a manifestaciones de enfermedades psíquicas (Bruch, 1967, Collip 1980, Stunkard y Buró, 1967).

Brownwel (1982), señala que el obeso no sufre únicamente por su condición de obeso, sino también sufre por la culpabilidad que la sociedad le asigna y la discriminación que padece (Trucker, 1980); con frecuencia los obesos son etiquetados con términos que implican responsabilidad personal (perezosos, débiles, autodestructivos, etc.), y no es sorprendente que detesten su cuerpo y que estén preocupados por su peso.

Después de analizar los problemas psicológicos derivados de la obesidad, en febrero de 1985, en una conferencia sobre la obesidad y sus implicaciones para la salud, prestigiosos especialistas consideraron que las más importantes son:

- **La tendencia al aislamiento**
- **Reacciones fóbicas**
- **Depresión, hostilidad, dificultades sexuales**
- **Trastornos de la imagen corporal y sentimientos de inferioridad (2).**

Bruch (1973) defendió los condicionantes psicógenos de la obesidad proponiendo dos tipos:

- 1.- Obesidad psicógena de desarrollo: La persona no diferencia entre el hambre y los estresantes emocionales
- 2.- Obesidad psicógena reactiva: Se presenta normalmente en la edad adulta, como reacción a situaciones traumáticas o tensionantes, intentando reducir la ansiedad y estabilizar la función emocional.

Recientes descubrimientos han transformado la teoría de que las causas psicológicas pueden desarrollar la obesidad y ahora se considera que los cambios psicológicos de la obesidad, son una consecuencia y no una causa de la misma. Esto es, que los trastornos emocionales, que durante un tiempo fueron considerados como una importante causa de la obesidad; se consideran actualmente como una reacción a los fuertes prejuicios y la discriminación contra las personas con problemas de peso. Uno de los tipos de trastorno emocional, es la imagen negativa del cuerpo, es un problema grave para muchas mujeres jóvenes obesas. Ello conduce a una inseguridad extrema y malestar en ciertas situaciones sociales.

Dos modelos anormales de alimentación que contribuyen a la obesidad en algunas personas, son, la enfermedad de alimentación excesiva y el síndrome de alimentación nocturna; pueden ser desencadenados por el estrés y ciertos trastornos emocionales. La enfermedad de la alimentación excesiva es similar a la bulimia nerviosa, excepto que los excesos no son seguidos de vómitos autoinducidos; como consecuencia se consumen más calorías. En el síndrome de alimentación nocturna la falta de apetito por la mañana es seguido por sobrealimentación, agitación e insomnio por la noche.

La CIE-10 (décima revisión de la clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas de salud) reconoce una categoría llamada "hiperfagia en otras alteraciones psicológicas", que se caracteriza por una ingesta excesiva de alimentos a causa de una reacción a hechos estresantes, originando la obesidad.

En resumen, la persona con problemas de peso puede sentirse sensibilizada por su aspecto, falta de confianza en sí mismo, con baja autoestima, con un pobre concepto de sí mismo, ansiosa, deprimida, etc. Esta sintomatología es la consecuencia de la condición de obesidad, y no la causa. Además pueden sufrir discriminaciones en los puestos de trabajo.

Un aspecto importante de tomar en consideración en este apartado es el referente al Trastorno límite de la personalidad cuya característica esencial es un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, así como una notable impulsividad que comienza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos 4.

Los criterios diagnósticos de dicho trastorno son los siguientes:

Criterio 1. Los sujetos con este trastorno realizan frenéticos esfuerzos para evitar un abandono real o imaginado. La percepción de una inminente separación o rechazo, o la pérdida de la estructura externa, pueden ocasionar cambios profundos en la autoimagen, afectividad, cognición y comportamiento.

Criterio 2. Presentan un patrón de relaciones inestables e intensas. Pueden idealizar a quienes se relacionan con ellos, pedirles que estén mucho tiempo a su lado y compartir los detalles más íntimos. Sin embargo cambian rápidamente de idealizar a la los demás a devaluarlos.

Criterio 3. Puede haber una alteración de la identidad caracterizada por una notable y persistente inestabilidad en la autoimagen o en el sentido de uno mismo. Esto es, se presentan cambios bruscos y dramáticos de la autoimagen, caracterizados por cambios de objetivos, valores y aspiraciones profesionales, cambios bruscos de opiniones y planes sobre el futuro de los estudios, la identidad sexual, la escala de valores y aspiraciones profesionales.

Criterio 4. Presentan impulsividad en al menos dos áreas potencialmente peligrosas para ellos mismos: Pueden apostar, gastar dinero irresponsablemente, darse atracones de comida, abusar de sustancias, involucrarse en prácticas sexuales no seguras o conducir temerariamente.

Criterio 5. Presentan intentos o amenazas suicidas recurrentes o comportamiento de automutilación (cortarse o quemarse), el intento de suicidio recurrente es con frecuencia uno de los motivos por el que los sujetos acuden a tratamiento.

Criterio 6. Pueden presentar inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo. Por ejemplo disforia episódica intensa irritabilidad o ansiedad que normalmente dura solo unas horas y que es raro que llegue a persistir durante días. El estado de ánimo básico disfórico suele ser interrumpido por períodos de ira y, angustia o desesperación y son raras las ocasiones en las que un estado de bienestar o satisfacción llega a ser el motivo.

Criterio 7. Suelen estar atormentados por sentimientos crónicos de vacío. Se aburren con facilidad y están buscando siempre algo que hacer.

Criterio 8. Es frecuente que expresen ira inapropiada e intensa o que tengan problemas para controlar la ira: Pueden mostrar sarcasmo extremo, amargura persistente o explosiones verbales.

Criterio 9. Durante periodos de estrés extremo, se pueden presentar ideación paranoide transitoria o síntomas disociativos, por ejemplo despersonalización; pero generalmente éstos son de duración e intensidad insuficientes para merecer un diagnóstico adicional. Lo más habitual es que estos episodios ocurran como respuesta a un abandono real o imaginado. Los síntomas tienden a ser pasajeros y duran entre minutos y horas. Con la vuelta real o percibida de la ayuda de la persona que se ocupa de ellos pueden producirse la remisión de los síntomas

Entre los síntomas y trastornos asociados se encuentra un patrón de infravaloración de sí mismos en el momento en que están a punto de lograr un objetivo como puede ser el abandono casi al término de los estudios; presentar una grave regresión después de haber estado hablando de los progresos en terapia, destruir una buena relación en el momento que parece que la relación podría tener continuidad. Algunos sujetos presentan síntomas similares a los psicóticos por ejemplo alucinaciones. Distorsión de la imagen corporal, ideas de autorreferencia durante periodos de estrés: pueden sentirse más seguros con objetos transitorios por ejemplo animales o propiedades inanimadas que con las relaciones Interpersonales. Es posible la muerte prematura por suicidio, la minusvalía física al intento de suicidio fallido. Son frecuentes las pérdidas repetidas de trabajo, las interrupciones de estudios y rupturas matrimoniales. En la historia de la infancia de éstos sujetos son frecuentes los malos tratos físicos y sexuales.

Hay una considerable variedad en el curso del trastorno. El patrón más habitual es una inestabilidad crónica en el principio de la edad adulta, con episodios de grave descontrol afectivo e impulsivo y altos niveles de utilización de los recursos de salud mental y general. El deterioro causado por el trastorno y el riesgo de suicidio son mayores en los primeros años de la edad adulta y van desapareciendo gradualmente con la edad. Aunque la tendencia a las emociones intensas, a la impulsividad y a la intensidad en las relaciones acostumbra a persistir toda la vida.

Cormillot, expone en 1988 los factores que pueden actuar directamente o combinados con mecanismos psicológicos como son:

Menarca: Muchas adolescentes comienzan a engordar después de la primera menstruación que es, a veces, un proceso traumático que se agrega a la natural ansiedad de la crisis adolescente. Por otra parte, la manifestación hormonal puede estimular la aparición de desarreglos metabólicos.

Menopausia: Lo que se acaba de decir se aplica también para la finalización del período fértil de la mujer. Aquí contribuyen tanto factores físicos como ambientales

Embarazo: Es una situación típicamente desencadenante de la gordura, enfatizada por el manejo de hábitos erróneos arraigados por tradición familiar. Aquí se combinan elementos psicológicos, sociales y biológicos.

Enfermedades: Pueden ser de diverso tipo, incluyendo las que afectan las glándulas de secreción interna. También cuadros crónicos que obliguen a estar mucho tiempo en cama.

Intervenciones quirúrgicas: En general, la extirpación de un órgano puede actuar, por razones no bien conocidas aún, como desencadenante de la obesidad.

Tratamientos inadecuados: Muchas veces un sobrepeso estético, si es tratado con pastillas, es decir con anfetaminas o drogas similares, puede favorecer a la obesidad ya que ellas provocan un aumento de peso o el rebote.

Factores culturales

El homo sapiens es una especie singular, totalmente distinta a los demás seres vivos. Presenta una gran diversidad, la cual puede ser sintetizada diciendo que el hombre es un ser con tres componentes: el biológico, el psicológico y el sociocultural.

Su cuerpo es producto de una larga evolución biológica y ésta obligó al hombre a vivir en sociedad y lo capacitó para controlar el medio ambiente natural y crear un entorno cultural, que influyó estrechamente en su vida cotidiana. Así, la cultura determina una gran parte de las actividades humanas; entre ellas se encuentra la más vital, que es la alimentación.

En la literatura suele afirmarse que el hombre es omnívoro; esto es, que puede comer de todo. Tomar esta aseveración al pie de la letra sería falso ya que el organismo no puede digerir todo lo que se encuentra en el mundo natural. Pero, a pesar de todo nuestra dieta es más variada que la de la mayoría de los animales y ello se debe fundamentalmente a la cultura.

Por otro lado, cada cultura está directamente relacionada con ciertos alimentos que forman la base de su dieta. En la mayor parte de los casos se trata de productos que, mediante una cuidadosa selección hecha a lo largo de los siglos, se ha ido adaptando a las necesidades humanas. Es posible también que el hombre haya aprendido a conocer las especies que forman la base de su dieta y que de este modo la haya podido explotar de manera más eficiente. Un ejemplo de esto, es el de los indígenas pescadores de salmón en las costas del oeste de Canadá. Estos grupos conocían a la perfección los hábitos de ese pez y desarrollaron técnicas para pescarlo en grandes cantidades, utilizar y comer su hueva y conservarlo durante varios meses al sacarlo y ahumarlo. En Mesoamérica, desde siglos antes del contacto con los españoles, los habitantes de ésta región habían venido seleccionando aquellas plantas de maíz que se ajustaban más a sus necesidades. Eligieron no solamente las de mayor resistencia a las heladas, las de mayor rendimiento, sino también las que parecían granos adecuados para distintos platillos. En México prehispánico, una parte importante de la religión, de los mitos sobre el origen del hombre y de otros elementos de la cultura estaban asociados al maíz, por ejemplo; se pensaba que un niño no era humano mientras no hubiera probado maíz. (5)

Hoy en día, en cierto sentido, el maíz como alimento nacional también otorga una identidad y permite que los individuos se sientan parte de un grupo humano.

Factores sociales.

De los factores más sobresalientes de los problemas en la alimentación está la relación que guardan el nivel socio-económico y el grado de obesidad. Estudios en Inglaterra y los países del norte nos hablan de una relación existente entre el sobrepeso y el nivel socio-económico bajo (Goldblatt, et al. 1965). Las familias que viven en la opulencia pueden permitirse el lujo de comprar alimentos más caros para elaborar su régimen dietético, además tienen un status que muestran a los demás mediante la alimentación.

El nivel socioeconómico suele modificar también los hábitos alimenticios, pues se considera que hay alimentos para ricos y otros para pobres ya que, mientras mayor poder adquisitivo se tenga se podrán consumir productos de mejor calidad o comer más y moverse menos. **Mientras que el menor poder adquisitivo obliga a consumir alimentos que contienen mayor cantidad de hidratos de carbono y grasas (2).**

Lewis en 1966 planteó las siguientes hipótesis:

- 1) *La clase baja come mayor cantidad de alimentos ricos en hidratos de carbono que aportan más calorías que los alimentos ricos en proteínas. Esto se debe al precio de los alimentos de tipo "chatarra".*
- 2) *La clase baja tiene hábitos alimenticios inadecuados y una educación alimentaria deficiente lo cual implica una falta de criterio para la elección de los alimentos*
- 3) *La clase baja no tiene presiones sociales estéticas tan acentuadas como en los niveles socioeconómicamente altos.*
- 4) *Confunden con mayor frecuencia gordura con fuerza*
- 5) *Emplean menos tiempo en actividades deportivas*

También los ascensos o descensos socioeconómicos modifican los hábitos alimenticios, ya que un mayor poder adquisitivo puede ser usado para consumir alimentos de mejor calidad o, también para comer más y tener menos movimiento; y un poder adquisitivo menor obliga a consumir alimentos que contienen mayor cantidad de carbohidratos y grasas.

Así mismo, el número de individuos obesos se ha incrementado notoriamente en las sociedades industrializadas, donde el consumo de alimentos es desproporcionado a las necesidades del individuo. La desproporción estriba en la cantidad de los alimentos como en la calidad de los mismos; además la mecanización del mundo en que vivimos nos conduce a un mayor sedentarismo, ya que el hombre se ha preocupado cada vez mas por obtener un mayor confort; esto lo ha logrado mediante la creación de máquinas y herramientas cada vez mas sofisticadas que lo induce a moverse menos por lo que el consumo es inadecuado a sus necesidades.

En nuestra sociedad, los hábitos alimenticios son un factor predisponente para el desarrollo de los problemas de sobrepeso; ya que en las visitas de carácter social, la anfitriona ofrece insistentemente a sus invitados dulces y alimentos con un alto contenido calórico, y en muchas ocasiones las visitas comen por mera cortesía, ya que en muchos países el ofrecimiento de alimentos y su aceptación son símbolo de afecto y amistad y el no aceptarlos es sinónimo de rechazo y ofensa.

Otro caso es el que se relaciona a la comida con las fiestas, en donde antiguamente, la humanidad sintió la necesidad de registrar el paso del tiempo y los cambios en este registro como fueron las modificaciones del clima, del sol, y en general las alteraciones cíclicas de la naturaleza como señales de este cambio. Actualmente para marcar estas variaciones en el ciclo vital se celebran gran parte de las fiestas; éstas algunas veces se relacionan con acontecimientos de la vida familiar como son los aniversarios de boda o los bautizos; en otros casos son ceremonias cívicas o fiestas religiosas. Podemos ver que los eventos que giran alrededor de nosotros siempre están relacionados con el acto de comer por lo que frecuentemente la celebración implica un cambio en la dieta.

Hay frases muy comunes que solemos escuchar en nuestra sociedad como "Después de la boda lo esperamos al banquete", "Deseamos ofrecerle una comida", ¿gustas un pedazo de mi torta?, "vamos a tomar una copa". Es evidente que con ellas no se trata únicamente de invitar a alguien a calmar el hambre o la sed. Aquí el alimento y el acto de comer se convierten en una actividad social.

En un grupo, la comida se emplea para cimentar amistades, retribuir favores, planear asuntos, ampliar el círculo social, tener oportunidades de conversar; por lo cual es imposible mantenerse al margen de las normas sociales en relación con la comida.

Finalmente es preciso señalar que la industria de comestibles lleva mucha ventaja a los especialistas de la salud pública y educación alimentaria; ya que promueven constantemente el consumo de alimentos de mas alto contenido calórico; gaseosas, postres, golosinas, helados, etc.⁽¹⁴⁾; productos que no siempre son los mas adecuados para consumir, pero que están al alcance de todos. Además los anuncios comerciales usan elementos como el prestigio, la belleza, la comodidad, la modernidad y otros para promover sus productos.

2.5.4 FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA ALIMENTACION

Es posible que los sujetos con problemas de peso tengan hábitos diferentes a los sujetos normales, que inciden directamente en el mantenimiento del problema, así; la identificación de dichos hábitos proporcionará bases importantes tanto como medida terapéutica, como de prevención. (1)

La literatura referida a los hábitos de comportamiento de la persona con problemas de peso es amplia y variada por ello, se mencionan a continuación algunos de los factores básicos a estudiar, estos son:

1. **El estilo de alimentación**
2. **La influencia de los estímulos externos**
3. **Patrones de actividad física**
4. **La ansiedad**

1. La alimentación esta dada por tres componentes que son, el ritmo de ingesta, horario y cantidad de ingesta y elección de los alimentos.

a) Ritmo de ingesta

Durante la década de los 70's las publicaciones reflejaban el supuesto de que las personas obesas diferían de las personas con peso normal en la forma en que comían. Este estilo de alimentación se diferenciaba hipotéticamente del de las personas con peso normal en un ritmo de ingesta mas rápido, alcanzado mediante el consumo de grandes bocados. En estudios posteriores Gaul y Cooper (1977), encontraron que los sujetos obesos consumían más bocados por minuto que los sujetos con peso normal.

Otros autores han estudiado la existencia de éste posible estilo de alimentación diferente entre niños obesos; así (Drabman, Mammer y Harvie 1977), encontraron que este estilo de alimentación del obeso resultó consistente a través de las distintas edades caracterizándose por un incremento del ritmo de bocados y una reducción del número de veces que masticaban por bocado.

Por otro lado (Eugen, Lipsitt y Robinson, 1988), encontraron que el ritmo de ingesta entre los sujetos obesos y normales parece estar presente desde el nacimiento.

b) Elección de los alimentos

Otras investigaciones han tratado de averiguar si la elección de alimentos en función de su valor calórico y propiedades nutritivas, es también una característica diferencial en el estilo de alimentación del obeso. En estos estudios se ha encontrado que bajo ciertas circunstancias, los obesos elegían alimentos con mayor contenido calórico, o más cantidad de alimento que los sujetos con peso normal.

Dodd y cols (1977), encontraron que los obesos consumían alimentos con un porcentaje significativamente menor de proteínas que las personas no obesas.

c) Horario y cantidad de ingesta

Aunque no esta del todo comprobado que los sujetos obesos coman más que los que no lo son, se han hecho investigaciones de las cuales se ha concluido que:

- *La existencia de un estilo de alimentación característico de los obesos no esta del todo demostrado.*
- *La única evidencia en el ritmo de ingesta de los obesos parece estar relacionada con el menor número de masticaciones por bocado; por esta razón comen alimento más rápidamente.*
- *Los obesos consumen más calorías por día que las personas con peso normal.*
- *La influencia en el consumo de alimentos a lo largo del día es uno de los factores del estilo de alimentación que diferencia claramente a las personas obesas de las que no lo son.*

2. La influencia de los estímulos externos

La hipótesis de la influencia de los estímulos externos sobre la conducta de ingesta fue postulada y examinada por primera vez por Schachter y colaboradores, quienes después de diversas investigaciones sugieren que, la ingesta de las personas con peso normal parecía estar controlada por factores fisiológicos internos relacionados con estados de hambre y saciedad, mientras que la conducta de comer de las personas con sobrepeso estaba determinada por factores externos al individuo como son: la hora del día, el sabor, olor, la variedad de los alimentos y la visión de otras personas comiendo.

3. Actividad física

Algunos autores han señalado que la actividad física es el factor fundamental en la génesis y mantenimiento del problema de la obesidad, resaltando que las personas obesas realizan menos ejercicio físico (Dloom y Eidex, 1967).

Durante el último siglo, han reducido notablemente sus patrones de actividad física; una de las causas principales de estos cambios de comportamiento es la automatización que en las últimas décadas han sufrido dichas sociedades, tanto en el trabajo como en el ámbito doméstico y en los medios de locomoción por lo cual necesitan menos calorías para mantener el peso. Para algunos sujetos esta disminución de la actividad física puede ser ligera, pero en el transcurso de un mes o años juega un papel muy importante en el desarrollo de la obesidad.

Algunos aspectos que se han estudiado en relación con la obesidad y actividad física son:

- El gasto energético y actividad física.

El papel que juega el consumo energético con el desarrollo de la obesidad ha sido estudiado comparando la actividad física de obesos y personas normales. En investigaciones con niños obesos y con peso normal se ha encontrado que no existe diferencia en los patrones de actividad física (Bradfield, Paulos y Grossman, 1971).

En estudios que se han hecho con adultos obesos, se ha obtenido como resultado que son menos activos que los sujetos de peso normal, en dichos estudios se han empleado instrumentos de medida como los autoinformes y los podómetros (Chirico y Stunkard, 1960).

- Efectos metabólicos de la actividad física

La actividad física produce una serie compleja de consecuencias donde; el ejercicio puede afectar al apetito, al peso, composición del cuerpo y metabolismo basal.

- Actividad física e ingesta

Las investigaciones que se han realizado sobre el tema muestran que el ejercicio puede aumentar, disminuir o no afectar a la ingesta. Estas diferencias podrían ser explicadas en parte, tanto a diferencias de edad y sexo de los sujetos como la intensidad y duración del ejercicio practicado y al tipo de ejercicio (Sten, 1984).

Se ha creído a nivel popular que la actividad física aumenta el apetito sin embargo, los estudios con animales han demostrado que la actividad física reduce el consumo de alimentos en los machos (Match, Martin y Martin 1979; Nance, Bromley Bernard y cols, 1977), pero ésta relación no aparecía en las hembras (Nance y cols, 1977). Los primeros resultados obtenidos en los humanos apuntan en la misma dirección que el hecho con animales. Así parece que el ejercicio disminuye la ingesta. Stern (1984), señala que los efectos del ejercicio se producen a corto plazo para sujetos moderadamente activos mientras que para individuos sedentarios los efectos no se conservan hasta después de un periodo prolongado de actividad física.

- Actividad y metabolismo basal.

Además de los efectos positivos que sobre el peso, el tejido muscular y adiposo tiene la actividad física, el ejercicio en si mismo puede facilitar el ritmo metabólico. Este incremento puede ayudar a contrastar la reducción del ritmo metabólico que se produce con ingestas calóricas restrictivas (dietas). Así, la restricción calórica provoca una reducción del 15 al 30% en el metabolismo basal; tanto en obesos como en personas delgadas (Apfelbaum, Bostsarron y lactáis, 1971, Bray 1969 y Ddennin 1973, Howard, Grant, Challand y cols, 1978).

Las consecuencias de esta disminución en el ritmo metabólico parecen claras: la reducción del peso mediante dieta favorece que el organismo se adapte al nuevo consumo calórico, que puede impedir futuras pérdidas de peso (Apfelbaum y cols, 1971).

4. Ansiedad

Una de las líneas de investigación psicológica ha sido la que ha intentado mostrar la posible relación entre estados emocionales, estrés y ansiedad y sobreingesta.

Los primeros estudios en este sentido fueron los que partían de la hipótesis psicósomática planteada por Kaplan y Kaplan (1957), en la cual proponían que la sobreingesta es una conducta aprendida utilizada por el sujeto obeso como mecanismo para reducir la ansiedad.

Bruch (1973), propuso que los indicadores de hambre podrían ser confundidos con los indicadores de estados emocionales y que ésta falta de discriminación podía producir una ingesta inadecuada y consideraba posible que el individuo obeso confundiera con frecuencia sus diversos estados de activación emocional con el hambre y a consecuencia de éste error de discriminación comiera cuando estuviera activado emocionalmente.

Schachter, Goldman y Gordon (1968), realizaron estudios para verificar la hipótesis psicósomática en un estudio en donde los sujetos fueron sometidos a alto y bajo nivel de ansiedad y encontraron que los sujetos normales comieron más cuando estaban tranquilos que cuando tenían miedo, mientras que los sujetos obesos comieron lo mismo en las dos situaciones.

CAPITULO

III

ANOREXIA Y BULIMIA

NERVIOSA

Todo ser vivo, para mantenerse, como tal, precisa alimentarse. El hombre no es una excepción aunque algunas veces parezca pretender que lo sea. La imprescindible nutrición exige la ingestión de alimentos, el acto de comer. *Edo, ergo sum*, "como luego soy". Podemos darle la vuelta: Soy luego como." Es indudable, que sin comer en cantidad suficiente, sin comer con una mínima variedad alimentaria, no es posible la vida, por lo menos no lo es en esa deseable plenitud que denominamos salud. (6)

Comer es un acto que todo ser humano medianamente longevo se ve obligado a practicar miles de veces a lo largo de toda su vida. Así, la comida -los alimentos- y el acto de comer pueden y suelen asociarse a múltiples circunstancias que con frecuencia resultarán significativas emocionalmente para la persona en cuestión. Desde la misma cuna, cuando la madre está amamantando a su bebé, los fenómenos que sobrevienen son mucho más que la simple ingestión y posterior digestión de la leche ingerida. El bebé experimenta la supresión de una sensación desagradable, el hambre, en presencia de su madre. Además ésta contacta táctilmente con él. El pequeño no sólo está alimentándose; también está vinculándose a su madre. Dicha alimentación está asociada a múltiples experiencias gratificantes. De modo que la madre va adquiriendo a ojos del niño una serie de significados socioafectivos de los que carecía anteriormente.

Aprendemos desde el nacimiento a alimentarnos en contacto con otras personas. Ya que comer es un acto social, y esta socialización del comer se mantiene a lo largo de toda la vida. De modo que para el común de la sociedad el comer en solitario suele ser una práctica incómoda, revestida de la sensación de tristeza que acompaña la privación social. Cuando esto ocurre el hecho de comer, reviste significados, asociándose a vivencias distintas de lo estrictamente nutricional.

No podemos negar que en ocasiones hemos visto recompensado el buen comportamiento de un niño mediante una golosina, un caramelo, un pastelillo, o cualquier otro alimento semejante. Y cuantos hay que se han quedado sin postre, o se han ido a la cama sin cenar a consecuencia de una mala conducta; en estas ocasiones la comida deja de ser simplemente alimento para convertirse en premio o castigo, en aprobación o desaprobación social, para elevar la autoestima o provocar sentimientos de frustración y culpa.

Son múltiples las situaciones alimenticias en que el alimento ingerido entraña un valor añadido, determinado por las circunstancias personales y sociales en que se come; aunado a las experiencias anteriores en situaciones semejantes.

Así, el deseo de una promoción social, manifestada fundamentalmente a través de la adopción de alimentos, de platos y de maneras de mesa inspirados en los de una categoría social considerada superior y a la que se pretende igualar o imitar ha constituido uno de los motores más poderosos de las transformaciones de la alimentación (Contreras, 1993, p.53).

Si el comer puede, revestir forzosamente múltiples significados más allá de lo nutricional, lo mismo puede suceder con el no comer. Ya hemos visto que la supresión de un alimento puede convertirse en un castigo. En la práctica, no se hallan sociedades ni culturas en las que no existan prohibiciones colectivas más o menos contundentes relativas a la ingestión de determinados alimentos. Se trata de tabúes alimentarios muy sólidamente establecidos. Mayormente son de carácter religioso; dados éstos por las restricciones impuestas por las diferentes religiones a lo largo de la historia; la mayoría de éstas, ha incitado a sus seguidores a llevar a cabo actos como el ayuno total o parcial,

asociado también a celebraciones de la misma índole. Pero en pleno año 2002-3 las cosas son muy diferentes; pues el llamado mundo occidentalizado ha experimentado una progresiva desacralización y laicación de la sociedad. Es precisamente en esta sociedad laica, donde aparecen con un carácter epidémico los ahora denominados trastornos del comportamiento alimentario. Es en nuestro mundo donde anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y otros trastornos alimenticios no especificados, se han extendido originando auténtica alarma social. Se trata de trastornos que son auténticas enfermedades. Y siendo muchos los pacientes anoréxicos y bulímicos que constituyen solo la parte visible del iceberg, un iceberg en cuyas aguas se esconden múltiples miedos, motivaciones absurdas y pensamientos aberrantes.

Hoy, la restricción alimenticia, practicada extensamente, está asociada a la estética corporal y a la aceptación social conseguida en función de la misma. Pero se trata de una belleza basada en la delgadez, especialmente en la femenina. Solo mediante un cuerpo delgado parece lograrse la aceptación social y por ende, la aceptación de uno mismo. Y únicamente mediante la delgadez corporal parece posible alcanzar una autoestima suficiente.

El anhelo de la delgadez esta tocando a toda una sociedad. Se trata de un fenómeno de radical novedad, por sus dimensiones, en la historia de la humanidad. El cuerpo delgado, sobre todo el de la mujer se ha constituido en lo más importante para la felicidad terrenal. En este culto a la delgadez, nos guste o no, participamos todos de algún modo; pero esta participación está revistiendo caracteres dramáticamente alarmantes en el sexo femenino, especial y concretamente en las muchachas adolescentes y jóvenes, quienes, sin defensas intelectuales ni argumentos críticos, interiorizan mayoritariamente los valores de la sociedad en que se desarrollan sus vidas.

La actual difusión de los trastornos del comportamiento alimenticio no pueden entenderse sin tomar en consideración los factores socioculturales que la explican; pero tal explicación no solo debe justificar el notable incremento de la prevalencia de esos trastornos, sino que también debe informar acerca de la etiopatogenia de los mismos. En efecto, ciertos fenómenos socioculturales son intrínsecos a la génesis de la anorexia, la bulimia y otras anomalías afines.

3.2 ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSA

3.2.1 ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSA

Corría el año de 1373 o 1374, cuando Catharina Berincasa contaba con veintiséis años de edad. Había nacido en Siena, en una familia acomodada; al recién inicio de su adolescencia, el fallecimiento de dos hermanas parece haberle inducido intensos sentimientos de culpa incrementando su vida religiosa que ya había germinado con anterioridad. Chocando estos deseos de entrega a Dios, con el deseo de sus padres que la empujaban insistentemente a contraer matrimonio. Esta situación la condujo al aislamiento en su habitación donde se flagelaba tres veces al día con una cadena de hierro. Nunca había gustado excesivamente de la carne llegando a repugnarle su olor. Lo mismo experimentaba con cualquier cocinado excepto el pan, hacia los 16 años subsistía de pan y agua y vegetales crudos. En un lapso muy corto de tiempo, Catharina Benincasa perdió la mitad de su peso. Al ingresar a la congregación de la orden dominicana siguió con sus hábitos, manteniendo su austeridad alimentaria permanentemente. El 1º. De Enero de 1380, decidió añadir a su lista de austeridad el no beber mas agua; el día 29 del mismo mes acabo definitivamente su abstinencia alimentaria, su muerte sobrevino 3 meses después.

Nos hallamos ante unos hechos iniciados durante la edad media, especialmente entre 1200 y 1500, coincidiendo con la aparición de las órdenes mendicantes. Donde un número creciente de mujeres religiosas se entregaban a prácticas ascéticas de todo orden, siendo el ayuno una de las mas difundidas. Catalina de Siena, Verónica Giuliani (Santa Verónica), Maria de Oiginies, Beatriz de Nazaret, Margarita de Yperen, Juliana de Lieja, Columba de Rietie, Ida de Lovina son algunas de las más significativas y conocidas de estas mujeres.

En la Europa Central, concretamente en Hungría, discurrió la vida de una famosa ayunadora voluntaria; la princesa Margarita. Su padre el rey Bela IV, hizo votos de dedicar a su hija al servicio del Señor si Hungría salía bien librada de la invasión de los tártaros que entonces padecía. Bela mandó construir un convento dominicano en la isla de Hares, en el que debía desarrollarse la vida de Margarita. Allí la princesa se entregó a una vida de austeridad casi absoluta, ayunando, privándose de sueño, dedicándose exhaustivamente a las tareas domésticas etc. A menudo se sentaba a la mesa con el resto de la comunidad, pero no probaba bocado. Pasado algún tiempo, el rey Bela pretendió que su hija se desposara con un príncipe. Margarita se negó, intensificando su restricción alimentaria y prescindiendo de su aseo personal. Murió en 1271 a los 28 años de edad. (Lami, 1994). Bell sugiere que una gran parte de esas mujeres eran auténticamente anoréxicas. Otros expertos han criticado esta posición, señalando que el ayuno religioso debiera ser considerado en su contexto histórico; ya que en la Edad Media, la causa de la restricción alimentaria voluntaria era de índole religioso.

Desde el siglo XVI al XIX fueron bastantes las mujeres que restringieron drásticamente su alimentación (Bell, 1985). En su mayoría eran jóvenes de procedencia humilde; se mantenían solteras, de modo que su rechazo a los alimentos hacía resaltar lo sublime y puro de su doncellaz. (Van Veth y Vandereycken 1991). Janne Belan fue una de estas doncellas. Inglesa, contaba con 14 años de edad y en 1600 un médico francés Jacob Viverius se dedicó a observarla. La descripción que hace de su estado era dramáticamente gráfica resaltando lo deteriorado de su cuerpo.

Otra de ellas fue Marthe Taylor. Nacida en Derbyshire en 1649. Después de una vida llena de accidentes: a los 18 años inició una amenorrea, al tiempo que aparecieron vómitos sistemáticos tras las comidas, dejando de comer alimentos sólidos durante 12 o 13 meses. Durante este tiempo sólo ingería zumos de fruta y vasos de almibar. Marthe Taylor es la primera posible anoréxica que se ha descrito con amenorrea. Su médico Reynolds, situó el caso como uno más entre los que estaba viendo en muchachas de 14 a 24 años (Silverman, 1986).

A partir del siglo XVII el concepto que merecían estas adolescentes y jóvenes fue modificándose paulatinamente. Aunque se mantenía el conocimiento del carácter religioso, espiritual de los ayunos, la progresiva penetración de las actitudes y conocimiento científico en el ámbito de la medicina fue minando el terreno de tales concepciones. La observación, la descripción sistemática, la búsqueda de leyes reguladoras de los fenómenos, los procedimientos de verificación de hipótesis fueron abriendo paso lenta pero ineludiblemente (Vandereycken y Deth, 1994).

Todos los cambios históricos relativos al ayuno y sus motivaciones quedan resumidas así: En los siglos XV y XVI, las ideas fantasiosas constituyeron las interpretaciones populares de la autoinanición. Sin embargo, desde el siglo XVI en adelante, el ayuno fue despojándose progresivamente de su trasfondo religioso tradicional.

La palabra anorexia era utilizada desde siempre en la literatura médica como sinónimo de falta de apetito, de acuerdo al significado del vocablo griego anorektous. En diccionarios médicos del siglo XVII se utilizaba como denominación de la inapetencia y de ciertos trastornos del estómago.

La primera aproximación propiamente médica al trastorno anoréxico se produjo en el siglo XVII. Se le atribuye a Morton, médico británico, la primera descripción del cuadro. Su concepción de las enfermedades caquetizantes se basaban en las nociones de atrofia y ptisis. Describió la "ptisis nerviosa" o "atrofia nerviosa" cuya degeneración del sistema nervioso, la consideraba una consunción nerviosa, así como, a "tristeza y preocupaciones ansiosas". Morton describió dos pacientes cuya enfermedad parecía deberse a una restricción voluntaria de alimento. Uno de ellos era una muchacha de 18 años de edad, quién cayó en una supresión total de sus cursos mensuales por preocupaciones. A partir de ahí su apetito empezó a decaer y su digestión se alteró (Beumont, 1991). Es interesante observar que Morton consiguió la curación de su paciente obligándole a abandonar sus hábitos acostumbrados, así como, viajar durante algún tiempo con su familia.

Sin embargo durante el siglo XVII, la mayoría de los médicos seguían creyendo en la "abstinencia prodigiosa" es decir, en la restricción milagrosa.

En 1764, un profesor de medicina de Edimburgo, Robert Whytt, publicó un tratado en el que describe el caso de un muchachito de 14 años que, tras pasar por un grave periodo de restricción alimentaria y adelgazamiento, pasa por otro de ingestión impulsiva e incontrolada. Whytt opinó que estos trastornos eran de origen "nervioso" (Silverman, 1987).

En 1790 Robert Willan, considerado el padre de la dermatología inglesa, relata la trayectoria clínica de un joven que ayunó durante 78 días a causa de "ciertas nociones religiosas". Hacia los 60 días de ayuno incurrió en una crisis de voracidad finalizada con vómitos. Muriendo pocos días después (Silverman, 1990).

En Francia fue Pinel, un pionero de la psiquiatría europea, quien, en 1798, publicó su *Nosographie philodopique*, En el capítulo dedicado a las neurosis de digestión, incluyó la bulimia, la pica y la anorexia. En su opinión la anorexia era una "neurosis gástrica" (Vandereycken y Deth, 1994).

En 1840, en un artículo que publicó incluyó tres trastornos alimentarios, anorexia, bulimia y pica, bajo el epígrafe de neurosis del estómago. Describió dos tipos de anorexia: "la anorexia gástrica, que era un trastorno del estómago, y la "anorexia nerviosa" que implicaba una alteración de las funciones cerebrales.

El siguiente hito en la historia médica de la anorexia nerviosa, comprende a un médico francés, Louis- Victor Marcé. El 31 de octubre de 1859, en una reunión de la sociedad médico-psicológica de París donde leyó un artículo titulado "Note sur une forme de délire hypochondriaque consécutive aux dyspepsies et caractérisée principalement par le refus d'aliments". Mencionando que ya sea por la ausencia de apetito o por la incomodidad causada por la digestión, estos pacientes llegan a una convicción delirante de que no pueden o no deben comer. En una palabra el trastorno gástrico nervioso se hace cerebro-nervioso. La predisposición nerviosa aumenta con la debilidad del organismo; Los sentimientos afectivos sufren alteración, y toda la energía intelectual se centra en las funciones del estómago; incapaces del más ligero esfuerzo o de sostener la menor conversación más allá de sus ideas delirantes, estos pacientes solo retoman alguna energía para resistir las tentativas de alimentación; es la idea delirante lo que constituye el punto de partida, y donde reside la esencia de la enfermedad. (Silverman, 1989).

Ernest Charles Lasague, nacido en 1816, fue uno de los grandes psiquiatras franceses del siglo XIX. Para Lasague, la anorexia histérica se inicia entre los 15 y 20 años a consecuencia de algún género de emoción posiblemente relacionada con la transición de la edad adulta. Dándose la evolución en tres etapas: En la primera, la paciente manifiesta su malestar al comer, restringe los alimentos, aumenta su actividad física y recibe todo género de presiones por parte de sus padres para incrementar su alimentación. La segunda etapa contempla el empeoramiento del estado mental de la paciente, obliga a la intervención médica, limita sus conversaciones al tema de la alimentación, la menstruación se hace irregular o insuficiente y la constipación intestinal se hace muy intensa. En la tercera fase el deterioro físico es evidente, apareciendo amenorrea, sed persistente, piel pálida, y seca, constipación resistente, atrofia gástrica, anemia, vértigo y desmayos. A juicio del médico francés, la anorexia histérica era una "histeria del centro gástrico", una forma de localización histérica asociada a trastornos digestivos generales, peculiaridades del apetito y "mutismo". Así mismo señaló la dinámica familiar de las enfermas con sus padres. En su opinión la prolongación de la dependencia parecía sumarse a un amor paternal intenso, constituyéndose en el escenario en el que se desarrollaba la anorexia. Lasague fue el primer médico del siglo XIX en sugerir que el rechazo a los alimentos constituía una forma de conflicto intrafamiliar entre la muchacha y sus padres (Brumberg, 1988).

William Withey Gull nació en Colchester, Inglaterra, en el mismo año que Lasague. En el año de 1873, describió el trastorno padecido por unas muchachas que, sufriendolo, podrían caer en un estado de inanición. Leyó una comunicación titulada "Anorexia hysterica". Al año siguiente publicó este trabajo bajo el nombre de "Anorexia nervosa (apepsia hysterica, anorexia hysterica)" (Gull, 1874).

En un escrito anterior a 1873 había utilizado el término "apepsia histérica". En su artículo definitivo cambia "apepsia" por "anorexia" al creer que el trastorno se produce por una falta de apetito y no un trastorno digestivo. Así mismo rechazó el término "histérica" sustituyéndolo por nerviosa.

En Francia fue Jean Martin Charcot, quién introdujo oficialmente la "parentectomia", o aislamiento del paciente respecto de su familia, como fórmula terapéutica. Cuando el aislamiento se conseguía, los resultados según Charcot, eran "rápidos" y "maravillosos" (Brumberg, 1988).

Todas estas aportaciones consiguieron que el concepto de anorexia nerviosa quedara introducido y establecido dentro de la medicina más o menos científica oficial.

En el nuevo continente, la primera referencia al trastorno anoréxico, se registró en el siglo XIX en Norteamérica, en una obra dedicada a las "fastin girls" escrita por un neurólogo llamado Hammond (1879). Fue William Osler, quién en un tratado de medicina general, divulgó las concepciones de Gull, al decir que el "más sorprendente y relevante trastorno digestivo de la histeria era la anorexia nerviosa.

Silas Mitchell, hizo referencia a los trastornos gastrointestinales de la histeria y a la pérdida de apetito o anorexia (Mitchell, 1881). El primer caso de anorexia nerviosa publicado en EE.UU. fue escrito por James Hendiré Lloyd (1893).

Ahora bien, al realizar un análisis de los antecedentes históricos de tales pacientes surge la duda de si esas muchachas padecieron de auténtico miedo a engordar (junto con la distorsión de la imagen corporal) que forman parte de los criterios diagnósticos actuales tanto para la anorexia como para la bulimia nerviosa: y si se aplicara rigurosamente dicho criterio a la información histórica disponible, obligaría a no clasificar como anoréxicas a la inmensa mayoría de los casos presentados. A esto Habermas (1989, 1992), menciona si el miedo al sobrepeso se toma en consideración, prescindiendo de otra sintomatología, tanto la anorexia como la bulimia nerviosa serían dos síndromes nuevos históricamente hablando. Stunkard 1990, por su parte, aceptando la relatividad histórica de los conceptos nosológicos, defiende la continuidad de la bulimia nerviosa por lo menos durante los últimos tres siglos.

Habermas ha demostrado que el miedo a engordar se recoge en la literatura sobre anorexia nerviosa desde finales del siglo XIX y en la dedicada a la bulimia sólo desde la primera mitad del siglo XX. Fue Charcot el primero en señalar el "miedo a la obesidad" como responsable de la motivación anoréxica hacia el ayuno. A partir de su obra parecen extenderse por Europa las publicaciones que hacen referencia a casos de anorexia que presentan miedo a engordar. Es lo que se ha detectado alrededor de 1900, en diferentes autores todos ellos influidos por la psiquiatría francesa. (Habermas, 1992). Ya entrado el siglo XX; también un español, Lora (1927), describe un caso de anorexia con miedo a engordar.

Una recopilación de 360 casos de ayuno voluntario que abarca la totalidad de lo que se publicó en Europa y en Estados Unidos desde 1500 a 1939, permite concluir significativamente que la forma de presentar cada caso ha sido muy variada; y en cada uno de esos cinco siglos, se concretaban en actitudes anormales hacia los alimentos, la ingestión o el peso.

En resumen, parece verosímil defender que la anorexia nerviosa ha existido siempre, y que una parte de nuestros criterios diagnósticos son perfectamente válidos, pero con seguridad sólo para el siglo XX. Lo esencial y permanente del trastorno anoréxico sería la restricción alimentaria voluntaria, la existencia de presiones sociales para ponerla en práctica, las consecuencias psicológicas y somáticas de la manipulación consiguiente, y la presencia de predisposiciones biológicas al trastorno.

En los albores del siglo XX, los médicos franceses e ingleses siguieron las orientaciones marcadas por Lesegue y Gull. En Francia, Huchard propuso en 1883 el término de anorexia mental en lugar de anorexia histérica. De hecho la denominación anorexia mental se ha mantenido hasta nuestros días como intercambiables con "anorexia nerviosa", especialmente, en los países de influencia francesa.

Junto con la anorexia (nerviosa, mental o histérica), se diagnosticaban otros trastornos que se superponían o se confundían con aquél. Se trata de la dispepsia que era un trastorno digestivo con molestias después de las comidas, y la clorosis, que fue una enfermedad típica de la era victoriana, se caracterizaba por síntomas de palidez, rechazo de alimentos, y amenorrea entre otros. Con la llegada del siglo XX la clorosis desapareció del mapa médico y social.

Fue Pierre Janet, un psiquiatra francés el que dio un nuevo impulso al análisis y descripción del trastorno (Janet, 1903). Janet estudió varios pacientes anoréxicos detallada y exhaustivamente durante largo tiempo, describiendo dos formas de enfermedad: obsesiva, donde se mantendría la sensación de hambre, la paciente demostraría disgusto con su cuerpo, temiendo a engordar y, según Janet, desarrollarse y hacerse mujer. La forma histérica, mucho menos frecuente, implicaría una pérdida real de apetito. La incapacidad para comer se acompaña de parestesias, sensaciones anormales, sabores desusados y una notable frecuencia de vómitos.

Para Janet la anorexia nerviosa o mental tenía un origen emocional, Sus pacientes parecían avergonzarse de su cuerpo, estaban obsesionadas por la idea de su volumen corporal y contaban con una multitud de pequeños delirios relacionados con los alimentos y el "comer". Janet interpretó todas estas manifestaciones en relación con la sexualidad. El pudor, un género de ocultación de lo sexual, definiría los sentimientos de esas muchachas. Su negativa a crecer, a ser mujeres, implicaría su rechazo al desarrollo sexual.

Sigmund Freud, también sugirió una interpretación psicodinámica de la anorexia nerviosa. La describió como una forma de melancolía en la que la sexualidad no habría alcanzado un adecuado desarrollo, clasificándola como una "neurosis nutricional". Para Freud, todos los apetitos eran manifestaciones de la libido o impulso sexual. Asoció el comer o no comer a la presencia o ausencia de impulsos sexuales básicos. El significado simbólico, sexual, de los alimentos determinaría que resultaran repugnantes. Pese a estas definiciones etiológicas en sus escritos sobre psicoterapia (Freud, 1905) advirtió que el psicoanálisis no debiera intentarse cuando se requiere una rápida supresión de un síntoma peligroso como, en el caso de la anorexia histérica (cita, de Beumont, 1991). Esta afirmación de Freud, encaja con los planteamientos terapéuticos actuales de la anorexia nerviosa, concordantes en la intervención psicoterapéutica, cualquiera que sea su modalidad, sólo puede ser eficaz tras haber conseguido un estado de nutrición suficiente.

Las aportaciones de Janet y Freud, fueron muy novedosas ya que situaron sus hipótesis sobre la supuesta o real pérdida del apetito de la anorexia en el ámbito del desarrollo sexual. Existe una diferencia de los planteamientos ya que para Janet el ayuno o la restricción alimentaria suponía la supresión o control del hambre: mientras que para Freud, era la repugnancia o malestar provocado por el alimento. Sin embargo, ninguno de ellos visualizó la importancia de los factores socioculturales en la anorexia nerviosa.

Tras la Segunda Guerra Mundial, se inicia el abordaje actual de los trastornos del comportamiento. En 1939, John Alfred Ryle, un médico inglés, basándose en su experiencia clínica, fue el primero en predecir el incremento posterior de la anorexia nerviosa. Justificaba dicho pronóstico a la interpretación de la notable "emotividad" de los jóvenes y la popularización de la moda de la

delgadez (Vandereycken y Deth, 1994).

Hilde Bruch, es sin duda la psiquiatra que encabeza la nueva visión de estos trastornos. Bruch de formación psicoanalítica, reconoció que el tratamiento psicodinámico en sí mismo no era eficaz en la anorexia nerviosa. En sus obras básicas describió e interpretó el trastorno anoréxico ampliando notablemente la estrecha visión psicoanalítica del mismo (Bruch, 1974, 1978).

Para Bruch, la anorexia nerviosa debía entenderse en términos de desarrollo de la personalidad total en el contexto de una familia concreta. Así se oponía a una visión limitada al desarrollo psicosexual. Propuso dos tipos de anorexia: La primaria cuyas características básicas serían la distorsión de la imagen corporal, la incapacidad para reconocer estados internos, desde el hambre hasta las emociones, y una sensación generalizada de ineficacia, hallándose la paciente bajo la influencia de un "locus de control" externo. La anorexia secundaria o atípica implicaba como característica esencial una pérdida de peso grave debida a conflictos internos, la comida y la alimentación estarían saturadas de interpretaciones simbólicas erróneas de la función alimentaria.

Hilde Bruch, rompió con los estrechos planteamientos psicodinámicos vigentes hasta entonces. Otorgó una marcada relevancia a fenómenos actuales "síntomas" experimentados por el paciente anoréxico, como el trastorno de su imagen corporal o las alteraciones de la intercepción, que han sido tema de muchas investigaciones posteriores, e integrados a las estrategias terapéuticas actuales.

El enfoque actual de la "personalidad" de la anoréxica implica multitud de aspectos desde la autonomía, hasta la autoestima, desde la obsesividad hasta la adaptación e integración social, desde la susceptibilidad al estrés a los posibles trastornos asociados, sin olvidar las predisposiciones genéticas y las consecuencias psicosomáticas de la malnutrición; y sobre todo en interacción con todos estos factores, se valora la influencia de los agentes socioculturales. De hecho fue Mara Selvini Palazzoli, psiquiatra italiana, quien dió los pasos definitivos en la dirección cultural, a pesar de su formación Psicoanalítica original. En el año de 1963 publicó un libro sobre la autoinanición. Constató el incremento de pacientes anoréxicos tras la Segunda Guerra Mundial en la Universidad de Milán mientras duró el conflicto bélico (1939-1945) se atendieron restricciones alimentarias graves, pero no se hospitalizó a ningún paciente por anorexia nerviosa. Selvini Palazzoli atribuyó el desarrollo de la anorexia nerviosa a la emergencia de una sociedad opulenta, orientada hacia el consumo, habiendo incrementado las familias de clase media su atención dirigida a los hijos. Plantea la trascendencia de la dinámica familiar, en la medida en que la familia, según ella, es el principal transmisor de valores y prácticas sociales. Sugiere que la anorexia es más frecuente en las muchachas que en los varones porque, pese a su independencia, aquéllas continúan estando sujetas a mucho más control familiar que los chicos. El alimento y la comida constituyen elementos susceptibles de simbolizar estas luchas y conflictos concretados en el medio familiar. Por otro lado reconoce que este fenómeno sólo es posible en las sociedades opulentas, donde el alimento es abundante, de fácil obtención y sistemáticamente ofertado.

A partir de estas aportaciones se desglosan dos líneas de abordaje. Una de ellas pretende profundizar en la dinámica familiar, considerándola como la más importante. En la otra línea se ubican todos los especialistas que se orientan por una interpretación social y cultural, más allá de lo estrictamente familiar. Estas aportaciones junto con las más recientes de indole biológica, han permitido y están permitiendo profundizar en el estudio científico de los trastornos del comportamiento alimentario.

A lo largo de la historia, como se ha visto, se ha intentado establecer un diagnóstico más preciso para los trastornos psiquiátricos; lo que se tradujo después de décadas de imprecisión y especulaciones, en la elaboración de criterios diagnósticos y un sistema de clasificación similar a los que predominan en la actualidad. Los criterios de St Louis o Research Diagnostic Criteria (Feighner y cols., 1972).

En relación con la anorexia nerviosa, incluida como una entidad clínica diferenciada e independiente, estos criterios no permitían el diagnóstico concurrente con otro trastorno psiquiátrico, en particular los trastornos afectivos primarios, como son: la neurosis obsesiva-compulsiva y fóbica, y la esquizofrenia; la presencia de una de estas condiciones invalidaba el diagnóstico de la anorexia nerviosa. Posteriormente con la aparición del DSM-III (apa, 1980), fueron los criterios de este manual los que predominaron en la investigación y el diagnóstico clínico de la anorexia nerviosa. Actualmente el DSM-III-R, Y EL DSM-IV, y la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Son los criterios más utilizados.

3.2.2 BULIMIA NERVIOSA

Aunque la bulimia nerviosa es caracterizada como una entidad clínica aislada a partir de la aparición del DSM-III (APA, 1980), basándose fundamentalmente en los estudios de Russel y cols. (1979), existen referencias históricas de la presencia de la bulimia como síntoma e incluso como un síndrome clínico mucho antes. De hecho, hasta finales del siglo XIX e inicios del XX la bulimia sólo ocupaba una pequeña parte de lo publicado sobre los ahora llamados trastornos del comportamiento alimentario. Tradicionalmente los atracones (se refiere a comer de manera compulsiva grandes cantidades de alimentos especialmente comida chatarra en periodos cortos de tiempo) sólo merecían atención médica si eran considerados como síntomas de algún otro trastorno.

Al igual que otras palabras, el término bulimia ha ido cambiando en la forma y el significado durante los siglos. En el griego antiguo, la palabra "límos" significaba "hambre". Al añadirle el prefijo "Bou", que significa gran cantidad o boul, que significa "buey", el término resultante puede traducirse por "hambre feroz".

La glotonería y el atracón eran bien conocidos desde la antigüedad, así como, la acción de vomitar después de hartarse de comida. Jenofonte, en Anabasis, describió por primera vez en la cultura occidental lo que ahora consideramos prácticas bulímicas, en el año 970 antes de cristo, refiriéndose a unos soldados griegos que se retiraban hacia las montañas del Asia menor tras haber derrotado una campaña de Atrajeres. Los griegos, en determinadas situaciones sociales y religiosas se entregaban a los vómitos de manera casi ritual. Hipócrates distinguía el boulimos, un hambre enfermiza, del hambre ordinaria. Aristófanes también utilizó el término en su acepción de "hambre feroz".

En Roma, el banquete y el vómito consiguiente fueron auténticas instituciones en las clases medias y altas. Sus banquetes podían incluir más de veinte platos. Cada vez que el estómago quedaba saciado, los comensales se trasladaban a una habitación contigua, el vomitorium, donde hacían lo propio.

Durante la baja edad media, el vómito constituyó una práctica penitencial; donde el penitente mediante emesis (vómito), arrojaba de sí sus pecados. También podían dominarse así los apetitos

sexuales más o menos desordenados. Los médicos de la época prescribían poderosos eméticos, incluso de manera continuada y para siempre. Siguiéndose esta práctica durante el renacimiento. (Gianni, 1993).

Fue Trevisa que en el año de 1398 utilizó por primera vez el término bulimia, apareciendo en el Oxford English Dictionary. La describía como bolismus como un "desmesurado e inmoderado apetito de perros" y su variante boulimie "apetito inmoderado que tenían continuamente los perros". En general el término bulimia y sus variantes han sido utilizados a través del tiempo para designar el apetito insaciable e inmoderado; el apetito mórbido como, por ejemplo el apetito o hambre de perros (Margetts, 1990).

En Europa existieron personajes, épocas y grupos sociales que practicaban el atracón seguido de vómito, entre éstos encontramos a Enrique VIII de Inglaterra y quienes lo rodeaban, el papa Alejandro Borgia y sus cortesanos, El rey Eduardo de Inglaterra y el presidente americano Taff (Giannini, 1993). Por muy asiduos que fueran a los vómitos no deben identificarse como bulímicos; ya que en principio el carácter festivo, gozoso, aparentemente voluntario, negaría el carácter patológico de estos comportamientos alimenticios.

Posiblemente Stein y Laakso (1988) han realizado, desde una perspectiva histórico-médica, la revisión más interesante sobre la bulimia. En el A. Medical Dictionary, encuentran que James en 1743 describe "true boulimus" que se caracterizaba por una intensa preocupación por la comida y la ingesta en muy cortos intervalos seguidos por mareos y una variante caninus appetitus, en la que la ingesta voraz finalizaba con vómitos. Pero la referencia más completa al trastorno, escrita con anterioridad a 1800, se halla en el diccionario médico escrito por James (1743), afirmó que mientras algunos pacientes experimentaban la complicación de vomitar tras la ingestión de grandes cantidades de alimento, otros no lo hacían así. Distinguió entre el bolimus donde el paciente suele desmayarse y el caninus appetitus; el hambre canina, en éste caso el paciente da fin a sus atracones vomitando. Basando sus planteamientos en Galeno, apuntó que el boulimus era provocado por un humor ácido contenido en el estómago; dicho humor estimularía la apertura del estómago proporcionando intensas, pero falsas señales de hambre.

Morherby, en 1785, describió tres tipos de bulimia: a) bulimia de tipo hambre pura, b) bulimia asociada con desvanecimientos, y c) bulimia que finaliza con vómitos.

La bulimia entendida como alguna forma de voracidad impulsiva o neurótica, era descrita al final del siglo XIX. Generalmente es agrupada junto con la polifagia, pica y anorexia, como un trastorno del apetito (Habermas, 1991).

En Francia, Blanchet (1869) señaló que el bulímico tiene el alimento como su principal obsesión y preocupación. Su hambre puede persistir aun teniendo el estómago dilatado tras haber ingerido una gran cantidad de comida, haciendo imposible su alimentación. Cuando la bulimia se acompañaba de vómitos Blanchet hablaba de cinorexia, utilizando el término de licorexia para designar los casos en que el tránsito digestivo era especialmente veloz a causa de contracciones intestinales rápidas. Aplicó la denominación cuando la sintomatología bulímica alternaba con la anorexia en mujeres.

Durante años la bulimia fue referida en relación con los pacientes que padecían anorexia nerviosa. En la descripción de Gull (1868), de lo que denominó entonces Apepsia Hysterica, mencionó con respecto a una paciente con conductas bulímicas lo siguiente "Ocasionalmente el apetito se volvía voraz durante uno o dos días, pero esto era poco frecuente y excepcional". Otro ejemplo lo constituye el caso de Ellen West, en el que la bulimia era un síntoma fundamental, describiéndola

así: A los veinte años inició el trastorno en forma de temor a engordar. A la vez, engordó tanto que se sentía enojada y comenzó a mortificarse por medio de paseos exageradamente largos. Tras dos años de evolución, durante los que presentó sintomatología depresiva, surgió por primera vez un deseo imperioso por la comida". También en la descripción que hace Janet (1943) de los pacientes obsesivos, entre los que presenta cuatro de ellos que pudieron haber sido bulímicos. Pope y cols, señalan que esos cuatro casos comían en exceso en asociación con otros trastornos: dos tenían depresión, uno anorexia y el otro agorafobia.

En 1950 Nemiah, informa de 14 pacientes con anorexia nerviosa en un periodo de 12 años, uno de los pacientes presentaba episodios de voracidad seguidos de vómitos tan frecuentes como uno al día.

Stunkard, en 1959 describió el "binge eating síndrome", así denominado por el autor basándose en su similitud con los excesos ingestivos (binges) del alcohol en enolíticos. En un artículo aparecido en el *The American Journal of Psychiatry*. Ofrece lo que quizá sea la primera descripción clínica de la bulimia nerviosa, el artículo fue denominado "un interesante complejo asintomático y sus relaciones con la adicción".

Wulff (1878-1971). Caracterizaba el síndrome clínico de la bulimia en los términos de cuatro conductas: **episodios de voracidad, hipersomnolencia, depresión apática y una alteración en el modo de subestimación de la imagen corporal**. En la discusión de sus casos plantea la diferencia de este cuadro con la neurosis obsesiva, expone dos razones en contra del argumento de la compulsión: *1) una compulsión representa la ruptura de un deseo inhibido inaceptable hacia un sujeto sustituto, consideró la conducta alimentaria alterada no como un deseo inaceptable sino como una forma de satisfacción oral en una persona severamente regresiva. 2) la represión de una compulsión debería dar lugar a ansiedad, mientras que en estos pacientes el control del apetito no conduce a ansiedad sino a un incremento en la presión para comer; una presión que él denomina "deseos adictivos", opina que este síndrome podría estar entre la melancolía y la adicción.*

En la década de los sesenta lo generalmente aceptado era el papel de la bulimia como síntoma, lo anómalo era simplemente la voracidad incontrolada. Durante todos estos años, los vómitos autoinducidos y el uso de laxantes, dadas sus consecuencias fisiológicas, eran abordados por los médicos, pero bajo la consideración de una simple maniobra compensatoria de los atracones. Al observar el trastorno bulímico como perturbación, frecuentemente era incorporada a la anorexia nerviosa, en el mejor de los casos se consideraba como un síntoma de ésta, lo que determinó que la anorexia se clasificara en "restrictiva", "de vómitos y laxantes" (Beumont, 1991).

En esta misma década, se amplía la preocupación por el fenómeno bulímico; centrándose en la aleación de anoréxicos y obesos a este trastorno. Solo al final de la década empieza a valorarse como entidad nosológica "autónoma", en personas de peso normal. Stunkard, publicó los criterios diagnósticos del síndrome, entre los que no se encontraba ninguna alusión a vómitos o laxantes (Wermoth, 1977), dichos criterios fueron tomados sin apenas variantes en el DSM-III bajo el nombre de Bulimia. De hecho fue Russell quien, en 1979, describe la bulimia nerviosa propiamente dicha. En sus criterios diagnósticos, junto con los atracones y las conductas compensatorias de los mismos; hace hincapié explícito en el miedo a engordar como condición *sine qua nun*. Tal denominación y descripción es recogida en el DSM-III de 1987. Así quedaba establecida la actual concepción de la bulimia nerviosa.

Todos los antecedentes históricos expuestos, previos a los casos de Wulff, hacen referencia a la bulimia como voracidad impulsiva; ninguno incluía las alteraciones en relación al peso y la imagen corporal, lo que hace que este cuadro sea considerado como un nuevo síndrome desde 1980.

El temor de ser obesas emergía en el contexto de la Anorexia Nerviosa (Habermas, 1989). Entendiendo que la definición de bulimia nerviosa hace referencia a la presencia de episodios de voracidad compulsiva juntamente con las cogniciones en relación al peso corporal y prácticas tales como vómitos, dietas, etc.; la definición de Wulff de bulimia nerviosa debe ser considerada como la primera en la historia; y es a Russell (1974) a quién se le atribuye la denominación de bulimia nerviosa, así mismo, sugiere que se aborde este trastorno de manera independiente de la anorexia nerviosa.

Es importante subrayar que los criterios diagnósticos de este trastorno han cambiado, y probablemente continuarán cambiando, desde las iniciales del DSM-III hasta las actuales del DSM-IV. Esto repercute sobre la investigación y la clínica. Así los pacientes que eran diagnosticados de bulimia con el DSM-III (APA, 1980) no cumplían con los criterios de bulimia nerviosa, como actualmente se denomina del DSM-III-R (APA, 1987) mucho más restrictivo que el anterior, siguiendo con el DSM-IV. Actualmente se maneja el DSM-IV-R.

El propio Russell ha sugerido que la forma de manifestarse la anorexia nerviosa se ha modificado en la segunda mitad del siglo XX al constituirse la bulimia en una parte característica del cuadro clínico. Subraya que este cambio es un ejemplo de un fenómeno más general de patoplasticidad, es decir, de la maleabilidad de una enfermedad bajo la influencia de factores históricos o de circunstancias sociales modificadas (Russell, 1985).

Cabe pensar que la aparición de los vómitos autoinducidos y el consumo de laxantes en la anorexia nerviosa, así como la transición de un "síndrome bulímico" a la "bulimia nerviosa" propiamente dicha, constituyen manifestaciones de la influencia de esos factores históricos y sociales sobre el comportamiento alimentario de los individuos.

Como hemos visto, los trastornos de la alimentación han existido a lo largo de la historia presentándose en cada época de manera diferente, aunque en algunas de éstas no podemos hablar del trastorno propiamente debido a las condiciones socioculturales que imperaban en el momento. Poco a poco fue tomando importancia la forma de abordarlas y tratarlas; en las últimas dos décadas del siglo XX, surgió la cultura de la delgadez y hubo un auge por la cultura del cuerpo; lo que permitió que los trastornos alimentarios se incrementaran. Dentro de éstos trastornos se encuentran la anorexia y bulimia nerviosas cuyo aumento ha sido alarmante en la población y en edades cada vez más tempranas. Esta situación es grave ya que estos trastornos son las únicas enfermedades mentales catalogadas por el DSM-IV (Manual de Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades) que por si solas pueden llevar a quienes la padecen a graves complicaciones médicas e incluso a la muerte.

Estos trastornos de conducta alimentaria de origen psíquico fundamentalmente son realidades clínicas con gran resonancia sociosanitaria por su gravedad, por sus múltiples implicaciones etiopatogénicas, así como por las dificultades de diagnóstico y tratamiento. Los fenómenos socioculturales y costumbristas presumiblemente implicados en el origen de esta patología han generado en la última década un incremento en el interés por dichas patologías (Chinchilla, Moreno, 1996).

Estos trastornos aparecen fundamentalmente en jóvenes adolescentes entre 12 a 25 años, siendo infrecuente o excepcional el comienzo por encima de los 25 años para la anorexia nerviosa, aunque para la bulimia nerviosa puede aparecer más tarde, la historia clínica de las pacientes revela que un elevado porcentaje de las mismas han presentado, un cuadro de anorexia nerviosa, actitudes alimentarias restrictivas exageradas. Alrededor de 20 a 30 mujeres menores de 25 años por cada 100.000 habitantes padecerán de anorexia nerviosa según los diferentes autores. En lo que respecta a las tasas de incidencia y prevalencia en la bulimia nerviosa, muestran cifras variables que oscilan entre el 1 y el 13% y entre el 1 y el 20% respectivamente. Por otra parte ambos trastornos cursan con importantes índices de mortalidad, con porcentajes que varían del 5 al 10% de fallecimientos como consecuencia de las alteraciones del propio trastorno.

La distribución por sexos muestra que aproximadamente entre el 85-95 % de los casos son mujeres, generalmente de clase media o alta y de raza blanca, aunque actualmente ya se ha extendido a otros estratos más bajos. También se han identificado grupos de personas o profesionales más vulnerables a estos trastornos tales como las gimnastas, modelos, bailarinas o azafatas. Entre los hombres uno de los factores psicológicos de vulnerabilidad sería la identidad genética.

La Anorexia Nerviosa y la Bulimia Nerviosa constituyen, dada su frecuencia clínica los desórdenes mayores de conducta alimentaria de origen psíquico y los más importantes en el conjunto de los trastornos de la alimentación; que últimamente tienen una gran resonancia social, tanto por su gravedad como por su creciente incidencia, e incluso, como ya se mencionó anteriormente, por la aparición en edades cada vez más tempranas.

Encontramos en estos trastornos factores predisponentes que favorecen la aparición de dichos trastornos como son:

- **Los factores personales:** genéticos, de personalidad, alteraciones de la alimentación en la infancia, edad, sexo.
- **Los familiares:** antecedentes de trastornos depresivos, abuso de sustancias, obesidad materna, alteraciones en la dinámica familiar.

También es frecuente en la historia clínica encontrar factores que son desencadenantes tanto en el inicio como en las recaídas sintomáticas entre estos encontramos:

- **Separaciones o pérdidas familiares, fracaso de las experiencias emocionales y/o sexuales:** experiencias que son vividas como un fracaso personal, comentarios peyorativos, desagradables y/o críticos acerca del cuerpo, dietas estrictas para adelgazar, una creciente actitud de desagrado ante su propia imagen corporal, la influencia de la moda del adelgazamiento, e incluso la existencia de enfermedades como la hepatitis, tuberculosis o patología traumática corporal tras un accidente, el ejercicio físico riguroso y en exceso asociado con ciertas profesiones. También pueden influir, la presencia de conflictos familiares o anomalías en la relación con la ingesta o una exagerada preocupación por la apariencia, como factores predisponentes o desencadenantes.

Las personas que padecen estos trastornos suelen mostrar un alto nivel intelectual, sobre todo las que padecen anorexia nerviosa; son muy responsables, inseguras, obsesivas, con frecuencia de hábito pícnico (probar y picar los alimentos), preocupadas por la eficacia y la apariencia con objeto de agradar a los demás, con un alto grado de espiritualidad como ideal o modo de vida ascética. En el caso de la Bulimia Nerviosa y la Anorexia nerviosa con conductas bulímicas, los rasgos de personalidad más frecuentes son: la tendencia a una mayor extroversión, labilidad emocional, con frecuentes oscilaciones del humor, aumento de la impulsividad y una conducta más desorganizada.

El diagnóstico en estos trastornos suele ser tardío debido a la tendencia a la ocultación, ya sea por falta de conciencia de enfermedad o por miedo a no ser entendidas. Aunque en su inicio la pérdida de peso es evidente o que están siguiendo una dieta o realizando ejercicio físico, lo que generalmente "es bien visto" por la familia, no lo es cuando se evidencian manifestaciones preocupantes de desnutrición, vómitos o atracones o complicaciones clínicas que suelen aparecer después de mucho tiempo, a veces más de un año en la Anorexia Nerviosa, y aún más tiempo en la Bulimia Nerviosa; esto es por ser más fácil de ocultar y porque en un principio los episodios bulímicos suelen ser nocturnos (Chinchilla Moreno 1996).

Generalmente estas pacientes son llevadas a la consulta médica forzadas por la familia, que ha observado indicios de conductas raras, tales como desaparecer después de las comidas y encerrarse en el baño, la realización de ejercicio físico severo, la persistente evitación de comer con los demás miembros de la familia, el descontrol de los horarios, la actitud negativa frente a determinadas comidas o la selección exagerada de alimentos, juntamente con una extrema delgadez o una fluctuación constante de peso o las complicaciones frecuentes de los dos cuadros.

Aunque se especula con la posible coexistencia de un continuo entre la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, dada la frecuente aparición en un mismo paciente de una u otra sintomatología, o la coexistencia de síntomas mixtos, desde la perspectiva de la atención primaria es más importante reconocer precozmente las alteraciones de la conducta alimentaria que el diagnóstico, para así poder derivarlas al especialista. Por lo que es muy importante la detección precoz ya que favorecerá el pronóstico de ambos, ya que cuando acuden al psiquiatra dichos cuadros ya son crónicos.

Además de la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa que son quizás los más conocidos y preocupantes, existen otros que se mencionarán brevemente a continuación:

- **Síndrome del gourmet:** Las personas que lo padecen viven pendientes de la preparación compra, presentación e ingestión de platos exquisitos. Han perdido interés en sus relaciones sociales, familiares y laborales. Se cree que es consecuencia de daños en el hemisferio derecho del cerebro, provocados por cambios de humor o por algún golpe.

Trastorno nocturno: Quienes lo sufren - del 1% al 3% de la población- se levantan a comer por la noche, aunque continúan dormidos. No son conscientes de lo que hacen y no recuerdan nada al despertar. Si les cuentan lo que han hecho, lo niegan rotundamente. A menudo, hacen régimen durante el día. También se da en personas alcohólicas, drogadictas y con trastornos de sueño. Les tratan en unidades de sueño.

Pica: (de pica, urraca en latín). Las personas que padecen este trastorno se sienten impulsadas a ingerir sustancias no comestibles: tiza, arcilla, yeso, trocitos de pintura, almidón, óxido, ceniza. Suele darse en mujeres con tendencia histérica, embarazadas y como consecuencia de déficit serio de algún mineral. También es un hábito cultural de ciertos pueblos.

Síndrome de Prader Willy: Es un problema congénito asociado a un retraso mental. Si las personas afectadas por el problema no se les controla el acceso a la comida, comen sin parar hasta que acaban muriendo. Parece estar relacionado con un mal funcionamiento del hipotálamo. El Prozac ayuda a controlar el problema que no tiene cura por el momento (Isabel Fernández Casas, 1999).

Comedores compulsivos: Las personas que padecen este trastorno se dan frecuentes atracones, durante los cuales sienten que no pueden parar de comer. A menudo comen deprisa y a escondidas, o bien no dejan de comer y picar a lo largo de todo el día. Se sienten culpables y avergonzados por su falta de control. Tienen todo un historial de fracaso con distintas dietas y regímenes. Suelen ser personas depresivas y obesas.

La vigorexia: Es un trastorno mental denominado así por el psiquiatra estadounidense Harrison G. Pope del Hospital Mac. Lean, de la facultad de Medicina de Harvard en Belmonte (Massachussets) y sus colegas de las Universidades de Providence y de Keele. Consiste en una obsesión en torno al culto del músculo. La dismorfia corporal conlleva una obsesión reiterada por alguna parte del cuerpo, aunque no exista ningún defecto.

Sus estudios publicados en la revista *Psychosomatic Medicine*, los realizaron entre adictos a la musculatura, y comprobaron que entre los más de nueve millones de estadounidenses que acuden regularmente a gimnasios cerca de un millón podrían estar afectados por este desorden emocional.

En nuestro país no existen por el momento estudios sobre personas que podrían estar afectadas por este trastorno.

Sus síntomas son evidentes, tienen tal obsesión por verse musculosos que se miran constantemente al espejo y se ven enclenques. Sentirse de este modo les hace invertir las horas en hacer ejercicio para aumentar su musculatura. Se pasan varias veces al día, y hacen comparaciones con otros compañeros de gimnasio. La enfermedad va derivando en un cuadro obsesivo compulsivo que hace que se sientan fracasados, abandonando sus actividades y se encierren en gimnasios día y noche. También siguen dietas bajas en grasas y ricas en hidratos de carbono y proteínas para aumentar la masa muscular y tienen más riesgo de abusar de sustancias como hormonas y anabolizantes esteroides.

La vigorexia todavía no está incluida en las tablas de trastornos psicológicos o psiquiátricos y se le considera una dismorfia corporal, ya que también se le conoce como dismorfia muscular. Así los pacientes aquejados de vigorexia comparten con los dismórficos y anoréxicos los mismos pensamientos obsesivos y siguen unos rituales reiterativos ante el espejo que les devuelve su imagen distorsionada.

Estos trastornos derivados de la excesiva preocupación por el cuerpo que nos inunda en este siglo se están convirtiendo en una verdadera epidemia. Desear una imagen perfecta no implica padecer una enfermedad mental, pero si aumenta las posibilidades de que aparezca.

Aunque biológicamente hay explicaciones a estos trastornos, por desequilibrios en los niveles de serotonina y otros neurotransmisores cerebrales, no cabe duda de que los factores socio-culturales y educativos tienen una gran influencia. Por ello surgen los tratamientos multidisciplinarios y la combinación de farmacología con terapias cognitivo-conductuales.

A nivel preventivo, los medios de comunicación deberían ofrecer modelos humanos no estereotipados y enseñar desde la infancia a defenderse del culto al cuerpo y la obsesión por la perfección.

- **La dismorfia corporal:** Este trastorno afecta a una gran mayoría de la población ya que comienza en la adolescencia. ¿Quién no se ha sentido acomplejado por el tamaño de su nariz o por el acné? Estos complejos agudizados igualmente por la obsesión de la belleza física se convierten a veces en auténticas enfermedades mentales con ansiedad, depresión, fobias, movimientos compulsivos-repetitivos (sobre todo miradas al espejo) y que conducen a la llamada Dismorfia corporal.

Fue en 1886, que el Doctor italiano Morselli acuñó el término de *dismorfia corporal*. Ya Freud había descrito en su literatura el caso del "Wolf-man, hombre lobo" una persona que a pesar de tener exceso de vello corporal centraba su excesiva preocupación por el físico en su nariz. La veía horrible prominente y llena de cicatrices.

Existe un gran número de personas que están más o menos preocupadas por su apariencia, pero para ser diagnosticado de dismorfia, el afectado tiene que sufrir reiteradamente una obsesión con una parte de su cuerpo que le impida llevar una vida normal. Algunas estimaciones apuntan que un 1% de la población sufren este trastorno. Que algunos de sus síntomas son:

- *Dedicar varias horas al día a pesar pensar el defecto corporal que creen tener*
- *Las partes del cuerpo más frecuentes de obsesión son de mayor a menor grado: piel, pelo, nariz, ojos, orejas, piernas, rodillas, pecho, genitales o la creencia que su cara es asimétrica*

- Suele empezar a manifestarse en la adolescencia, y se mortifican continuamente interrogando a amigos y familiares sobre su aspecto.
- Muchos de ellos recurren a la cirugía estética para sanar su "manía". Pero la dismorfia corporal es un trastorno mental, no físico y a pesar de estas operaciones no consiguen mejorar.
- La solución a este problema suele ser una atención farmacológica con tratamientos como el Prozac, y otros antidepresivos y ansiolíticos. Pero es preciso apoyarse en la psicoterapia, ya que son personas que deben aprender a recuperar la autoestima y perder el miedo al fracaso.
- Hay otros trastornos de tipo obsesivo-compulsivo que sin estar relacionados con el esquema corporal aparecen también en la infancia y adolescencia. A veces el perfeccionismo, el miedo al fracaso, el temor al ridículo, al que dirán, la limpieza y las enfermedades conducen a gente muy joven e inteligente al inicio de estos procesos; que hasta hace poco se consideraban como manías propias de la edad del crecimiento y que se corregirían con la edad.

3.4 DEFINICION DE ANOREXIA NERVIOSA

Conforme a los criterios del DSM-IV, la anorexia nerviosa es un trastorno caracterizado por el rechazo persistente a los alimentos, como consecuencia de un temor irracional ante la posibilidad de aumentar de peso en el momento actual o en el futuro, juntamente con una alteración en la percepción de la imagen corporal, que da lugar a una intensa pérdida de peso y que conduce a un estado de desnutrición progresiva. (Chinchilla Moreno, 1994).

La anorexia nerviosa rara vez se presenta de forma pura; por lo que se definieron dos subtipos para especificar la presencia o ausencia de atracones o purgas durante los episodios de dicho trastorno. Siendo estos:

3.5 CLASIFICACION DE LA ANOREXIA NERVIOSA

- **El de tipo restrictivo:** En este subtipo, la pérdida de peso se consigue haciendo dieta, ayunando o realizando ejercicio intenso. Durante el período de anorexia, la persona no presenta episodios recurrentes de sobreingesta.
- **El de tipo compulsivo/purgativo:** A éste subtipo el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (o ambos). La mayoría de los individuos que pasan por los episodios de atracones también recurren a purgas, provocándose el vómito o utilizando diuréticos, laxantes o enemas de una manera excesiva. Existen algunos casos en este subtipo que no presentan atracones, pero que suelen recurrir a purgas, incluso después de ingerir pequeñas cantidades de comida. Parece ser que la mayoría de las personas pertenecientes a este subtipo recurren a conductas de esta clase más o menos semanalmente, pero no hay suficiente información para poder determinar una frecuencia mínima.

3.6. EVALUACION DIAGNOSTICA

Para poder elaborar un diagnóstico apropiado es necesario tomar en cuenta los siguientes criterios:

- Rechazo a mantener el peso corporal por encima de un peso mínimo para su edad y talla: por ejemplo: pérdida de peso o mantenimiento de éste por debajo del 15 % del esperado. En casos de crecimiento, fracaso en alcanzar el que le correspondería en un 155 % inferior al esperado.
- Miedo intenso a aumentar de peso o engordar, a pesar de estar en infrapeso.
- Alteración en la manera como se experimenta el peso corporal y la silueta. Influencia exagerada de la silueta o el peso en autoevaluación, o negación de la seriedad de su bajo peso corporal actual
- En las mujeres, la ausencia de por lo menos tres ciclos menstruales consecutivos (amenorrea). Se considera que una mujer tiene amenorrea si sus periodos únicamente ocurren tras la administración de hormonas (por ejemplo, estrógenos).
- Estas personas están ocupadas en pensamientos relacionados con la comida, y algunas coleccionan recetas de cocina o almacenan alimentos.
- Existen características que se pueden asociar a la anorexia como son la preocupación por comer en público
- Los anoréxicos de tipo compulsivo, tienen más probabilidades de presentar problemas de control de impulsos, de abusar del alcohol o de otras drogas, de manifestar más labilidad emocional y de ser activos sexualmente.

Para tener la seguridad de que una persona tiene anorexia, se tienen que observar las siguientes tres señales de alarma constantes y esenciales:

- **Peso corporal anormalmente bajo**
- **Mantenimiento deliberado de ese peso corporal mediante dieta, ejercicio, abuso de laxantes o diuréticos, o una combinación de los tres.**
- **Síntomas de inanición.**

3.7 COMPLICACIONES MÉDICAS

El rasgo común de este desorden alimenticio, es el intentar a como de lugar, mantener el control sobre la cantidad de comida que se ingiere, Periodos de ayuno, conteo obsesivo de contenido calórico de los alimentos, el ejercicio compulsivo, y/o la purgación después de una comida regular. En muchos casos estas personas aparentan tener hábitos alimenticios normales con algunos periodos de restricción. Los anoréxicos son conocidos por comer "chucherías", particularmente dulces, toman grandes cantidades de café y/o fuman. (8)

Cuando ya se ha establecido el trastorno, y a consecuencia de la restricción alimenticia se desencadena la desnutrición que al ser progresiva se alteran las funciones físicas y hormonales, lo que conlleva a la aparición de alteraciones somáticas muy importantes entre las cuales encontramos:

- **Pérdida de neuronas**
- **Arritmias**
- **Retardo del crecimiento**
- **Pubertad tardía**
- **Osteoporosis**
- **Anemia**
- **Pérdida de la fuerza y masa muscular**
- **Jorobamiento y curvatura de la espina**
- **Astillas óseas**
- **Calambres musculares**
- **Pérdida de cabello**
- **Aparición de un vello fino en la piel (lanugo)**
- **Piel reseca, cabello y uñas quebradizas**
- **Frío constante debido a la pérdida de nutrientes y grasa**
- **Mala circulación debido a la baja presión sanguínea**
- **Fatiga, debilidad, malestar general**
- **Amenorrea**
- **Paro cardiaco**

3.8 FACTORES DESENCADENANTES

Hay una serie de factores causantes de la anorexia que son una combinación de elementos a) biogenéticos (predisposición genética y biológica), b) psicológicos (influencias familiares y conflictos psíquicos), c) socioculturales (influencias y expectativas sociales, las modas de la delgadez), y d) familiares; que se mencionarán a continuación:

Factores biogenéticos:

1. Metabolismo
2. Alto riesgo de desarrollar trastornos del estado de ánimo
3. Adicciones en padres o familiares cercanos
4. Distribución de la grasa
5. Gen de la obesidad

Factores Psicológicos:

1. Trastornos de la personalidad
2. Trastorno de ansiedad
3. Trastorno del estado de ánimo
4. Trastornos somatoformes
5. Trastorno obsesivo-compulsivo
6. Trastornos disociativos
7. Trastorno por estrés postraumático

Factores Socioculturales

1. Presión social para ser delgada
2. Confusión de roles sexuales
3. Alta presión para sobresalir
4. Énfasis en la delgadez como modelo de belleza, popularidad, control y éxito
5. Estigma hacia la obesidad
6. Obesidad vista como fracaso, falta de control, falta de cultura, fealdad y soledad
7. Bombardeo de mensajes de la industria de las dietas a través de los medios de comunicación
8. Alta competencia

Factores Familiares

1. Familia rígida
2. Sobreprotectora
3. Límites confusos
4. Falta de privacidad e independencia
5. Poca o nula resolución de conflicto
6. Negación de conflicto, bajo fachada de perfeccionismo y amor
7. Lealtad al grupo
8. Controladores y muy demandantes
9. No hay expresión abierta de los deseos y conflictos
10. Alianzas secretas entre los miembros de la familia

Dichos factores se describen a continuación

3.8.1 Factores Biogenéticos

En los factores genéticos, la anorexia es ocho veces más común en las personas que tienen parientes con el trastorno, pero los expertos no saben precisamente cuál podría ser el factor hereditario. Muchos anoréxicos tienen un metabolismo más rápido que las personas normales, quizá haciéndoles más difícil el subir de peso. Esta propensión genética hacia la delgadez acompañada de la aprobación cultural podría predisponer a algunas personas a desarrollar anorexia.

También se asocia a este padecimiento la existencia de enfermedades orgánicas como hepatitis, tuberculosis o patología traumática corporal tras un accidente. Por problemas alrededor del nacimiento, ya que en algunas personas con anorexia, se mostró una incidencia alta de problemas durante el embarazo de la madre o después del nacimiento lo cual pudo haber desempeñado un papel en el desarrollo posterior de los trastornos del comer. Estos problemas incluyen infecciones, convulsiones, trauma físico, bajo peso al nacer y mayor edad materna. Las personas con anorexia a menudo tuvieron problemas del estómago e intestinales en edades muy tempranas.

Otro de los factores causales es el ejercicio excesivo, donde la actitud hacia la actividad física va mano a mano con la actitud desordenada en lo referente al comer, ya que se

someten a largas y exhaustivas rutinas de ejercicio físico. A los estadounidenses se les anima a que admiren la actividad física sólo como un esfuerzo competitivo intenso que pocos pueden lograr, dejando a la mayoría de las personas como espectadoras. Entre los atletas el ejercicio excesivo desempeña un papel importante en muchos casos de anorexia, en especial entre las mujeres, donde se presentan disfunciones menstruales, trastornos del comer y osteoporosis.

Existen dudas sobre si las anomalías típicas observadas en los sistemas neurológicos y hormonales de las personas con trastornos del comer son resultados o causas de los trastornos. El hipotálamo, el cual regula la glándula pituitaria, a veces conocida como la glándula maestra debido a su importancia en la coordinación de los sistemas nervioso y hormonal. Los estudios a base de imágenes de los cerebros de pacientes anoréxicos han encontrado altos niveles de proteínas conocidas como factores de secreción de corticotropina (CRF, por siglas en inglés), las cuales se secretan durante periodos de estrés y bloquean la sustancia neuropéptido Y (NYP, por siglas en inglés), un estimulante de apetito potente. Estos productos químicos relacionados con el apetito pueden servir como los enlaces biológicos entre las enfermedades estresantes extremas en la vida de una persona joven y el desarrollo posterior de la anorexia, aunque algunos estudios por imágenes indican que estas anomalías ocurren después de desarrollada la anorexia. Otro estudio vincula niveles inestables, generalmente bajos, de leptina con la anorexia; esta sustancia está bajo escrutinio por su papel en la obesidad.

El sistema pituitario del hipotálamo es también responsable de la producción de hormonas reproductivas importantes que se agotan severamente en la anorexia, dando lugar a la cesación menstrual. Altos niveles de la hormona masculina testosterona también se han detectado en las mujeres con trastornos del comer. Aunque la mayoría de los expertos creen que estas anomalías reproductivas son resultado de la anorexia, otros han reportado que en un 30% a 50% de las personas con anorexia, los trastornos menstruales ocurrieron antes de ocurrida la malnutrición severa y se convirtieron en un problema por mucho tiempo después del aumento de peso, indicando que las anomalías pituitarias del hipotálamo preceden al trastorno del comer mismo.

3.8.2 Factores Psicológicos

El trastorno de la vivencia corporal (corporalidad) es un factor nuclear de la psicopatología de este trastorno, en la que la delgadez expresa un modo de ser y estilo de vivir ansioso y no siempre logrado (López-Ibor Aliño, 1991). En las anoréxicas se da una confrontación entre lo que su cuerpo es y lo que ellas quisieran que fuera. No sólo es la figura corporal, ni el temor a madurar, sino un afán desmesurado de una corporalidad perfecta.

Existe una "voluntad" de adelgazamiento que generalmente obedece a una "voluntad" de espiritualización. La conducta alimentaria se traduce en una actitud de control mediante la selección y restricción de los alimentos. Aunque tienen apetito no comen o lo hacen en pocas cantidades, los alimentos son seleccionados en función de su valor calórico, evitando las grasas y los hidratos de carbono. Paulatinamente disminuyen la ingesta hasta llegar a límites extremos. Lo que comen lo hacen de forma muy lenta, desmenuzando, triturando o raspando alimentos. La excesiva preocupación alimentaria está en función del temor al aumento de peso. Suelen apuntar minuciosamente las calorías consumidas durante el día, se miran constantemente al espejo. Si

en algún momento alcanzan una disminución de peso que habían fijado como meta inicial la sustituyen por otra más radical, sin alcanzar nunca el estado de adelgazamiento ideal.

Las personas que padecen este trastorno suelen mostrar un alto nivel intelectual, son muy responsables, inseguras, obsesivas, con frecuencia de hábito pícnico, preocupadas por la eficacia y la apariencia con el objeto de agradar a los demás.

En cualquier caso, la anorexia es un trastorno multicausal, mucho más complejo que el solo perder peso. Los fracasos amorosos, las separaciones de miembros de la familia, las discusiones entre familiares o amigos, son acontecimientos que pueden abocar a una persona determinada a la anorexia. Los anoréxicos acusan desequilibrios internos provocados por falta de autoestima y confianza en sí mismos, que achacan parte de sus problemas a su gordura, hasta convencerse de que podrán resolverlos controlando el peso.

Los trastornos de la alimentación van con frecuencia acompañados de depresión, trastorno de ansiedad o ambos, pero no se sabe si los trastornos emocionales son causas o resultados de los trastornos del comer.

Entre un 40% y un 80% de todos los pacientes con trastornos del comer experimentan depresión, y ésta es común en familiares de los pacientes con trastornos de la alimentación. Algunos expertos sostienen que la depresión no desempeña un papel causal, en particular en la anorexia, ya que los trastornos alimenticios rara vez se curan cuando se administra medicación antidepresiva como el único tratamiento. La gravedad del trastorno tampoco se correlaciona con la gravedad de cualquier depresión existente. Además, la depresión a menudo mejora después de que los pacientes anoréxicas empiecen a aumentar de peso.

Por otro lado, los estudios han revelado cantidades bajas en ciertos neurotransmisores mensajeros químicos en el cerebro, en algunas personas con anorexia y bulimia severas, que permanecen bajas incluso después de que han recuperado peso. Niveles reducidos de estos neurotransmisores, como son la serotonina y la norepinefrina, también se encuentran en las personas con depresión, y se ven anomalías de serotonina en las personas con trastorno obsesivo-compulsivo. Un estudio reciente ha encontrado que los niveles sanguíneos bajos del aminoácido triptófano, un componente en la comida que es esencial en la producción de serotonina, pueden producir depresión: Las personas que comen excesivamente después de una dieta severa pueden estar respondiendo a este estado emocional de estímulo proteínico.

La estación del año a menudo afecta la depresión y los trastornos del comer. En varias personas, la depresión es más severa en los meses de invierno más oscuros; en forma similar un subgrupo de los pacientes bulímicos sufren de una forma específica de bulimia la cual empeora en el invierno y el otoño; tales pacientes tienen una mayor tendencia de haber empezado a comer excesivamente a una edad más temprana y a comer excesivamente con mayor frecuencia que aquellos cuya bulimia es más consistente durante todo el año. El inicio de la anorexia parece llegar al máximo en mayo, el mes con mayores índices de suicidio.

Los trastornos de ansiedad son muy comunes en la anorexia y la bulimia. Las fobias y el trastorno obsesivo-compulsivo preceden por lo general el inicio del trastorno del comer, y así mismo el trastorno de pánico tiende a seguir. Las fobias sociales, en las cuales la persona tiene miedo de ser públicamente humillada, son comunes en ambos trastornos alimenticios. Las

personas con anorexia, sin embargo, están especialmente propensas al trastorno obsesivo-compulsivo. Las obsesiones son imágenes, pensamientos o ideas mentales recurrentes o persistentes que pueden resultar en comportamientos compulsivos, que se caracterizan por ser rutinas repetitivas, rígidas y autoprescritas cuyo propósito es prevenir la manifestación de la obsesión. Las mujeres anoréxicas pueden volverse obsesivas con el ejercicio, la dieta y la comida. A menudo desarrollan rituales compulsivos por ejemplo, el pesar cada pedazo de comida, cortándolo en pedazos diminutos, o poniéndolos en envases diminutos. La presencia del trastorno obsesivo-compulsivo con anorexia o bulimia no parece ejercer un efecto negativo en las perspectivas a largo plazo, aunque la mejoría en el entorno del comer a menudo es paralela a la mejoría en la ansiedad.

3.8.3 Factores Socioculturales

El cuerpo como distingo social, como "instrumento" de competitividad, en un medio donde predominan los estereotipos y valores estéticos culturales concernientes al cuerpo femenino, está implicado en la génesis de estos trastornos. (6)

Situándonos en nuestro momento histórico actual, constatamos que una gran parte de mujeres y sobre todo adolescentes están preocupadas por su cuerpo, distorsionan su imagen corporal y hacen todo cuanto pueden para adelgazar. En este contexto analizamos la mitificación negativa de la obesidad y el sobrepeso. La evitación o huida de los reales o supuestos kilos de más constituye un ingrediente central de nuestra cultura de la delgadez; se trata de la **lipofobia**. Por otro lado la práctica de determinados deportes cada vez más arraigados en nuestra sociedad, y de actividades como la danza, constituye un factor de riesgo añadido para la decisión de adelgazar. Múltiples datos nos permiten verificar la existencia de un importantísimo, desarrolladísimo y boyerante mercado del adelgazar, que quienes se dejan llevar por éste no tienen la mínima conciencia de sus riesgos y peligros. La moda y sus creadores/productores desempeñan un papel importante en este juego psicosocial, al igual que los medios de comunicación y la publicidad, que tan eficazmente aumentan su fortuna a costa de los kilos que otros la mayoría, pretenden abandonar. Todo ello y muchos otros factores influyen sobre la mujer, contribuyendo a la cosificación del cuerpo, y logrando que asocie prestigio social y autoestima personal a delgadez.

El anhelo de adelgazar o de mantenerse delgado se ha convertido en un valor central de nuestra cultura, y su interiorización en todos nosotros es un hecho indiscutible. Tampoco es discutible que ésta generalizada y emotiva vocación de perder peso constituye el más notable factor de riesgo para los trastornos del comportamiento alimentario. En mayor o menor medida todos y cada uno de nosotros estamos viviendo y compartiendo el sentimiento de que la delgadez corporal se asocia de algún modo a la belleza, elegancia, prestigio, higiene, juventud, autoestima alta, aceptación social, estar en forma, e incluso a virtud y búsqueda de perfección. Tales factores, definidos a partir de los ítems de un cuestionario (Cuestionario de influencias sobre el modelo estético corporal CIMEC), son los siguientes: Malestar por la imagen corporal, Influencia de la publicidad, Influencia de mensajes verbales, Influencia de modelos sociales, Influencia de situaciones sociales.

La delgadez corporal sería un medio, para muchos el medio, para conseguir todos los valores a los que está asociada, dicha asociación entre delgadez y esos valores ha hecho que aquélla se convierta en un fin en sí misma. Todo comportamiento reforzado positivamente de manera sistemática se constituye en un reforzador. Los mil y un procedimientos para adelgazar, situando en primer término la dieta restrictiva, son reforzados por sus resultados, llegando a perder valor aversivo

e incluso a adquirir connotaciones gratificantes. Los modelos sociales, el grupo de coetáneos, el bombardeo publicitario, los halagos de quienes "te aprecian", y en última instancia las propias cogniciones aprobatorias, van aportando su cotidiano granito de arena reforzador de ayunos, abstinencias y demás prácticas mortificadoras.

Según las estadísticas, el noventa por ciento de quienes padecen anorexia y bulimia son mujeres de temprana edad - entre los 12 y los 25 años- dentro del sistema educativo, entre el 15 y 20 por ciento presentan desórdenes de la alimentación. Desde muy jóvenes -expresa el Dr. Olkies- las representantes del sexo femenino están sometidas a una gran presión para satisfacer cierto ideal de belleza que la moda impone con rigor y sin consideraciones. Para los varones esto ocurre en menor medida. Esta especie de dictadura de la moda exige máxima delgadez, la cual debe ser alcanzada sin reparar en los costos.

La vida continua sugiere otras referencias. En contraposición a la delgadez de las modelos, que se transforman en ideal, recientes investigaciones han dado cuenta de que en las últimas tres décadas el peso promedio de las adultas jóvenes se ha incrementado. Cada vez es mayor la brecha entre la realidad y el campo ideal. Así la delgadez se transforma más que en una expresión de un modelo social, en un producto vendido con exagerada insistencia de los medios de comunicación, que con la publicidad de prendas de vestir, cosméticos etc. y la presencia de estrellas del espectáculo y modelos de moda que lleva a muchas mujeres a pensar "si ella tiene ese aspecto yo también lo tendré" (a cualquier precio, aún el de la propia salud).

Además en esta sociedad de consumo donde el modelo de delgadez se vende como un producto más y siempre como sinónimo de éxito, las jóvenes reciben otro mensaje contradictorio que promueve el consumo de alimentos "fase food", gaseosas, golosinas, cada vez más tentadores pero de poco valor nutritivo y de alto valor engordante.

Victima de estos mensajes la joven queda en muchos casos atrapada en esta trampa que le tiende la cultura reinante. Desde luego que esto sólo no basta porque todo el mundo se ve afectado por estas presiones pero no todo el mundo desarrolla un trastorno alimentario.

El entorno familiar, la presión del grupo de pares, el rol de la mujer en la sociedad y determinados rasgos de personalidad contribuyen a que algunas personas estén en riesgo. Por eso es importante estar alerta e informar a través de campañas publicitarias para contrarrestar los efectos dañinos de otras. De hecho, más allá del trabajo de médicos, psicólogos, nutriólogos, y educadores para esclarecer e informar en campañas gráficas y televisivas advertencias sobre estas enfermedades.

3.8.4 Factores Familiares

Los factores negativos dentro de la familia, posiblemente tanto hereditarios como ambientales, desempeñan una función importante en la provocación y perpetuación de los trastornos alimenticios. Un estudio encontró que el 40% de las niñas entre las edades de 9 y 10 años están tratando de perder peso, generalmente por recomendación de las madres. Algunos estudios han encontrado que las madres de los anoréxicos tienden a estar sobreinvolucradas en la vida de sus hijos, mientras que las madres de los bulímicos son críticas y distantes. Aunque las madres pueden tener una influencia grande sobre sus hijos en lo que respecta a los trastornos del comer, los padres y hermanos excesivamente críticos también pueden desempeñar un papel importante en el desarrollo de anorexia en las niñas. Los estudios reportan que las personas con cualquiera de los trastornos

del comer tienen mayor probabilidad de tener padres que sufren de alcoholismo o abuso de sustancias que la población en general. Parece que existe entre las mujeres con trastornos de la alimentación una incidencia mayor de abuso sexual; los estudios han reportado tasas de abuso sexual de hasta un 35% en las mujeres con bulimia. Las personas con bulimia también tienen una mayor probabilidad que las personas con otros trastornos psiquiátricos de tener padre o madre obesa o de haber sido ellas mismas obesas en la niñez. (9)

Existe un riesgo mayor de padecer este trastorno entre los parientes de primer grado. Se ha observado que los familiares de primer grado presentan mayor riesgo de padecer trastornos del estado de ánimo, especialmente los parientes de enfermos del tipo compulsivo/purgativo. Los estudios que se han realizado en gemelos han revelado un mayor índice de concordancia en los gemelos monocigotos que en los digocigotos.

El índice de mortalidad por anorexia está actualmente en un 5%, aunque suele deberse a la enfermedad en un estadio muy avanzado, cuando los estragos físicos hacen muy difícil la recuperación del organismo, o en aquellos casos que no han recibido tratamiento. Por ello es muy importante la detección a tiempo del trastorno para poderlo detectar y tratar a tiempo.

3.8.5 Tratamiento

El éxito de la terapia para los trastornos de la alimentación depende de muchos factores, entre ellos: la propia personalidad de la paciente y el deseo de cambio; la duración del trastorno, la edad en que inició la enfermedad, su historial familiar, su nivel de habilidades sociales y vocacionales, y la consecuencia de otros trastornos como la depresión.

Es importante recordar que no hay una cura milagrosa para dichos trastornos: estas enfermedades implican problemas contra los que los pacientes han luchado y seguirán luchando durante la mayor parte de sus vidas. Pero un buen programa de tratamiento ayudará a reforzar la autoestima y enseñará a los participantes que lo necesitan; el programa también ayudará a restaurar la salud y la fuerza física. En general los tres objetivos principales de la terapia son:

- 1. Mitigar los síntomas peligrosos o que representan una amenaza para la vida**
- 2. Enseñar a la paciente a comer normalmente**
- 3. Investigar con la esperanza de cambiar los pensamientos destructivos en relación con el comer, el peso y la comida.**

En el abordaje psiquiátrico de la anorexia hay que tener en cuenta un orden riguroso en el planteamiento de medidas terapéuticas y debe establecerse como objetivo prioritario la recuperación del estado nutricional, la normalización de hábitos alimentarios y la recuperación ponderal "ya que la malnutrición, sus alteraciones físicas y psicológicas comportan gran parte de la psicopatología que caracteriza la enfermedad". Para llevar a cabo este trabajo es necesario contar con la colaboración de la paciente, por lo que el esfuerzo médico debe dirigirse a establecer una adecuada alianza terapéutica médico-paciente. Esta colaboración debe fundamentarse en una exhaustiva y recíproca información, una imprescindible motivación y el establecimiento de objetivos terapéuticos para paciente, y familia, que permitan ir elaborando distintas estrategias según las necesidades de cada momento.

Para González Lado, el tratamiento psicológico es fundamental para que la paciente pueda afrontar todos los problemas intrapsíquicos, conductuales y relacionales que acompañan a la enfermedad y los que sobrevendrán a lo largo del trabajo terapéutico. "No hay que olvidar que la psicopatología de la anorexia nerviosa va más allá de los problemas de la imagen corporal, peso y alimentación a los que es reducida con frecuencia".

De todas las modalidades terapéuticas, terapia psicoanalítica sistémica, psicoterapia interpersonal, etc., la más utilizada por su mayor eficacia es la cognitivo-conductual, aunque a lo largo del tratamiento, pueden requerir de diferentes orientaciones, por lo que las modalidades pueden ser válidas y complementarias.

La elección del régimen de tratamiento depende básicamente de parámetros de salud y riesgo vital. Lado ha dado preferencia al tratamiento ambulatorio, pero ha matizado que hay circunstancias que lo desaconsejan y que exigen intervención hospitalaria parcial o completa. Sucede con casos de pérdidas ponderales mayores al 25-30 por ciento del peso normativo, las complicaciones médicas que requieren intervención intrahospitalaria, trastornos psiquiátricos graves o riesgo de suicidio, conflicto familiar grave, falta de respuesta al tratamiento ambulatorio y trastornos conductuales severos.

El tratamiento ambulatorio se establece en relación a las características de cada paciente y, por tanto, se plantean diferentes niveles de intervención dependiendo del estado evolutivo del paciente, la gravedad de sus síntomas o su nivel de deterioro físico o psíquico. Al intervenir en el ámbito familiar las necesidades pueden variar, desde un simple consejo e información a una terapia familiar. Así mismo el empleo de farmacoterapia se plantea como coadyuvante en situaciones de ansiedad importantes, depresión, insomnio pertinaz, trastorno obsesivo, fóbico y otros que puedan coexistir con la enfermedad. La tendencia actual es la utilización de antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, debido a los efectos adversos que provocan.

La bulimia como síntoma, describe episodios incontrolables de comer en exceso, caracterizándose por los atracones y métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso. Para poder realizar el diagnóstico, los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas deben producirse al menos un promedio de dos veces a la semana durante un periodo de tres meses DSM-IV. Como síndrome hace referencia a un conjunto de síntomas entre los cuales destaca la preocupación por el peso y forma corporal, la pérdida de control sobre la ingesta y la adopción de estrategias que contrarresten los efectos engordantes de sus síntomas bulímicos. El paciente siente una necesidad imperiosa por ingerir grandes cantidades de comida, generalmente de elevado contenido calórico. Una vez que termina de comer, le invaden fuertes sentimientos de autorrepulsión y culpa. Lo que le induce a mitigar los efectos, autoinduciéndose el vómito entre otras estrategias. La enfermedad suele iniciarse después del intento continuo o repetido de realizar una dieta estricta, con la finalidad de disminuir de peso. El temor exagerado de ser obesas en el momento actual o en el futuro, junto al deseo de delgadez, justifica de algún modo el inicio de la dieta. La dieta per se, o el fracaso en la realización de la misma y, en ocasiones, en el control del hambre, da lugar a episodios de consumo voraz (atracones), de alimentos como se mencionó anteriormente de contenido calórico alto (p. ej. , dulces) aunque puede ser cualquier tipo de alimento, en un periodo de tiempo variable de minutos a horas (no mas de dos horas) . Durante éste episodio de voracidad donde se experimenta un sentimiento de pérdida de control, de no poder parar de comer o de qué o cuánto está consumiendo se acompaña con frecuencia de un sentimiento de placer simultaneo. Una vez finalizado el atracón, aparece una sensación de malestar corporal, de distensión, hinchazón, o plenitud a nivel abdominal, que junto a la aparición de sentimientos de disgusto, culpa, repugnancia, vergüenza o asco incrementan la valoración negativa de subestimación y autodesprecio, que previamente tienen de si mismos. Al inicio del trastorno, los episodios de voracidad suelen ser nocturnos y realizados en secreto. Dichos atracones pueden aparecer en cualquier momento, incluso después de una ingesta normal.

Una vez que se instaura este ciclo bulimia-purga, las pacientes pueden incluso planificar los atracones con el objeto de aliviar la tensión que genera la restricción y, posteriormente, se provocan el vómito. Otras conductas compensatorias, con la misma finalidad de disminuir el peso, incluyen el uso y/o abuso de laxantes y la realización de ejercicio vigoroso, en un intento por compensar el alimento ingerido durante los atracones. Se puede considerar excesivo el ejercicio si interfiere de manera significativa en las actividades importantes, cuando se produce a horas poco habituales, en lugares poco apropiados o cuando el individuo las realiza aún estando lesionado o presentar alguna enfermedad. Excepcionalmente los individuos con este trastorno toman hormonas tiroideas con el fin de no ganar peso.

La secuencia sintomática completa del síndrome de bulimia nerviosa es semejante al trastorno de control de impulsos, fracaso en resistir el impulso, deseo o tentación de un acto dañino a sí mismo o a otros, sensación creciente de tensión antes del acto y experiencia de placer o de liberación de tensión una vez que el acto ha sido consumado. Esta característica de descontrol de los impulsos es un rasgo diferencial importante en relación con los pacientes anoréxicos de tipo restrictivo, las cuales se caracterizan por el dominio o exagerado control de los impulsos. (8)

Otra característica importante y a veces pasada por alto, es la existencia de malnutrición en las pacientes bulímicas a pesar de la existencia de peso normal. Dicha malnutrición puede ser la responsable de algunas alteraciones biológicas adaptativas (metabólicas y neuroendócrinas).

3.10 CLASIFICACION

Para determinar la presencia o ausencia del uso regular de métodos de purga con el fin de compensar la ingestión de alimentos durante los atracones, se pueden emplear los siguientes subtipos:

- **Tipo purgativo:** Este subtipo describe cuadros clínicos en los que la persona usualmente se autoinduce el vómito, y/o ha hecho un mal uso o abuso de laxantes, diuréticos y enemas durante el episodio, para prevenir el aumento de peso.
- **Tipo no purgativo:** Este subtipo describe cuadros clínicos en los que la persona ha empleado otras técnicas compensatorias inapropiadas, no purgativas como el ayuno o practica del ejercicio intenso, pero no se provoca el vómito ni ha hecho un mal uso de laxantes, diuréticos o enemas durante el episodio.

3.11 EVALUACION DIAGNOSTICA

Para lograr un adecuado diagnóstico de la bulimia, es necesario tomar en cuenta la siguiente sintomatología:

- Que se presenten episodios recurrentes en forma de atracones en secreto o lo más inadvertidas posible.
- Una sensación de pérdida del autodomínio durante los atracones de comida
- Preocupación constante en torno a la comida y el peso
- El uso regular de vómito autoinducido, laxantes o diuréticos, dieta estricta o ayuno, o ejercicio muy energético para evitar el aumento de peso.
- Síntomas de depresión. Incluyen pensamientos melancólicos o pesimistas, ideas recurrentes de suicidio, escasa capacidad de concentración o irritabilidad creciente.
- Excesivo temor a engordar. En un estudio reciente, el 92 % de las pacientes bulímicas encuestadas dijeron que sentían pánico o mucho temor a engordar
- Mantenimiento de al menos un estándar normal mínimo de peso o incluso elevado.
- También puede aparecer en personas con obesidad moderada o mórbida.
- A diferencia de las anoréxicas, las bulímicas no tienen una figura demacrada que las traicione
- Antes de presentar el trastorno, los sujetos tienen más probabilidad de mostrar sobrepeso, que las personas sanas.
- Entre atracón y atracón reducen la ingesta calórica y escogen alimentos de bajo contenido calórico (dietéticos), a la vez que evitan los alimentos que engordan o pueden desencadenar el atracón.
- Se ha observado dependencia y abuso de sustancias (alcohol y estimulantes), el inicio del consumo de dichas sustancias suele darse en un intento por controlar el apetito y el peso.
- Erosión significativa y permanente del esmalte dental, pudiendo llegar hasta la

pérdida de piezas dentales

- Aumento de tamaño de las glándulas salivales, sobre todo la glándula parótida
- Callos o cicatrices en la superpie dorsal de la mano
- Miopatías esqueléticas y cardíacas por ingerir regularmente jarabe para inducir el vómito.
- Presentación de irregularidades menstruales y amenorrea. No se ha aclarado del todo si estas alteraciones se relacionan con fluctuaciones de peso, déficit nutritivo o estrés emocional.

Existe reducción de problemas mayores de salud para las personas bulímicas que mantienen el peso normal y no llegan a convertirse en anoréxicas. En general las perspectivas son mejores para la bulimia que para la anorexia. Debe observarse, sin embargo, que en un estudio de pacientes bulímicos, después de seis años la tasa de mortalidad fue de 1 % en las mujeres en terapia. Otro estudio encontró que el 20% de las mujeres con bulimia estaban luchando contra el trastorno después de diez años.

3.12 COMPLICACIONES MÉDICAS

Las complicaciones médicas que se pueden presentar en este trastorno son:

- Caries dental
- Dolor abdominal
- Estrías
- Piel amarillenta, sobre todo en las manos y plantas de los pies, por comer alimentos altos en caroteno
- Palpitaciones, arritmias cardíacas
- Hipersensibilidad dental al calor, frío y sustancias ácidas
- Erosión y pérdida de esmalte dental
- Aliento fétido
- Ojos rojos, conjuntivitis, hemorragias oftálmicas, resultado de la presión producida por el vómito
- Ulceras en el estómago, esófago e intestino
- Gastritis
- Quemaduras en el esófago por el constante vómito
- Periodos menstruales irregulares
- Falta de control en el esfínter de por vida
- Frecuentes dolores de cabeza debido a la baja presión sanguínea y la disminución de oxígeno que llega al cerebro

3.13 FACTORES DESENCADENANTES

Dentro de los factores que pueden desencadenar dicho trastorno encontramos

3.13.1 Factores Bioquímicos

La bulimia, el grave desorden de la alimentación, podría deberse a una disfunción química en el cerebro y no solamente a una necesidad imperiosa de mantenerse delgado, ya que mujeres que padecieron la enfermedad y lograron recuperarse, resultaron más afectadas psicológicamente a causa de una falta de triptofán un aminoácido que juega un papel indirecto en la regulación del apetito.

Este se encuentra en varios alimentos y el organismo lo utiliza para producir serotonina, un elemento químico que funciona a nivel cerebral como regulador del humor y el apetito. En un estudio realizado con mujeres bulímicas recuperadas comparado con mujeres que nunca padecieron la enfermedad; observaron que las bulímicas recuperadas presentaron mayores cambios de humor, intensa preocupación por su imagen corporal, y un mayor temor de perder el control sobre sus hábitos alimenticios luego de ser privadas de triptofán durante 17 horas. Gabriela Roxanall Czyszyn, Juan Carlos Curi (1977-99).

En un estudio difundido en la edición de febrero de 1988, de los archivos de Psiquiatría general de la Asociación Médica Estadounidense; donde participaron diez mujeres bulímicas y doce sanas. Estas ingirieron alimentos y bebidas de igual apariencia, solo que algunos contenían triptofán y otros no. "las conclusiones sugieren que un nivel menor de serotonina puede generar algunas de las manifestaciones clínicas de la bulimia nerviosa en individuos vulnerables a este tipo de desorden, indicó la doctora del estudio Katharine A. Smith, de la Universidad de Oxford.

Un experto que no participó en este estudio afirma que la investigación añade un elemento más a la creciente noción en causas biológicas y parece estar relacionada con la imposibilidad del sistema de regular la serotonina.

Un nuevo estudio llevado a cabo en la Escuela de Medicina de la Universidad de Pittsburg, concluyó que las anomalías en la regulación del neurotransmisor puede jugar un papel fundamental en la aparición de la afección que provoca un aumento patológico del apetito, acompañado de alteraciones psíquicas. Estudiaron a 60 mujeres, 30 de ellas bulímicas. Descubrieron que en la totalidad de los casos, los niveles de las sustancias neurotransmisoras, dopamina, noradrenalina, eran similares. No obstante, las mujeres bulímicas presentaron niveles más altos de serotonina. Los autores del estudio publicado en "Archives of General Psychiatry" (1988) aseguraron que la presencia de un posible enlace entre la serotonina y la bulimia se basa en estudios previos que descubrieron que las mujeres bulímicas son más propensas a sufrir afecciones psíquicas como depresión o ansiedad.

Debido a la importancia que tiene la serotonina en la aparición en la bulimia nerviosa, se mencionará brevemente su biosíntesis.

La serotonina o 5-hidroxitriptamina es una hormona secretada por las neuronas serotoninérgicas que forman parte del sistema límbico, el cual se refiere a los circuitos neuronales que controlan la conducta emocional, los impulsos motivacionales y condiciones internas del organismo o funciones vegetativas del encéfalo (temperatura, osmolalidad de líquidos, impulsos de comer, beber, y control de peso corporal). El control de estas funciones

está relacionado con la conducta del individuo. El sistema límbico está formado por las estructuras de la parte basal del encéfalo, siendo los más importantes el hipotálamo, el hipocampo, parte anterior del tálamo y la amígdala.

La serotonina es segregada en el área inhibidora reticular, la cual se localiza en la parte media de la protuberancia y parte ventral del bulbo (tronco encefálico). Esta área utiliza un mecanismo que consiste en excitar a las neuronas serotoninérgicas, las cuales a su vez se encargan de segregar la neurohormona inhibidora "serotonina". Además en esta área existen varios núcleos delgados denominados núcleos de rafe. Muchas de las neuronas de estos núcleos segregan serotonina. Estas envían fibras al diencefalo, corteza cerebral y otras descienden a la médula espinal. Las fibras dirigidas a la médula tienen la capacidad de disminuir el dolor. La serotonina liberada en el diencefalo y en el cerebro desempeña un papel inhibitor, lo que provoca el sueño normal. (10)

3.13.2 Factores Psicológicos.

Las mujeres con bulimia están propensas a la depresión y se encuentran en peligro de comportamientos impulsivos, como promiscuidad sexual y cleptomanía, los cuales se han reportado en la mitad de personas con bulimia. El abuso de alcohol y drogas es más común en las mujeres con bulimia que en la población en general o en las personas con anorexia. En un estudio de mujeres bulímicas no anoréxicas, el 33% abusaban del alcohol y el 28% abusaban de drogas, con un 18% con sobredosis respectivamente. Siendo la cocaína y las anfetaminas las drogas usadas con mayor frecuencia.

Los pensamientos predominantes en estas pacientes son negativos, se encuentran en un callejón sin salida que es el intento de control sobre la comida para cambiar su cuerpo. A su vez, se ven controladas por este problema por lo que son frecuentes los sentimientos de tristeza y de llorar. Otro sentimiento característico es la baja autoestima a consecuencia de identificarla con la de su propio cuerpo, sintiendo a su vez un intenso miedo al rechazo o al abandono. El miedo que experimentan por su propio cuerpo, especialmente a la ganancia de peso y hacia la comida, en particular a determinados tipos de comida, se puede definir como de tipo fóbico, y de hecho, en el tratamiento de los trastornos alimentarios se han de utilizar muchas técnicas de reducción de la ansiedad.

Los pensamientos circundantes, repetitivos y persistentes sobre la comida y el peso, comportamientos rituales y comprobaciones repetidas también se observan en estas personas tanto que podrían describirse como personas obsesivo-compulsivas.

3.13.3 Factores socioculturales.

A partir de 1925 cuando los cánones de belleza femenina dan un giro muy importante, ya que con la desaparición total del corsé (se usó casi 4 siglos), la mujer comienza a mostrar su cuerpo de otra manera. En este año aparecen por primera vez los figurines de moda en los que se apunta una estilización progresiva, se acortan los vestidos, se enseñan las piernas y hay una supresión de curvas. Coincide con la incorporación de la mujer en la alta burguesía y comienza la moda de mujeres delgadas que incluso se vendaban el pecho para hincar el sutil camino a la androginia.

En los años sesenta se empieza a analizar el papel de la mujer, no sólo en relación a la moda, sino por el cambio social que se produce a partir de su incorporación masiva al mundo laboral. La ausencia de una persona que se responsabilice de los horarios de comida (papel tradicionalmente atribuible a la madre) la desaparición de los hábitos de comer en familia, la supresión de la merienda

y la cena se destacan como factores que pueden conducir a una dieta errónea. Vemos como estos trastornos de la conducta alimentaria afectan mayoritariamente a mujeres a través de todos estos factores, pero no hay que culparlas por este cambio social de hábitos en la alimentación familiar, puesto que también hay que considerar los diferentes estilos de vida que han impuesto los trabajos de jornada prolongada (tanto para hombres como para mujeres) los traslados en la ciudad a los centros de trabajo, el frenético ritmo urbano que han propiciado que el comer fuera de casa sea a veces imprescindible.

Sin embargo en todas las definiciones de estos trastornos parece que afectan mayoritariamente a las mujeres; ya que todas las estadísticas señalan que el 90% son mujeres entre 14 y 18 años, aunque la edad va descendiendo peligrosamente hacia niñas, menores de doce años.

Los cánones de belleza actuales y el rechazo social a la obesidad femenina hacen que las adolescentes sientan un impulso irrefrenable de estar tan delgadas como las modelos "top models" que la publicidad y medios de comunicación presentan a diario.

Los medios de comunicación también contribuyen con la publicidad para adelgazar sin esfuerzo, con la promoción de métodos mágicos, rápidos y efectivos para alcanzar la figura deseada o anhelada, métodos que van desde la ingesta de cápsulas que no permiten la retención de grasas, aparatos para disminuir medidas, hasta géles modeladores de la figura, todos ellos vendiendo la ilusión de una figura perfecta.

La presión sociocultural a la esbeltez junto a la estigmatización a la obesidad juegan un papel fundamental pero evidentemente es necesario que aparezcan otros elementos para que se desarrollen los trastornos alimentarios como la bulimia.

Por otra parte en nuestros días parece como si la belleza estuviera al alcance de todos. Por supuesto, se trata de la belleza definida según los cánones vigentes, definitivamente marcados por la delgadez corporal. La restricción alimentaria es el medio de eficacia demostrado, compartido, prestigiado, difundido, establecido. La consecución de la delgadez mediante una dieta restrictiva está al alcance de todo el mundo. Así ha podido democratizarse la obtención de la belleza; se han podido romper barreras sociales y diferencias personales; y ocupar el lugar económico-social que ocupa la industria del adelgazar. Turner (1984) ha subrayado la existencia práctica de dos tipos de dietas alimentarias restrictivas: la dieta médica y la dieta del consumidor. La primera estaría destinada al cuidado y mantenimiento en estado satisfactorio del cuerpo interior, la segunda estaría al servicio de la superficie corporal, del cuerpo exterior. La dieta médica se basaría en el conocimiento científico; la dieta del consumidor seguiría normas culturales.

Así los conocimientos científicos, y médicos, sobre el cuerpo y su funcionamiento suelen ponerse con bastante frecuencia más al servicio del control de la silueta que al del cuidado de la salud.

Nunca como en nuestros tiempos el cuerpo ha determinado el yo, es decir, el autoconcepto de la gente, y no el cuerpo en su totalidad, esto es, su apariencia, su fachada, su superficie. Aparento luego soy... así. La búsqueda apasionada de la silueta perfecta (delgada) implica la posibilidad de conseguirla; haciendo mil intentos por modificar la apariencia corporal por millones de mujeres y hombres en todo el mundo (desarrollado) porque están plenamente convencidos de que es posible alcanzar el objetivo. Este convencimiento es la consecuencia de vivir en un mundo que cuenta con innumerables procedimientos para modificar el cuerpo humano: liposucciones y lipoesculturas, silicones, intervenciones quirúrgicas estéticas y plásticas, trasplantes, injertos, masajes reductores, dietas adelgazantes, prótesis de todo tipo, anabolizantes, ejercicios físicos correctores etc. De modo que los cambios de aspecto corporal están a la orden del día, sin importar el riesgo de salud que conlleva.

Así, la presión sociocultural a la esbeltez junto a la estigmatización de la obesidad juegan un papel fundamental pero evidentemente es necesario que aparezcan otros elementos para que se desarrollen los trastornos alimentarios, como pueden ser un contexto educativo y familiar que particulariza el modelo estético-corporal, una baja autoestima, un estilo de afrontamiento deficiente y el mito de la "súper mujer".

Finalmente, es importante tener en cuenta que las consecuencias del estrés no son las mismas para todas las personas. Un buen contacto social, que permita expresar los miedos y angustias que padecemos es un buen predictor, disponer de un buen entorno social adecuado también lo es, generar determinadas expectativas, tener un lugar de control centrado en uno mismo o más que en el exterior en general es positivo. Tener habilidades de resolución de problemas y una cierta confianza en la propia capacidad de respuesta serían algunos de los elementos que pueden ayudar a superar estos momentos conflictivos.

En resumen estos son los factores con influencia sociocultural.

- Presión social para ser delgada
- Confusión de roles sexuales
- Alta presión para sobresalir
- Énfasis en la delgadez como modelo de belleza, popularidad, control y éxito
- Estigma a la obesidad
- Obesidad vista como fracaso, falta de control, falta de cultura, fealdad y soledad
- Bombardeo de mensajes de la industria de las dietas a través de los medios de comunicación
- Alta competencia

3.13.4 Factores familiares

- Familia impulsiva caótica
- Presión indirecta del conflicto
- Poca cohesividad
- Aislamiento aunado a dependencia y falta de asertividad
- Pocos límites y confusos
- Perfeccionistas

- ambiente hostil y desorganizado
- Falta de compromiso
- Límites caracterizados por hostilidad, enojo y manipulación

Entre otros factores que pueden desencadenar la bulimia encontramos:

- Un evento traumático
- Un periodo extenso de dolor emocional
- Padecer trastornos del estado de ánimo
- Un ambiente controlador o rígido

- Hipersensibilidad infantil
- Una enfermedad física
- Comentarios acerca de la figura
- Una dieta o numerosas dietas fracasadas
- Descubrimiento de adicciones o trastornos alimentarios en padres
- Elección de una carrera donde es muy importante la apariencia física

3.13.5 Distorsiones Cognitivas

Se entiende por distorsión cognitiva a la percepción irracional de ideas y pensamientos en relación a un evento específico. Por ello, La persona que sufre un trastorno alimentario presenta una serie de características que, aunque evidentemente pueden variar de una persona a otra, tienen varios puntos comunes. Tanto en la bulimia como la anorexia nerviosa se pueden observar aspectos cognitivos inadecuados y persistentes que se refieren principalmente a la comida, al peso o al aspecto corporal.

En cuanto a la comida las distorsiones cognitivas más habituales son:

- Abstracciones selectivas
- Generalizaciones excesivas
- Magnificación de las consecuencias negativas
- Pensamiento dicotómico
- Ideas autoreferenciales
- Pensamiento supersticioso / Inferencia arbitraria
- Uso selectivo de la información
- Hipergeneralización

En cuanto al peso y al aspecto físico:

- Pensamiento dicotómico (soy atractiva o soy fea)
- El ideal irreal (uso del ideal social como un Standard de apariencia aceptable)
- La comparación injusta (ella es mas bonita que yo)
- La lupa (Observar solamente las partes negativas de la propia apariencia)
- La mente ciega (Minimizar una parte del cuerpo que pueda considerarse atractiva)
- La fealdad radiante (exagerar aspectos negativos)
- El juego de la culpa (culpabilizar la apariencia de la propia insatisfacción)
- La mente que lee mal (No tengo novio porque estoy gorda)
- La desgracia reveladora (Nunca me amarán a causa de mi apariencia)
- La belleza limitadora
- Sentirse fea (soy muy fea)
- El reflejo del mal humor (traspasar las preocupaciones al propio cuerpo)

3.14 TRATAMIENTO

Los trastornos alimentarios considerados mayores, Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa, constituyen desde hace unos años una auténtica epidemia social. La complejidad de la etiopatogenia, considerada multidimensional, así como de la evolución clínica, con tendencia a la cronicidad, y de la frecuente aparición de complicaciones físicas además de la presencia de un amplio rango de psicopatogenia asociada como son los trastornos de personalidad, depresión, abuso de sustancias, etc., síntomas psicológicos y alteraciones en diversas áreas como son la familiar, interpersonal y social, dificultan la actuación terapéutica. A pesar de los numerosos abordajes terapéuticos, tanto farmacológicos como psicológicos, aislados o combinados, no existe hasta ahora un tratamiento que sea universalmente efectivo. En los últimos años parece existir un acuerdo generalizado en que el mejor abordaje es aquel que combine las diferentes estrategias, farmacológicas psicosociales y las estrictamente médicas. Por lo que un modelo integrado supone la configuración de un programa terapéutico que, en términos generales pueda ser útil tanto en el medio hospitalario como en el ambulatorio, y que coordine la combinación de los distintos niveles de intervención como son: el tratamiento estrictamente médico, educación y consejo nutricional, el tratamiento farmacológico y las intervenciones psicoterapéuticas individuales y/o de grupo y familiares.

Antes de iniciar el tratamiento es indispensable una evaluación global de la paciente, sin olvidar que para ello es necesario el establecimiento de un clima de confianza y de relación empática entre el paciente y el terapeuta; así el logro de una colaboración sincera y empática entre ambas partes en el primer contacto es primordial.

Para la obtención de la información, la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), en su guía práctica de los trastornos de la alimentación (APA; 1993), recomienda la utilización de entrevistas semiestructuradas; sin embargo la entrevista clínica debe ser el primer recurso para el diagnóstico y la información clínica. A través de la entrevista se puede investigar el análisis funcional y el significado complejo que puede existir detrás de los síntomas (Garner y Rosen, 1990).

Desde una perspectiva multidimensional o de tratamiento integrativo es importante tener en cuenta que la consideración Qué tratar, lleva implícito un diagnóstico, lo que conlleva una valoración longitudinal de la sintomatología, los factores que se relacionan con los posibles cambios en la presentación clínica, aquellos que de modo importante intervinieron al comienzo y los que pueden estar influyendo en el mantenimiento, el momento evolutivo o maduración psicobiológica, el funcionamiento dentro del contexto social y familiar, la dinámica de la personalidad, el efecto, el estado de salud física y la psicopatología asociada.

También es necesario el establecimiento de un programa previo que contenga objetivos claros a corto y largo plazo, así como la cobertura de varias áreas. Por una parte, aquellas centradas en ofrecer consejos nutricionales, normas educativas en relación a la alimentación y las valoraciones acerca del estado físico o estrictamente médico. Y por otra, la atención puramente psiquiátrica y/o psicológica la cual puede ser dividida en el enfoque a dos vías tal como lo proponen los principios cognitivo-conductuales:

- a) dirigida a la modificación de las conductas alimentarias (peso, atracones, vómitos dieta y otras conductas que tienen como objetivo el control de peso).**

b) Dirigida hacia síntomas psicológicos: creencias y en áreas fundamentales en el desarrollo y mantenimiento del trastorno.

En base a éstos principios se basarían las diferentes estrategias de intervención.

A continuación se describirá brevemente el tratamiento integrado de la bulimia nerviosa:

La mayoría de los estudios sobre los resultados del tratamiento muestran que éstas pacientes mejoran con las terapéuticas utilizadas actualmente y, aparentemente, algunas pueden recuperarse de su condición clínica. Pero mientras éstos resultados son favorables a corto plazo, los resultados a largo plazo son menos alentadores, con un importante número de pacientes con riesgo de recaída (Freeman y Munro, 1998; Mitchell y cols., 1989). Por otra parte, aún no se han definido de un modo consistente aquellos predictores que puedan indicar cual es el mejor tratamiento.

Las pacientes con bulimia nerviosa raramente necesitan hospitalización, siendo posible la realización de un tratamiento eficaz de modo ambulatorio. Y probablemente sea más prudente evitar el ingreso, dado que es mejor para la paciente conseguir el control de su conducta alimentaria fuera del hospital, enfrentándose con los mismos problemas a los que tendrían que hacer frente tras el tratamiento hospitalario.

Existen algunos pacientes para los que es necesaria la hospitalización cuyas indicaciones de ingreso incluyen:

- La presentación de problemas médicos concomitantes como podrían ser: Trastornos electrolíticos, dilatación gástrica tras los atracones, rotura esofágica por vómitos, arritmias, etc.
- La presencia de psicopatología asociada por ejemplo: depresión severa, ideación autolítica, etc.
- La presencia de sintomatología severa, como: número elevado de atracones y vómitos que no mejora tras el tratamiento ambulatorio en un tiempo adecuado.
- Un grave deterioro del funcionamiento social, que puede ser por los mismos síntomas o por otro tipo de alteraciones asociadas, y que no ha mejorado tras un tiempo adecuado de tratamiento ambulatorio
- Cuando existe una relación alterada con la familia que persiste tras un tiempo ambulatorio, con el fin de romper el círculo vicioso de esta alteración
- Cuando la ausencia de medios no permita otras alternativas como por ejemplo: la hospitalización parcial en pacientes con síntomas severos

En ocasiones, el tratamiento hospitalario es el único modo de estabilizar el estado somático así como de romper el ciclo atracón/purga. Los criterios del alta hospitalaria dependerán del control de los síntomas alimentarios, de la sintomatología incapacitante para su funcionamiento social y del compromiso para realizar un programa de seguimiento de forma adecuada.

Para aquellas personas que no presenten complicaciones como abuso de laxantes, abuso de alcohol u otras drogas, ideación suicida o alteraciones graves de la personalidad está indicada una aproximación inicial a través de psicoterapia de grupo o individual. El manejo mediante consejo nutricional, terapia cognitivo-conductual, o terapia conductual simple, a través de la normalización de las comidas y otros componentes de estas intervenciones pueden producir una interrupción del ciclo atracón/purga, con una mejoría clínica evidente en 3-4 meses de tratamiento.

La medicación antidepresiva ha mostrado ser eficaz en el control de los síntomas de estas pacientes y puede administrarse desde el inicio del tratamiento para la mayoría de ellas. Sin embargo, no debe considerarse nunca como el único tratamiento. Las pacientes que presentan sintomatología depresiva, ansiedad, obsesividad, y síntomas de descontrol de impulsos suelen beneficiarse con estas medicaciones.

Por otro lado, la aproximación cognitivo-conductual es considerada por algunos autores (Fairburn y Hay, 1992) como el abordaje de elección. Aunque éstos mismos autores afirman que esta técnica no es ni necesaria ni suficiente en todos los pacientes. Además un 12-15% de las pacientes según Agras, (1992) no acepta este tipo de terapia. Otro inconveniente según Strober (1991) es que esta técnica requiere una cooperación del paciente para realizar el autocontrol, y esta cooperación a menudo es difícil de conseguir en los más jóvenes, los cuales aceptan mucho mejor la terapia integrativa.

En la fase de recuperación, debido al alto porcentaje de conflictos no resueltos y de trastornos de la personalidad de estas pacientes, se ha sugerido la continuación de la intervención psicoterapéutica mediante psicoterapia interpersonal, cognitiva, psicodinámica o psicoanálisis centrándose en los aspectos más nucleares de los que dependerían los síntomas iniciales con el fin de prevenir las recaídas. En esta fase de la intervención se dirigiría hacia los temas comunes del desarrollo y formación de la identidad, dificultades en el manejo de la agresividad o la sexualidad, las expectativas del rol genérico, la regulación del afecto, disfunción familiar, estilos de afrontamiento y resolución de problemas. Esta continuación del tratamiento estaría más indicada para pacientes con personalidad tipo borderline, y anoréxicas.

La terapia familiar está indicada en aquellas que presentan conflictos con los padres y en las más jóvenes que viven en el hogar paterno, por la relevancia que la familia puede tener en la configuración de las actitudes hacia el "yo", las atribuciones de valores y las maneras en que se regulan las emociones y la insatisfacción corporal que emerge durante la dieta. Así, el modelo integrado de tratamiento de los trastornos de la alimentación supone la valoración multidimensional de cada paciente con el objetivo de configurar el tipo de intervención terapéutica más apropiada.

Se puede afirmar de manera global que los trastornos de la alimentación necesitan ser tratados con la combinación del tratamiento farmacológico y psicoterapéutico. Ninguno de éstos es superior o inferior al otro, pero cada uno de ellos tiene su importancia en los diferentes niveles de intervención a corto y mediano plazo. Sin embargo, la intervención psicoterapéutica a largo plazo parece la elección más conveniente. Dependiendo de las características individuales, de la persona sería el tipo de abordaje terapéutico a emplear.

CAPITULO

IV

PROGRAMAS DE

TRATAMIENTO

4.1.1. APROXIMACION COGNITIVO- CONDUCTUAL

La psicología aplicada nació, con el firme propósito de proceder científicamente en el campo de la solución de los problemas humanos, haciendo hincapié en la utilización de métodos científicos y de los principios de la psicología para la valoración de los patrones y capacidades de conducta de cada individuo, así como en la formación profesional que debe desempeñar el psicólogo aplicado. (Kendall y Norton Ford, 1988).

El primer intento sistemático por vincular una práctica pragmática con un cuerpo de conocimientos básicos lo constituyó un movimiento revolucionario denominado genéricamente Modificación de Conducta, que surgió con las teorías del aprendizaje, y en particular, de la teoría del condicionamiento operante de B.F. Skinner, Ullman y Krasner, 1965. Hasta entonces la psicología había sido la ciencia de la vida mental, que debía estudiarse a través de la introspección. Se decía que un sujeto se comportaba de determinadas maneras debido a lo que sentía o pensaba, por lo que había que enfocarse en los pensamientos y los sentimientos. Con el surgimiento del conductismo, se propuso como objeto de estudio la conducta y como método a la observación y experimentación; en particular se concibió a la conducta problemática en función de contingencias problemáticas de reforzamiento y no en función de sentimientos o estados mentales; sin embargo, el movimiento conductista no negó la existencia de los sentimientos o las emociones, lo que negó fue su atributo causal. Así, la conducta ya no era síntoma de un desorden subyacente sino, la meta de la evaluación y el tratamiento.

Los primeros reportes de los psicólogos conductuales como Ayllon y Haughton, (1962) Azrin y Powel, (1968), Bandura, (1965) y el mismo Skinner, (1954), demostraron que tanto la conducta anormal como la normal estaban sujetas a los mismos principios de aprendizaje; brindaron la oportunidad de construir una verdadera tecnología conductual, estrechamente vinculada con el conocimiento básico, con la investigación de laboratorio, y con la teoría de la conducta. Se abrió también la posibilidad de solucionar problemas que la psicoterapia había sido incapaz de resolver, como el autismo, el retardo, las adicciones. La esquizofrenia, etc., así como al tipo de sujetos a los que les podía brindar ayuda. El análisis conductual aplicado, como método proveyó a la psicología de una forma sistemática de abordar los problemas psicológicos, lo que permitió generar conocimiento acerca de ellos y de la mejor manera de solucionarlos.

Como conjunto de premisas filosóficas, conceptos, principios y procedimientos, el desarrollo de la modificación de conducta se dió a modo de extrapolación directa y así se aplicó a la solución de problemas del comportamiento humano en ambientes naturales e institucionales. Con el tiempo y a pesar de su éxito inicial, sus principios y procedimientos fueron insuficientes, tanto para delimitar un campo propio de acción profesional como para la solución de problemáticas humanas complejas. (Yates, 1977; Deitz, 1978).

La terapia Conductual (Wolpe, 1980), por su parte, se enfocó más a la solución de problemas que a la vinculación con la psicología científica e incorporó modelos que pretendían explicar problemas específicos (ansiedad, depresión, obsesiones, adicciones, etc.) así como procedimientos de diversos orígenes (desensibilización sistemática, entrenamiento asertivo, entrenamiento en relajación, etc.) caracterizándose más como práctica pragmática, que como tecnología científica.

Este intento por construir una verdadera tecnología conductual no cristalizó, por lo que los objetivos iniciales se fueron diluyendo y lo que inicialmente fue un movimiento homogéneo de reacción en contra de la psicoterapia tradicional, se convirtió a su vez en un campo heterogéneo de aproximaciones teóricas y prácticas de intervención desvinculadas del marco teórico que supuestamente le había dado origen.

Frente a este problema un grupo de psicólogos conductuales empezó a trabajar con un nuevo paradigma denominado **Cognitivo Conductual**.

Mahoney (1974), en su libro "Cognition and behavior" Modification asienta que el conductista pensante nace a partir de la revisión del paradigma de la modificación de conducta, estimulada por las críticas, sobre la falta de consideración de los aspectos esenciales del comportamiento humano, a saber, los eventos privados. Considera que fue el propio Skinner el que abrió la puerta para el estudio científico del mundo. Otro antecedente importante radicó en la imposibilidad de explicar el lenguaje a través de la teoría del condicionamiento, derivada de los estudios experimentales de condicionamiento clásico y operante con humanos.

Por su parte Kadzin (1983) opina que el surgimiento de la tendencia hacia lo cognitivo en la modificación de conducta se desarrolló como consecuencia de:

- a) La insatisfacción con las explicaciones estímulo- respuesta
- b) los resultados de la investigación que han mostrado el papel de los procesos de pensamiento en el control de la conducta humana
- c) El desarrollo de las técnicas de autocontrol

El primer intento por considerar los aspectos privados lo constituyó el trabajo de Lloyd Homme (1965) que invitaba a los analistas conductuales a utilizar la metodología del análisis funcional para dar cuenta de las coverantes, es decir, las operantes de la mente. Homme considera que los pensamientos eran elementos iniciales de las cadenas conductuales abiertas y que podían sujetarse al escrutinio empírico y al control experimental porque eran públicas por lo menos para aquél que la emitía. Para Homme el ignorar los eventos privados era reforzar el dualismo mente-cuerpo, tan rechazado por los conductistas. En esta línea (1966), incluyó a las conductas cubiertas en el paradigma del condicionamiento, inventó la sensibilización encubierta, que consistía en instruir al sujeto para que se imaginara involucrándose en la conducta problema y experimentando sentimientos desagradables, como náuseas, dolor o desaprobación social. Los pensamientos, las imágenes, los recuerdos y las sensaciones se describían como estímulos cubiertos, respuestas cubiertas y consecuencias cubiertas. Se extiende así la lógica del paradigma a los eventos cubiertos sobre la base de que ambos eventos cubiertos y abiertos, responden a las mismas leyes y procesos del aprendizaje. Sin embargo, dadas las consecuencias lógicas de la extensión del paradigma operante a las conductas cubiertas y dada su insuficiencia explicativa, se han venido adoptando distintos modelos, básicamente de dos tipos, los modelos teóricos alternativos como el modelo mediacional de Mahoney y el modelo del aprendizaje social de Bandura y los modelos de intervención terapéutica como el modelo de Michembraum, el de Beck y el de Ellis, principalmente. Modelos que se mencionarán a continuación:

Los modelos de procesamiento de información como explicaciones del aprendizaje provienen en su mayoría de la ingeniería y representan un esfuerzo por sintetizar experimentalmente las conductas humanas complejas. En la década de los 50's algunos psicólogos construyeron robots que aparentemente aplicaban diferentes principios conductuales, por ejemplo el homeostato de

Sabih (1952), y la máquina del aprendizaje de Hoffman (1962). Ellos perseguían el objetivo de simular los procesos mentales superiores. Como su nombre lo indica los modelos de procesamiento de información enfatizan la adquisición almacenamiento y utilización de la información, entendida ésta como los estímulos, datos, instrucciones etc., que constituyen la entrada (input) o que son introducidos a la computadora; después, la computadora saca un resultado particular final (output). Entre la entrada y la salida, se describe a la computadora ejecutando una serie de manipulaciones ordenadas según los datos de entrada. Estas manipulaciones pueden consistir en la alteración o transformación de la masa de datos, en calcular algo acerca de ellos, compararlos con alguna otra cosa, utilizar el resultado de la búsqueda para algo previamente almacenado en la memoria de la computadora, evaluar lo que se encuentra en etapas intermedias, tomar decisiones al respecto etc. Cada una de estas manipulaciones puede requerir una serie corta de instrucciones adjuntas al programa de la computadora; estas instrucciones se llaman subrutinas, aquí la subrutina es la representación de un mecanismo de procesamiento de información. (Hilgard y Broker, op.cit).

Estos modelos conciben al ser humano como un procesador de la experiencia más que como un compuesto vacío de enlaces estímulo-respuesta, que no responde a un mundo real sino a la percepción que se tiene de él. Se basan en la noción de procesamiento de información, reconociendo tres procesos básicos, la adquisición, el almacenamiento y la utilización de la información, lo cual tiene dos implicaciones importantes, el reconocimiento de que el uso de la información es básico para el aprendizaje y de que existen procesos activos en él. Siendo un modelo mediacional, lo que postula es que las respuestas del organismo a su medio se ven influidas por su propio procesamiento de la información es decir, el modelo en que el organismo media la estimulación.

La metáfora cibernética consiste en que el sistema nervioso, autónomo, central y somático, constituyen el hardware de la computadora humana y que el software se compone de un juego de programas que controlan el almacenamiento y transferencia de la información, Los fenómenos mas estudiados desde estas perspectivas son, la atención, percepción, memoria, lenguaje, motivación, toma de decisiones y solución de problemas.

Modelo de aprendizaje social.

De manera paralela a los modelos de procesamiento de información, se han desarrollado los modelos de aprendizaje social. Murria y Jacobson, (Garfield y Bering, 1971) consideran que ambos sistemas han respondido a las necesidades de los psicólogos aplicados de entender el aprendizaje que tiene lugar en situaciones sociales reales tales modelos son:

- a) La teoría del aprendizaje social de Miller y Dollard (1941), quienes extendieron los principios del aprendizaje al estudio del lenguaje y razonamiento, aprendizaje imitativo y las influencias culturales en el aprendizaje.
- b) La teoría del aprendizaje de Rotter (1954), quien enfatizaba el concepto de reforzamiento en el contexto de incentivo y el de expectancia, definía a la conducta en un sentido muy amplio de manera que se pudieran incluir las actividades cognitivas como el planear, reclasificar, racionalizar y reprimir.

Una de las teorías del aprendizaje social que más ha impactado actualmente el trabajo de los psicólogos conductuales es la propuesta por Bandura (1969).

Este modelo, no concibe a las personas como movidas por fuerzas internas ni controladas por estímulos externos, más bien el comportamiento humano se explica en términos de un modelo triádico de mutua reciprocidad en donde la conducta, los factores personales, cognitivos y los

eventos medioambientales, operan como determinantes interactivos de todos y cada uno de los elementos.

La naturaleza de las personas se define dentro de ésta perspectiva en términos de un número básico de capacidades: la capacidad para simbolizar, para prever, la capacidad vicaria, la autoreflexiva y la autorregulatoria; de ésta propuesta surge la propuesta metodológica denominada modelo de autoeficacia. Definiendo a la eficacia como "una capacidad generativa en donde un conjunto de habilidades cognitivas, sociales y conductuales se organizan en cursos integrados de acción que sirven para múltiples propósitos. (Bandura, 1971). La eficacia como logro, requiere no solo de poseer ciertas habilidades sino, además, de la creencia de que se ejecutarán correctamente. Este elemento de eficacia percibida es central para la consideración de los problemas clínicos desde el punto de vista de Bandura.

Modelo del aprendizaje cognitivo de M. Mahoney

Según Mahoney, el hombre es un organismo muy complejo con una capacidad de adaptación; es un elemento activo en su propio desarrollo, un organismo al mismo tiempo controlado y controlador, producto y productor de fuerzas medioambientales. El explica que el aprendizaje es inducido por la experiencia de relaciones sistemáticas en tiempo y espacio; tales experiencias son selectivamente filtradas, transformadas, categorizadas y almacenadas. Afirma que el comportamiento varía de acuerdo a factores atentivos (preceptuales), procesos relacionales, repertorios de conducta y retroalimentación.

Del mismo modo que Bandura, Mahoney asume que el organismo es prácticamente bombardeado por el medio, no responde a todos y cada uno de los estímulos que se le presentan sino que, a través de una intrincada interacción entre el sistema receptor y la historia propia de aprendizaje, se adquiere la habilidad de imponer un "filtro perceptual". Explica que los procesos atentivos pueden contribuir al establecimiento de patrones maladaptativos que llevan a una disfunción en la ejecución.

Los procesos mediacionales de acuerdo a Mahoney, dan lugar a "productos simbólicos" a los que denomina contingencias cognitivas (Mahoney, 1974) y son las representaciones de las regularidades y relaciones que constituyen el mundo vivido; dado que los humanos somos procesadores de información limitados, nos vemos forzados a imponer regularidades a nuestra experiencia, estas regularidades se convierten en las reglas o planes en los que organizamos las combinaciones estímulo-respuesta-consecuencia y que facilitan el aprendizaje. Sin embargo, en muchas ocasiones las regularidades percibidas discrepan de las regularidades reales, llevando a patrones disfuncionales de comportamiento.

Mahoney explica que los procesos atentivos y relacionales adecuados aseguran patrones de conducta adaptativos, es necesario que el sujeto sea capaz de exhibir la respuesta adecuada en una situación dada. Un repertorio de respuestas deficiente puede ser resultado de limitaciones físicas, aprendizaje insuficiente, memoria pobre o uso de la respuesta inadecuada. Finalmente, Mahoney considera que aunque el papel de las consecuencias ha sido a menudo sobreestimado, el análisis del comportamiento humano no estaría completo sin la inclusión de los factores motivacionales; distingue tres tipos de consecuencias, las externas, las vicarias y las autogeneradas y afirma que las consecuencias pasadas afectan a la conducta futura a través de un mecanismo neuroquímico llamado "anticipación".

En el año de 1956, el Dr. Albert Ellis, inicia una nueva corriente en psicoterapia que hoy se conoce con el nombre de Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC).

Ellis, plantea que en el funcionamiento humano existen tres aspectos psicológicos principales que son los pensamientos, sentimientos y conductas; estos tres aspectos están interrelacionados, de modo que los cambios en uno producen cambios en el otro. Si las personas cambian el modo en que piensan acerca de las cosas, el mundo o sí mismos, sentirán de modo diferente y se comportarán de diferente manera. A estos tres Principios les llamó: el ABC ⁽¹¹⁾ de la Terapia Racional Emotiva donde:

"A" (activadores) Representan personas y eventos específicos que al enfrentarlos en el quehacer diario pueden hacer reaccionar a quien los vive de manera inadecuada.

Hay dos clases de activadores:

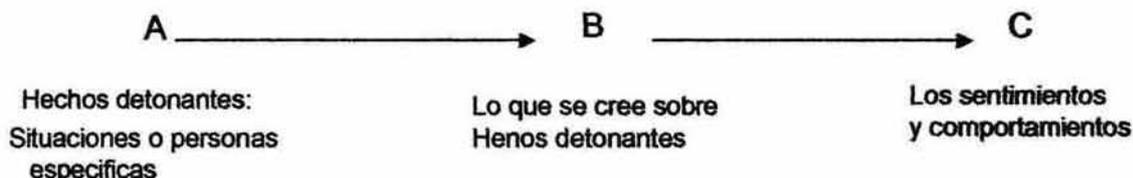
Los primeros algunas veces son eventos fortuitos como catástrofes, hambrunas, pestes o plagas; que cuando las personas las enfrentan saben como reaccionar, La gente demuestra una gran capacidad para enfrentarse a este tipo de situaciones muy traumáticas logrando superarlas, rehaciendo sus vidas y sus comunidades.

La segunda clase de activadores son los que la persona permite que le afecten. Estas son rencillas diarias, frustraciones, preocupaciones, decisiones etc. Ninguna es en sí misma gran cosa, pero en conjunto terminan afectando.

Los "B" (pensamientos). La manera en que pensamos, en respuesta a una situación o persona específica, determinará en gran parte nuestra reacción emocional y nuestro comportamiento (punto c), si dejamos que A influya en nosotros.

Los "C" (comportamientos), en el modelo ABC, representan dos cosas: los sentimientos y comportamientos en una situación específica que ocurre en el punto A. El primer punto de este modelo radica en que los sentimientos son la causa principal del comportamiento. Así, el cómo se siente y la intensidad de esos sentimientos, influyen en gran medida en el comportamiento en una situación determinada.

Dicho modelo se ejemplifica en la siguiente figura:



Por ejemplo, si después de un fracaso en una tarea, se piensa "soy un inútil que no hace nada bien; no vale la pena ni intentarlo", los pensamientos y conducta serán muy diferentes que si se piensa: "bueno he fracasado en esto, pero eso no me convierte en un inútil, sólo en un ser humano que comete errores, como todos los demás; veré lo que puedo hacer para remediarlo". En el primer caso no es de extrañar que aparezcan sentimientos de depresión y que el comportamiento sea de

abandono, mientras que en el segundo caso, se puede sentir molesto o preocupado, pero estas emociones no serán lo bastante intensas e incapacitantes como para impedir solucionar el problema, seguir adelante y aprender cómo hacer las cosas mejor la próxima vez. (11)

Así, la terapia racional emotiva trata, por lo tanto, con las causas de las emociones humanas; contando con seis principios para su aplicación, los que se mencionan brevemente a continuación:

1. El pensamiento es el principal determinante de las emociones humanas. Los acontecimientos o las demás personas, aunque pueden contribuir, no nos hacen sentir mal o bien, sino que lo hacemos nosotros mismos en función de cómo interpretamos los acontecimientos y las cosas que pasen por nuestra mente.
2. El pensamiento disfuncional es la principal causa de malestar emocional.
3. Debido a que sentimos en función de lo que pensamos, para acabar con un problema emocional, tenemos que empezar haciendo un análisis de nuestros pensamientos. Si la psicopatología es el producto del pensamiento irracional, lo mejor que podemos hacer es cambiar ese pensamiento. De hecho es lo único que podemos cambiar, ya que no podemos cambiar directamente las emociones ni dejar de sentirnos mal solo porque lo deseamos.
4. Múltiples factores, tanto genéticos como las influencias ambientales (educación, etc) se encuentran en el origen del pensamiento irracional y la psicopatología. De hecho los seres humanos, parecemos tener una tendencia natural hacia el pensamiento irracional y la cultura en que vivimos moldea el contenido específico de esas creencias.
5. A pesar de la existencia de influencias pasadas en la psicopatología, la terapia racional emotiva enfatiza las influencias presentes, ya que son las responsables de que el malestar haya continuado a través del tiempo, a pesar de que las influencias pasadas hayan dejado de existir. La causa principal del malestar emocional no tiene que ver con el modo en que fueron adquiridas esas creencias sino con el hecho de seguir manteniendo dichas creencias irracionales en el presente. Así, si una persona evalúa su modo de pensar y lo cambia en el presente, su funcionamiento y sentimientos serán muy diferentes. Es decir, no hace falta ir al origen ni descubrir qué sucedió en el pasado, pues podemos trabajar directamente en el momento presente.
6. Aunque las creencias se puedan cambiar, ese cambio no va a suceder necesariamente con facilidad. Las creencias irracionales se cambian mediante un esfuerzo activo y persistente para reconocerlas, retarlas y modificarlas, lo cual constituye la tarea de la terapia racional emotiva.

Tipos de creencias irracionales:

1. **Exigencias.** Reflejan un pensamiento absolutista, basado en exigencias en vez de preferencias, en necesidades en vez de deseos
2. **Catastrofismo:** Consiste en exagerar las consecuencias negativas de una situación hasta el extremo de considerarlo terrible
3. **Baja tolerancia a la frustración:** Consiste en una incapacidad para soportar la incomodidad, el malestar, el sufrimiento o la demora en la consecución de nuestros objetivos, cuando la realidad nos muestra una y otra vez que estas cosas sucederán en nuestra vida inevitablemente.

4. Evaluaciones globales de la vida humana: Implica pensar que los seres humanos pueden ser valorados y que unos valen más que otros, en vez de valorar solamente su comportamiento o acciones. Viendo las cosas así, es fácil concluir "soy un fracaso y un idiota porque he fracasado en esto".

Cuando mantenemos una creencia irracional, tendemos a malinterpretar la realidad de modo que confirme esa creencia. Aunadas a dichas creencias surgen las emociones positivas adecuadas e inadecuadas, y emociones negativas adecuadas e inadecuadas, las cuales mencionaremos brevemente.

Las emociones negativas adecuadas e inadecuadas.

Las emociones negativas inadecuadas se definen como aquellas que hacen que las condiciones adversas y las frustraciones empeoren e impiden resolver el problema o la causa del malestar. Entre ellas se encuentran la ansiedad, depresión, ira, culpa vergüenza y dolor emocional etc. Como hemos visto son causadas por creencias irracionales.

Las emociones negativas adecuadas son aquellas que tienden a darse cuando los deseos y preferencias humanas se ven bloqueados por frustrados, y ayudan a las personas a minimizar o eliminar el problema. Es decir, nos ponen en marcha para solucionarlo. Entre ellas se encuentran la preocupación, la tristeza, el enfado, el remordimiento, el pudor y la decepción.

La terapia racional emotiva ayuda de esta manera a las personas a sustituir sus emociones negativas inadecuadas por emociones negativas adecuadas, de modo que, ante una situación conflictiva, en vez de sentir una ansiedad paralizante, por ejemplo, pueda sentir solamente una preocupación que le lleve a resolver el problema.

Las emociones positivas adecuadas e inadecuadas.

Los sentimientos positivos también pueden ser inadecuados. Por ejemplo, el sentimiento de grandeza o superioridad es una emoción positiva porque hace que una persona se sienta bien. Sin embargo, se basa en una percepción irreal de uno mismo y a la larga provocará problemas en las relaciones con los demás y rechazo.

Las emociones positivas adecuadas son el resultado de la satisfacción de los deseos, metas e ideales humanos. Incluyen el amor, el placer, la curiosidad, la felicidad.

En síntesis, la terapia consiste en reemplazar esas creencias inapropiadas por creencias apropiadas y racionales. El método principal para hacer esto se llama refutación o debate y es, básicamente, una adaptación del método científico a la vida cotidiana. Es decir, si nuestros pensamientos son los responsables de nuestras emociones negativas inadecuadas, podemos sentirnos mejor si aprendemos a pensar por medio de un procedimiento científico según el cual dichas creencias son consideradas hipótesis cuya validez o invalidez habrá de determinar antes de ser aceptadas o rechazadas. Los pasos a seguir son los siguientes:

1. *Descubrir las creencias que están en la base del problema y ver claramente que son ilógicas, no realistas y que causan malestar.*
2. *Aprender a debatir esas creencias y demostrarse a sí mismo cómo y por qué no están claras.*
3. *Discriminar las creencias irracionales de las racionales, mostrando cómo estas*

últimas conducen a mejores resultados. Cambiar las creencias irracionales por creencias racionales.

Además de la discusión pueden utilizarse otras técnicas de pensamiento que ayuden a cambiar los modos inapropiados de interpretar la realidad. A veces, también puede ser necesario enseñar técnicas para afrontar el estrés, entrenamiento en resolución de problemas, técnicas de comunicación, etc.

Ejemplo: Un paciente se da cuenta de que la gente se ríe y se siente ansioso, deprimido y empieza a alejarse de ellos. Entre sus pensamientos se encontraron los siguientes: "Esta gente se está riendo de mí, en cuyo caso soy un tonto". "Si se están riendo de mí es terrible. Hablarán mal de mí y perderé a todos mis amigos". Ante las primeras de estas creencias se preguntó "¿Dónde está la evidencia de que se estén riendo de mí? Y si lo están haciendo, ¿Por qué eso me convierte en un tonto?" (Discusión). Después de la discusión logró cambiarla por la siguiente creencia racional: "No hay ninguna evidencia de que se estén riendo de mí. Pueden estar riéndose de otras muchas cosas e incluso si estoy actuando tontamente eso no me convierte en tonto". Esto hizo que se sintiese mejor y disminuyeran su ansiedad y depresión. Con el tiempo y la práctica estos pensamientos más realistas acaban apareciendo automáticamente y sustituyendo a los anteriores.

La duración de la terapia, depende de cada persona y del tipo y cantidad de problema de que se trate, la terapia puede durar desde unas pocas sesiones hasta varios meses. Así mismo, cuanto más motivada esté una persona y más ganas tenga de trabajar por superar sus problemas, mayores serán las probabilidades de éxito.

4.1.3. ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL

Esta terapia se basa en una tradición previa que parte de la filosofía griega. Epicteto, filósofo griego estoico, defendía que "las personas no se afectan por los acontecimientos, sino por la opinión que se hace de éstos". Los filósofos estoicos (350 a.C. al 180 a.C) se interesaban en manejar los estados emocionales extremos, que ellos llamaban "pasiones" de cara a llevar una vida más adecuada y libre de trastornos. En esta tradición destacaron los filósofos de la Roma clásica como Marco Aurelio, Séneca y Cicerón. También la religión fundada por Buda (556 a.C) se basaba en el dominio del sufrimiento personal mediante el manejo de las pasiones.

La tradición es continuada ya en el siglo XX por el psicólogo alemán Lungwitz, psicoanalista, que crea en 1926 un tipo de psicoterapia muy similar a la terapia cognitiva, modificando el método psicoanalítico freudiano. Es Alfred Adler (1897-1937) quién verdaderamente crea un método de terapia cognitiva estructurado (aunque no exactamente similar a la teoría actual) basado en que los trastornos psicológicos son un problema que responde a una alteración de las formas en que las personas buscan sus metas o propósitos en la vida. Pero va a ser otro psicólogo quien más difundía un método de terapia cognitiva entre los profesionales de la salud mental: Albert Ellis y su terapia racional emotiva mencionada anteriormente. Algunos años después, en 1962, el Dr. Aaron T Beck, inicia una nueva propuesta en psicoterapia que denomina Terapia Cognitiva (TC) y que muy pronto adquiriría gran prestigio por su eficacia para afrontar la depresión. Ambas corrientes, junto con otras

nuevas orientaciones integradoras, conductuales, están comprendidas en lo que hoy podríamos denominar la "corriente cognitiva conductual" en psicoterapia, que adoptan el modelo de la psicología cognitiva.

4.1.4

MODELO COGNITIVO

El paradigma de la psicología cognitiva consiste en el principio de la mediación cognitiva de los trastornos psicológicos, que defiende que la organización de la experiencia de las personas en términos de significado afecta a sus sentimientos y a su conducta (Beck, 1967,1976). Esto es; la reacción (o respuesta emotiva o conductual) ante una situación (o estímulo) está mediada por el proceso de significación (o evaluación) en relación a los objetivos (metas, deseos) de cada persona. (12)

Este modelo parte de la existencia de una estrecha relación entre el ambiente, la cognición, el afecto, la conducta, y la biología. Se destaca fundamentalmente los procesos de pensamiento como factores que intervienen en los trastornos psicológicos. Sin embargo los componentes cognitivos (pensamientos, imágenes, creencias), se consideran esenciales para entender dichos trastornos, y la terapia cognitiva dedica la mayor parte de su esfuerzo en producir cambios en este nivel., sin dejar de lado los otros componentes como son, métodos de manejo afectivo, modificación de conducta. Lo importante es que todos esos componentes se organizan mentalmente en torno a determinadas estructuras de significados subjetivos que organizan la experiencia de las personas. Aunque todos los componentes de los trastornos son importantes, lo más relevante es la cuestión del significado.

El significado hace que las personas relacionen sus estados anímicos con sus conductas y sus pensamientos. Con el termino "significado" nos referimos al sentido que tienen los acontecimientos de la vida de una persona. Estos significados dan el sentido que tiene para cada uno de nosotros nuestra propia vida actual, los recuerdos, lo que esperamos del futuro y el como nos consideramos a nosotros mismos.

Como definición de terapia cognitiva tenemos que: ***"es un sistema de terapia basado en una teoría de la psicopatología que mantiene que la percepción y la estructura de las experiencias del individuo determinan sus sentimientos y conducta"*** Beck (1967,1976). (12)

El modelo cognitivo mantiene que los trastornos psicológicos provienen con frecuencia de maneras erróneas de pensar concretas y habituales. Esas maneras erróneas reciben el nombre de **Distorsiones cognitivas**. Las distorsiones cognitivas derivan a su vez de creencias personales o significados subjetivos a menudo aprendidos en la etapa infantil del desarrollo, que por lo general actúan a nivel "Inconsciente" sin que la persona se percate de su papel. Esos significados personales reciben el nombre de esquemas cognitivos o supuestos personales; éstos son la forma en que la persona da sentido y significado a su existencia pasada, actual y por ocurrir en el futuro. Estos supuestos personales permanecen "inactivos o dormidos" a lo largo del tiempo en la memoria y ante determinadas situaciones desencadenantes, que pueden ser: una enfermedad física, un acontecimiento en la vida personal; se "activan o despiertan" y actúan a través de situaciones concretas produciendo a menudo determinados errores del pensamiento (distorsiones cognitivas) que a su vez se relacionan recíprocamente con determinados estados emocionales y conductas. Las

distorsiones cognitivas se expresan a través de las cogniciones de las personas (pensamientos, imágenes) que aparecen en situaciones donde una intensa alteración emocional (p.e. ansiedad, rabia o depresión) y trastornos de la conducta (p.e. conducta de escape, problemas de relación de pareja o problemas con la alimentación). A esas condiciones se les **denomina pensamientos automáticos**.

Pensamientos automáticos y distorsiones cognitivas.

Los pensamientos automáticos son nuestra charla interna o autodiálogo interno, a nivel mental, expresados como pensamientos o imágenes y que se relacionan con estados emocionales intensos (como ansiedad, depresión; ira o euforia). A menudo forman "versiones" subjetivas de las cosas que nos ocurren, que suelen ser bastante erróneas, en el sentido de dar una falsa imagen o interpretación de las cosas y los hechos, por lo que se le dice que están basados en "distorsiones cognitivas". Estos pensamientos se diferencian de la forma de reflexionar y analizar los problemas que tenemos las personas en estados anímicos de mayor calma o sosiego, nuestros "pensamientos racionales", que intentan adaptarse a los problemas y analizarlos para intentar resolverlos. Al contrario de los "pensamientos racionales", los pensamientos automáticos se caracterizan por (12):

A Son charla interna referida a temas muy concretos: Una persona que teme ser rechazada por otros se dice a sí misma: "La gente me mira y me ve estúpido". Otra persona con temor a los gérmenes se repetía: "Tengo que tirar esta conserva, seguro que está contaminado". Una tercera persona mientras estaba con su pareja se decía: "Seguro que nuestro noviazgo termina mal".

B Aparecen como mensajes recortados en forma de "palabras claves": Un Estudiante deprimido recordaba vivamente el día en que reprobó varias asignaturas y le pasaba por su cabeza rápidamente pensamientos como: "Todo me sale mal"... "fracasado..".

C Los pensamientos automáticos son involuntarios: entran de manera automática en la mente. No son pensamientos reflexivos ni producto del análisis o razonamiento de una persona sobre un problema. Al contrario son "reacciones espontáneas" ante determinadas situaciones donde aparecen fuertes sentimientos.

D Con frecuencia se expresan en forma de palabras como "debería de, tendría que..". Aparecen a menudo como obligaciones que nos imponemos a nosotros o a los demás en forma de exigencias intolerantes. Un atleta en un entrenamiento entró un segundo por debajo de su marca, y rápidamente pensó: "no debería haber tenido ese fallo", apretando sus puños y mandíbula y sintiéndose irritado consigo mismo.

E Tienden a dramatizar o "exagerar las cosas". A menudo hacen que la persona adelante lo peor para ella. Una persona se dispone a viajar y piensa ansiosamente "Y si ocurre un accidente"

F Hacen que cada persona adopte una forma o cristal por donde interpreta los acontecimientos de forma rígida. Las cosas son según el prisma por donde se miran. Así ante un mismo acontecimiento cada persona lo interpreta a su manera creyendo "tener razón", sin atender a otros datos o valoraciones distintas.

G Los pensamientos automáticos son difíciles de controlar: Al no ser pensamientos racionales ni reflexivos, no se suelen comprobar con la realidad, y la persona que lo tiene suele creer fácilmente.

H Son aprendidos: Son el reflejo momentáneo de actitudes y creencias que han sido aprendidas en la infancia o adolescencia, provenientes de la familia, la escuela y otras influencias sociales. Como en esos períodos aún no se ha desarrollado demasiado la capacidad racional de análisis de las personas, son asimilados con mayor facilidad y almacenados en la memoria humana "esperando" a ser disparados por situaciones con carga emocional.

Como los pensamientos automáticos producen errores del pensamiento, prismas recortados y desviados de los acontecimientos que ocurren, que suelen ser habituales y repetitivos, pueden ser agrupados en las llamadas distorsiones cognitivas en función de los errores que cometen: La siguiente tabla recoge las principales distorsiones cognitivas:

1. **Filtraje o abstracción selectiva:** Consiste en seleccionar en forma de "visión de túnel" un solo aspecto de una situación, aspecto que tiñe toda la interpretación de la situación y no se percata de otros que lo contradicen. Una persona se encuentra con un amigo y hablan de muchos temas agradables, sin embargo discuten de política, y al marcharse a casa se siente irritado pensando en las críticas de aquel hacia sus ideas políticas, olvidando los otros temas agradables compartidos. Se filtra lo negativo, olvidándose lo positivo. Palabras claves para detectar esta distorsión son: "no puedo soportar esto", "No aguanto que", "Es horrible", "Es insoportable".
2. **Pensamiento Polarizado:** consiste en valorar los acontecimientos en forma extrema sin tener en cuenta los aspectos intermedios. Las cosas se valoran por buenas o malas, blancas o negras, olvidando los intermedios. Por ejemplo un chico que recibe un no, al invitar a una chica piensa: "Solamente me pasan cosas malas". Otra persona que no encuentra trabajo piensa: "Soy un incompetente e inútil". Palabras claves para detectar esta distorsión son todas aquellas que extreman las valoraciones olvidando los grados intermedios y matrices. Ejemplo: "Fracasado", "Cobarde", "Inútil". etc.
3. **Sobregeneralización:** Esta distorsión del pensamiento consiste en sacar una conclusión general de un solo hecho particular sin base suficiente. Por ejemplo una persona busca trabajo y no lo encuentra y concluye: "Nunca conseguiré un empleo". Otra persona que se siente triste y piensa: "Siempre estaré así". Palabras claves que indican que una persona esta sobregeneralizando son: "Todo, Nadie, Nunca, Siempre, Todos, Ninguno".
4. **Interpretación del pensamiento:** Se refiere a la tendencia a interpretar sin base alguna los sentimientos e intenciones de los demás. A veces, estas interpretaciones se basan en un mecanismo llamado proyectivo que consiste en asignar a los demás los propios sentimientos y motivaciones, como si los demás fueran similares a uno mismo. Por ejemplo, una persona nota como la miran unos extraños y piensa: "Se que piensan mal de mí". Otra persona esta esperando a otra en una cita y esta tarda cinco minutos y sin mediar prueba alguna, se le viene a la cabeza: "se que me está mintiendo y engañando". Palabras claves de esta distorsión son: "Eso es porque", "Eso se debe a", "Se que eso es por".
5. **Visión catastrófica:** Consiste en adelantar acontecimientos de modo catastrófico para los intereses personales, en ponerse sin prueba alguna en lo peor para uno mismo. Por ejemplo una persona esta viendo la estadística de accidentes de tráfico por la televisión y le pasa por la cabeza: "Y si me ocurriera a mí". La palabra clave que suele indicar esta distorsión suele ser: "Y si me ocurre a mí...tal cosa".
6. **Personalización:** Consiste en el hábito de relacionar, sin base suficiente, los hechos del entorno con uno mismo. Por ejemplo: En el trabajo una persona tenía la impresión de que cada vez que el encargado hablaba de que había que mejorar la calidad del trabajo se referían exclusivamente a él. Esta persona pensaba: "Se que lo dice por mí", Un tipo de personalización consiste en el hábito de compararse con otras personas de manera frecuente: "Soy menos sociable que José", "A él le hacen caso pero no a mí". Palabras claves son: "Lo dicen por mí", "Hago esto mejor (o peor) que tal".
7. **Falacia de control:** Consiste en cómo la persona se ve a sí misma de manera extrema sobre el grado de control que tiene sobre los acontecimientos de su vida. O bien que se suele creer muy competente y responsable de todo lo que ocurre a su alrededor, o bien en el otro extremo se ve

impotente y sin que tenga ningún control sobre los acontecimientos de su vida. Ejemplo "Si otras personas cambian de actitud no me sentiría bien", "Yo soy el responsable del sufrimiento de las otras personas que me rodean" palabras claves son: "No puedo hacer nada por..., solo me sentiré bien si tal persona cambia tal", "Yo soy el responsable de todo".

8. **Falacia de la justicia.** Consiste en la costumbre de valorar como injusto todo aquello que no coincide con nuestros deseos. Una persona suspende un examen y sin evidencia piensa: "Es injusto que me hayan suspendido". Otra persona piensa sobre su pareja: "Si de verdad me apreciara no me diría eso". Palabras claves son: "No hay derecho a", "Es injusto que", "Si de verdad tal, entonces... Cual".

9. **Razonamiento emocional:** consiste en creer que lo que la persona siente emocionalmente es cierto necesariamente. Si una persona se siente irritado es porque alguien ha hecho algo para alterarle, si se siente ansioso es que hay un peligro real, etc. Las emociones sentidas se toman como un hecho objetivo y no como derivadas de la interpretación personal de los hechos. Las palabras claves en estos casos son: "Si me siento así... es porque soy / o a ocurrido".

10. **Falacia de cambio:** Consiste en creer que el bienestar de uno mismo depende de manera exclusiva de los actos de los demás. La persona suele creer que para cubrir sus necesidades son los otros quienes han de cambiar primero su conducta, ya que creen que dependen solo de aquellos. Por ejemplo un hombre piensa: "La relación de mi matrimonio solo mejora si cambia mi mujer". Las palabras claves son: Si tal cambia tal cosa, entonces yo podría tal cosa".

11. **Etiquetas globales:** Consiste en poner un nombre general o etiqueta globalizadora a nosotros mismos o a los demás casi siempre resignándolos con el verbo "Ser". Cuando etiquetamos globalizamos de manera general todos los aspectos de una persona o acontecimiento bajo el prisma de ser, reduciéndolo a un solo elemento. Esto produce una visión del mundo y de las personas estereotipadas e inflexibles. Por ejemplo una persona piensa de los negros: "Los negros son unos holgazanes". "Un paciente idealiza a su terapeuta: "Es una persona estupenda". Por ejemplo: Un hombre cada vez que tenía ciertas dificultades para hablar con una mujer que le agradaba, se decía, "Soy tímido, por eso me pasa esto". Las palabras claves son: "soy un", "Es un", "Son unos".

12. **Culpabilidad:** Consiste en atribuir la responsabilidad de los acontecimientos bien totalmente a uno mismo, bien a otros, sin base suficiente y sin tener en cuenta otros factores que contribuyen a los acontecimientos. Por ejemplo una madre cada vez que sus hijos lloraban tendía a irritarse con ellos y consigo misma culpándose de no saberlos educar mejor. Otra característica de la culpa es que a menudo no lleva a la persona a cambiar de conducta sino solo a darle vueltas a los malos aspectos. En este caso las palabras claves aparecen en torno a: "Mi culpa", "Su culpa", "Culpa de".

13. **Los deberías:** Consiste en el hábito de mantener reglas rígidas y exigentes sobre como tienen que suceder las cosas. Cualquier desviación de esas reglas o normas se considera intolerable o insoportable y conlleva a una alteración emocional extrema. Algunos psicólogos han considerado que esta distorsión está en la base de la mayoría de los trastornos emocionales. Ejemplos de este caso son: un médico se irritaba constantemente con los pacientes que no seguían sus prescripciones y pensaba: "Deberían de hacerme caso", eso impedía que revisara sus actuaciones o explorara los factores que podían interferir en el seguimiento de sus indicaciones. Las palabras claves son: "Debería de", "No debería de", "Tengo que", "No tengo que", "tiene que", Albert Ellis, llama a este hábito "Creencias irracionales" y las contrapone a las "creencias racionales", caracterizadas por lo que la persona desea o prefiere respecto a sus objetivos o metas. Afirma que los deberías producen emociones extremas y trastornos y los deseos personales derivados de las creencias racionales pueden producir malestar cuando se consiguen, pero no de manera extrema como las exigencias de los "deberías", que además nos aleja de conseguir nuestros objetivos al marcarnos solo un camino rígido.

14. **Tener razón:** Consiste en la tendencia a probar de manera frecuente, ante un desacuerdo con otra persona, que el punto de vista de uno es el correcto y cierto. No importa los argumentos del otro, simplemente se ignoran y no se escuchan: Una pareja discutía frecuentemente por la manera de educar a los hijos, cada uno se decía: "Yo tengo razón, el está equivocado" y se enredaban en continuas discusiones con gran irritación de ambos. No llegaban a ningún acuerdo solo era una lucha de poder, de sobresalir con razón particular. Las palabras claves que denotan esta discusión son: "Yo tengo la razón", "Se que estoy en lo cierto el está equivocado".

15. **Falacia de la recompensa divina:** Consiste en la tendencia a no buscar solución a problemas y dificultades actuales suponiendo que la situación mejorará "mágicamente" en el futuro, o uno tendrá una recompensa en el futuro si la deja tal cual. El efecto suele ser el acumular un gran malestar innecesario, el resentimiento y el no buscar soluciones que podrían ser factibles en la actualidad. Una mujer toleraba que su marido llegara bebido a altas horas y gritara. Ella se decía: "Si aguanto el día de mañana se dará cuenta de lo que hago por el", Sin embargo iba acumulando gran ira y respondía de manera indirecta a su malestar cuando su pareja le solicitaba relación íntima y ella se oponía por "estar cansada y con dolor de cabeza". En este caso las palabras claves que indican la distorsión son: "El día de mañana tendré mi recompensa", "Las cosas mejoraran en un futuro".

Otro elemento importante en este modelo, son los esquemas cognitivos o supuestos personales.

Dichos esquemas se definen como construcciones subjetivas de la experiencia personal en forma de significados o supuestos personales que guían a nuestra conducta y emociones de manera "inconsciente". Son representaciones mentales de nuestra experiencia en la vida, pero no meras copias de lo que nos ha sucedido sino nuestra experiencia organizada con sentido personal.

El esquema cognitivo se define como: La forma de pensar con la que enfoca y experimenta la vida cada persona. En el lenguaje popular: "La manera en que nos tomamos las cosas". En el lenguaje psicológico: "La organización de nuestra experiencia en forma de significados personales, que guían nuestra conducta, emociones, deseos y metas personales".

Estos esquemas cognitivos están, en cierto modo, localizados en nuestro cerebro en los circuitos de la memoria, son el resultado del desarrollo biológico y las experiencias de aprendizaje de cada persona y están constituidos por los significados que tiene cada persona respecto al mundo y a sí mismo. De hecho, cuando hablamos de "mente humana" nos referimos al funcionamiento de estos esquemas en forma de fenómenos como "conocimiento", "memoria", "deseos", "sentimientos", "conducta", etc.

Desde esta perspectiva se considera que los trastornos psicológicos son el resultado de alteraciones en la organización o funcionamiento de los significados personales, y la labor de la psicoterapia es la de desarrollar significados alternativos que generen mayor bienestar.

En el desarrollo de una persona los primeros esquemas cognitivos creados son los esquemas tempranos nucleares (algunos psicólogos le llaman también modelos creativos o guiones). Se refieren a escenas cargadas de afecto. El niño antes de desarrollar el lenguaje (desde el nacimiento hasta los 3-4 años aproximadamente) a partir de su experiencia de vinculación afectiva con las figuras parentales, se construye mentalmente su experiencia en forma de imágenes o escenas sobre acontecimientos repetitivos (relaciones con sus padres, sí mismo y su entorno). Esta organización mental de escenas-nucleares o centrales van a construir la "base de su personalidad" en el sentido de que la influencia posterior de dichas experiencias de su vida van a estar matizadas por estas experiencias primarias. Estas se relacionan como hemos dicho con la vinculación afectiva

hacia los padres sobre todo con la madre. A esta vinculación afectiva se le ha denominado **apego** (Bowlby, 1969, 1973). El apego abarca no solo los primeros años de la vida infantil, sino toda la vida, pero es en los primeros años de vida cuando va a dejar su más marcada influencia.

La teoría del apego defiende que las personas tienen una disposición innata al vínculo afectivo con otros seres humanos: buscar la proximidad hacia adultos específicos que proporcionan protección contra los peligros. La calidad de esta experiencia de apego afectivo y sus alteraciones van a ser "guardadas" por la persona en su memoria de acontecimientos vividos (llamada memoria episódica) de manera "inconsciente". Estos acontecimientos vividos personalmente en esas experiencias formarán los esquemas cognitivos tempranos que van a influir en:

1. La valoración de las otras personas que vaya conociendo
2. El grado de confianza y aceptación de sí mismo
3. La manera de explicar y atribuir erróneamente o no los acontecimientos a determinadas causas (por ejemplo: sentir ira y vivirla como angustia atribuida a temor a que pase algo)
4. El equilibrio personal entre la capacidad para explorar nuevas experiencias y buscar seguridad en otros.

Veamos brevemente como la alteración del apego temprano puede producir el trastorno psicológico: Ciertas actitudes y estilos de comunicación de los padres hacen que el niño deje de ser consciente de ciertos acontecimientos que él ha observado (p.e abuso de alcohol y drogas por parte de uno de los padres), los padres le insisten al niño que olvide lo sucedido y le presionan para que tome de manera menos negativa lo sucedido. Esto hará que el niño "reprima u olvide" lo sucedido y lo recuerde de manera más benigna hacia los padres. Y cuando él diga o cuente de cómo era la relación con sus padres lo haga desde este punto de vista dividido, la experiencia real percibida se hará inconsciente y se almacenará en la memoria episódica (de recuerdos de la vida), y la "imagen presentada" será la más accesible a su conciencia. Esta falsa imagen le permitirá sin embargo mantener la ilusión de cercanía afectiva hacia sus padres. Sin embargo, esa división mental (disociación en términos psiquiátricos) le influirá en sus propias relaciones sociales, de pareja o con los hijos donde aparecen problemas

El trabajo terapéutico con estos esquemas tempranos ha sido el objetivo del psicoanálisis y actualmente de las llamadas terapias cognitivas constructivistas, pero estas terapias suelen ser largas y difíciles, por lo que escapan al objetivo de la autoayuda. Este modelo se centra en otro tipo de esquemas cognitivos que adquiere el niño cuando ya ha desarrollado un mínimo de capacidad lingüística (a partir del 3-4º año. Estos son los esquemas cognitivos en forma de creencias personales (llamados también reglas personales o supuestos personales). Están relacionados con los esquemas cognitivos tempranos, a veces como reglas "prohibitivas" que impiden recordar y revivir las experiencias reales vividas y almacenadas en la memoria episódica. Por ello trabajar con estos esquemas puede producir modificaciones "profundas" en la personalidad, aunque de manera más limitada al relacionarse sólo con lo que puede ser descrito mediante palabras. En general estos esquemas contienen significados o creencias sobre los objetivos más importantes para cada persona en la vida, y como tienen que ser perseguidos (p.e, "tengo que ser muy competente y tener éxito en mis tareas"). Cuando estos significados son rígidos y poco flexibles ante las circunstancias variables de la vida generan trastornos psicológicos como depresión. Sin embargo la persona suele no ser consciente de estas creencias personales y se percata medianamente de sus pensamientos automáticos, que vendrían a ser como la puesta en práctica ante acontecimientos específicos de esa creencia. En el caso anterior de la persona que mantiene la creencia personal "inconsciente" (tengo

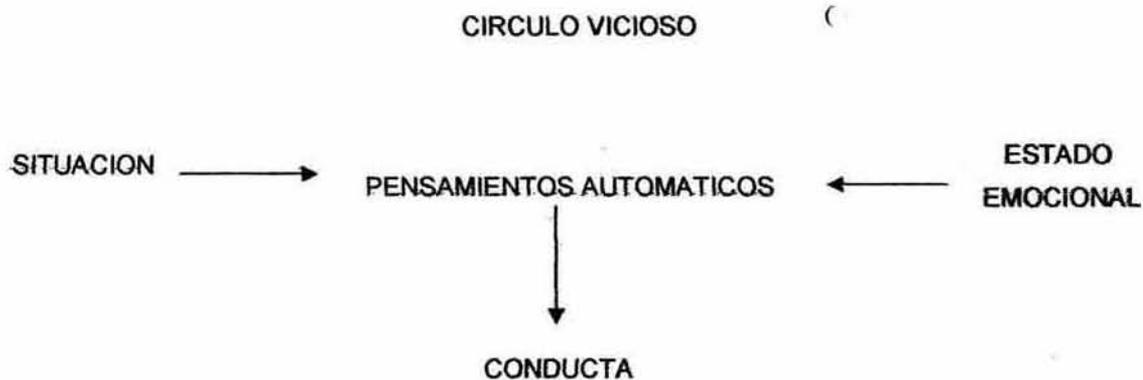
que tener éxito en mis tareas") puede deprimirse al reprobar un examen y darle vueltas a un pensamiento automático de tipo "no sirvo para nada".

De esta manera los tratamientos cognitivos que trabajan con las creencias personales, proponen primero que la persona se haga consciente de sus pensamientos automáticos y compruebe su grado de veracidad, mediante diversos métodos terapéuticos, y posteriormente se haga consciente y revise sus creencias personales. Estas creencias se "almacenan" en la memoria semántica, que contiene los conceptos e ideas que tenemos sobre las cosas y nosotros mismos. Resumiendo, los esquemas cognitivos se organizan en la memoria humana de dos maneras: En la vinculación afectiva con los padres y son guardados en la memoria episódica (memoria de acontecimientos vitales). Y en forma de creencias sobre "prohibiciones" y "metas-forma de conseguir las", éstos se almacenan en la memoria semántica (conceptos e ideas). Ambos esquemas o significados personales afectan a nivel inconsciente, siendo los primeros los más difíciles de hacer consciente y por lo tanto de modificar.

Así, los supuestos personales como se mencionó anteriormente, se definen como las creencias básicas que predisponen a una persona a padecer un determinado tipo de trastorno emocional, y está conformado por patrones (hábitos) cognitivos estables de interpretaciones acerca de determinado conjunto de situaciones. En lenguaje coloquial sería la base de "como nos tomamos ciertas cosas", de cómo las valoramos e interpretamos subjetivamente. Los pensamientos automáticos serían como las "ventanas" por donde se asomarian esas creencias básicas en determinadas situaciones. Las personas suelen no ser conscientes de estas creencias, pero si de su efecto emocional; el como nos sentimos.

En esta terapia se va progresando desde las manifestaciones de esas creencias básicas (los pensamientos automáticos), hasta las mismas creencias básicas. Identificar y poner a prueba tanto los pensamientos automáticos, como las creencias básicas que lo sustentan, son los dos principales objetivos de la terapia cognitiva.

Para la mejor comprensión de las creencias personales, es conveniente tomar en cuenta la relación existente entre los pensamientos automáticos, el estado emocional y la conducta ante determinada situación, relación que se llamará "circulo vicioso"; representado en el siguiente esquema (13).



La anterior relación indica que ante una situación nuestra reacción psicológica consistirá en una relación entre nuestros pensamientos automáticos, nuestro estado emocional y nuestra conducta, de cómo cada componente afectará y se verá afectado por los otros dos.

Para analizar cualquier problema personal de tipo emocional, se toma en consideración lo anterior y se emplea una hoja de registro que facilite la labor. Esta hoja permitirá observar nuestras propias reacciones ante determinadas situaciones problemáticas y posteriormente ayudará a modificar nuestros problemas emocionales.

Existen diversos métodos para descubrir las creencias básicas, como pueden ser: los cuestionarios, técnicas de entrevista, o los mismos tests. En la mayoría de las ocasiones, el mejor método para descubrir las creencias personales que predisponen a una persona a reaccionar de un determinado modo, se inicia a partir del análisis de los pensamientos automáticos.

Si las personas se dan cuenta de sus pensamientos automáticos ante una situación determinada y de cómo se relaciona con sus sentimientos y conductas, se está en buena posición de descubrir las creencias personales subyacentes. Para ello se puede llevar a cabo el empleo de lo que se le ha llamado "la Flecha descendente".

Esta técnica consiste en hacer una especie de sondeo o profundización progresiva en sus significados, una especie de asociación de ideas a partir de los pensamientos automáticos. No es una técnica sin embargo fácil. Al progresar en esa profundización es habitual que la persona se sienta ansiosa; pero hay que tomar en cuenta que se estará comprobando la manera básica de valorar las cosas, y ese análisis suele despertar cierta "resistencia" a cambiar de hábito de pensamiento al encontramos con una parte de nosotros mismos que a veces son los temores más ocultos, pero con la práctica e insistencia se podrá superar esa ansiedad y resistencia iniciales. La técnica en cuestión comienza a partir de un pensamiento automático concreto, que se haya anotado en un autorregistro. En este punto interrogamos a nuestro propio pensamiento automático, preguntándonos: ¿Qué significa esto para mí? O ¿Y entonces, si esto es así, a donde me lleva? La respuesta a esas preguntas nos dará otro nivel de significado más profundo, otros pensamientos y valoraciones. A esas nuevas valoraciones le seguiremos aplicando la misma pregunta, y así progresivamente. ¿Y hasta donde? Por lo general, suele ser suficiente dar con valoraciones que comiencen por las expresiones:

- A- "Debo de...", "No debo de...", "Tengo que..." "No tengo que..." "Necesito de..."
decir, expresiones de obligación o necesidad absolutistas o exigencias personales.
- B- "Si hago tal cosa, entonces ocurrirá o sucederá tal cosa". Es decir expresiones
Donde una cosa se condiciona o lleva irremediamente a otra.
- C- "Yo soy una persona de tal o cual manera...". Visión global y rígida de si mismo.
- D- "No soporto que..." "No soportaría que...". Valoración de incapacidad general de
Manejo de un determinado tipo de situación

Veamos un ejemplo del empleo de la flecha descendente a partir de los pensamientos automáticos (13):

Se trata de una persona con un estado de ansiedad general que en su autorregistro anota una situación donde se siente ansioso respecto a un temor frecuente de perder el empleo:

"Puedo perder mi empleo" (Pensamiento inicial)

V

¿Y si eso ocurre entonces qué.....?

V

"Jamás podré encontrar otro empleo"

V

¿Y si ocurre esto entonces qué...?

V

"Tendré problemas económicos que no podré superar"

V

¿Y si ocurre esto entonces qué..?

V

"No podré cubrir las necesidades de mi familia"

V

¿Y si esto ocurre entonces qué..?

V

"Mi mujer me dejará"

V

¿Y si esto ocurre entonces qué...?

V

"Me veré solo en un piso horroroso, sin amigos ni familia"

V

¿Y si ocurre esto entonces qué..?

V

"No lo soportaría. No podría aguantar ser abandonado"

V

(Posiblemente esta sería una de sus creencias personales básicas).

Otra técnica para el manejo y cambio de las creencias personales es el uso de diarios personales.

Una vez que se han detectado las creencias básicas, utilizando la flecha descendente, se estará en disposición de comprobar su grado de verdad, o adecuación a distintas ocasiones.

Cambiar una creencia personal básica es a menudo una tarea demasiado difícil y larga; además de que los resultados son inciertos, por lo que es más factible el cambiar determinados efectos de las creencias personales básicas, más que todos sus efectos. Beck y Freeman (1992), hacen la semejanza entre la renovación total de una ciudad, para referirse a un cambio en todas las estructuras mentales de las creencias (proceso largo y difícil e incierto), con el arreglo de una casa vieja, para referirse a un cambio gradual de determinados aspectos de una creencia (un proceso algo más fácil). A veces incluso, solo será posible tomar conciencia de la creencia personal básica e intentar darle una salida más adecuada: Por ejemplo una persona que funciona con la creencia: "Tengo que hacerlo todo de manera metódica y perfecta".

Muchas creencias personales que poseemos en la actualidad fueron adecuadas y de ayuda en otras épocas de nuestra vida, aunque ahora puede que perjudiquen en determinados aspectos de la vida. De esta manera, una creencia puede tener al mismo tiempo aspectos adecuados y aspectos inadecuados o perjudiciales. Esta es una de las razones por las que las personas no van a abandonar "totalmente" sus creencias personales. Esto lleva a considerar como un objetivo más adecuado para la terapia cognitiva la "modificación" de los aspectos perjudiciales de nuestras creencias personales.

Aunque existen diversos métodos para modificar una creencia personal, entre los que destacan el aprender a actuar y comportarnos en sentido contrario a ella y experimentar los nuevos efectos: se destacará el ponerla a prueba mediante el uso de los "diarios personales"; que son autorregistros donde se van anotando los efectos que producen las creencias al comprobarlas con la realidad cotidiana. Existen en general tres tipos de diarios personales, según sea la creencia personal que se desee comprobar:

1. **Diarios de aptitud:** Son útiles para comprobar creencias del tipo "Soy un inepto".. "Soy un fracasado inútil" etc. Se emplean para reunir datos que no confirmen ese tipo de creencia en distintas áreas de la vida, por ejemplo, una persona cree "Soy un inepto", puede anotar en su diario distintos aspectos de capacidad cotidiana que vayan en contra de esta creencia

2. **Diarios predictivos:** Son útiles para comprobar los temores personales del tipo: "Si hago tal cosa...sucederá tal otra". Con estos diarios comprobamos el efecto real de nuestras anticipaciones negativas, si la realidad sucede como tememos.

3. **Diarios de comparación de creencias (viejas y nuevas):** Se trata de comprobar y comparar los efectos o resultados de una creencia personal y otra nueva creencia distinta a la anterior en el mismo tema. Por ejemplo:

Vieja creencia: "Tengo que ser agradable y gustar a todo el mundo para aceptarme"

Nueva creencia: "No tengo por que gustar a todo el mundo para que me gusten mis cosas".

Resumiendo; éste modelo de tratamiento consiste en enseñar al paciente a:

- 1.- *Controlar sus pensamientos automáticos negativos*
- 2.- *Identificar las relaciones que existen entre lo que piensa, siente y actúa*
- 3.- *Examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados*
- 4.- *Sustituir esos pensamientos desviados, por interpretaciones más realistas; y*
- 5.- *Aprender a identificar y modificar las falsas creencias que le predisponen a distorsionar las experiencias.*

Así, el enfoque cognitivo conductual es cada año mas dominante entre las propuestas psicoterapéuticas y su eficacia y eficiencia, en la práctica clínica es cada vez más reconocida en las investigaciones sobre diversos trastornos de gran incidencia actual, tales como: depresión, adicciones, trastornos de pánico, agorafobia, fobia social, y trastornos alimenticios entre otros.

4.1.5 El tratamiento cognitivo conductual en los problemas alimenticios

La terapia conductual en el tratamiento de la obesidad apareció a finales de los años 60's con Richard Stuart, quien en sus investigaciones reportó un caso de tratamiento altamente exitoso de 8 individuos quienes perdieron un promedio de 18 Kg.; una pérdida que solamente había sido alcanzada por un 5% de personas que habían sido tratadas con un tratamiento convencional.

Antes de los hallazgos de Stuart se pensaba que solamente dos características eran las que comúnmente se encontraban en las personas con problemas de peso: "una tendencia a comer en exceso y una tendencia a no hacer ejercicio". Esta postura representa claramente una sobresimplificación de la teoría de los problemas de peso y por lo tanto una falla en el conocimiento de las diferencias importantes entre los individuos.

Stuart y seguidores, desarrollaron una tecnología para modificar la manera de comer, y al mismo tiempo promover el ejercicio. Otro de los iniciadores en tratamiento cognitivo conductual es Michael Mahoney, quien proponía que el autocontrol es el elemento más importante en el logro de la pérdida y mantenimiento del peso perdido, De esta manera surge el modelo cognitivo conductual, para el tratamiento de los trastornos alimenticios, que con el paso del tiempo ha incrementado su campo de acción así como su eficacia.

Los objetivos principales en la terapia cognitivo conductual son.

- 1.- *Esta orientada hacia una meta, por lo que los objetivos de la terapia deben estar claramente definidos y especificados en términos que son fácilmente medibles.*
- 2.- *El tratamiento busca una modificación de comportamiento per se, por lo tanto, difiere de la terapia dinámicamente orientada la cual es más probable que explore los manejos inconscientes del pensamiento para controlar la manera de comer o examinar el significado y el origen de la sobrealimentación.*
- 3.- *Está orientada hacia un proceso que no es nada más identificar el comportamiento que el paciente debe adoptar, sino que proporciona un método de aprendizaje.(14)*

Para lograr el éxito en el tratamiento se toman en cuenta dos aspectos muy importantes que son el establecimiento de objetivos y la reestructuración cognitiva, que son la base del mismo.

Así, la reestructuración cognitiva es el procedimiento mediante el cual la persona que lo lleva a cabo va a modificar lo que se dice a sí mismo. Subraya el uso de expresiones hacia uno mismo de carácter realista encaminadas al comportamiento en contraposición a las "autosugestiones" que fuera de la realidad ofrecen otros tipos de tratamiento.

Consisten simultáneamente en la ejecución de tareas relacionadas con las nuevas autoafirmaciones. Dicho de otro modo enseña a practicar las afirmaciones que son realistas.

Existen dos tipos de pensamientos que sabotean sutilmente todos los intentos de autoafirmación, éstos son las metas personales y los monólogos privados.

Las metas personales

El primer paso en el logro de la reestructuración cognitiva es aprender a establecer objetivos razonables; ya que se logra más en menos tiempo, cuando se toman decisiones con anticipación, de lo que se propone realizar, así como se va a conseguir. En general es más fácil modificar una conducta problema cuando se determinan con exactitud los objetivos. Pero en el establecimiento de dichos objetivos surge un problema, éste radica en el tipo de metas que se establecen. Antes de mencionar algunas metas inadecuadas observaremos más detenidamente lo que estas involucran; determinando así los elementos de un objetivo.

De este modo una meta, posee cuando menos dos partes: un componente activo y otro reactivo. El primero es un objetivo en forma de característica específica de algo que se va a hacer; esto es, incrementar, disminuir, o eliminar algún comportamiento o pensamiento. Cada una de estas opciones implica una acción. El elemento reactivo, posiblemente no tan conocido, en cada meta tiene tres resultados posibles: puede lograrse, excederse o no alcanzarse en su totalidad; cada uno de estos provoca una reacción en las personas y afecta la manera de cómo se sienta con respecto a sí mismo.

Los objetivos personales entonces, ejercen una influencia considerable sobre el comportamiento así como los sentimientos determinan una acción que involucra una reacción.

En el logro de dichos objetivos se puede caer en algunos errores como son: la trampa del perfeccionismo, ya que si se establecen metas rígidas y perfeccionistas, las posibilidades de éxito son menores, pues éste es el enemigo número uno de la solución de problemas; ya que el tipo de metas que se plantean son categorizaciones del tipo "nunca" o "siempre", que son un reflejo de las metas rígidas perfeccionistas de "todo o nada" y el éxito aquí se mide precisamente es esos términos, pues se está pidiendo a sí mismo un comportamiento perfecto, sin margen de error.

La determinación apropiada de los objetivos, es una habilidad susceptible de aprender y el éxito en el logro de los mismos radica en fijar objetivos que sean específicos, razonables y flexibles.

Así, se pueden fijar objetivos conductuales específicos: Metas de "seré" deben ser sustituidas por metas de "haré"; esto es, los objetivos deben decir exactamente lo que se trata de lograr.

Los monólogos privados.

El objetivo de la reestructuración cognitiva es el sustituir los pensamientos negativos por otros más adecuados. Ya que como se mencionó anteriormente éstos van a impactar en el comportamiento y los sentimientos.

Los monólogos negativos e inadecuados se dan frecuentemente como el ingrediente reactivo de

una meta perfeccionista. Y la persona que lo lleva a cabo reacciona con resentimientos y depresión. Ejemplo:

Una persona se refiere a su peso: Simplemente no es justo. Aquí estoy, muriéndome de hambre, y hasta el momento, (después de tres días) no he perdido ni medio kilogramo. Todas mis amistades pueden comer lo que quieran; todo lo que yo como se convierte directamente en grasa. He renunciado a mis alimentos favoritos.... ¿y qué he logrado con ello? Nada y probablemente no lo haga. Nunca perderé nada, no importa cuanto más me esfuerce.

Exagerar los aspectos negativos de una situación, a menudo se convierte en un impedimento para la solución efectiva de problemas. Es una característica habitual de los pensamientos negativos.

Otro pensamiento negativo es el autoderrotista: Ejemplo de ello esta en el sujeto que para darse un atracón como un alivio a la restricción autoimpuesta, se dice a sí mismo:

Bien, lo eché a perder. Lo volví a hacer. ¿Cuál es mi problema? Nunca hago nada bien. Todo lo que emprendo termina de la misma forma. Nada de lo que hago funciona. No soy más que un fracaso. Sea lo que sea lo que se necesita, no lo tengo. Seré siempre un torpe gordinflón.

No es complicado comprender el porqué los sentimientos de depresión y autoderrota acompañan al exceso de comida. Esta clase de monólogo garantiza la autoderrota. Se puede observar la insistencia sobre aseveraciones de carácter general tales como: "Soy un fracaso"; y "siempre seré un torpe gordinflón". La inferencia es una arraigada inadecuación personal en vez de una deficiencia conductual. Hablarse a sí mismo sobre rasgos de carácter es injustificado y autoderrotista; por lo que las características personales no son fáciles de cambiar, los comportamientos sí lo son.

Los soliloquios inapropiados no se limitan a las reacciones o a los objetivos rígidos y poco razonables; es posible que la persona sabotee sus propios esfuerzos al enfocar los monólogos a los rasgos de carácter, a los kilogramos, a las excusas de la comida etc., aquí el resultado siempre es el mismo: la plática inadecuada a sí mismo contribuye al comportamiento inadecuado. El monólogo inadecuado negativo conduce a los sentimientos de depresión. Las personas con frecuencia alta en soliloquios negativos, tiene también una baja frecuencia de monólogos positivos.

Una técnica que se emplea para detectar los pensamientos apropiados e inapropiados es el autorregistro, llevándolo a cabo en tres pasos:

El primer paso consiste en detectar la aparición de pensamientos tanto apropiados como inadecuados; puede no ser tan sencillo como parece, requiere de práctica y constancia. La adquisición del hábito de examinar los pensamientos equivale a dar el primer paso para modificarlos. Una técnica para desarrollar esta habilidad es realizar un inventario mental siempre que se sienta tentado, desanimado, o deprimido. Repasar lo que ha estado pasando en los últimos minutos.

Una vez que se haya identificado el pensamiento inadecuado, se evaluará si es razonable. Ejemplo: "Estoy deprimido porque perdí solamente 250 gramos la semana pasada.... ¿Qué tontería si necesité varios años para aumentar estos kilogramos?. Además hay que pensar en comportamiento, no en kilos, entonces se dirá algo estimulante "Estoy progresando, lentamente pero con seguridad".

Cualquiera que sea el contenido específico de los monólogos privados, es susceptible de modificación, identificando, evaluando y animándose está secuencia de tres fases, con la práctica quizá sea un apoyo valioso para modificar los monólogos privados (Ver anexo No.1 y 2). (14)

Otros componentes que completan el tratamiento se mencionarán, pues ya han sido especificadas en el apartado de autocontrol, éstas son:

- 1.- Resolución de problemas
- 2.- Educación nutricional
- 3.- Regulación del ritmo de ingesta
- 4.- Control de estímulos
- 5.- Ejercicio físico

Tratamiento:

Este se lleva a cabo mediante sesiones semanales, con una duración de 60 a 90 minutos y debe manejarse una agenda estructurada; en cada sesión se revisan las tareas y los esfuerzos hechos por los integrantes del grupo por modificar sus hábitos relacionados con el comer, el ejercicio y los pensamientos.

El tiempo es limitado y esto parece sostener más la motivación al saber cuando empieza y cuando termina el tratamiento. También se lleva a cabo en grupos cerrados en los cuales los participantes inician y terminan el tratamiento juntos, se ha visto que son preferibles a los grupos abiertos en los cuales el movimiento de nuevos miembros pueden entrar en cualquier momento del tratamiento. La adición de nuevos miembros después de las primeras semanas impide el desarrollo de la cohesión del grupo y esto puede contribuir a la alta deserción que caracteriza a los programas que manejan grupos abiertos. (15)

4.2 Aspectos Conductuales

En los escritos antiguos existen referencias de lo que actualmente denominamos modificación de conducta o terapia de la conducta; estos van desde la discusión de Pilinio el viejo sobre como detener el alcoholismo al crear una aserción a la bebida, hasta Sócrates, quien explica que los hombres disfrutan las cosas placenteras y evitan las experiencias dolorosas.

Ya en el siglo XIX en Europa aumenta la influencia de la experimentación e investigación científicas. Dicho movimiento se extendió hasta Rusia, principalmente a través del manejo neurofisiológico de Ivan M. Schenov (1829-1905). Este sugirió que la conducta podía explicarse por medio de varios "reflejos del cerebro". Y mantenía que los complejos reflejos que explicaban la conducta se desarrollaban por medio del aprendizaje.

Distintos estímulos del ambiente se llegaban a asociar con los movimientos musculares; la asociación repetida de los estímulos con los movimientos musculares hacía que se volvieran habituales.

Schenov proporcionó dos contribuciones relacionadas entre sí, a la investigación conductual. Creía que el estudio de los reflejos proporcionaba la base para la comprensión de la conducta. Segundo, defendía la aplicación de los métodos objetivos de la fisiología a los problemas de la psicología. El reconocimiento por parte de Schenov, de la importancia de los reflejos y su fuerte

defensa de los métodos objetivos de investigación fueron muy importantes; puesto que influyeron en otros jóvenes de su época entre ellos Ivan Pavlov (1849-1936).

La investigación de Pavlov continuó básicamente los puntos de vista de Schenov, utilizando los métodos de la investigación fisiológica para examinar el funcionamiento neurológico. En su trabajo sobre la digestión Pavlov investigó los reflejos que implicaban a las principales secreciones glandulares; conduciendo una gran cantidad de investigaciones sobre la fisiología del sistema digestivo. En el proceso de su investigación, en 1904 obtuvo el premio Nobel de Medicina y Fisiología. Pavlov se interesó en las sustancias secretadas por el sistema digestivo de un animal; en las secreciones gástricas. Analizó la composición química de los jugos digestivos, midió el tiempo en que eran secretadas durante el curso de una comida e intentó descubrir los mecanismos neuronales que controlaban las respuestas fisiológicas. Uno de esos jugos digestivos estudiado por Pavlov fue la saliva, que es la primera secreción que hace contacto con cualquier alimento ingerido, encontró que las secreciones del perro empleado para su investigación empezaban a menudo antes de que se presentara el estímulo (por ej, comida), la visión de la comida o del experimentador que se acercaba podía estimular las secreciones. Estas, se consideraba que se debían a la estimulación psíquica; que se refería a estados subjetivos del organismo; por lo que se abandonó el término de psíquica y fue reemplazado por el de reflejos condicionados (Pavlov, 1903-1955).

La principal contribución de Pavlov fue la de investigar objetivamente los reflejos condicionados; defendió fuertemente el objetivismo en la investigación criticando los rasgos subjetivos de la investigación psicológica (Pavlov, 1906). Demostró en su trabajo la importancia del aprendizaje en la explicación de la conducta animal y finalmente el modelo metodológico del trabajo conductual que había de seguirse. Su desarrollo del condicionamiento respondiente (o clásico) proporcionó una base conceptual para explicar la conducta que se utilizaría como base para explicar y desarrollar técnicas de tratamiento como es el caso de la desensibilización sistemática que ayuda a eliminar las respuestas emocionales de temor y ansiedad, así como en el tratamiento de las fobias, el tratamiento de la enuresis nocturna, las conductas desviadas o indeseadas tales como el comer en exceso, beber, fumar y las desviaciones sexuales.

El surgimiento del condicionamiento a partir de la fisiología es significativo, puesto que los métodos objetivos de la investigación fisiológica proporcionaron una alternativa a los métodos introspectivos, subjetivos de la psicología. Así el papel del aprendizaje adquirió una mayor importancia en la explicación de la conducta.

Pavlov, estableció relaciones en forma de leyes en el condicionamiento y proporcionó años de investigación sistemática, en los cuales se elaboraron numerosos procesos básicos.

Antes del desarrollo del conductismo, Thorndike inició una investigación animal que empleaba métodos de investigación objetiva. Estaba interesado en como aprendían los animales nuevas respuestas que no se encontraban inicialmente en su repertorio; entre sus experimentos, el más conocido es su trabajo con gatos que aprendían a escapar de una jaula para obtener comida. Thorndike, notó que al situar un animal por primera vez en una caja-problema manifestaba numerosas respuestas de lucha pero difusas; con el tiempo una de las conductas difusas disparaba por azar el mecanismo liberador que abría la puerta permitiendo al animal escapar de la caja y obtener una pequeña cantidad de comida.

Thorndike observó que la conducta que liberaba al animal era una entre muchas que este manifestaba en esa situación. El animal al verse repetidamente sujeto a dicha situación presentaba cada vez menos conductas superfluas, hasta que, con el tiempo, prácticamente solo manifestaba las que habían tenido éxito. Así por medio del ensayo y error los gatos se volvieron cada vez más hábiles para escapar de la caja.

Basándose en su extensa investigación en que mostraba la influencia de las consecuencias

sobre la conducta y de la práctica repetida, Thorndike formuló varias leyes del aprendizaje; siendo la más sobresaliente la "Ley del efecto", que señalaba que las consecuencias satisfactorias fortalecían el lazo entre un estímulo y una respuesta y que las consecuencias molestas debilitaban dicha conexión (Thorndike, 1931), es decir, que los resultados o efectos de la conducta que tuvieron éxito en el pasado debían constituir una importante influencia para determinar las actuales tendencias conductuales del animal.

Aunque las distintas leyes que éste desarrolló evolucionaron (Thorndike, 1932, 1933), la importancia de las consecuencias positivas para el fortalecimiento de la conducta permaneció y ha tenido un constante impacto sobre los avances contemporáneos del aprendizaje y de la modificación de la conducta.

El primero que adoptó el condicionamiento Pavloviano y lo llevó a la práctica fue John B. Watson, 1920, quien le dio la forma al conductismo. Sostenía que la psicología era puramente objetiva y experimental (Watson, 1914); es decir, debía de tener un campo de estudio que fuera independiente del observador. Pensó que los datos sobre la conducta tenían valor por derecho propio y que podían abordar distintos problemas de la psicología, como son los pensamientos, las emociones, la asociación de ideas y los instintos, mediante métodos estrictamente conductuales. Considerando a la conducta como una serie de reflejos. Su posición tuvo un gran valor, puesto que sugirió que la compleja conducta humana podía investigarse estudiando los reflejos simples y sus combinaciones.

Uno de los personajes más importantes en la aplicación del condicionamiento operante fue B.F. Skinner. En 1930, Skinner propuso una formulación de la conducta que se desprendió de sus observaciones del comportamiento de los animales en un modelo de experimentación que inventó; éste consistía en la opresión de una palanca por una rata, en una caja diseñada especialmente. Más tarde a ese experimento le llamaron la "caja de Skinner". Los experimentos continuaron y utilizaron palomas y el equivalente de la opresión de la palanca, el picoteo en un punto determinado.

Skinner en 1938, empezó a desarrollar la conducta operante en una serie de estudios experimentales, además de defender un tipo de aprendizaje para la explicación de la mayoría de la conducta animal y humana. Se asoció al enfoque del análisis experimental de la conducta. Tendía a rechazar la teoría, y a centrarse en la frecuencia o en la tasa de la respuesta, y a estudiar los organismos individuales empleando diseños experimentales especiales que se apartaban de la investigación habitual (Skinner, 1938, 1950, 1953).

En cuanto a la teoría del aprendizaje posiblemente sea Skinner quien tenga el impacto más directo sobre la modificación de conducta contemporánea, ya que después del desarrollo del conductismo los distintos puntos de vista que se desarrollaron y la investigación que generaron, proporcionaron los fundamentos de los enfoques generales y de las técnicas específicas en la modificación de conducta actual.

La combinación de estos modelos teóricos sentaron las bases para el surgimiento de un nuevo sistema, el del autocontrol, que no es una teoría sistemática única de la conducta humana, sino, un grupo de técnicas y estrategias de terapia que tienen algunos propósitos comunes. El autocontrol se refiere a aquellos procedimientos de terapia cuyo objetivo es enseñar a la persona estrategias para controlar o modificar su propia conducta a través de distintas situaciones, con el propósito de alcanzar metas a largo plazo.

El enfoque del autocontrol reconoce la participación activa del individuo en el proceso de terapia, a todos los niveles que comprenden la recolección de la información, especificación del problema, planificación de la intervención, la intervención misma y la evaluación de los resultados.

Hay una serie de posiciones teóricas acerca del autocontrol. Uno de los primeros teóricos fue Nelly (1955). Nelly empezó con la analogía de la persona como científico individual. Que intenta comprender, predecir y controlarse a sí misma en su ambiente.

Nelly pensaba que la forma de comprender a la gente era comprender su mundo único de percibir y categorizar los acontecimientos. Sostenía que la gente desarrolla sistemas de constructor interrelacionados que emplea para entender los acontecimientos y realizar predicciones sobre el futuro.

Así mismo, Julian Rotter (1954), ha contribuido de forma importante a la teoría del aprendizaje social. Desarrolló un modelo de cómo la gente regula su conducta en función de los valores y expectativas que se asignan a los posibles resultados de una acción determinada. La singularidad del individuo refleja la idea de que no es el valor objetivo, externo de una recompensa lo que determina la conducta, sino el valor que el individuo asigna a esa recompensa. De igual modo, no es la probabilidad objetiva, externa y contingente lo que determina la conducta, sino las expectativas del individuo sobre la probabilidad de un resultado. Introdujo también el concepto de lugar de control interno versus lugar de control externo; así la persona con un lugar de control interno cree que los resultados están, generalmente bajo control y su responsabilidad personales. La persona con un lugar de control externo cree que los acontecimientos se encuentran, en gran medida controlados por factores fuera de ella y de su control.

Bandura (1977), tomó el concepto de la valoración personal de las probabilidades de los resultados y añadió la idea de las evaluaciones personales sobre la probabilidad de llevar a cabo la respuesta, esto es, el decidir sobre una respuesta depende no solo del resultado esperado de la respuesta, sino de la probabilidad de que la persona pueda realizar adecuadamente la respuesta. Lo primero constituye la expectativa de los resultados y lo segundo la eficacia personal; ésta se refiere a la estimación por parte de la persona, de la probabilidad de acercarse a un objeto temido o de aprender una habilidad nueva.

Walter Mischel (1968), añade la consideración de que la gente es capaz de transformar y manipular los significados subjetivos e ideográficos que dan a los individuos los estímulos. Gran parte de su trabajo se ha centrado en la capacidad para desarrollar la gratificación realizada con niños; afirmando que los niños pueden aumentar su capacidad para la demora cuando se les enseñan estrategias como la distracción o el transformar mentalmente las imágenes del objeto deseado. Estas estrategias las adquieren los niños de forma natural conforme maduran y desarrollan el autocontrol. También la adquisición de conocimientos de procedimiento sobre la planificación, el establecimiento de objetivos y la solución de problemas se añade a su repertorio de competencias y habilidades que pueden aplicarse a través de situaciones. Mischel, plantea que determinada consistencia al abordar problemas puede también ser problemático, pues la flexibilidad en vez de rigidez del aprendizaje tiene que formar parte de los conocimientos de procedimientos adquiridos.

Kafner (1970, 1977), define el autocontrol en términos de aquellas estrategias que emplea una persona para modificar la probabilidad de una respuesta, en oposición a las influencias externas existentes.

El trabajo de Kafner se ha centrado en los procesos a los que se entrena a la gente cuando quiere alterar su conducta, con la meta puesta a largo plazo. Cuando la gente se encuentra insatisfecha con algún aspecto de su conducta por ejemplo come demasiado o fumar. Kafner divide en tres este proceso: como es el autorregistro, la autoevaluación y el autorrefuerzo.

Para Mahoney (1990), el autocontrol involucra un conjunto de habilidades complejas pero susceptibles de ser aprendidas; ya que no es un rasgo de personalidad innato e inalterable. Así, investigaciones recientes han comenzado a identificar y refinar para la enseñanza de dichas habilidades, pues hasta hace poco tiempo que el fenómeno del autocontrol ha sido objeto de un

análisis científico y de una aplicación controlada; produciéndose un gran auge de interés de los investigadores por el campo del autocontrol, por identificar los procesos de que se compone y por encontrar medios eficaces de enseñar a autocontrolarse.

En la última década las investigaciones llevadas a cabo han indicado que la capacidad de una persona para controlar sus propias acciones está en gran medida en función de sus conocimientos y control de los factores situacionales. Es decir, las capacidades de autocontrol están estrechamente relacionadas con la capacidad de una persona para discriminar pautas y causas en las conductas a regular; esto es, claves o acontecimientos que preceden al hecho de comer en exceso.

Para ejercer el autocontrol el sujeto debe comprender qué factores influyen sobre sus actos y como puede modificarlos para provocar los cambios que desea. Esta comprensión requiere que el individuo se convierta en una especie de científico de sí mismo (Nelly, 1995); ya que trata con problemas individuales muy íntimos.

La mayoría de los tratamientos conductuales para la obesidad se basan en técnicas de autocontrol, ya que dotan al individuo de habilidades que le permiten identificar y controlar su propia conducta mediante la manipulación de los antecedentes y consecuencias con los que la conducta se relaciona funcionalmente.

A continuación se verá que el autocontrol como proceso es muy complejo, ya que implica cinco estrategias esenciales. Además de la inclusión de una línea base de tratamiento. (1)

4.2.1

LA AUTOOBSERVACION

La mayoría de la gente no está enteramente consciente del grado en que ellos se ocupan de sus conductas; puesto que las conductas habituales son auténticas, sin embargo cuando se les brinda la oportunidad de observar su propia conducta cuidadosamente, suceden cambios impresionantes a menudo, pues una observación cuidadosa de una respuesta proporciona retroalimentación al individuo, la cual puede compararse con el criterio que el individuo cree que es el apropiado. Si la conducta se desvía claramente de un estándar cultural o autoimpuesto, se empiezan a emplear los procedimientos autocorrectivos hasta que se satisfaga un nivel aceptable de la conducta (Kafner y Phillips, 1970). De este modo la autoobservación se hace efectiva en tanto que inicia otra acción por parte del individuo. El acto mismo de la autoobservación puede ser reforzante o punitivo (Homme, 1965).

Frecuentemente las personas obesas o con sobrepeso, desconocen las características de ingesta, por ello, se debe de adiestrar al sujeto en estrategias de autoobservación de forma que tome conciencia de las diversas maneras en que proyecta la conducta de ingesta y todos los componentes implicados en la misma; para que el sujeto modifique su comportamiento.

Después de tomar una actitud alerta hacia el problema y de concretar su situación general, el que practica autocontrol recolecta la información que le permitirá reconocer de forma objetiva las variables implicadas en la adquisición y mantenimiento de la obesidad, así dicho autorregistro podrá proporcionar una visión general de los patrones de conducta que conducen al desequilibrio energético. A partir de éste procedimiento se obtendrán datos referidos a la topografía de la conducta de ingesta y a la actividad física, incluyendo información sobre la frecuencia de ingesta, duración de la misma, cantidad del alimento por ingesta, consumo calórico diario, además de las

sensaciones y emociones durante la misma.

Se instruye al sujeto en el cumplimiento de los autorregistros enseñándole a observar su conducta y registrarla inmediatamente después de producida la ingesta.

4.2.2

AUTORREFORZAMIENTO

Se emplea cada vez más como una técnica de autocontrol el proporcionarse uno mismo las consecuencias punitivas o reforzantes. Se entrena al paciente para que se administre a sí mismo las consecuencias contingentes a la conducta y no a que reciba las consecuencias por parte de un agente externo.

El registro principal para el reforzamiento es que el individuo este en libertad para recompensarse a sí mismo a cualquier hora (Skinner, 1953). El individuo que se refuerza a sí mismo no debe ser obligado a ejecutar una respuesta determinada.

En la mayoría de las aplicaciones del autorreforzamiento se utilizan dos procedimientos diferentes: El reforzamiento autodeterminado se da cuando el individuo puede determinar los requisitos de la respuesta para una cantidad dada de reforzamiento o sea cuándo entregar el reforzamiento y la cantidad que se va a dar (Glynn, 1970). Y el reforzamiento autoadministrado, cuando el individuo puede dispensarse a sí mismo el reforzamiento por haber logrado un determinado criterio de ejecución, que puede o no haber sido autodeterminado. En este caso se busca que se disminuyan los reforzamientos para los nuevos patrones de comportamiento que produzcan no solo una pérdida de peso sino también su mantenimiento a largo plazo (Saldaña, 1988).

Una vez analizados los registros, se podrán identificar aquellas situaciones o acontecimientos que preceden diariamente al acto de comer; esto es, la modificación de situaciones o estímulos antecedentes que preceden a la conducta de comer.

La estrategia del control de estímulos está diseñada para reestructurar el ambiente del sujeto con problemas de peso, de forma que solo coma en presencia de un número limitado de indicadores.

A continuación se mencionarán algunas estrategias dirigidas a modificar aquellas situaciones de estímulos antecedentes que favorecen la aparición de la conducta de ingesta, y están relacionados con situaciones de compra, almacenamiento, preparación y consumo de los alimentos. Así, la práctica continuada ayudará al sujeto a tener control sobre su conducta de sobreingesta y por consiguiente pueda reducir de peso.

- **Limitar la conducta de comer a un solo espacio de la casa**
- **Establecer un horario fijo para las comidas**
- **Eliminar distracciones durante la comida (no leer, ver t.v. o hacer otras actividades mientras se come)**
- **Planificar de antemano lo que se va a comer**
- **Preparar las comidas cuando no se tenga hambre**
- **Almacenar los alimentos peligrosos (de alto valor calórico) en lugares poco visibles empleando recipientes opacos y que no estén al alcance de la mano**
- **Disponer en casa de alimentos con bajo contenido calórico**
- **Establecer un periodo de tiempo fijo para comer (quitar las sobras de la mesa si se inicia una sobre-mesa)**
- **Planificar de antemano los alimentos que se deben comprar (comprar solamente con una lista preparada, no comprar nada que no esté en la lista, llevar dinero justo, ir a comprar con el estómago lleno)**
- **Comprar alimentos que requieran ser cocinados antes de consumirse**
- **Si se come fuera de casa, seleccionar lugares que dispongan de una variada carta de forma que los alimentos a consumir contengan valores calóricos adaptables a la dieta recomendada**

La creencia no confirmada de que los obesos tenían un estilo de alimentación diferente a las personas con peso normal condujo a Ferster y cols (1962) y Stuart (1967 y 1971) a proponer una serie de estrategias destinadas a la modificación del estilo de alimentación.

La modificación de los hábitos en torno a la velocidad y cantidad de alimento por ingesta es uno de los objetivos más importantes de los programas conductuales; ya que el empleo continuado de las estrategias permitirá mayor placer cuando realice la ingesta, coman en más ocasiones con sensación fisiológica de hambre y reduzcan la cantidad de calorías que se ingieren por cada comida realizada. Dichas estrategias se presentan a continuación:

a) Aprender a comer despacio

- Poner los cubiertos en la mesa entre bocado y bocado
- Contar las masticaciones que se realizan en cada bocado
- Prolongar la duración de la comida, interrumpiendo unos minutos la misma antes de continuar
- Disminuir la cantidad de alimento por bocado, empleando cubiertos pequeños
- Realizar la siguiente secuencia: introducir una pequeña cantidad de alimento a la boca, dejar los cubiertos en la mesa, masticar despacio y tragar el alimento antes de tomar de nuevo los cubiertos para volver a comer
- Comer cualquier alimento con cubiertos

b) Aprender a comer menos

- Aprender a comer cuando se tenga hambre y no por que es la hora de comer
- Comer con platos y cubiertos pequeños
- No comer nunca dos cosas a la vez
- Servir toda la comida en un solo plato, y retirar las fuentes de la mesa
- No comenzar con el plato siguiente sin haber retirado las sobras del anterior
- Aprender a comer dejando algo de comida en el plato
- Esperar cinco minutos antes de repetir plato
- Comer primero los alimentos preferidos, dejando los que no gustan para el final
- Retrasar el acto de comer unos minutos a partir del momento en que se experimentan las sensaciones de hambre
- Comer alimentos que requieran mayor lentitud de ingesta
- Levantarse de la mesa en el momento en que se ha terminado de comer

4.2.5

ELECCION DE CONDUCTAS ALTERNAS (Modificación de cadenas conductuales)

Cuando el sujeto con problemas de peso ya ha aprendido a diferenciar los estímulos que controlan su conducta al comer y ha practicado las estrategias tanto del control de estímulos como las dirigidas a disminuir la velocidad de su ingesta, es necesario que desarrolle respuestas competitivas, alternativas a la conducta de comer, que pondrá en práctica cada vez que tenga la necesidad de comer. Así, se adiestrará para que identifique las cadenas conductuales de sus episodios de comer y que elabore listas de actividades alternativas de distracción de la conducta de comer. A medida que el sujeto tenga dominio para realizar su conducta, se le adiestrará para que aprenda a interrumpir la cadena en los primeros eslabones de la misma, llegando incluso a dar conductas de evitación (Craighead, 1985).

4.2.6

MANEJO DE CONTINGENCIAS DE REFORZAMIENTO

El manejo o control de contingencias se entiende como el empleo de un sistema de recompensas que potencia la pérdida de peso y el cambio de los hábitos alimenticios y de actividad física.

Existen diferentes formas de manejar las contingencias de reforzamiento entre las cuales están:

- Donde el terapeuta proporciona el reforzamiento
- Donde el sujeto se autoadministra el reforzamiento
- Donde el sujeto recibe el reforzamiento de su medio

Existen programas de autocontrol de la obesidad que se centran en el manejo de contingencias para la modificación de patrones comportamentales de alimentación y de actividad física más que en la pérdida de peso. En estos programas, los contratos de contingencias que se estructuran contemplan como metas terapéuticas, la modificación de éstos patrones; por lo que la programación de dichas metas deben ser realistas y alcanzables para evitar el desánimo, falta de motivación o posiblemente el abandono del tratamiento (Saldaña, 1988).

Un contrato de contingencias fomenta un intercambio recíproco de reforzadores entre dos o más partes. En la mayoría de los casos, cada parte juega un papel activo en la relación del contrato y expresa un acuerdo con los términos del mismo firmándolo.

En el contrato de contingencias, se especificará el compromiso que el sujeto adquirirá para corregir los patrones conductuales erróneos, haciendo hincapié en la importancia del mismo.

4.3 Aspectos Nutricionales

En los últimos años, la mayoría de los programas de tratamientos conductuales para la obesidad han introducido como parte fundamental de los mismos la información y formación sobre nutrición, con el objetivo de que el individuo con problemas de peso aprenda a elaborar y seguir un régimen dietético que se ajuste fielmente a sus características personales y estilo de vida, favoreciendo su cumplimiento y por tanto, la pérdida de peso. Así mismo se considera que el sujeto modificará sus hábitos alimentarios y conductas nutritivas, aspectos que facilitarán el mantenimiento de peso perdido, en ausencia de la dieta; ya que la educación nutricional es señalada como esencial en programas de control de peso (Atkinson, Russ, Ciavarella, Owsley y Bubas, 1984). Pues la falta de atención por la nutrición puede resultar en la pérdida de la delgadez así como otros problemas médicos.

Así, la primera información que se les proporcionará a los participantes se relacionará con la importancia de lograr una alimentación adecuada, la cual consiste en proporcionar al cuerpo los nutrientes que necesita para no solo estar en forma sino, ante todo, para vivir. Las tres principales clases de nutrientes son las **proteínas, las grasas, los carbohidratos, así como las, vitaminas y minerales**, ya que un exceso o déficit en éstos puede conducir a carencias nutricionales importantes que repercutirán en su salud. Además recibirán orientación en la selección y preparación de los alimentos.

A continuación se describirán brevemente dichos grupos alimentarios. (16)

LAS PROTEINAS.

El cuerpo humano esta hecho de proteínas, y los componentes de las células que impiden que estas se desintegren y que les permiten realizar sus funciones, constan básicamente de proteínas. Para una explicación sencilla, podría decirse que cada tipo de proteína esta formado por una serie especifica de "tabiques", estos se denominan aminoácidos. 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, para los restantes, llamados aminoácidos esenciales, tiene que obtenerlos de la comida. Gran parte de la actividad química del organismo consiste en deshacer las series de "tabiques" presentes en los alimentos y reordenarlas para formar otras series, es decir, otras proteínas.

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, por ejemplo, es el principal "combustible" del cuerpo humano, en cuyas células también pueden utilizar otros combustibles, entre ellos las grasas, la glucosa es uno de los carbohidratos llamados monosacáridos, es decir, sustancias de sabor dulce, compuestas 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 gramíneas y son muy nutritivos, pues, además de los monosacáridos se componen de vitaminas, minerales, proteínas y fibra. Los polisacáridos son relativamente lentos de digerir por eso quitan la sensación de hambre.

LAS GRASAS

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

Todas las grasas comestibles se componen de ácidos grasos: largas moléculas de carbono, hidrógeno y oxígeno; permiten obtener más del doble de energía que los carbohidratos, y contienen vitamina A, D, E, y K. 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.

En nutrición la principal característica de las grasas es su grado de saturación, que se refiere a su estructura molecular. Las grasas insaturadas no proporcionan tanta acumulación de colesterol en la sangre como las saturadas. Como el exceso de colesterol en la sangre puede causar trastornos cardíacos, lo más aconsejable es comer pocas grasas saturadas. En general se recomienda que la ingestión de grasa se reduzca a un 30% del total.

Todas las grasas comestibles son una mezcla de ácidos grasos saturados e insaturados, pero por lo regular las de origen animal son más saturadas que las de origen vegetal; las excepciones son las carnes de ave y el pescado, cuyas grasas tienden a ser insaturadas, y el aceite de coco, que aún siendo de origen vegetal contiene abundantes ácidos grasos saturados.

EL COLESTEROL

El colesterol es una sustancia cerosa y compleja que forma parte importante de las membranas celulares. El organismo lo aprovecha también para producir vitamina D, hormonas, ácidos biliares y para formar tejido nervioso. Es transportado en el torrente sanguíneo por las lipoproteínas, es decir, proteínas que contienen lípidos o grasas. Según ciertos estudios al aumentar en la sangre la cantidad de colesterol, es mayor el riesgo de sufrir enfermedades cardíacas.

El colesterol se encuentra en los alimentos, pero solo el 15 por ciento de todo el colesterol presente en la sangre procede de la comida, lo cual significa que si se reduce al mínimo la ingestión de colesterol, de todas formas el efecto que ello tendrá en la sangre será casi insignificante dado que en su mayor parte lo produce el propio organismo en el hígado. Por otra parte, se considera que la excesiva ingestión de grasas saturadas estimula la producción de colesterol en el hígado.

El tipo de lipoproteína que transporta el colesterol en el organismo desempeña un papel importante entre los factores que hacen aumentar el riesgo de sufrir una trombosis coronaria. La mayor parte del colesterol sanguíneo se enlaza químicamente a lipoproteínas de baja densidad, y este es el peligroso en cuanto al estado de salud.

En cambio, otra parte del colesterol sanguíneo se enlaza a lipoproteínas de alta densidad y parece ayudar a prevenir las trombosis coronaria, por lo cual se considera que cuanto mayor sea su presencia en la sangre, tanto mejor será el efecto para la salud.

Desde el punto de vista de la alimentación, lo que es conveniente hacer es tratar de que aumente la cantidad de colesterol benéfico y se disminuya la de colesterol dañino. Por ejemplo, si habitualmente se ingieren entre 450 y 500 mg diario de colesterol, habrá que reducir esa cantidad de 300 mg, que según muchos cardiólogos es el límite máximo aconsejable. Para lograrlo bastará con modificar la ingestión de huevo o vísceras; además convendría hacer ejercicio, lo cual ayuda a incrementar en cierta medida la cantidad de colesterol benéfico. Por último es recomendable hacerse cada año un análisis de nivel de colesterol presente en la sangre, sobre todo en el caso de los hombres a partir de la edad madura.

El organismo necesita obtener de los alimentos alrededor de 40 nutrientes esenciales: vitaminas, minerales, proteínas y grasas que no pueden producir por sí mismo, o no en cantidad suficiente; para satisfacer ésta necesidad de nutrientes hay que comer gran cantidad de alimentos. Por lo general, cada alimento contiene varios nutrientes, pero no los contiene todos; además el tipo y la cantidad de nutrientes contenidos en determinados alimentos pueden ser escasos. Por ejemplo, la leche contiene proteínas, carbohidratos, calcio, fósforo, riboflavina y otras vitaminas del grupo B y vitaminas A y D, pero en cambio tiene muy poco hierro y muy poca vitamina C. La falta de algún nutriente no puede compensarse con una sobreingestión de otro.

Si la alimentación es variada y equilibrada, bastará para obtener todos los nutrientes necesarios. Así, los alimentos pueden clasificarse de acuerdo al grupo alimenticio al que corresponden, lo que facilitará el equilibrio en la ingestión diaria.

EL PAN Y LOS CEREALES

Los alimentos pertenecientes a este grupo engordan mucho menos de lo que suele verse (lo que engorda son los azúcares y las grasas que generalmente se le añaden). Todos los alimentos de este grupo contienen vitaminas B y hierro; y además si son del tipo "integral", aportan al organismo fibra, magnesio, zinc y ácido fólico.

VERDURAS Y LEGUMBRES

El término "verduras" se refiere no solo a las hortalizas de color verde sino a muchas otras, como el jitomate, el betabel, la col, los rábanos, el nabo, las cebollas, papas, zanahorias, etc. Por su parte, el término "legumbres" incluye los frijoles, habas, alubias, lentejas, garbanzos, y los otros frutos o semillas que crecen en vainas.

En general, nuestro país es rico en ciertas legumbres pero bastante escaso en verduras, que suelen ser relegadas a un segundo plano meramente decorativo en algunas ocasiones. Lo cierto es que hay que comer muchas verduras para conservar una buena salud. Por ejemplo, las zanahorias y el jitomate que contienen mucha vitamina A, al igual que las verduras de hojas grandes y de color verde oscuro contienen también hierro y calcio. Por su parte, las hortalizas crucíferas, tales como la col y el brócoli, parecen ayudar a prevenir ciertos tipos de cáncer.

Por su parte las legumbres contienen carbohidratos, fibra, vitaminas C y B6, hierro y magnesio. El frijol, los garbanzos y los chicharos secos contienen proteínas, ácido fólico, fósforo y zinc.

LAS FRUTAS

Todas las frutas, en especial los cítricos, contienen vitamina C, ácido fólico, potasio y otros nutrientes; también, aportan calorías, sodio y grasas. Aquellas cuyas semillas y piel son comestibles proporcionan bastante fibra.

CARNE, PESCADO Y HUEVO

Estos alimentos son muy ricos en proteínas, fósforo, niacina y, en menor cantidad hierro, zinc y otros minerales y vitaminas B6 y B12. Algunas carnes (la de puerco y ciertos cortes de carne de res) contienen mucha grasa y calorías, pero otras (las aves) las contienen en cantidad moderada.

LA LECHE Y LOS LÁCTEOS

La leche, la crema, el yogurt, el queso y la mantequilla, son la principal fuente de calcio en la alimentación. También contienen bastantes proteínas y vitaminas A, B2 (riboflavina), B6 y B12. La leche entera y sus derivados contiene más grasas y calorías que la leche descremada y sus derivados.

GRASAS, POSTRES PREPARADOS Y ALCOHOL

Aunque tentadores al paladar, estos alimentos contienen gran cantidad de calorías y casi nada más; en su ingestión deben apegarse a las necesidades calóricas de cada persona.

LAS VITAMINAS

Las vitaminas son sustancias que el organismo necesita para asimilar otros nutrientes, regular el sistema nervioso y ayudar a la formación del material genético y de las proteínas, los glóbulos rojos y las hormonas. Como el cuerpo no puede producir ciertas vitaminas, y otras las produce en cantidad insuficiente, tiene que obtenerlas de los alimentos.

Dado que algunas vitaminas se destruyen por efecto de la luz natural y al guardar los alimentos, estos deben ser tan frescos como sea posible; en particular, hay que evitar cocer en exceso las verduras. Las vitamina B tiende a disolverse en el jugo de la carne, por lo que es aconsejable no tirar este sino utilizarlo como salsa.

LOS MINERALES

Los minerales son sustancias inorgánicas, que el cuerpo necesita para formar los huesos, dientes, y glóbulos rojos, para secundar las reacciones químicas celulares y para regular los líquidos corporales. Los minerales esenciales (o indispensables para la vida del organismo) se clasifican en dos grupos: los microminerales calcio, cloro, magnesio, fósforo, potasio, sodio y azufre, de los cuales se necesitan más de 100 mg diarios y los microminerales- cobalto, cobre, flúor, yodo, hierro, manganeso, molibdeno, selenio y zinc, entre otros-, de los que se necesitan cantidades diarias muy pequeñas.

Hay muchos comestibles a los que durante su elaboración se les agregan vitaminas y minerales, para reforzar las cantidades que en forma natural contienen; este es el caso de una gran variedad de marcas de cereales y de ciertos alimentos especiales para bebés. Por otra parte hay comestibles que durante su elaboración pierden algunos nutrientes que después vuelven a añadirseles en cantidades mayores que las que tenían. Tal es el caso de la harina blanca enriquecida a la que se le agrega hierro, riboflavina, niacina y tiamina.

En las últimas décadas los expertos en nutrición han dejado de atender exclusivamente la necesidad de establecer un tipo de alimentación que permita prevenir las enfermedades debidas a carencias nutricionales y, en cambio han hecho hincapié en el equilibrio y la moderación, para prevenir ciertos padecimientos degenerativos. Existe una tendencia general a insistir en que hay que comer una diversidad de alimentos que proporcionan las cantidades indispensables de nutrientes y de energía y que a la vez permita mantener el peso corporal dentro de márgenes saludables. Se aconseja comer alimentos ricos en almidón y fibra, evitar el exceso de grasa, colesterol, azúcar y sodio, ingerir con moderación las bebidas alcohólicas o suprimirlas por completo.

Estos lineamientos no hacen sino poner de manifiesto cuan lejos se esta del tipo de alimentación

óptimo. Por lo regular, en la práctica se observa una tendencia a comer demasiada grasa, sodio, colesterol y azúcar y que en cambio se comen pocas verduras. En cuanto a bebidas, se prefieren los refrescos a los jugos de frutas o la leche, y por lo que se refiere a la fuente de proteínas, se tiende a comer poco pescado. A los niños se les permite comprar toda clase de golosinas y alimentos "chatarra", en vez de enseñarles a preferir fruta o algún lácteo o algún bocadillo realmente nutritivo. Es evidente que en muchas ocasiones comemos no para alimentarnos sino para mitigar el hambre, incluso con adversas consecuencias monetarias puesto que los alimentos chatarra no son precisamente baratos. Lo que se denomina alimentación sana es el resultado de todos los descubrimientos y adelantos que en materia de nutrición se ha logrado a partir de la segunda guerra mundial; su propósito es fomentar el crecimiento, la salud, la actividad física, la vitalidad y reducir al mínimo el riesgo de contraer alguna enfermedad relacionada con las deficiencias y los excesos en la alimentación.

Para que un adulto sano obtenga todos los nutrientes y la energía que necesita, es conveniente que consuma todas las raciones debidas de cada grupo de alimentos.

Así, para llevar a cabo una adecuada alimentación, además del balance de alimentos, es conveniente tomar en cuenta otros aspectos como son:

Variedad

Cuanto mayor sea la variedad de alimentos, menor será el riesgo de enfermarse por carencia o por exceso de un nutriente; además, la variedad hace que el comer sea placentero, ahuyente el tedio de "siempre lo mismo" e impide descuidarse en cuanto a la alimentación.

Equilibrio

Para mantener el peso corporal óptimo es muy importante equilibrar la ingestión de alimentos en proporción a la energía que el organismo produce. También debe de existir un equilibrio entre los nutrientes que se ingieren, es decir, las grasas, los carbohidratos y las proteínas; lo mejor es consumir pocas grasas, sobre todo si son saturadas, y en cambio comer en gran cantidad carbohidratos complejos, y fibra vegetal.

Moderación

La moderación en el comer debe ser un hábito. Los especialistas han señalado que la mayoría de las personas les haría bien reducir la ingestión de calorías, grasas, colesterol, azúcar y sal. Por otra parte, se ha demostrado que no existe ninguna ventaja en comer más proteínas de las necesarias; ni se desarrollan por ello músculos mas grandes ni mejora el desempeño atlético de una persona. Y que la demasia de proteínas no parece tener efectos perjudiciales, el exceso de ciertos minerales y vitaminas si puede llegar a ser dañino para el organismo.

La fibra

Antes se decía que era "puro bagazo"; pero lo cierto es que la fibra vegetal es necesaria para lograr el equilibrio alimentario. Beneficia al aparato digestivo, ayuda a prevenir el estreñimiento y reduce el riesgo de sufrir hemorroides; además, tal vez la fibra ayude a prevenir ciertos cánceres y otras enfermedades del aparato digestivo.

La fibra es parte de los alimentos de origen vegetal que el estómago del hombre no puede digerir, y cuya digestión se realiza parcialmente en el intestino. Existen varios tipos de fibra, y para aprovecharlos todos hay que comer muy diversos alimentos; en general, casi toda la fibra que comemos proviene de los cereales enteros, las frutas y las verduras (sobre todo, la piel de estas). Los especialistas aconsejan comer todos los días de 25 a 35 gramos de fibra. Dependiendo de la complexión de la persona: la mejor forma de conseguirlo consiste en comer varias veces al día alimentos que la contengan en abundancia. Los complementos de fibra sola no reportan ninguna ventaja y es preferible evitarlos, a menos que el médico los haya prescrito. **Todos los expertos concuerdan en que la mayoría de las personas necesitan comer menos grasas, menos sodio y menos azúcar.**

Azúcar

Es muy común comer azúcar en exceso; en su mayor parte, se trata de la sacarosa, es decir, del azúcar que en todos los hogares llena las azucareras y cuya ingestión es fácil de medir. Pero también se ingiere una buena cantidad de edulcorantes "ocultos" en muy diversos alimentos; los fabricantes de comestibles no pierden de vista que a casi todo el mundo le gustan los sabores dulces, y por eso los alimentos procesados tienden a contener demasiada azúcar, no solo se trata de los productos más obvios, tales como las mermeladas, cajetas, galletas, pasteles, helados, jarabes, refrescos y cereales, sino también de las frutas y verduras en conserva y de las sopas, salsas y jugos enlatados.

Para estar sano no se necesita consumir azúcar, pues la glucosa que el organismo requiere la obtiene de muchos otros carbohidratos. Además la mayoría de los comestibles hechos a base de azúcar tienen muchísimas calorías y muy pocas vitaminas y minerales mientras que los alimentos naturales ricos en azúcares suelen contener otros nutrientes.

Grasas

Son muchos los cardiólogos y cancerólogos que aconsejan que las calorías proporcionadas por las grasas no excedan del 30% del total que se obtiene en los alimentos. Por ejemplo, si una persona ingiere 2500 calorías diarias, lo óptimo es que consuma unos 83 gr. de grasas, o el equivalente a siete cucharadas de mantequilla; si ingiere 2000 calorías diarias; no debe de comer más de 67 gr. De grasa, y si solo ingiere 1500 calorías, su ingesta de grasa debe reducirse a unos 55 gr. De mantequilla. Para lograrlo no se necesita dejar de comer ciertos alimentos que por cierto, pueden ser los más apetitosos, sino comerlos con menos frecuencia y en menos cantidad.

Pero al reducir la ingestión de grasas se deberá aumentar proporcionalmente la cantidad de calorías que se obtiene de los carbohidratos complejos, como los contenidos en comestibles de harinas integrales y en los cereales, verduras y frutas, que además de energía aportan diversos nutrientes y fibra vegetal.

Las calorías

Estamos acostumbrados a pensar en los alimentos en términos de sabor, o de cuán fácil o complicada puede ser su preparación; pero es bueno habituarse también a pensar en términos de cuánta energía es capaz de proporcionar al organismo cada alimento, energía que se mide en

calorías. El valor energético varía mucho de un alimento a otro (y por consiguiente, varía proporcionalmente su valor en calorías), según la cantidad de sustancias energéticas que cada uno contenga. Las calorías por gramo; los carbohidratos como el azúcar, el almidón y la fécula aportan casi la mitad de las grasas: cuatro calorías por gramo, y este es también el valor calórico de las proteínas. Y el alcohol, siete calorías por gramo, el agua, la fibra, las vitaminas, los minerales y otros componentes de los alimentos, como son los saborizantes, los colorantes y los conservadores, no tienen ningún valor calórico.

Cuando se dice que un alimento tiene mucha densidad calórica significa que proporciona muchas más calorías en relación a su peso, la mantquilla el alcohol y el chocolate tienen mucha densidad calórica; en cambio, las zanahorias y la lechuga, que contienen mucha agua, tienen poca densidad calórica.

Las calorías y el peso corporal

Para que el peso corporal sea constante, hay que equilibrar la ingestión diaria y el consumo energético. Si una persona consume más energéticos que los que consume o gasta su organismo acumulará en forma de grasa el remanente, por cada 3500 calorías remanentes (es decir no utilizadas por el organismo) se acumula alrededor de 0.5 Kg., de grasa. Por otra parte, si la persona consume o gasta más energía que la que requiere su organismo utilizará los energéticos de que están formadas las células y adelgazará. La cantidad de calorías que se necesitan para mantener constante el peso depende de la edad, estatura, el tren de vida, la complejión y los factores hereditarios.

Líquidos

El agua es un elemento indispensable en la alimentación: el cuerpo la necesita para desempeñar todas sus funciones y para mantenerse fresco. Alrededor del 60% del organismo se compone de agua, dicho porcentaje es menor cuando mayor sea la cantidad de grasa acumulada; porque las células que contienen el tejido adiposo casi no contienen agua.

En el organismo sano, el consumo y la eliminación de agua se equilibran, ésta permanece en donde debe estar y casi todo ello ocurre de forma automática. El hambre y la sed regulan la ingestión de agua y minerales y los riñones regulan su eliminación. Los complejos mecanismos fisicoquímicos que sustentan la vida hacen posible que el agua y los minerales disueltos en ésta queden retenidos precisamente en donde el cuerpo los necesita: por ejemplo, la mayor parte del sodio permanece fuera de las células, la mayor parte del potasio, dentro de ellas.

El agua se ingiere no solo al beber sino también al comer, pues casi todos los alimentos la contienen en abundancia: las frutas y verduras contienen 80% de agua; el arroz y las pastas hervidos un 70% y el pan alrededor de 35%. Por tanto no se necesita beber más de 6 a 8 vasos de agua por día (es decir alrededor de unos dos litros).

Es raro que el organismo padezca por falta de agua. Los atletas y quienes hacen ejercicios vigorosos pierden sodio, potasio, y cloro, además de agua pero por lo común la alimentación normal permite reponerlos; asimismo, los riñones tienen la capacidad para regular los niveles de agua, sodio y potasio en la orina cuando la ingestión de dichos elementos sufre alteraciones o cuando se suda intensamente. No se necesita tomar pastillas de sal, ni bebidas, polvos o alimentos especiales para deportistas; en realidad, aun cuando dichos productos son dulces y apagan la sed, tienden a hacer que la persona beba menos agua lo cual es más perjudicial que benéfico. Si una persona

bebe demasiada, agua no tiene porque inquietarse: los riñones se encargarán de eliminar el exceso; además, en realidad no engorda puesto que no contiene calorías. En cambio, los refrescos, las bebidas alcohólicas, las limonadas, los jugos y las malteadas son muy ricos en calorías.

A veces las dietas alteran el equilibrio de los líquidos corporales, las dietas drásticas para adelgazar, por ejemplo, engañan al hacer que el cuerpo pierda agua, pero solo por corto tiempo. Las bebidas alcohólicas, el café, el té y algunos refrescos hechos a base de cola producen cierto efecto diurético que, en casos extremos, puede provocar deshidratación al afectar el sistema cardiocirculatorio y dificultar la eliminación del calor corporal excesivo, la deshidratación grave ocurre cuando el cuerpo pierde mas de 20% de su peso; hace que aumente la temperatura corporal y la frecuencia cardiaca y provoca fatiga, apatía y mal desempeño físico.

De éstas dos aproximaciones y tomando en consideración el aspecto nutricional, se derivan tanto el programa Cognitivo-Conductual llamado Modificación de Hábitos alimenticios, como el programa nutricional, que serán descritos a continuación:

4.4 PROGRAMA COGNITIVO-CONDUCTUAL

El objetivo en la modificación de hábitos alimentarios, es que a través de técnicas cognitivo-conductuales se adquiriera una conducta de autocontrol que permita la reducción de peso y el mantenimiento del mismo. Para ello se cubrirán los siguientes objetivos

1. El entrenamiento en el empleo de autorregistros a través de la autoobservación
2. Habilitar al paciente a fin de ubicar estímulos discriminativos asociados a sus hábitos de alimentación
3. Capacitar al paciente en el manejo de información nutricional a fin de que pueda ser capaz de realizar sus planes de alimentación por sí mismo
4. Determinar el estilo de comer del paciente
5. Instruir al paciente en el campo de sus pensamientos y emociones asociados a la conducta de comer
6. Adquisición de información para el manejo de contingencias relacionadas con los hábitos de alimentación del paciente
7. La realización de planes de alimentación por parte del paciente en asesoría con el terapeuta
8. Habilitar al paciente en estrategias de detección y solución de problemas relacionados con los hábitos inadecuados de alimentación
9. Organización de programas de actividad física, que permitan al paciente el control entre ingestión calórica y empleo de las mismas
10. Revisión periódica de avances en el logro de metas parciales para llegar al peso ideal
11. Analizar el avance de conductas adecuadas

Dicho programa tiene una duración de 21 semanas, de una hora por sesión. A su vez el programa se divide en cinco fases; la de exploración, adquisición de conductas I, mantenimiento I, adquisición de conducta II, mantenimiento II. Dichas fases se describen a continuación:

FASE DE EXPLORACION

Consta de dos semanas de duración; en la primera sesión:

1. Se obtiene la información cerca de los antecedentes médicos individuales y familiares del paciente
2. Detección en la historia previa del paciente de los intentos relacionados con la pérdida de peso
3. Elaboración del expediente que contenga datos generales del paciente
4. Establecer fecha de nueva cita

2ª. SESION

1. Introducir al paciente por parte del terapeuta a los lineamientos generales del programa
2. Obtención del peso, talla y medidas corporales del sujeto al inicio del programa
3. Determinar el grado de obesidad y establecer el peso meta
4. Entrenar al sujeto, a través de indicaciones elementales, para realizar autorregistro del qué, cuando, cuanto, en donde y por qué come, durante la siguiente semana
5. Determinar los lugares relacionados con el acto de comer

FASE DE ADQUISICION DE CONDUCTA I

La duración es de cuatro semanas

3ª SESION (1ª Semana)

1. Habilitar al paciente para que sea capaz de definir un estímulo discriminativo
2. El paciente deberá identificar los estímulos discriminativos de su entorno asociados con su conducta de comer
3. Capacitar al sujeto en el manejo de información en el área nutricional (Tablas calóricas y medidas convencionales de los alimentos habituales), a fin de que pueda ser capaz de realizar sus planes de alimentación por sí mismo

4ª SESION (2ª Semana)

1. Determinar el "Estilo de comer del sujeto"
2. Modificar el "Estilo de comer" del paciente a través de indicarle que realice pausas entre bocados
3. Identificar cual es el pensamiento que antecede a la conducta de comer, así como el pensamiento previo al dejar de comer
4. Determinar un lugar específico para ingerir alimentos
5. El paciente adquirirá un manejo en la equivalencia calórica de los alimentos que ingiere

5ª SESION (3ª Semana)

1. Determinar cadenas de comportamiento que lleven al sujeto a comer
2. Establecer acciones alternativas que permitan eliminar o sustituir eslabones de

- las cadenas de comportamiento que llevan a la ingestión de alimentos
3. Incrementar el control de conductas adquiridas en las semanas previas (lugar designado, conductas concomitantes al estilo de comer, equivalencias calóricas)

6ª SESION (4ª Semana)

1. Habilitar al sujeto en estrategias de detección y solución de problemas relacionados con los hábitos inadecuados de alimentación
2. Analizar el avance en cuanto a las áreas del programa en función de registros de conductas adecuadas
3. Revisión periódica de avances en el logro de metas parciales para llegar al peso ideal

FASE DE MANTENIMIENTO I

Duración cinco semanas (de la 1ª a la 5ª.)

1. Practicar durante 5 semanas las conductas y comportamientos que ha adquirido el paciente en cuanto a sus hábitos alimentarios
2. Revisión periódica del avance en el logro de metas parciales para llegar al peso ideal

FASE DE ADQUISICION DE CONDUCTAS II

Duración de cinco semanas

12ª Sesión (1ª. Semana)

1. Habilitar al sujeto en técnicas de planeación que le permitan analizar sus pensamientos acerca de la comida y las circunstancias en que se come; de manera que sea capaz de evitar el comer en forma impulsiva
2. El paciente realizará planes diarios de alimentación con la asesoría del terapeuta

13ª SESION (2ª. Semana)

1. El paciente será capaz de controlar los estímulos discriminativos asociados al acto de comer, a través de eliminarlos
2. El sujeto realizará ejercicios donde se analice la relación que existe entre la ingestión de alimentos, su contenido calórico y la forma en que estos pueden ser empleados a través de actividad física

14ª SESION (3ª. Semana)

1. El paciente será capaz de realizar un programa de actividades físicas que permitan al sujeto el control entre ingestión calórica y empleo de las mismas
2. El sujeto ejecutará ejercicios sobre técnicas de control de estímulos, identificando y eliminando aquellos de su medio ambiente que le lleven a incurrir en hábitos inadecuados de alimentación
3. El paciente elaborará planes de alimentación diarios a fin de determinar sus menús de comida

15ª SESION (4ª Semana)

1. El paciente podrá elaborar planes de alimentación en forma individual
2. El sujeto podrá describir la importancia de debilitar la fuerza de los estímulos externos que se convierten en señales para comer (bocadillos y días de fiesta)
3. El participante enumerará los beneficios de incrementar el gasto de energía, para quemar más tejido adiposo.

16ª SESION (5ª. Semana)

1. Se realizarán nuevos ejercicios en que se manifiesta el concepto de control de estímulos externos; (bocadillos o antojos y fiestas)
2. Habilitar al sujeto para lograr la obtención del apoyo de su medio ambiente: familiares, amigos y compañeros

FASE DE MANTENIMIENTO II (DE LA 1ª a la 5ª. Semana)

1. El paciente repetirá ejercicios de todos y cada uno de los comportamientos que se han tratado de introducir en las semanas anteriores.
2. El sujeto recibirá todo un programa de reforzamiento por parte del terapeuta en cuanto al mantenimiento de conductas adquiridas

4.5 PROGRAMA NUTRICIONAL

Este programa fue fundado por Luis Prieto Hernández en 1992, con el propósito de brindar un servicio de nutrición a la comunidad, basado en regímenes alimentarios específicos para cada persona, tomando en cuenta las preferencias alimenticias, así como las necesidades orgánicas de cada paciente.

De ésta forma, instruir al paciente para llevar una alimentación sana, mejorar su estado de salud, rendimiento y prevenir enfermedades crónico degenerativas; ofreciendo programas nutricionales para personas sanas o con cualquier padecimiento ligado con la nutrición. Brindando programas especiales a las personas en estados vulnerables, tales como mujeres embarazadas, niños y ancianos; así como a personas que requieran un plan alimenticio obligado, tales como diabéticos, obesos, hipertensos etc.

El principal objetivo del tratamiento es ayudar a los pacientes a alcanzar un estado óptimo de salud a través de su participación activa en un programa de alimentación seguro y equilibrado.

El Tratamiento se integra con los siguientes programas:

Control de peso

Educación alimentaria

Reducción de grasa corporal

Prevención de enfermedades relacionadas con la alimentación

Apoyo nutrimental en el control de padecimientos y enfermedades

Apoyo a niños sanos y con problemas de alimentación

Apoyo nutricional a mujeres embarazadas.

CAPITULO

v

METODO DE

INVESTIGACION

5.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Con los avances médicos y tecnológicos, cada vez se tiene mayor conocimiento de las causas y tratamiento de la obesidad y sobrepeso; surgiendo de dichos avances una gran variedad de productos reductivos como pastillas que encapsulan la grasa, geles y aparatos que prometen que en un breve lapso de tiempo se perderá peso, así se ha llenado el mercado de consumo de un sinnúmero de éstos productos, sin embargo ninguno de estos garantiza la pérdida permanente del mismo. Por ello, es de suma importancia el tener mayor conocimiento acerca de los tratamientos nutricionales y conductuales así como de los factores emocionales que influyen en el desarrollo del sobrepeso. Por lo que, en la presente investigación se planteó conocer y comparar dos tratamientos, uno Cognitivo Conductual y el otro nutricional, esperando observar la efectividad en la reducción de peso.

5.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

De los Tratamientos Cognitivo Conductual y Nutricional, ¿Cuál es mas efectivo en la reducción de peso?

5.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

- Observar que tratamiento es más efectivo en la reducción de peso
- Conocer el perfil de personalidad
- Observar si existe depresión y ansiedad

5.4 HIPOTESIS

a) Hipótesis Conceptual

El tratamiento cognitivo conductual, Es un programa que combina tanto la reestructuración de los pensamientos irracionales que el sujeto tiene en relación a si mismo y a sus problemas de sobrepeso; y por otro lado, la aplicación de estrategias cuyo objetivo es la modificación de hábitos y estilo de alimentación, que al ponerlas en práctica se incorporaran al repertorio conductual, logrando así, que quienes se sometan a dichas modificaciones logren llegar al peso deseado.

Tratamiento Nutricional: Consiste en la aplicación de un régimen dietético personalizado basado en la restricción calórica cuya finalidad es que el paciente alcance su peso ideal.

b) Hipótesis de Trabajo

H1: El tratamiento cognitivo conductual es mas efectivo en la reducción de peso que el tratamiento Nutricional

H2: El tratamiento Nutricional es más efectivo en la reducción de peso que El tratamiento Cognitivo Conductual

H3: El grupo Cognitivo Conductual presenta depresión y ansiedad a Diferencia del grupo Nutricional

H4: El Grupo Control presenta depresión y ansiedad en comparación al Grupo Cognitivo Conductual

5.5 VARIABLES

VD: Sobrepeso

VI: Tratamiento Cognitivo Conductual
Tratamiento Nutricional

5.6 DEFINICION DE VARIABLES

Definición Conceptual de Variables

- **Sobrepeso:** Se define como sobrepeso a la existencia de un Índice de Masa Corporal (IMC) mayor de 27 y menor de 30, en población general.

- **Tratamiento Cognitivo Conductual:** Tratamiento cuyo objetivo es la reestructuración cognitiva, además de la modificación conductual, en los problemas de peso.

- **Tratamiento Nutricional:** Plan constituido por un régimen basado en la restricción calórica, cuya finalidad es la de reducir de peso a la persona que se somete a dicho tratamiento, éste está integrado por régimen nutricional personalizado y diseñado por el nutriólogo.

Definición Operacional de Variables

- **Sobrepeso:** es el peso que se encuentra por arriba del 27 y menor del 30 % del Índice de Masa corporal, el cual se mide dividiendo el peso en kilogramos, entre la estatura al cuadrado. Una vez realizada la operación se busca en las tablas de IMC. (Ver anexo 2).

- **Tratamiento Cognitivo Conductual:** Es un programa cuyo objetivo es el de modificar hábitos de alimentación, así como los pensamientos que posean los participantes con sobrepeso para reducir el mismo.

- **Tratamiento Nutricional:** Plan constituido por un régimen basado en la restricción del consumo calórico, con la finalidad de reducir de peso a la persona partícipe del programa.

5.7 MUESTRA

La muestra total se seleccionó al azar, y estuvo constituida por cuatro grupos en donde: el grupo Cognitivo Conductual (experimental I) estuvo conformado por diez mujeres pertenecientes a la facultad de psicología de la UNAM siendo todas mujeres, el grupo Nutricional (Experimental II) con mujeres con sobrepeso. En el grupo (Control I) hubo 5 hombres y cinco mujeres todos con sobrepeso. El grupo control II lo conformaron cinco mujeres con sobrepeso y cuatro mujeres delgadas. La edad de todos los participantes fluctuó entre 19 y 50 años, y escolaridad mínima de bachillerato.

5.8 MUESTREO

El tipo de muestreo fue al azar

5.9 TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo

5.10 DISEÑO DE INVESTIGACION

Transeccional descriptivo

5.11 INSTRUMENTOS DE MEDICION

- INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD

El Inventario Multifásico de la Personalidad MMPI, Minnesota, es un instrumento psicométrico, consta de 550 frases y 16 repetidas, incluyendo una gran variedad de temas. Si bien la construcción inicial del MMPI, fue en el ámbito clínico, en la actualidad su uso se ha generalizado en diversos campos de la psicología.

Existen dos formas de aplicación, siendo más generalizada la forma de cuadernillo.

Se recomienda aplicar la prueba en general a partir de los 16 años, o a sujetos que hayan cursado por lo menos 6 años de escolaridad en forma exitosa.

Las instrucciones para el sujeto aparecen en el cuadernillo de preguntas. Las frases serán contestadas en 1 de 3 categorías: Cierto, Falso, No puedo decir.

Para poder realizar la interpretación del inventario, hay que tomar en consideración dos aspectos fundamentales: Una parte Cuantitativa y otra cualitativa: Ya contestadas las frases se vacían los datos naturales en una hoja llamada perfil, automáticamente se convierten los puntajes a puntajes normalizados T, donde es posible apreciar la altura de las escalas. Y en la parte cualitativa, en donde se interpretan los rasgos de personalidad de acuerdo a la elevación de las escalas, las cuales se mencionarán brevemente a continuación.

El inventario consta de 4 escalas de validez:

No puedo decir: Esta escala consiste en el número de frases que se han dejado sin contestar, incluyendo también aquellas que han sido contestadas como cierto y falso al mismo tiempo. La causa más frecuente para dejar sin contestar un gran número de reactivos es la incapacidad del sujeto para comprender las preguntas, Se reconoce como segunda causa la falta de colaboración a contestar la prueba, Otros factores pueden ser la suspicacia, depresión y defensividad, es importante insistir en que se debe dar una respuesta. Se acepta un margen de 10 respuestas sin contestar.

La escala L: Consta de 16 frases y es el segundo indicador de validez. Esta escala está diseñada para identificar los intentos deliberados o intencionales para evadirse de dar respuestas en forma honesta y franca. Cuando el examinado quiere dar una impresión en extremo favorable de sí mismo obtendrá una puntuación elevada en esta escala. Una puntuación mayor a T 60 son claros indicadores de una distorsión prepositiva por parte del examinado.

Escala F: Es el tercer indicador de validez, se le conoce también como escala de frecuencia o confusión: Consta de 64 reactivos; esta diseñada para detectar los modos atípicos o desusuales de contestar a la prueba. Son reactivos que raramente son contestados en la dirección significativa por las personas normales.

Aparecerá alta esta escala en los protocolos de sujetos que por alguna razón intentan aparecer mal, dar una imagen desfavorable de sí mismos o que pretenden fingir disturbio emocional.

En general en personas normales, elevaciones moderadas sugieren formas poco usuales de responder a los estímulos, poco convencionalismo o individualismo en otros aspectos de la conducta de la persona.

Escala K: La escala consta de 30 frases opera como escala de corrección de las escalas clínicas 1 (Hs), 4 (Dp), 7 (Pt), y 9 (Ma), pero también como índice de ciertas características de personalidad.

La primera implicación que puede darse a los valores de esta escala es la actitud con la que el examinado toma la prueba; la segunda implicación puede ser una clave del tipo de persona que es, obviamente estas inferencias no se dan de forma aislada, es decir, que la persona emprende la tarea de autodescripción en una forma determinada por la clase de persona que es, rasgos de conducta, nivel socioeconómico, la situación en que se coloca a sí mismo, el propósito por el que realiza el examen.

En personas normales con una K elevada se les describe como emprendedoras, ingeniosas, dinámicas, enérgicas, racionales, con mucha iniciativa, pero suelen ser difíciles en la entrevista. Las personas con K baja se encuentran en sujetos clasificados como desconfiados, inhibidos, superficiales, sumisos ante figuras autoritarias, sus mecanismos de defensa son inadecuados y ofrecen un cuadro de incapacidad de personas indefensas.

Escalas clínicas:

1 Hipocondriasis (Hs)

Esta escala, con 33 reactivos, es la primera de la llamada "triada neurótica"; fue diseñada para medir

características de personalidad relacionadas al patrón neurótico de la hipocondriasis. Las personas de este grupo muestran una preocupación anormal por sus funciones corporales. Su sufrimiento y preocupación, con algunos síntomas físicos típicos que son altamente persistentes, aún en contra de la evidencia de no tener un origen o causa orgánica. El cuadro típico de la hipocondriasis incluye también egocentrismo, inmadurez, falta de "insight" en el origen emocional de sus preocupaciones con el proceso somático.

Escala 2 Depresión (D)

La segunda escala tanto clínica como de la triada neurótica, con 60 reactivos, se estableció en forma empírica para medir el grado o profundidad del síntoma clínico del patrón depresivo, que se caracteriza generalmente por pesimismo hacia el futuro, sentimientos de desesperanza o indignidad, lentitud en el pensamiento y la acción, frecuentemente por preocupación ante la idea de la muerte o el suicidio.

Escala 3 Histeria (Hi)

Esta escala, la tercera clínica y la última de la triada neurótica, con 60 reactivos, fue desarrollada para la identificación de pacientes que utilizan defensas neuróticas, histeria de conversión. Estos pacientes acuden a síntomas físicos como medio para resolver dificultades, conflictos o evitar responsabilidades y madurez. El desorden físico puede, en ocasiones, aparecer solo bajo estados de presión y en otras circunstancias la incapacidad no resulta claramente demostrable.

La escala 3 tiene dos componentes distintos:

1. El relacionado con los malestares físicos y altamente correlacionado con la escala 1.
2. El 2º componente, llamado por algunos autores como histeria sutil, que puede significar la sobrecompensación o rechazo de la posibilidad de que el individuo esté cayendo en un cuadro neurótico y realiza el intento de aparecer como excelentemente socializado, con represión de elementos depresivos.

Escala 4 Desviación psicopática (Dp)

Esta escala, con 50 reactivos se desarrollo para identificar un subgrupo de personas con características amorales y asociales y personalidad psicopática. Los hechos relevantes de este patrón de personalidad incluyen desacuerdos repetidos y flagrantes de las costumbres sociales y morales; tienen inhabilidad para beneficiarse de experiencias penales pasadas y muestran repetidas dificultades de este tipo. Emocionalmente sombríos en su relación con los demás, particularmente en el área del afecto y del sexo, ya que se encuentran relativamente libres de conflicto y ansiedad.

Escala 5 Masculino/Femenino (Mf)

Esta escala con 60 reactivos, se diseño para explorar los intereses y actitudes del sujeto pertenecientes a características propias de un sexo u otro así como; identificar hechos de la personalidad relacionados con el desorden de inversión sexual masculina. Este síndrome es otro subgrupo homogéneo de la categoría general de personalidad psicopática, en algunas ocasiones se llamado sexualidad patológica, Las personas con este patrón de personalidad frecuentemente se involucran en prácticas homoeróticas, como parte de su carácter emocionalmente femenino. No obstante, muchos de estos hombres también son inhibidos o están llenos de conflictos para realizar

cualquier expresión abierta de sus preferencias sexuales. El feminismo de estos hombres, se refleja en sus valores, actitudes, intereses, estilos de expresión y lenguaje, así como en sus interrelaciones sexuales.

Escala 6 Paranoia (Pa)

Esta escala, con 40 reactivos, es la primera de la llamada "tétrada psicótica"; fue diseñada para la evaluación clínica del patrón de la paranoia, que incluye creencias distorsionadas, ideas de referencia y delirios tanto de grandeza y/o persecución. Mala interpretación de las situaciones de la vida, sin que se afecte las habilidades y la inteligencia.

Escala 7 Psicastenia (Pt)

Esta escala, la segunda de la tétada neurótica con 48 reactivos, fue derivada como ayuda para la evaluación del patrón neurótico de la psicastenia o síndrome obsesivo-compulsivo. Los hechos relevantes de este patrón incluyen meditaciones obsesivas, rituales de conducta compulsiva, algunas formas de miedos anormales, preocupación, dificultad para la concentración, sentimientos de culpa, dudas excesivas para tomar decisiones. Otros rasgos frecuentemente notables incluyen estándares muy elevados de moralidad y de rendimiento intelectual, autocrítica, sentimientos y actitudes de autocontienda. Aunque el término psicastenia no tiene un uso frecuente en la actualidad, este patrón de reacción neurótica es un hecho relevante y persistente de muchos desórdenes psicóticos.

Escala 8 Esquizofrenia (Es)

Esta escala con 78 reactivos, es la 3ª de la tétada psicótica. El patrón psicótico de la esquizofrenia, del que se derivó esta escala, es muy heterogéneo e incluye muchos hechos de conducta contradictorios; esto puede ser el resultado de que el patrón se identifique en términos de conducta y pensamientos bizarros y desusuales. Comúnmente, las personas que muestran esta reacción psiquiátrica se caracterizan por ser constreñidas, frías, apáticas o indiferentes. Otras personas se ven remotas e inaccesibles, frecuentemente encerrados en sí mismos. Delirios con varios grados de organización, alucinaciones, ya sea fugaces, persistentes o compulsivas, además de desorientación en varia combinaciones. Inactividad y finalidades estereotipadas que pueden estar acompañadas por pérdida de interés hacia otras personas, objetos externos o relaciones. Estos sujetos frecuentemente rinden por debajo del nivel esperado, de acuerdo a su entrenamiento y habilidad.

Escala 9 Manía (Ma)

Esta escala, la cuarta de la tétada psicótica, consta de 45 reactivos. El patrón de personalidad del que se derivó es el desorden del afecto hipomaniaco. Las características de éste patrón son: Hiperactividad, excitación emocional y fuga de ideas. La hiperactividad es frecuentemente ineficaz e improductiva. Pueden tener buen humor, euforia y en ocasiones ser irritables con arranques de temperamento. El entusiasmo y sobreoptimismo de estas personas los pueden llevar a involucrarse en más cosas de la que pueden manejar.

Escala 0 Sociabilidad (Si)

Esta escala esta formada por 70 reactivos y tiene como finalidad detectar la tendencia a la introversión o a la extroversión social, en los hechos del pensamiento, participación social y expresión emocional. El termino introversión social está caracterizado por retraimiento de los contactos y responsabilidades sociales. Muestra poco interés real por las personas. En contraste, la extroversión social involucra la búsqueda de contactos sociales e interés sincero por la gente, además de la derivación de satisfacción por los contactos sociales.

INVENTARIO DE ANSIEDAD RASGO - ESTADO

El inventario de Ansiedad Rasgo- Estado IDARE, (versión en español de STAI). Constituido por dos escalas de evaluación separadas, de autoevaluación que se utilizan para medir dos dimensiones distintas de la ansiedad: la llamada Ansiedad-Rasgo (A-Rasgo), y la llamada ansiedad Estado (A-Estado). Aún cuando este inventario se desarrolló para investigar fenómenos de ansiedad en sujetos adultos normales, se ha demostrado también es útil en la medición de la ansiedad en estudiantes de secundaria y bachillerato, como en pacientes neuropsiquiátricos, médicos y quirúrgicos

La escala A-Rasgo del inventario de ansiedad consiste de veinte afirmaciones en las que se pide al sujeto describir como se siente generalmente. Esta puede ser utilizada como instrumento de investigación en la selección de sujetos que varíen en su disposición a responder a la tensión psicológica con niveles de intensidad distintos A-Estado.

La escala de A-Estado también consiste de veinte afirmaciones, pero las instrucciones requieren que los sujetos contesten como se sienten en un momento dado. Se ha demostrado que las calificaciones obtenidas en la escala A-Estado, se incrementan en respuesta a numerosos tipos de tensión y disminuyen como resultado del entrenamiento en relajación. Esta es un indicador sensitivo del nivel de ansiedad transitoria experimentada por clientes y pacientes en orientación, psicoterapia, terapéutica del comportamiento. Las características esenciales que pueden evaluarse involucran sentimientos de tensión, nerviosismo, preocupación y tensión.

Ambas escalas se encuentran impresas en una sola hoja. Fue utilizado para ser autoadministrable y puede ser aplicada individualmente o en grupo. Las instrucciones son: Para SXR debe reportar como se siente generalmente, y para SXE, como se siente en el momento en que realiza la prueba.

Se podría anticipar en general, que quienes califican alto en A-Rasgo, exhibirán calificaciones altas en A-Estado mas frecuentemente que los sujetos que califican bajo en Ansiedad-Rasgo; ya que los primeros tienden a reaccionar a un mayor número de situaciones como si fueran peligrosas o amenazantes, o en situaciones que impliquen relaciones interpersonales amenazantes a la autoestima.

- Báscula
- Hojas de registro diario de comidas
- Hojas de equivalencias calóricas
- Tablas de porcentajes de sobrepeso (Ver anexo 2)

5.12 PROCEDIMIENTO

Se abrió la convocatoria a la comunidad de la facultad de psicología para la invitación al programa de Modificación de hábitos alimenticios. Así quedó conformado el grupo *experimental No.1*, que estuvo constituido por 10 mujeres, en su mayoría estudiantes universitarias; denominándosele grupo Cognitivo Conductual. El grupo No.2, estuvo compuesto de 8 mujeres pertenecientes al tratamiento Nutricional; Los grupos control estuvieron conformados por 17 sujetos de los cuales 13 son mujeres y 4 hombres, las muestras se eligieron al azar.

Ya establecidos los grupos, se procedió a la primera aplicación, de las pruebas IDARE y MMPI. La aplicación al primer grupo experimental se llevo a cabo en dos sesiones establecidas de acuerdo a los tiempos de las participantes.

En el *grupo experimental II* las aplicaciones se realizaron al acordar con el nutriólogo los requisitos y tiempos de aplicación.

Con los grupos control se siguieron los mismos requisitos para la aplicación de las pruebas; además mediante el uso de la báscula se obtuvo el peso inicial, así como las medidas corporales del total de participantes.

En la *primera sesión* del grupo cognitivo conductual, denominada fase de exploración, se obtuvo información acerca del historial médico, los antecedentes en cuanto a intentos para reducir de peso; estableciéndose una nueva cita. En la segunda semana, se dio una introducción a los lineamientos del programa, así como el registro de peso y talla, además de iniciar con la línea base para determinar los lugares relacionados con el acto de comer.

La primer Fase: Fue la de adquisición de conductas abarcó cuatro semanas, en las cuales se emplearon las hojas de registros de: peso y medidas corporales, diario de comidas, lugar designado para comer, plan alimentario, guía nutricional, y crédito de tareas.

En la fase de mantenimiento I: cuya duración fue de cinco semanas; se llevaron a cabo los registros: diarios de comidas, diarios de comportamientos, Manejo de plan alimentario, guía nutricional y crédito de tareas.

Fase de adquisición de conductas II: abarcó cinco semanas en las cuales los autorregistros empleados fueron: diario de comidas, diario de comportamientos, Plan alimentario y guía nutricional, así como crédito de tareas.

Finalmente, *la Fase de mantenimiento II:* o seguimiento; incluyó desde la primer semana hasta la quinceava, se retomaron todos los ejercicios que se introdujeron en las semanas anteriores y donde se emplearon los autorregistros de: Mantenimiento de comportamientos, manejo de plan alimentario y guía nutricional, créditos de tareas, y autorecompensarse al término de la última semana. El grupo experimental No.2, se sometió al tratamiento nutricional, bajo la dirección y orientación del nutriólogo en cuanto a llevar un régimen alimenticio determinado por él mismo, balanceando el aporte calórico semanal requerido por el paciente.

Al final de dichos tratamientos se llevó a cabo una segunda aplicación, siguiendo los mismos lineamientos de la primera aplicación, para cada grupo de participantes. De igual manera se registraron los pesos y tallas a cada uno de los participantes. A los grupos Nutricional (*experimental I*) y grupo control II no se les realizó una segunda aplicación. Debido a muerte experimental y por ser grupo de seguimiento respectivamente

Cada día los trastornos en la alimentación como son: la bulimia, anorexia, obesidad y sobrepeso; que es el que nos ocupa en la presente investigación, han cobrado gran importancia dejando de ser un problema meramente estético para convertirse en un problema de salud pública, ya que no distingue de estrato social, sexo o edad.

Para abordar dicho problema han surgido diversos tratamientos que van desde el uso de medicamentos, hasta los que prometen mágicamente alcanzar el peso deseado en un breve lapso de tiempo y sin ningún esfuerzo; pero dichos tratamientos actúan sin éxito ya que al abandonarlos el paciente, se presenta nuevamente el problema de sobrepeso. Así, surgen los tratamientos conductuales, derivándose de éstos el modelo Cognitivo Conductual, que es el que abordamos y comparamos con un tratamiento Nutricional. Para ello, y después de aplicar, calificar y capturar los datos proseguimos al análisis de los mismos.

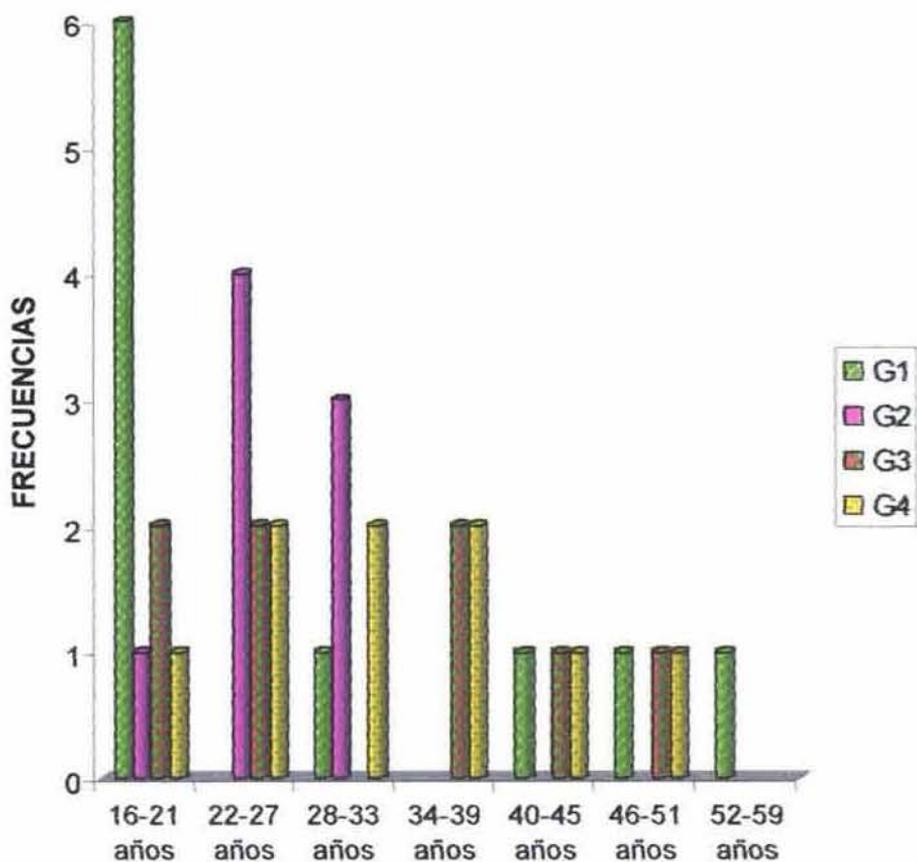
En dicho análisis el objetivo fue conocer las características generales de la muestra que constó de dos grupos experimentales y dos grupos control, en cuanto a: Edad, sexo, talla, IMC y peso; así como observar los niveles de ansiedad utilizando el IDARE y obtuvimos del MMPI, el perfil promedio de personalidad de los participantes de cada grupo.

Dicho análisis estadístico se llevó a cabo mediante la aplicación del programa SPSS para Windows en su versión No. 10 donde:

1. Para presentar los datos, se emplearon las medidas de tendencia central: media (\bar{X}), mediana (md), desviación estándar (S), frecuencias y el empleo de análisis de varianza también denominado ANOVA.
2. Para la descripción de los resultados se recurrió al uso de gráficas de barras y de puntos, así como de tablas descriptivas.

Una de las variables descriptivas que se consideró para conocer las características generales de la muestra fue la edad; en donde ésta estuvo en un rango de 19 a 59 años, situándose la edad promedio en un rango de 29 a 32.3 años. Así, el promedio de mayor edad se observó en el grupo IV control II, y el de menor edad en el grupo II Nutricional.

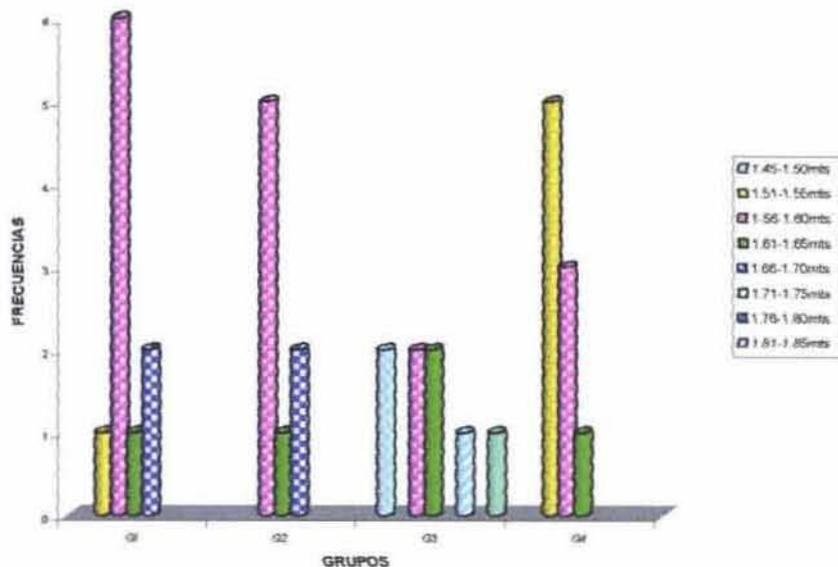
DISTRIBUCION POR EDAD



GRAFICA No.1

En cuanto a la talla se observó que el rango fue de 1.45 a 1.83 mts, donde se obtuvo una estatura promedio de 1.56 a 1.62. Donde la media mayor se encontró en el grupo IV Control II y la media menor en el grupo II Nutricional.

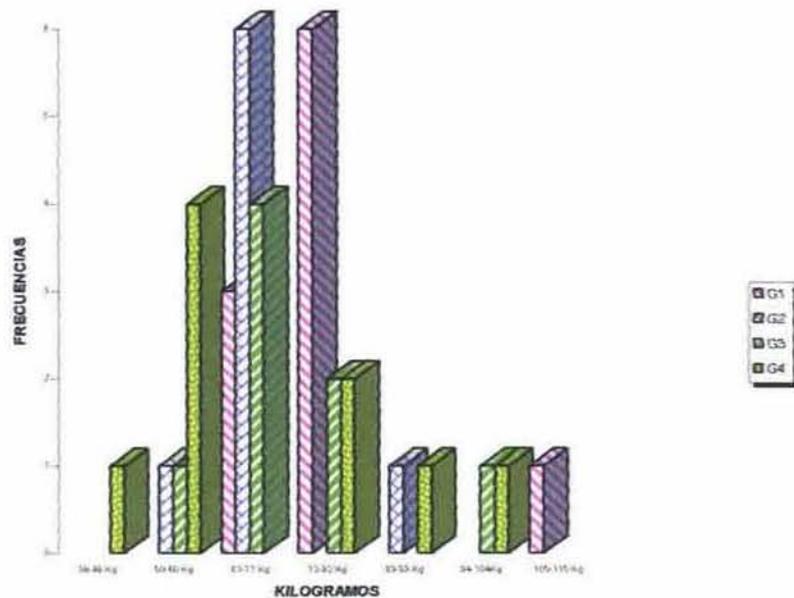
TALLA DE LOS CUATRO GRUPOS



GRAFICA No.2

En cuanto a la variable del peso, éste osciló en un rango de 39 a 115 Kg antes del tratamiento, situándose el promedio entre 66.5 a 75.7 Kg. Siendo el promedio mayor para el grupo 1, y el menor para el grupo 4. Cabe mencionar que en los grupos cognitivo conductual y Nutricional se consideraron a todas las participantes, reportando el peso desde la primera semana hasta que abandonaron el tratamiento.

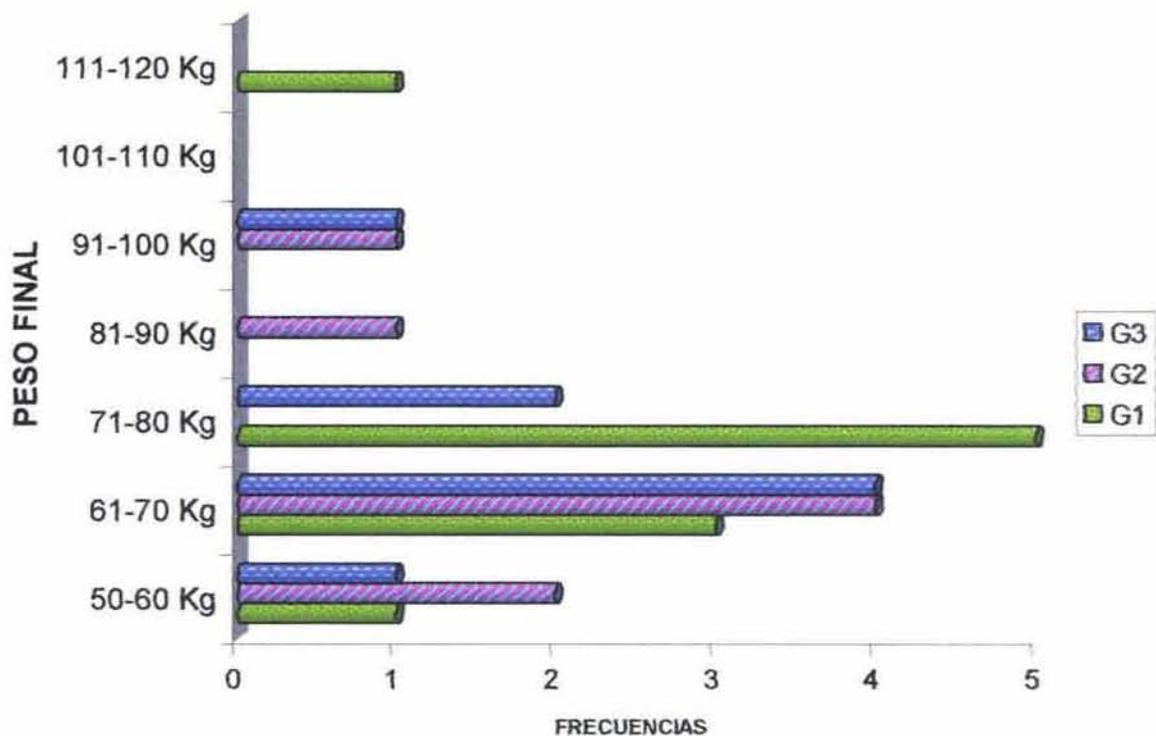
PESO INICIAL DE LOS CUATRO GRUPOS



GRAFICA No. 3

En el peso final, solo se consideraron a los tres primeros grupos; donde el peso estuvo entre 53.5 a 112.9 Kg. siendo el promedio de peso mayor de 73.5 Kg. para el grupo Cognitivo Conductual; en éste grupo tanto el peso inicial como el peso final fueron los mas elevados de los tres grupos. En el grupo Nutricional el peso final se incrementó 3 Kg. respecto del peso inicial. Al grupo Control I, le correspondió el promedio de peso menor siendo éste de 71 Kg. Aquí hubo un aumento de menos de un kilo por lo que no es significativa la diferencia.

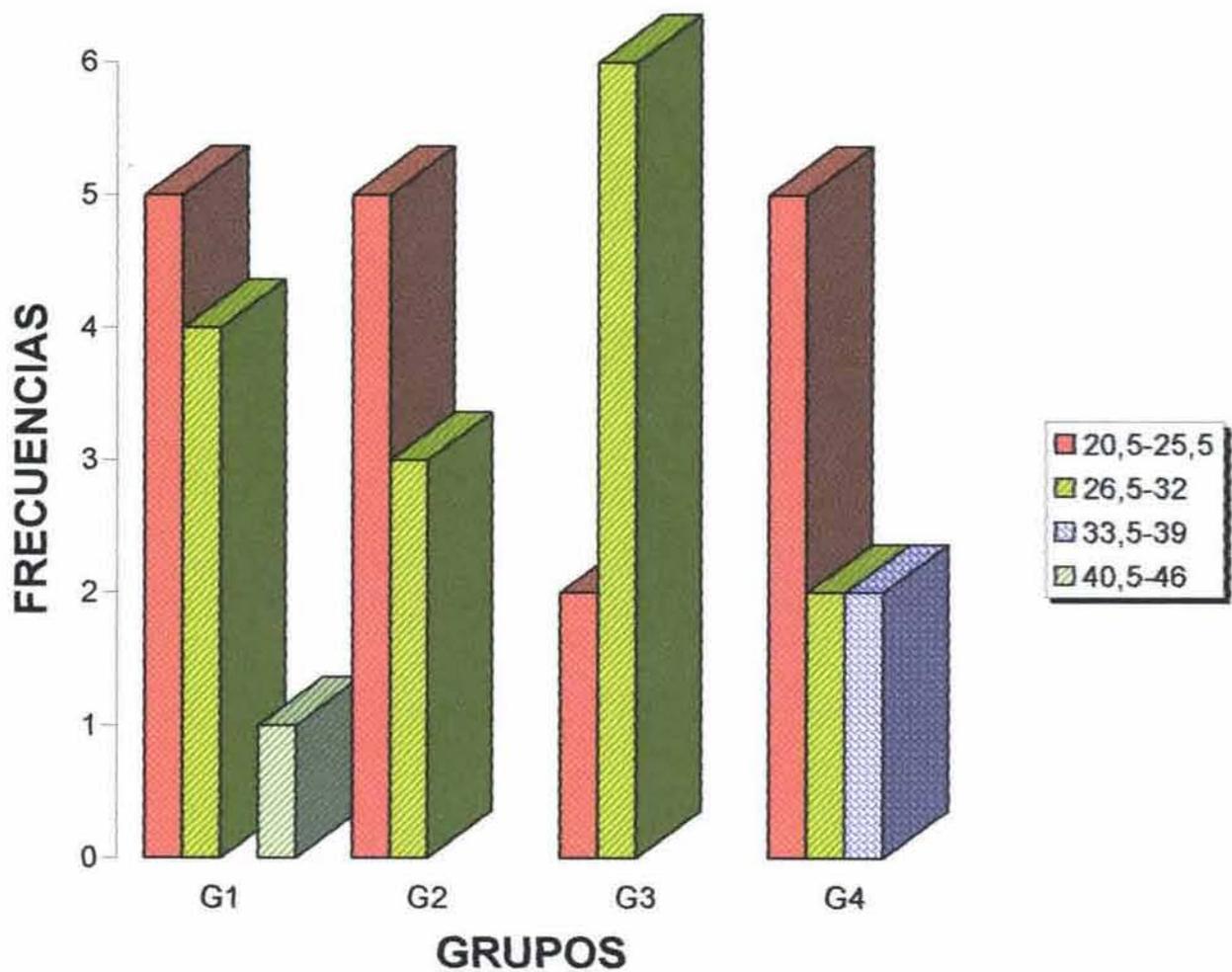
PESO FINAL DE LOS TRES GRUPOS



GRAFICA No.4

El Índice de Masa Corporal inicial, fue de 16.6 a 40 .9, correspondiéndole el IMC mínimo al grupo Control II, y el máximo al grupo Cognitivo Conductual, siendo para este grupo también el promedio de IMC mayor que fue de 28.4. El promedio menor fue de 25.8 y le correspondió al grupo II Nutricional.

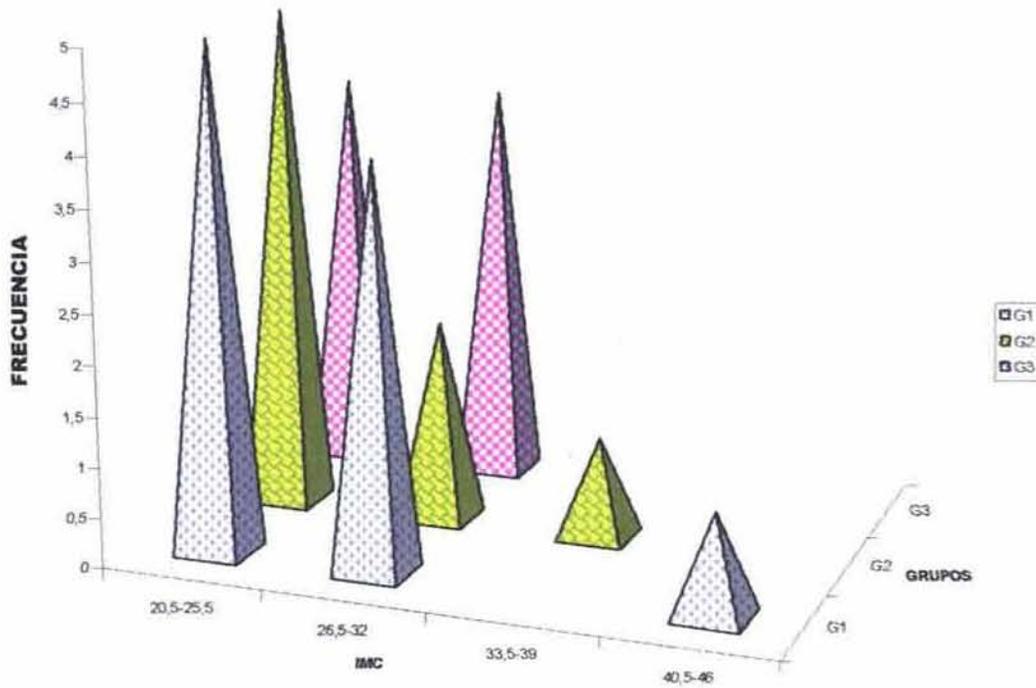
INDICE DE MASA CORPORAL INICIAL



GRAFICA No. 5

El Índice de Masa Corporal final fue de 22.5 a 40 %, correspondiéndole ambos al grupo Cognitivo Conductual; en cuanto al promedio final, éste fue de 27.1 a 27.5 siendo el menor promedio para los grupos 2 y 3, y el promedio mayor para el grupo 1. De este modo y de acuerdo a las tablas se observó que hubo sobrepeso en todos los grupos.

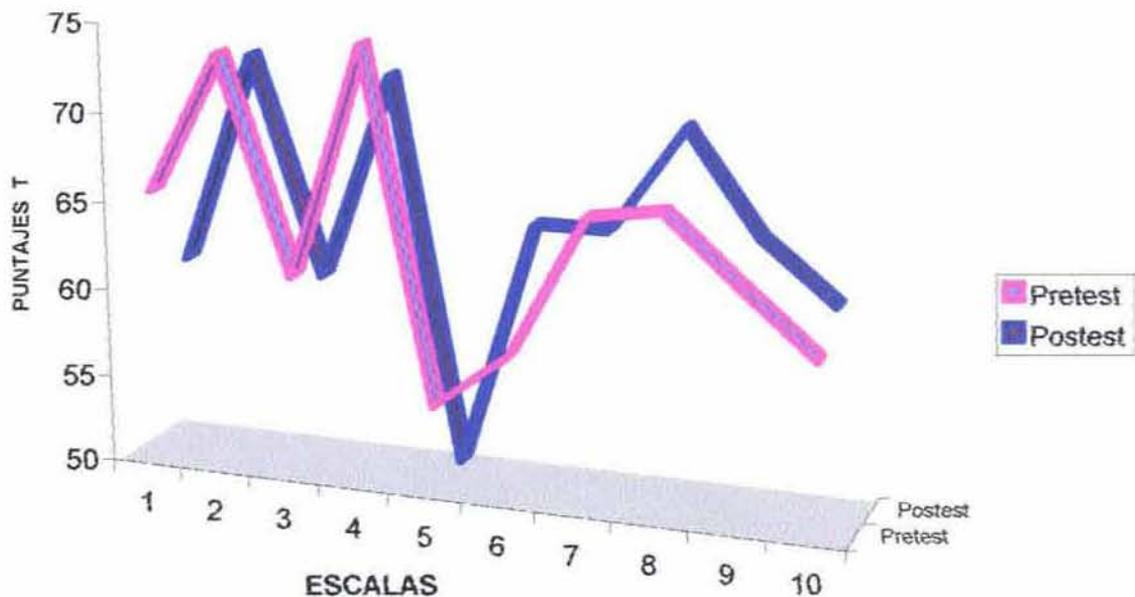
INDICE DE MASA CORPORAL FINAL DE LOS TRES GRUPOS



GRAFICA No. 6

Se observó que la escala de mayor puntuación media correspondió a la 4 Dp, con una puntuación media de 74.4 situada en una altura dentro del dispersigrama de T 70 a 79, la segunda escala que le siguió en altura es la 2D, menor por un punto, con una media de 73.4, las dos escalas en conjunto se colocaron en el nivel de alto patológico. En un rango de T 60 a 69 se encontraron las escalas 87193 que es un nivel significativo para interpretación sin ser patológico. Y finalmente en el rango de T 50 a 59 se encontraron las escalas 065, éstas se ubicaron dentro del término medio normal.

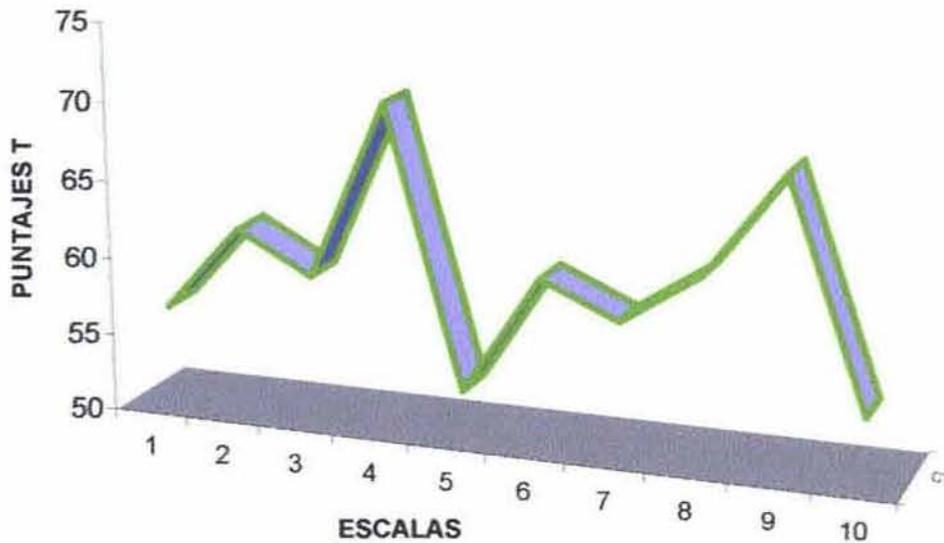
MMPI INICIAL Y FINAL GRUPO I COGNITIVO CONDUCTUAL



GRAFICA No.7

La escala de mayor puntuación fue la 4Dp, con una media de 70, colocándola en el dispersigrama en un nivel de T70 a 79, lo que indica alto patológico. La escala que le sigue es la 9 Ma, cuya media fue de 68.3 y un rango de altura de T 60 a 69, además las escalas que se encontraron en este mismo rango fueron 9286 que correspondieron a un nivel significativo de interpretación sin ser patológico; esto es, nivel moderadamente alto. Finalmente las escalas que se encontraron en un nivel de T 50 a 59, fueron 37105 esto es, sus calificaciones medias estuvieron entre 52.8y 59.2 considerándose como término medio o normal.

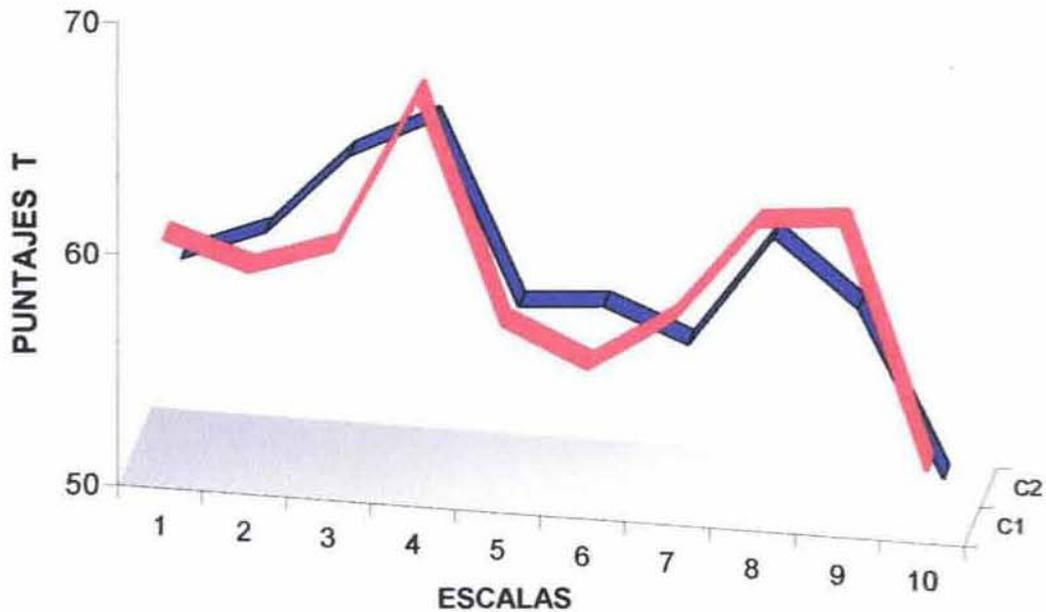
MMPI PROMEDIO GRUPO II NUTRICIONAL



GRAFICA No. 8

En el grupo tres como en los grupos 1 y 2, la escala de mayor altura fue la 4 Dp, con una media de 67, y al igual que los otros dos grupos es la primera en aparición, y a una altura de tres puntos T de diferencia del grupo dos y a siete puntos del grupo 1. Se encontró en un nivel de T 60 a 69 que es significativo para interpretación sin ser patológico, o sea a un nivel moderadamente alto. Compartiendo éste mismo nivel de altura se encontraron las escalas 9813. Las escalas que le siguen corresponden a un nivel que fue de T 50 a 59, 27560 cuyo nivel de interpretación fue de término medio normal; como se mencionó anteriormente. En el postest se observó una disminución en las escalas 1.5.7.8.9.0 dichas disminuciones fueron entre 1 y 3 puntajes T. Se observó un aumento respecto de la primera aplicación en las escalas 3 y 6; siendo la diferencia de un puntaje T.

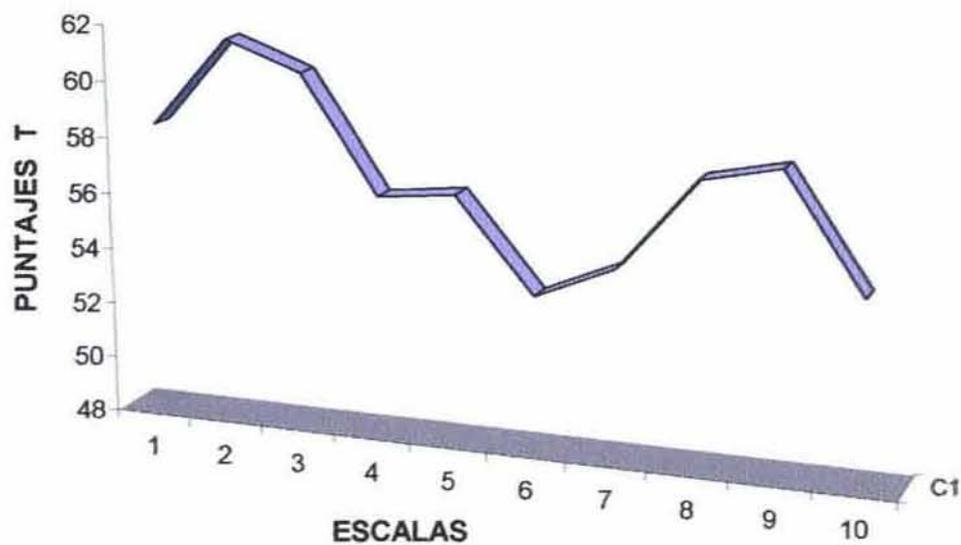
MMPI PROMEDIO GRUPO III CONTROL I



GRAFICA No. 9

En el grupo cuatro, la configuración de las escalas fue diferente; se observó que la escala de mayor altura perteneció a la 2D, cuya media fue de 60.6, seguida por la escala 3 Hi siendo la media de 60.6, indicó un nivel de T 60 a 69 que siendo significativo para interpretación sin ser patológico. Las escalas que siguieron fueron 9 1854760, y los puntajes medios fueron de 58.4 a 53.5, éstos se encontraron en un nivel de T 50 a 59 término medio normal.

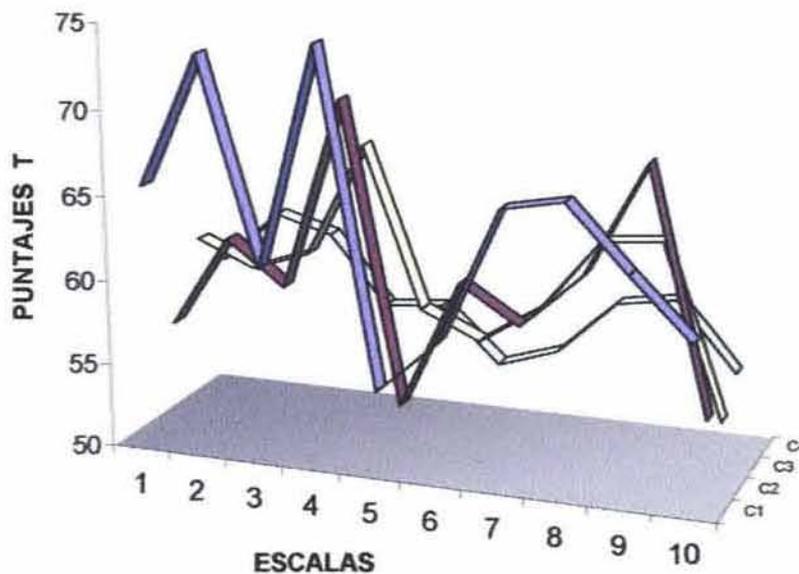
MMPI PROMEDIO GRUPO IV CONTROL II



GRAFICA No. 10

En general, se observa que el grupo uno tuvo los puntajes medios mas elevados en las escalas 421387 respectivamente; la puntuación media fue de 73.4 a 61.3 situándose en los niveles de alto patológico las dos primeras escalas, y las siguientes de significativo para interpretación sin ser patológico. Las puntuaciones menores para dichas escalas fueron para los grupos 2,3 y 4. El puntaje mayor para la escala 6 fue para el grupo dos con una media de 60.5 siendo su nivel significativo sin ser patológico, y la puntuación menor en la misma escala fue para el grupo cuatro con una media de 53.5. En la escala 5 Mf, la puntuación mayor fue para el grupo 3, siendo ésta de 57.6 y la menor para el grupo dos con una media de 52.8 aquí, la altura fue de T 50 a 59 situándose dentro del término medio normal. Podemos concluir que las calificaciones más altas le correspondieron al grupo uno y las menores a los grupos dos, tres y cuatro además, en los tres primeros la escala 4 es la de mayor puntaje del perfil.

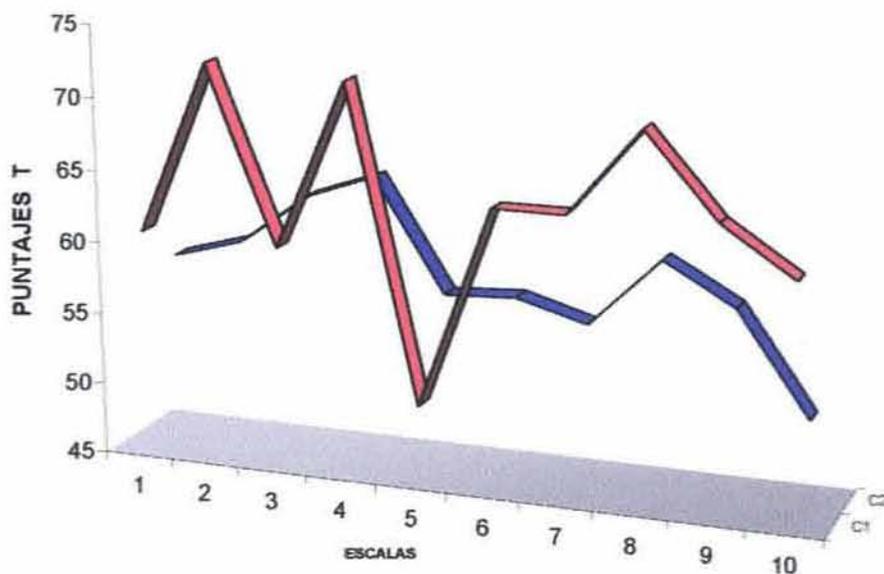
MMPI INICIAL CUATRO GRUPOS



GRAFICA No.11

El postest solo lo tuvieron los grupos 1 y 3, de aquí podemos decir que en general los puntajes mayores fueron para las escalas 2.9.7418063 respectivamente donde los puntajes medios fueron de 54.8 a 74.4 en el grupo uno, mientras que para el grupo dos las medias fueron de 52.7 a 67.2, para las mismas escalas. Así la diferencia en la altura de los puntajes fue de 3 a 14 puntos.

MMPI FINAL GRUPO COGNITIVO CONDUCTUAL Y CONTROL I

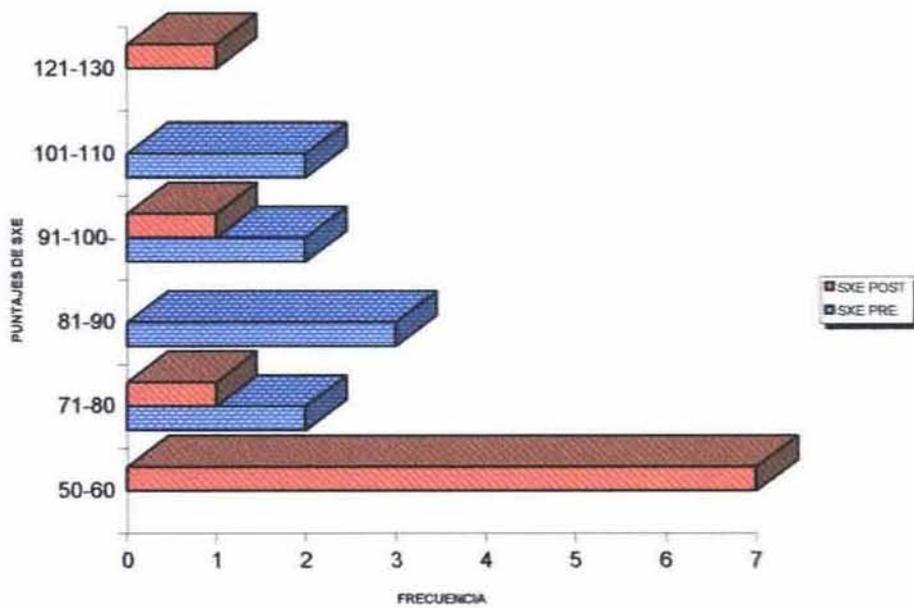


GRAFICA No. 12

Después de llevar a cabo el análisis descriptivo de MMPI, nos abocamos a IDARE, donde se empleó en la primera aplicación el análisis de varianza también llamado ANOVA para SXE y SXR. En la segunda aplicación de SXE y SXR se empleó la prueba T; además de la elaboración de gráficas para el análisis descriptivo.

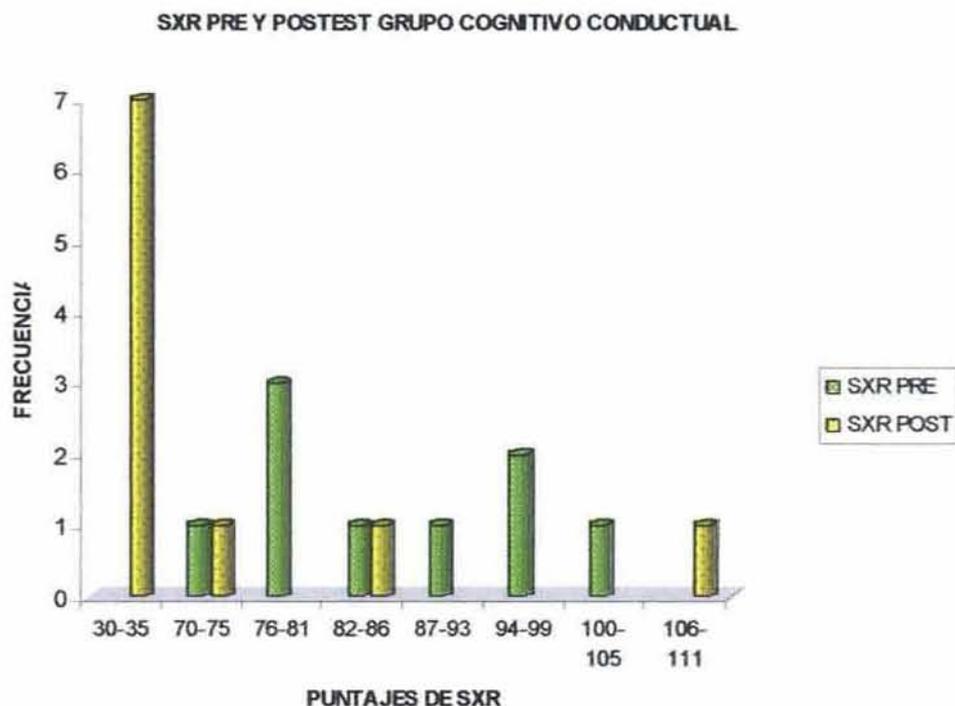
Los sujetos del grupo Cognitivo Conductual, en la primera aplicación de Ansiedad estado (que se abreviará SXE), obtuvieron una puntuación localizada en un rango de 73 a 106 puntos, donde dos sujetos obtuvieron un puntaje de 101. Una puntuación promedio de SXE 89.7. En la segunda aplicación el rango de puntuación fue de 50 a 128 pts, y 7 sujetos obtuvieron una puntuación de 50, siendo la puntuación promedio de 65. En este grupo se observó la puntuación media mayor en SXE en la primera aplicación, Lo que indica que éste grupo presenta los niveles mas altos en ansiedad respecto de los otros tres grupos, disminuyendo esta posterior al tratamiento.

SXE PRETEST Y POSTEST GRUPO COGNITIVO CONDUCTUAL



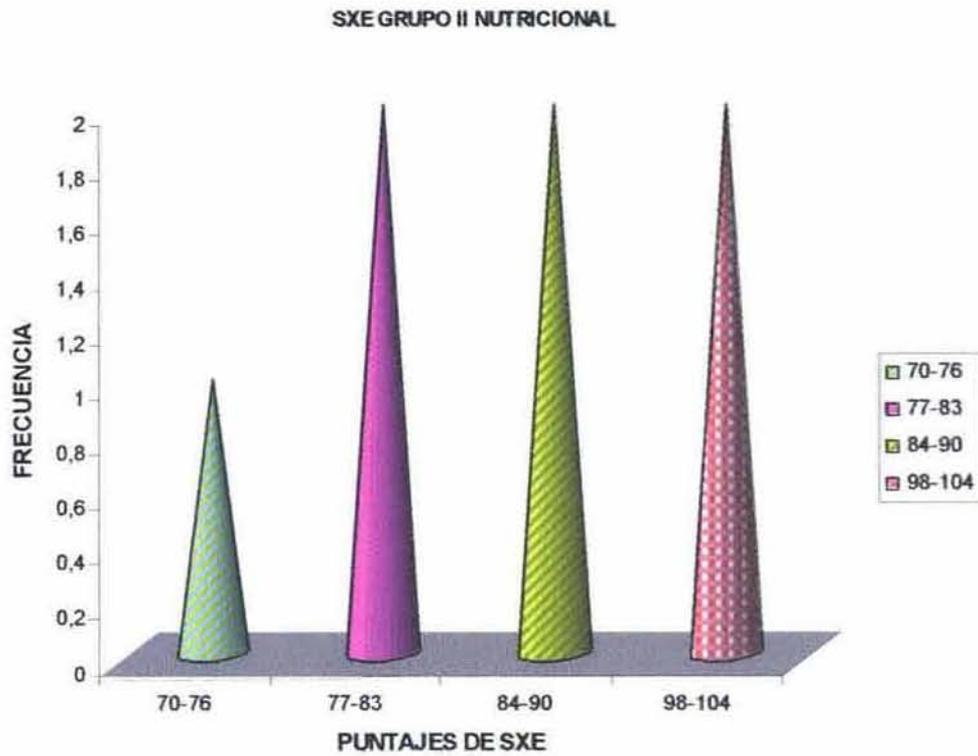
GRAFICA No. 13

Para SXR en el grupo cognitivo Conductual, en la primera aplicación tuvo una puntuación de 74 a 102, pts, donde dos sujetos tuvieron una puntuación de 78, y dos sujetos una puntuación de 97 pts; el puntaje promedio fue de 87.5. En la segunda aplicación el rango de puntuaciones fue de 35 a 107, donde 7 sujetos obtuvieron 35 puntos, aquí el puntaje promedio fue de 50.6; se observó una diferencia de 36.9. En este grupo se encontraron los puntajes medios mayores de los cuatro grupos. LO que indica que presentaban ansiedad, y después del tratamiento ésta disminuyó.



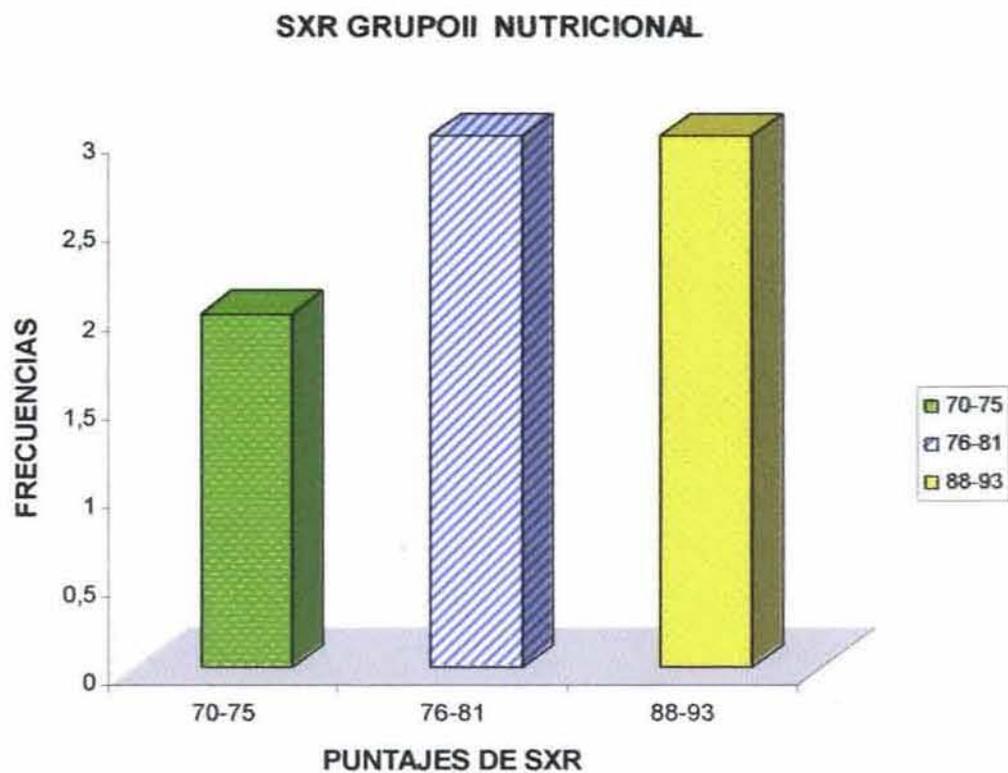
GRÁFICA No. 14

Para el grupo Nutricional, la puntuación de SXE en su única aplicación estuvo en un rango de 76 a 98 pts, donde los participantes obtuvieron una puntuación de 98, la puntuación promedio fue de 87.6



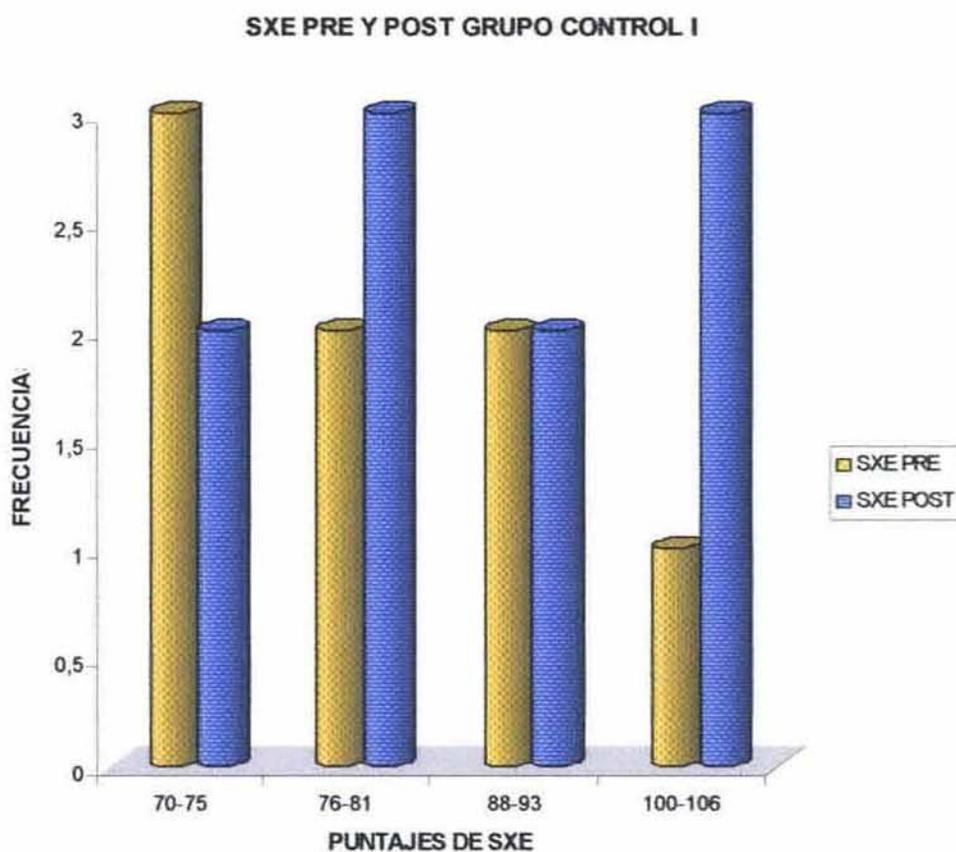
GRÁFICA No. 15

La puntuación SXR del grupo Nutricional en la primera aplicación, estuvo en un rango de 70 a 93 pts, y un puntaje promedio de 70.6.



GRAFICA No.16

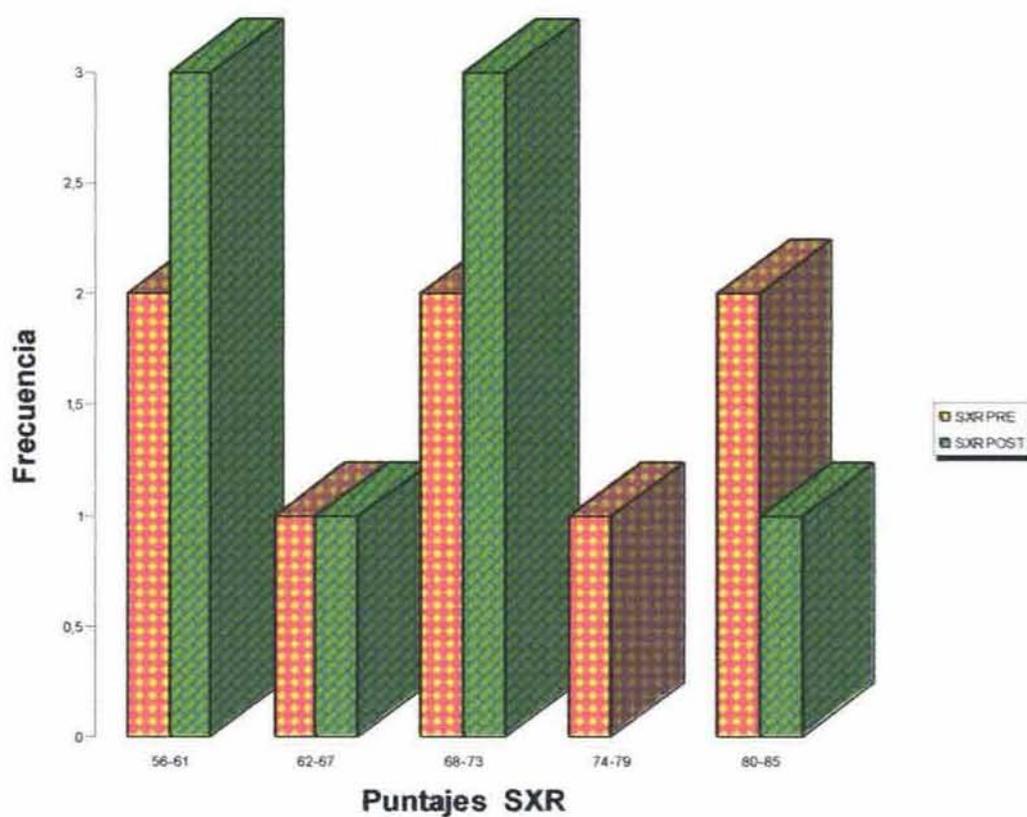
En la aplicación inicial de SXE el grupo Control I, obtuvo un rango de puntuaciones de 72 a 105 pts, con una puntuación promedio de 82.8. En la aplicación final el rango fue de 71 a 93 pts, con un promedio de 81.5, siendo el promedio mayor de los cuatro grupos. En este grupo la disminución en ansiedad no fue significativa.



GRAFICA No. 17

En cuanto a SXR, inicial; el grupo control I tuvo un rango que fue de 59 a 83 pts, y un promedio de 70.6. En la aplicación final el rango fue de 60 a 84 pts, con un promedio de 68.2, siendo el mayor de los dos grupos. Es posible observar que aumentaron los niveles de ansiedad en la segunda aplicación.

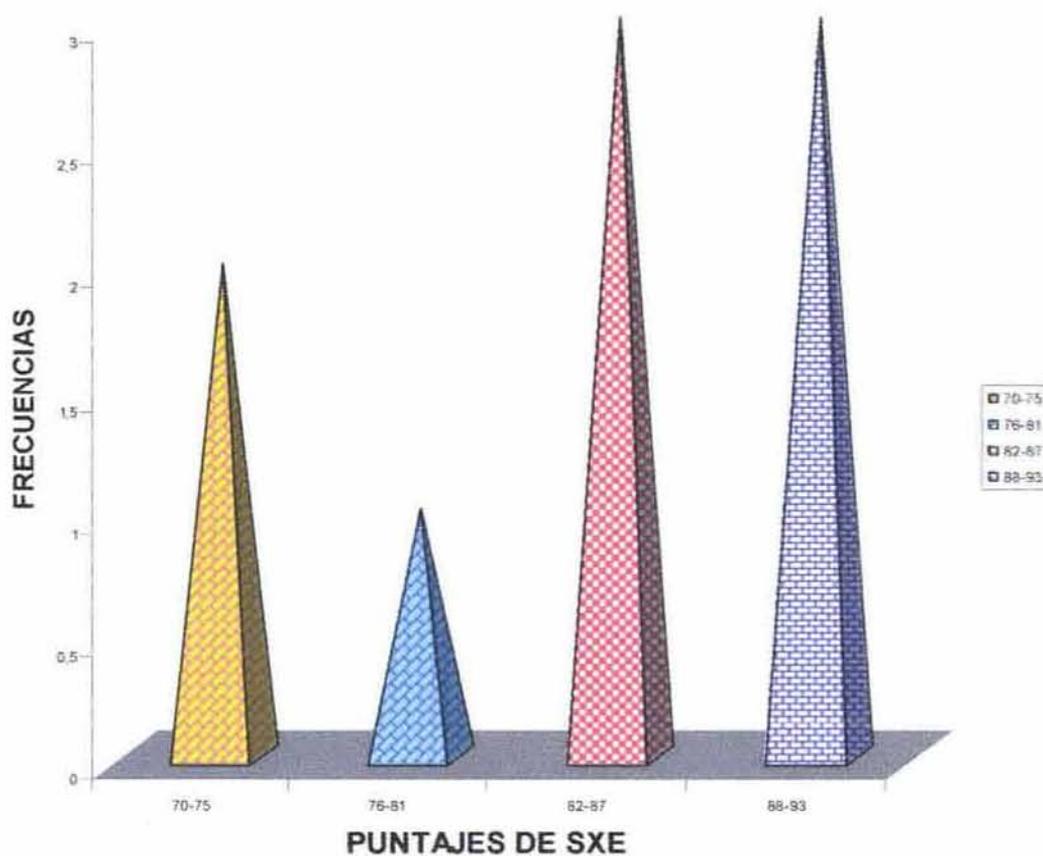
SXR Pretest – Postest Gpo. Control I



GRAFICA No.18

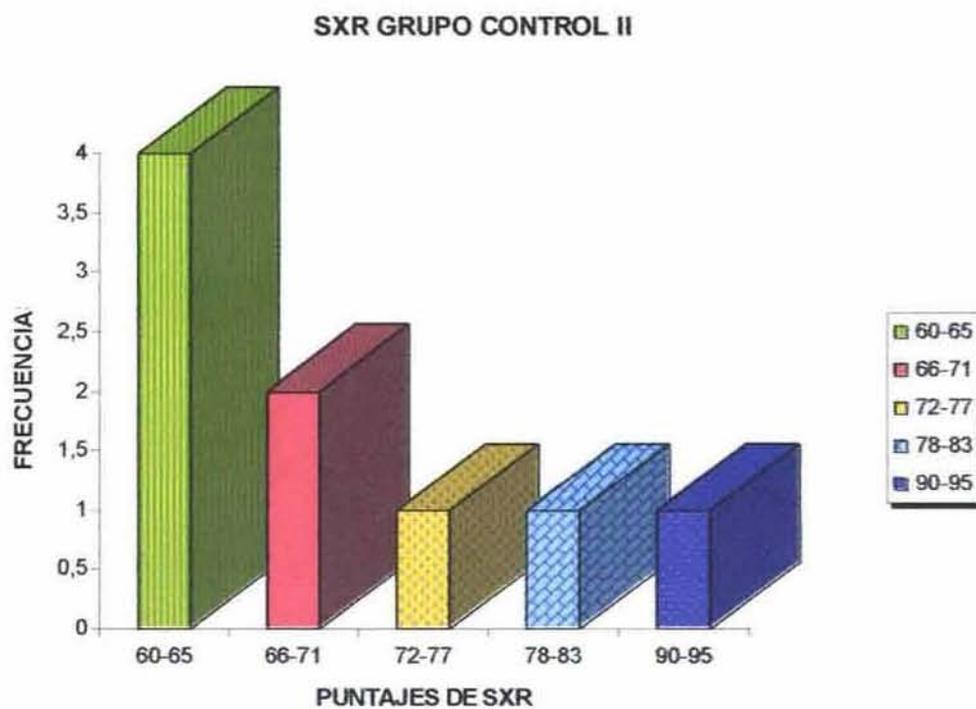
El grupo Control II obtuvo un rango de puntuación en la única aplicación de SXE de 73 a 99, siendo el puntaje promedio de 85, siendo éste el menor de los cuatro grupos. Por lo consiguiente, presentan los niveles más bajos en ansiedad.

SXE GRUPO CONTROL II



GRAFICA No.19

En SXR el grupo Control II obtuvo un puntaje que se situó en un rango de 60 a 92 pts, y cuyo puntaje promedio fue de 70.5



GRAFICA No. 20

Falta página

Nº 140

A continuación se presenta la comparación de medias realizada con el análisis de varianza (ANOVA), para Ansiedad estado y Ansiedad rasgo pretest, en los cuatro grupos.

TABLA No.1 COMPARACION ENTRE CADA GRUPO EN ANSIEDAD RASGO Y ANSIEDAD ESTADO PRETEST

VARIABLE	GRUPO	MEDIA	DESV. EST.	F	SIG
ANSIEDAD ESTADO PRETEST	1	39.7000	11.7856	.689	.566
	2	37.6250	9.7385		
	3	32.8750	11.5812		
	4	35.1111	9.1712		
ANSIEDAD RASGO PRETEST	1	52.5000	10.0360	7.011	0.01
	2	46.5000	9.1183		
	3	35.6250	9.2727		
	4	35.5556	9.7482		

La tabla No.1, representa el análisis de varianza (ANOVA), dentro de cada grupo, para ansiedad estado y ansiedad rasgo pretest, donde el nivel de significancia fue de .566 y 0.01 respectivamente; lo cual corrobora que los grupos no eran diferentes antes del tratamiento, por lo que los resultados no significativos son lo esperado.

TABLA No.2, COMPARACION DE ANSIEDAD ESTADO ANSIEDAD RASGO ENTRE GRUPOS

VARIABLE	GRUPO	GRUPO	N	MEDIA	DESV.EST	ALFA	Sig.
ANSIEDAD ESTADO PRETEST	COGNITIVO C	1	10	39.7000	11.7856	.689	.566
	NUTRICIONAL	2	8	37.6250	9.7385		
	CONTROL I	3	8	32.8750	11.5812		
	CONTROL II	4	9	35.1111	9.1712		
ANSIEDAD RASGO PRETEST	COGNITIVO C	1	10	52.5000	10.0360	7.011	.001
	NUTRICIONAL	2	8	46.5000	9.1183		
	CONTROL I	3	8	35.6250	9.2727		
	CONTROL II	4	9	35.5556	9.7482		

En la tabla No.2, se llevó a cabo la comparación múltiple entre los grupos para ansiedad estado y ansiedad rasgo pretest, empleando la prueba scheffe; así se obtuvo una significancia de .566 y .001 siendo significativa la diferencia para ansiedad rasgo pretest. Esto Puede ser debido a que el grupo Cognitivo Conductual era diferente desde antes del tratamiento.

**TABLA No.3, COMPARACION EN ANSIEDAD ESTADO POSTEST
ANSIEDAD RASGO POSTEST**

VARIABLE	GRUPO	MEDIA	DESV.EST.	N	F	SIG
ANSIEDAD ESTADO POSTEST	COGNITIVO CONDUCTUAL	15.0000	27.0555	10	8.067	.000
ANSIEDAD ESTADO POSTEST	CONTROL I	31.5000	8.8479	10		
ANSIEDAD RASGO POSTEST	COGNITIVO CONDUCTUAL	15.6000	26.5631	8	9.376	.000
ANSIEDAD RASGO POSTEST	CONTROL I	33.2500	8.2071	8		

En la tabla No. 3, se efectuó la comparación entre ansiedad estado posttest y ansiedad rasgo posttest, para los grupos Cognitivo Conductual y Control I mediante la prueba F, donde la diferencia significativa fue de .000, para las dos escalas, lo cual nos indica que si hubo diferencia significativa después del tratamiento.

**TABLA No.4 COMPARACION ENTRE ANSIEDAD ESTADO PRETEST-POSTEST
Y ANSIEDAD RASGO PRETEST-POSTEST**

VARIABLE	GRUPO	MEDIA	DES. EST	N	F	SIG
ANSIEDAD ESTADO PRETEST- POSTEST	COGNITIVO CONDUCTUAL	24.7000	28.1466	10	2.775	.022
ANSIEDAD RASGO PRETEST POSTEST	COGNITIVO CONDUCTUAL	36.9000	24.7586	10	4.713	.001
ANSIEDAD ESTADO PRETEST POSTEST	CONTROL I	1.3750	10.2251	8	.380	.715
ANSIEDAD RASGO PRETEST- POSTEST	CONTROL I	2.3750	3.5026	8	1.918	.097

En la Tabla No. 4, se llevó a cabo la comparación de ansiedad estado pretest- posttest, para los grupos Cognitivo Conductual y Control I, donde se puso de manifiesto la diferencia significativa para el grupo Cognitivo Conductual. Así, se puede decir que dicha diferencia fue debida al tratamiento.

INTERPRETACION DE ESCALAS CLINICAS DEL MMPI GRUPO I COGNITIVO CONDUCTUAL

42' 1789306- / : F: K: L: (PRETEST)

En la descripción de las escalas de validez por la altura que presentan se puede decir que: son sujetos que indican una forma poco usual de responder a los estímulos, con originalidad y poco convencionalismo. Presentan pobre concepto de sí mismas. La configuración clínica de las escalas corresponde a la de ayuda, existiendo una probable perturbación emocional, lo que indica que se sienten incapaces de resolver por sí mismas sus problemas; son muy autocríticas, además ésta configuración se encuentra frecuentemente asociada a personas depresivas. El tipo de perfil es limitrofe ya que siete de las escalas clínicas se encuentran por arriba de T 60. Esto se debe a que responden de tal manera que parecieran indicar anomalías que los sujetos parecen capaces de controlar, señalando las áreas donde presentan dificultades (Rafael Núñez, 2001)

La escala de mayor puntaje fue la 4, es activadora y su base es la hostilidad, disminuyendo la conciencia personal; además son impulsivas y con poca tolerancia a la frustración. La escala que le sigue es la 2 que es controladora y su base es la dependencia social y el sentimiento de culpa. Esto es, que el control sobre las descargas impulsivas surge posterior a estas, siendo por lo tanto poco efectivo; esto da como consecuencia un aumento en el sentimiento de culpa y la inconformidad consigo mismas. Con estos elementos se puede explicar probable compulsión a la comida ya que la hostilidad la vuelcan hacia ellas mismas mediante el comer en exceso, con el consiguiente sentimiento de culpa. Esto es, que a la descarga impulsiva tratan de encontrarle una salida mediante la satisfacción oral; Así, posterior a la sobreingesta surgen los sentimientos de culpa haciéndose un círculo vicioso. Además existe cierta tendencia a presentar conductas compulsivas y depresión clínicamente significativa; de modo que al estar deprimidas existen retrocesos a etapas eróticorales de la infancia, esto es, ostentan en su carácter depresivo diversos rasgos de índole oral (Fenichel. 1986). Apoyando a esta conducta alimentaria encontramos la tendencia al aislamiento al enfrentar situaciones de crisis lo que les causa ansiedad y cierta tendencia a somatizar; lo que ocasiona que su actividad disminuya y se retraigan socialmente.

248' 967013- / ° : F:L:K (POSTEST)

Podemos decir que: Son personas convencionales en su forma de responder a los estímulos, su autoconcepto se ve elevado, queriendo dar una mejor impresión de ellas al contestar la prueba.

En el perfil, las cinco primeras escalas disminuyen lo que podemos decir que aumenta su conciencia personal, disminuye la depresión y consecuentemente su sentimiento de culpa y hostilidad, con lo que su comer en exceso disminuye. Esto es, que el control sobre las descargas

impulsivas se da a la par de éstas lo que permite que haya un equilibrio entre las descargas impulsivas y el sentimiento de culpa, habiendo un mejor control de las mismas. Por lo consiguiente su necesidad de canalizar dichos impulsos mediante la ingestión en exceso disminuye, así como su tendencia a conductas compulsivas; lo que podemos corroborar al finalizar el tratamiento donde se observó una pérdida de peso notable. Se reduce de manera considerable la tendencia a la preocupación por su salud y la tendencia a somatizar. Se observa que su actividad y contacto social aumentaron tendiendo a la extroversión. Esto es, que existe una tendencia a sentirse solitarias pero con más necesidad de ser queridas y aceptadas. Por otro lado sus dudas disminuyeron así como el perfeccionismo y su tendencia a la preocupación, siendo menos exigentes consigo mismas y con los demás. Del mismo modo disminuyeron la tensión y susceptibilidad.

INTERPRETACION DE ESCALAS CLINICAS DEL MMPI DEL GRUPO II NUTRICIONAL

4'9286371-/F:L:K

Presentan adecuada liberación de situaciones frustrantes, son confiables y sinceras. Su forma de responder a estímulos es poco usual, con convencionalismo y originalidad.

La escala clínica de mayor elevación fue la 4 Dp, es activadora y su base la hostilidad, tendiendo a disminuir la conciencia personal. Son impulsivas y sus relaciones interpersonales son superficiales, Su actividad física y psicológica esta aumentada, planeando una gran cantidad de actividades pero no las terminan. Tienden a presentar conductas adictivas, y el comer en exceso es un tipo de adicción (Fenichel, 1986). Así, podemos explicar sus problemas de sobrepeso de la siguiente manera: Existe hostilidad, que vuelcan hacia sí mismas, por medio del comer en exceso; y aunque existe un mejor control de impulsos tienen la tendencia a presentar conductas compulsivas, en relación con la comida; y la manera de manejar dichas conductas es mediante el sentimiento de culpa y sentimientos de autocompasión. Son personas levemente depresivas. Esto puede deberse a situaciones temporales además son susceptibles malhumoradas, tienden a la preocupación. Expresan mucho interés acerca de su salud, puede ser que tiendan a vencer sus dificultades y controlar sus impulsos por medio de defensas de somatización.

INTERPRETACION DE ESCALAS CLINICAS DEL MMPI GRUPO III CONTROL I

49813265- / : F:K:L (PRETEST)

Contestaron a la prueba de manera honesta, aunque son defensivos al dar sus respuestas, tendiendo a disminuir su problemática con un concepto más o menos bueno de si mismos.

El tipo de perfil es limítrofe, ya que cinco escalas son las que se encuentran por arriba de T 60, lo que explica que estos sujetos responden de tal manera que parecieran indicar anomalías que parecen ser capaces de controlar, y señalan áreas en las que encuentran dificultades (Rafael Núñez, 2002).

Como mencionamos anteriormente, la escala 4 aparece como pico del perfil, es activadora y su base es la hostilidad, disminuyendo su conciencia personal. Su actividad física y psicológica se ven aumentadas tendiendo a la impulsividad; son capaces de establecer contactos sociales, presentan quejas físicas y somáticas difusas acerca de su salud. Son demandantes de atención por parte del grupo social, también se encuentran levemente depresivas, preocupadas y pesimistas esto puede ser a causa de situaciones temporales. En éste grupo podemos decir en relación con los problemas de peso, que tienen la tendencia a desarrollar conductas adictivas, como son el alcoholismo o la comida, que es el trastorno que nos ocupa ya que, si bien la hostilidad la vuelcan hacia si mismos, por medio de descargas impulsivas la manera de controlar dichas descargas es mediante la autocompasión y quejas de tipo somático.

POSTEST 43821695- / :F:K:L (POSTEST)

En el postest, disminuye la hostilidad, hay mas conciencia personal y contacto social. Disminuye también el sentimiento de lastima así como el sentimiento de culpa, por ende la hostilidad. Los niveles de depresión y sentimiento de culpa no sufren ningún cambio, disminuye su actividad física y psicológica, así como las quejas de tipos somático. Se puede decir que son más flexibles y considerados con los demás.

INTERPRETACION DE ESCALAS CLINICAS DEL MMPI DEL GRUPO IV (CONTROL II)

239814- / K: L:F

Son libres en sus descripciones y aceptan sus limitaciones. El tipo de perfil es promedio.

En general, se puede decir que presentan cierto nivel de depresión, sin llegar a ser este clínicamente significativo, esto es, que se presenta ante situaciones temporales; tienden al pesimismo, a la indecisión y preocupación, son socialmente dependientes, con necesidad de ser queridas y aceptadas, además se manejan con sentimientos de autocompasión y culpa. Por otro lado su actividad y energía son adecuadas, participan en discusiones, son francas y emocionales, con poca sintomatología de tipo somático, por lo que son realistas en cuanto a su salud. No son controladas ni restringidas, pero puede observarse un cierto grado de conformidad a las reglas sociales establecidas.

Podemos hablar de tendencias hacia la hostilidad que al volcarlas hacia ellas mismas, podrían manifestarse mediante el comer en exceso ya que existe cierta impulsividad, pero en este grupo las participantes controlan mejor sus descargas impulsivas además de que no hay conductas compulsivas. Solo si los puntajes se elevaran entonces se podría decir que la probabilidad de presentar dichas conductas se incrementaría. Así, la tendencia a manejarse es mediante la autocompasión y sentimiento de culpa, buscando el reconocimiento de su grupo social.

CAPITULO

VI

CONCLUSIONES

La obesidad y el sobrepeso son consideradas por la OMS como epidemia de salud pública, aunque el DSM IV-R aún no las ha clasificado como trastornos. Estas son enfermedades cuyos índices a nivel mundial se han incrementado de forma alarmante por los padecimientos crónico-degenerativos que de ellas se desarrollan poniendo en riesgo y disminuyendo el promedio y calidad de vida de las personas que las padecen (Ver Cáp. 2). En México ha habido un incremento de dichos padecimientos en un 60 % esto es, que de cada tres personas dos las presentan.

Así, han surgido diversos tratamientos que van desde los médicos, nutricionales y conductuales entre otros, pero ninguno por sí mismo ha logrado ser efectivo en la reducción y mantenimiento del peso perdido. De aquí la importancia de implementar un método que cumpla con dichos objetivos. Por lo que, en la presente investigación se abordó el tratamiento de modificación de hábitos alimenticios, en el cual se pretendió que por medio de ciertas estrategias Cognitivo Conductuales, el sujeto reaprendiera e integrara en su repertorio nuevas conductas que le ayudaran a detectar las situaciones o eventos que las llevaron a comer en exceso, rompiendo las cadenas de comportamiento destructivas sustituyéndolas por actividades alternas; además de la modificación del estilo de alimentación, que fue un elemento de suma importancia para el éxito de éste tratamiento; que al compararse con uno nutricional se llegó a las siguientes conclusiones:

a) La muestra en sus cuatro grupos, estuvo conformada casi en su totalidad por mujeres, cuya edad promedio fue de 29 años. La talla inicial fue de 1.56 a 1.62 mts, el peso inicial fue de 66.5 a 75.7 Kg. el peso final de 71 a 73.5 Kg. Aparentemente no se aprecia que hubo reducción de peso al finalizar el procedimiento, ya que algunas de las participantes habían aumentado al momento de abandonarlo; por lo que se recurrieron a las medidas individuales (se especificará posteriormente), tomadas éstas como un parámetro para conocer además de las características generales de la muestra, la reducción de peso al concluir el tratamiento y conocer el rango de sobrepeso que se encontró en 30 % en todos los participantes, indicado éste en las tablas de IMC. (Ver anexo 2)

b) Como primer paso, se comprobó estadísticamente que los grupos no eran diferentes antes de iniciar el tratamiento.

Así mismo, al no encontrar diferencias significativas en los puntajes de peso, se tomaron en cuenta los registros iniciales y finales para tratar de establecer que tratamiento fue el más efectivo.

c) Así, es posible afirmar que el tratamiento con mayor efectividad, fue el grupo Cognitivo Conductual (Experimental I), ya que hubo pérdida significativa de hasta 14.7 Kg. de peso, en las participantes que lo concluyeron comprobando la hipótesis 1; en comparación con el grupo Nutricional (experimental II) donde dicha pérdida fue de hasta 2.2 Kg. Este resultado se corroboró con el estudio realizado por Janice L. De Lucia (1990), donde reportó reducción

significativa de peso del pretest al postest en un estudio sobre la adherencia al tratamiento, donde el grupo conductual perdió mas peso que el nutricional. Por otro lado Cynthia R. Kalodner (1991); reporta diferencias no significativas en la reducción de peso en los participantes de un estudio sobre los efectos combinados en una intervención Cognitiva, comparada con educación nutricional.

d) Así, se puede decir que en el grupo Cognitivo Conductual lograron incorporar nuevos hábitos alimenticios, con la selección y manejo adecuado de los alimentos, así como la adquisición de estrategias para el manejo de sus conductas en relación con los eventos o acontecimientos que las llevaron a comer en exceso; reconociendo y rompiendo cadenas de comportamiento destructivas lo cual permitió que cambiaran éstas por actividades alternas logrando el manejo de las mismas. Y finalmente poder tener un mejor manejo y control de su entorno social.

e) Un factor importante que interviene en la obesidad y sobrepeso es la ansiedad; una emoción caracterizada por sentimientos de anticipación de peligro, tensión, angustia y por tendencias de evitación o escape ¹⁵. En sujetos con sobrepeso, ésta es canalizada mediante sentimientos que según Nagler y Androff (1990) obedecen a señales internas y externas relacionadas con el apetito y la comida; experimentando ansiedad al no comer o al comer mas de lo que su cuerpo necesita ¹⁶; esto es, que en situaciones de elevada ansiedad, utilizan la sobreingesta como un mecanismo para reducir la tensión emocional ¹⁷, lo cual fué corroborado en el MMPI:

Se reportaron promedios elevados de Ansiedad Rasgo (SXR) en el pretest de los cuatro grupos; de éstos el que mayor promedio obtuvo fue el Cognitivo Conductual (experimental I) Aceptándose la hipótesis 3. Por lo que se puede decir que éste grupo muestra una mayor tendencia a la ansiedad; caracterizada ésta por una propensión a responder a situaciones percibidas como amenazantes, y que permanecen latentes hasta que las señales de una situación las activan ¹⁸.

De igual manera que en Ansiedad Rasgo, el grupo Cognitivo Conductual, obtuvo los promedios mayores, en Ansiedad Estado, conceptualizada ésta como una condición o estado emocional transitorio del organismo humano; que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprensión subjetivos conscientemente percibidos, y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo. Estos estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo ¹⁸.

f) En el postest se observó una reducción significativa en Ansiedad Rasgo, y por lo tanto en Ansiedad Estado en el grupo Cognitivo Conductual, en comparación con el grupo Control I, donde hubo disminución de los promedios pero éstos no fueron significativos. Cabe mencionar que en el grupo Nutricional (experimental II), no fué posible observar si hubo disminución de ansiedad ya que las pacientes no concluyeron el tratamiento; y por último al grupo control II, sólo se le aplicó el pretest, esto debido a que se consideró como grupo de seguimiento

Así, se puede decir que la disminución significativa en los promedios de ansiedad tanto Rasgo como Estado, en el grupo Cognitivo Conductual se debió al tratamiento; ya que se ha observado que los puntajes obtenidos en Ansiedad estado aumentan por la tensión pero de igual manera disminuyen como consecuencia del tratamiento en relajación (Díaz Guerrero); lo cual influyó positivamente, en las participantes que lograron una reducción significativa de peso.

g) Otro factor de suma importancia a tomar en consideración tanto en la aparición como en el desarrollo de los problemas de sobrepeso, es la personalidad, ya que ésta determina en algunos casos el posible éxito o fracaso del tratamiento para el control de peso; de aquí la importancia de conocer las características de personalidad de quienes se someten a dichos procedimientos. De modo que en éste estudio se propuso conocer el perfil de personalidad característico de los individuos que formaron parte de esta muestra aplicándoles el MMPI, resultando de tal estudio, lo siguiente:

Los cuatro grupos presentaron rasgos de personalidad muy semejantes, tanto en puntuaciones como en el tipo de perfil, por ello se realizó una interpretación general considerándose a los cuatro grupos. Se encontró que un rasgo muy a fin fuè, la existencia de depresión causada por situaciones temporales, hasta la clínicamente significativa, ésta última reportada por el grupo Cognitivo conductual aceptando la hipótesis 3. *Cabe mencionar, que al estar deprimidas existe un retroceso a etapas eróticorales de la infancia, y también es posible que ostenten en su carácter diversos rasgos de tipo oral (Fenichel, 1986).* También la tendencia a ser demandantes de atención de su grupo social; y aumento en su actividad física y psicológica, esto es; emprenden muchas tareas que no concluyen. En lo referente a la conducta alimentaria; presentaron impulsividad y hostilidad que volcaron hacia ellas mismas comiendo en exceso.

h) El control de dichas descargas se dio de manera diferente en los grupos, esto es, en el grupo Cognitivo Conductual, a la descarga impulsiva tratan de darle salida mediante la satisfacción oral. Así posterior a la sobreingesta surgen los sentimientos de culpa haciéndose un círculo vicioso. En el grupo Nutricional (Experimental II) y Control I, existe un mejor control de impulsos, aunque tienen la tendencia a presentar conductas adictivas y el comer en exceso se considera un tipo de adicción (Fenichel, 1986); en cuanto al grupo Control II, presentó un perfil promedio; solo si se elevan los puntajes entonces es posible que presenten las conductas reportadas en los grupos anteriores. Por consiguiente, la manera de manejar las descargas impulsivas en los grupos, fuè con autocompasión y sentimientos de culpa.

i) En cuanto al postest se observó en el grupo Cognitivo Conductual disminución en los niveles de depresión, mejor control de las descargas impulsivas, esto es, que el control sobre dichas descargas se diò en el momento en que aparecieron éstas; por lo que la hostilidad y sentimientos de culpa también disminuyeron, con lo que su comer en exceso disminuyó igualmente.

Quizá el aspecto de mayor relevancia en la presente investigación es lo referente al perfil de personalidad observado en los tres primeros grupos, (el cuarto no se consideró debido a que el perfil fue promedio) ya que dadas sus características se puede considerar de tipo límite, esto es, que varias escalas se encontraron por encima de T60 (Núñez Rafael, 2002). Así, los rasgos de personalidad reportados en éste perfil concuerdan con los criterios del DSM-IV-TR para considerarlos dentro del trastorno límite de la personalidad, donde la característica esencial es un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, una notable impulsividad que comienza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos. (DSM-IV-TR; Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 2002).

El presentar el trastorno límite de la personalidad podría explicar en primera instancia la alta incidencia de deserción del tratamiento en los dos grupos experimentales; pues los pacientes que acudieron a éste, tratan de dar solución a sus conflictos mediante la reducción de peso sin tener la capacidad para identificar la verdadera naturaleza de sus problemas.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Limitaciones.

Una de las principales limitaciones en esta investigación fue la alta deserción debida a la inconsistencia en la adherencia terapéutica por parte de las participantes.

No fue posible el acceso a los cuestionarios exploratorios, pruebas psicológicas aplicadas, a los reportes y a las mismas sesiones terapéuticas, de la terapia de apoyo de orientación psicoanalítica; por lo que no se consignan en la presente investigación.

No fue posible obtener artículos actuales sobre este tema específico, ya que en su gran mayoría están referidos a trastornos en la alimentación como son la bulimia y anorexia nerviosa; por lo que no es factible de tomar como parámetro de comparación.

Dado que el tratamiento Cognitivo Conductual, se llevaba a cabo dentro de la Facultad de Psicología, se estaba sujeto a los periodos de descanso obligatorio; por otro lado ésta pausa en el tratamiento representó una ventaja, pues así se pudo observar que tanto habían incorporado las nuevas conductas a su repertorio conductual

Sugerencias.

Se recomienda que para las futuras intervenciones, se realicen los análisis clínicos pertinentes y examen medico exhaustivo para así poder descartar algún padecimiento hormonal y metabólico que pudiera influir en el tratamiento.

Se recomienda que en futuras intervenciones terapéuticas se realice un análisis exacto para diagnosticar el trastorno límite de la personalidad y así determinar que tipo de tratamiento es el adecuado con la finalidad de obtener mejores resultados.

Se recomienda que el tratamiento Cognitivo Conductual no sea prolongado para así asegurar la permanencia de los participantes. De modo que el tiempo limitado, ayude a sostener la motivación ya que se tendrá claro el inicio y el final del tratamiento 83.

Para obtener mejores resultados en el tratamiento de modificación de hábitos alimenticios, se recomienda que la terapia de apoyo psicológico sea de orientación cognitiva. Para así abarcar los dos aspectos básicos de dicho tratamiento, como lo es la reestructuración cognitiva y modificación conductual.

Finalmente, se considera que con la intervención interdisciplinaria, como es el apoyo psicoterapéutico, nutricional, y si es necesario psiquiátrico, se tendrían mejores resultados en el tratamiento a personas que presentan el trastorno límite de la personalidad; para que éstos puedan entonces alcanzar el objetivo final que es el logro de su salud tanto física como emocional.

CITAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Carmina Saldaña; R. Rosell
Obesidad.
Martinez Roca,
Barcelona. 1988
- 2.- Cormillot Alberto.
El arte de adelgazar
Javier Vergara
Argentina, 1988
- 3.- Fenichel Otto.
Teoría psicoanalítica de las neurosis
Paidós, pp 56-58
1966
- 4.- Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV
pp, 553-554
Masson, 1995
- 5.- Lic. Luis Alberto Vargas G.
Factores culturales en la alimentación
Instituto de investigaciones Antropológicas UNAM
No. 4, Julio-Agosto, 1994, pp: 17-32
- 6.- Joseph Toro
Factores socioculturales en los trastornos de la ingesta
Anuario de Psicología No. 38,
1988 (1)
- 7.- Isabel Fernández Casas
La nueva epidemia del culto al cuerpo: Anorexia, Bulimia, vigorexia
Y otros trastornos. Prevención desde la familia y la escuela
[http:// adigital.pnfc.mex.es](http://adigital.pnfc.mex.es)
Febrero, 1999
- 8.- Alfonso Chinchilla Moreno
Guía teórico práctica de los trastornos de la conducta alimentaria:
Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa.
Masson, 199

- 9.- Roberta T. Sherman, Ron A. Thompson
Una guía para familiares y amigos
Ed. Trillas, 1999
- 10.- Juan de Dios Quiròz Avalos
Funciones de la serotonina
Salud.upae.mx/cetec/fisiol/serotoninadoc, pp: 1-3, 6-8
- 11.- Albert Ellis
Como evitar que las circunstancias le presionen
Paidòs, 1999, pp: 21-23
- 12.- Nuevo curso on line ESMUBEDA: Sentirse mejor
Como afrontar los problemas emocionales con la terapia cognitiva:
Definición de terapia cognitiva
www.psicologiaonline.com <<http://www.psicologiaonline.com>>
- 13.- Nuevo curso on line ESMUBEDA: Sentirse mejor
Identificación y manejo de los supuestos o creencias personales
www.psicologiaonline.com <<http://www.psicologiaonline.com>>
- 14.- Michael Mahoney, kathryn Mahoney
Control permanente de peso: Una solución total al problema de las dietas
Trillas, México, 2ª. Edición. Pp: 74-75
- 15.- Linda I. Davodoff
Introducción a la Psicología
Mc Graw Hill, tercera Edición
México, 1989.
- 16.- Alice J. Pietre and Richard M. Nicki
Dietary restraint anxiety and relationship to human eating behaviour
Journal of psichiat, vol 23, No. 2, pp: 77-80
University of New Brobswick, 1992
- 17.- Cinthia Cruz del Castillo
www.unfoqueonline.com/emociones <<http://www.unfoqueonline.com/emociones>>
- 18.- Dr Rogelio Díaz Guerrero
IDARE, Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado, manual e instructivo
Manual Modemo, S.A de C.V.
México, D.F.

BIBLIOGRAFIA

Autor: Alatorre J. Torres
Título: Criterios para la elaboración de documentos Psicológicos (traducción Selectiva del "Publication Manual of American Psychological Association").
Edit: México, D.F., Facultad de Psicología, UNAM

Autor: Albert Ellis
Título: Como evitar que las circunstancias le presionen
Edit: Paidòs, 1999

Autor: Alfonso Chinchilla Moreno
Título: Guía Teórico Práctica de los trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa
Edit: Masson, 1999

Autor: Alice J. Pitre and Richard M. Nicki
Título: Dietary restraint anxiety and it relationship to human eating Behaviour
Editorial: Journal of psichiat, Vol 23, No. 2, pp 77-80.
Año: University of New Brunswick, 1992

Título: Anorexia: Una plaga de fin de siglo
Autor: Buscamed.com
Dirección: www.buscamed.com/reportaje <<http://www.buscamed.com/reportaje>>

Título: Anorexia nerviosa: Diagnóstico
Dirección: www.healthing.com <<http://www.healthing.com>>
Año: 1997- 2000

Título: Bulimia y Anorexia
Autor: Monografias .com.
Dirección: www.monografias.com <<http://www.monografias.com>>

Autor: Bulimia Dcha
Título: Bulimia Nerviosa y Anorexia Nerviosa
Dirección: <http://search.+1msn.com.mx>

Título: Bulimia y Anorexia
Autor: Monografías .com.
Dirección: www.monografias.com <<http://www.monografias.com>>
www.ciudadfutura.com <<http://www.ciudadfutura.com>>

Título: Bulimia nerviosa y Anorexia Nerviosa
Autor: Bulimia Izda
Dirección: www.ecomedic.com <<http://www.ecomedic.com>>

Título: Cuadernos de Nutrición, vol 13/ No. 2
Año: septiembre- Octubre 1984

Autor: Carmina Saldaña y R. Rossell
Título: Obesidad
Edit: Martínez Roca
Año: Barcelona, 1988

Autor: Cormillot alberto
Título: El arte de adelgazar
Edit: Javier Vergara
Año: Argentina, 1988

Autor: Caballo
Título: Terapia Conductual: Terapia de grupo cognitivo Conductual
Pp 819-841
Edit:

Autor: Carmina saldaña, Arturo Bados
Título: El problema del mantenimiento en el tratamiento de la obesidad:
Un modelo de intervención para la prevención de la recaída
Edit: Anuario de psicología No. 38 (1) 49-66.
Año: 1988

Autor: Concepción Salcedo Meza
Título: La adicción por la delgadez
Dirección: <<http://www.convers.unam.mx>>

Título: XII Congreso Nacional de Semergen
Autor: María R Lagoa. Santiago de Compostela
Dirección: www.diariomedico <<http://www.diariomedico>>.

- Autor: Centro de Psicología y Terapia Virtual CEPVI
 Título: Terapia Racional Emotiva
 Dirección: www.cepvi.com/RET.htm <<http://www.cepvi.com/RET.htm>>
 Año: 2002 cpvi
- Autor: Cynthia R. Kalodner, Janice L. DeLucia
 Título: The individual and combined effects of cognitive therapy and nutrition Education as additions to a behavior modification program for weight Loss.
 Edit: Addictive Behaviors, vol 76, pp. 255-263, 1991.
- Autor: Cinthia Cruz del Castillo
 Título: Emociones y Obesidad
 Dirección: www.wnfoqueonline.com/emociones
- Autor: David Rimm
 Título: Terapia de la conducta
 Edit: Trillas
 Año: Quinta edición, reimpresión, 1987
- Autor: Alice J. Pitre, Richard M. Nicki
 Título: dietary restraint anxiety and its relationship to human eating behavior
 Edit: Find, exp. Psichiat vol. 23, No.2, pp 77-80, 1992
- Autor: Dr. Rogelio Díaz Guerrero
 Título: IDARE, Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado, manual e Instructivo
 Edit: Manual Moderno, S.A. de C.V.
 06100- México, D. F.
- Autor: Dr. José Alberto Marín
 Título: Nutrición
 Dirección: dramaringaleon.com.nutritions.htm
- Autor: Donoso Torres Claudia, Diez Roberto
 Título: Modelo Cognitivo-Comportamental de evaluación e intervención Terapéutica aplicada a los trastornos de la ingesta de comida
 Año: 2002, Vol.1, No.1
- Autor: Elsa Ruvinskis P.
 Título: Estudio Comparativo de tratamiento con terapia cognitivo-Conductual individual con pacientes obesas
 Dirección: www.atheneo.com.mx/articulos <http://www.atheneo.com.mx/articulos>

Autor: El psicólogo en la Red. Ciudad Futura
Título: La anorexia y la Bulimia
Dirección: ciudad futura.com/psico

Autor: El psicólogo en la red: Gloria Marsellach Umbert
Título: La anorexia y la bulimia
Dirección: www.ciudadfutura.com/psico <<http://www.ciudadfutura.com/psico>>
Año: 27 septiembre- 1998

Autor: Email menibatt(arroba)ciudad.com.ar
Título: Que es la Anorexia nerviosa y la Bulimia
Dirección: <http://www.lafaw.com/apuntes/medicina/buli_anore/>

Autor: Francisco Castro Gutiérrez
Título: ¿Cuándo comienza la obesidad?
Edit: UNAM
Año: vol. 11, No.4

Autor: Foreyth John Paul
Título: Behavioral tratments of obesity / Edited by Jhon Paul Foreyt
Edit: Oxford Pergamon Press

Autor: Fenichel Otto.
Título: Teoría psicoanalítica de las Neurosis
Edit: Paidós, pp 56-58
Año: 1966

Año: Título: Fundación CBA, A. C
Apuntes
No publicado

1977 Gabriela Roxana Ilczyszyn
Título: Una disfunción química podría ser la causa de la bulimia
Dirección: healting.com/Anorexia/anorexia3.html

Autor: Gabriela Roxana Ilczyszyn
Título: la serotonina y la bulimia nerviosa
Dirección: www.healting.com/anorexia2.html <<http://www.healting.com/anorexia2.html>>
Año: 1997-1998

Autor: Gabriela Roxana Ilczyszyn
Titulo: Pueden las bacterias despertar la anorexia nerviosa?
Dirección: www.healthing.com/anorexia/anorexia1.html
<<http://www.healthing.com/anorexia/anorexia1.html>>
Año: 28-07-1997

Autor: Gabriela Roxana Ilczyszyn
Calle 22, comunidades/sala de emergencias
Titulo: La adicción que engorda
Dirección: www.diadosanimais.com <<http://www.diadosanimais.com>>
Autor: Ibáñez b.b.

Autor: J.R. Graham
Titulo: MMPI, Guía Práctica
Edit: Manual Moderno, 1999

Autor: Hofling Charles K.
Titulo: Tratado de Psiquiatría
Edit: Interamericana
Año: IV, 454p.

Autor: Isabel Fernández Casas
Titulo: La nueva epidemia del culto al cuerpo: Anorexia, Vigorexia, Bulimia y Otros trastornos. Prevención desde la familia y la escuela"
Dirección: <<http://adigital.pntic.mec.es>>

Autor: Instituto de Ciencia y desarrollo/ Cognitivo Conductual
Titulo: Cognitivo_Conductual
Dirección: www.institutodecienciaydesarrollo.com
<<http://www.institutodecienciaydesarrollo.com>>

Autor: James N. Mazur
Titulo: Learning and behavior
New Jersey Prentice Hall, traducción Ma Elena Ortiz.
Principios de conducta Operante, Programa de publicaciones de Material didáctico.

Autor: Janice L. de Lucia; Cynthia R. Kalodner
Título: An Individualized cognitive introduction: Does increase the efficacy of Behavioral interventions for obesity?
Edit: Addictive Behaviors, vol 15, pp 473-479
Año: 1990

Autor: Joseph Toro
Título: Factores socioculturales en los trastornos de ingesta
Edit: Anuario de psicología No. 38,
Año: 1988 (1)

Autor: Juan Manuel Morales Flores
Título: Inventario Multifásico de la personalidad de Minnesota, MMPI
Edit: Apuntes sin publicar

Autor: J. R. Graham
Título: MMPI, Guía práctica
Edit: Manual Moderno
Año: 1999

Autor: Joseph Toro
Título: El cuerpo como delito: Anorexia y Bulimia
Edit: Ariel, S.A.
Año: Barcelona, 1996

Autor: Juan Manuel Mancilla Díaz
Título: Rasgos de personalidad comunes en obesos
Dirección: xipe.insp.mx/salud
Año: sept-octubre 1992. Vol.34, No.

Autor: Juan de Dios Quiroz Avalos
Título: Funciones de la serotonina
Dirección: salud.upae.mx/cetec/fisiol/serotoninadoc

Autor: Joseph Toro
Título: Anorexia y Bulimia: Como trastornos culturales
Edit: Ariel, S.A, Cap. 10
Año: Barcelona, 1996

- Autor: Joseph Toro
 Título: Anorexia y bulimia: cuerpo, vestido y papel social de la mujer
 Prehistoria e historia
 Edit: Ariel, S. A
 Año: Barcelona, 1996
- Año: J.J. Padin Galu y Chinchilla Moreno
 Título: Aproximaciones a la nosología de los trastornos de la conducta
 alimentaria
 Edit: Masson
 Año: 1996
- Autor: J.J. Padin Galu y Chinchilla Moreno
 Título: El modelo integrado de intervención terapéutica en los trastornos
 De la conducta alimentaria
 Edit: Masson
 Año: 1996
- Autor: Joseph Toro
 Título: El cuerpo como delito: Anorexia y Bulimia, cultura y sociedad
 Edit: Ariel, S.A.
 Año: Barcelona, 1996. pag: 132-161
- Autor: Dr. José Alberto Marín
 Título: Nutrición
 Dirección: dramaringaleon.comnutricions.htm
- Autor: Kerlinger Fred N.
 Título: Investigación del comportamiento: Métodos de investigación en
 Ciencias sociales
 Edit: Mc. Graw Hill
 Año: 2ª. Edición, 2002
- Autor: Lic. Luis Alberto Vargas G.
 Título: Factores culturales en la alimentación
 Edit: Instituto de investigaciones Antropológicas UNAM.
 Año: No.4, Julio- agosto, 1984. pp: 17-32
- Título: La Anorexia y la Bulimia
 Autor: El psicólogo en la red
 Dirección: www.ciudadfutura.com <<http://www.ciudadfutura.com>>
- Título: La Anorexia y la Bulimia
 Autor: El psicólogo en la red
 Dirección: www.elpsicologo.com <<http://www.elpsicologo.com>>enlared.com

- Título: La corriente cognitiva
Dirección: www.catrec.org/corriente_cognitiva.htm
- Autor: Linda I. Davidoff
Título: Introducción a la Psicología
Editorial: Mc. Graw Hill, tercera edición
Año: México, 1989
- Título: Manual para la elaboración de tesis
Edit: Trillas, México, D.F.
Año: 1990
- Autor: Michael J. Mahoney, Kathryn Mahoney
Título: Control permanente de peso: Una solución total al problema de las dietas
Edit: Trillas, México 2ª. Edición
- Autor: Matherson Douglas W.
Título: Psicología Experimental: Diseños y análisis de investigación
Edit: Compañía Editorial Continental, S.A de C.V.
Año: México. Primera Edición 1983
- Autor: Michael A. Friedman and Nelly D. Brownwill
Título: Psychological Correlates of obesity: Moving to the next research Generation
Autor: Psychological Bulletin June, vol 117 (1), pp 3-20
Año: 1995
- Autor: M. Selvini Palazzoli S. Cirillo
Título: Muchachas bulímicas y anoréxicas
Edit: Paidós
Año: 1999
- Título: Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-R
Pág.: 553 a 564
Edit: Masson, 1995
- Título: Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV
Pág.: 553 a 564
Edit: Masson, 1995
- Título: Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos

- Mentales, DSM-IV- TR. Texto revisado.
 Edit: Masson, S.A.
 Año: 2002
 Autor: Morales Flores Juan Manuel
 Título: Inventario Multifásico de la personalidad MMPI, apuntes.
 Edit: Sin publicar
- Autor: Norville M. Downie
 Título: Métodos estadísticos aplicados
 Edit: Harla
 Año: México. 1983
- Autor: Núñez Rafael
 Título: Manual Práctico del MMPI
 Edit: Trillas
 Año: 2001
 Autor: Nuevo curso on line: ESMUBEDA: Sentirse mejor
 Título: Como afrontar los problemas emocionales con la terapia cognitiva:
 Definición de terapia cognitiva
 Dirección: www.psicologiaonline.com <<http://www.psicologia-online.com>>
- Autor: Nuevo curso on line ESMUBEDA: Sentirse mejor
 Título: como descubrir los pensamientos automáticos
 Dirección: www.psicologiaonline.com <<http://www.psicologiaonline.com>>
- Autor: Nuevo curso on line ESMUBEDA: Sentirse mejor
 Título: como manejar los pensamientos automáticos
 Dirección: www.psicologiaonline.com <<http://www.psicologiaonline.com>>
- Autor: Nuevo curso on line ESMUBEDA: Sentirse mejor
 Título: Desarrollando nuevas habilidades cognitivo-conductuales
 Dirección: www.psicologiaonline.com <<http://www.psicologiaonline.com>>
- Autor: Nuevo Curso on line ESMUBEDA: Sentirse mejor
 Título: identificación y manejo de los supuestos o creencias personales
 Dirección: www.psicologiaonline.com <<http://www.psicologiaonline.com>>
- Título: Obesidad
 Dirección: www.avantel.net <<http://www.avantel.net>>
- Título: Obesidad
 Dirección: www.psicoloplanet.com <<http://www.psicoloplanet.com>>
- Autor: Patricia Landa Duran
 Título: Algunas consideraciones sobre el qué y cómo de la Psicología
 Conductual aplicada, UNAM, iztacala Vol1, No.2
 Año: Noviembre de 1988

- Autor: Reynolds G.S.
Título: Compendio de condicionamiento operante
Edit: Ciencias de la conducta
Año: México, 1976
- Autor: Ricardo Cerón
Título: La obesidad y el sobrepeso, problemas de salud pública
Dirección: www.unam.mx/Agencia <<http://www.unam.mx/Agencia>>deNoticias
- Autor: Roberta T. Sherman, ron A. Thompson
Título: Bulimia: Una guía para familiares y amigos
Edit: Trillas
Año: 1999
- Autor: Robert R. Pagano
Título: Estadística para las ciencias sociales del comportamiento
Edit: Internacional Thomson Editores
Año: Quinta edición, 1999
- Autor: Thoresen Carl E.
Título: Autocontrol de la conducta.
Edit: México, Fondo de Cultura Económica
Año: 1981.
- Autor: Vivier O. B. de R Bedolla, P. M.
Título: Curso de prácticas del tercer nivel, social unidimensional
Edit: México DF, (coordinación de difusión, facultad de psicología UNAM).

Categoría del problema	Monólogos negativos	Monólogos adecuados
Kilogramos perdidos	<p>"No estoy reduciendo de peso lo suficientemente rápido".</p> <p>"Me he medio matado de hambre y no he perdido un solo gramo".</p> <p>"He sido más consciente es que María y ella está perdiendo peso más aprisa que yo... No es justo".</p>	<p>"los kilogramos no cuentan; si continúo con mis hábitos los kilogramos desaparecerán".</p> <p>"Ten paciencia... esos Kilogramos necesitaron mucho para llegar a donde están ahora".</p> <p>"En tanto que se vayan permanentemente, me conformo con cualquier progreso".</p> <p>"Se necesita algún tiempo para desintegrar la grasa y absorber el agua adicional que se produce. No me voy a preocupar por eso".</p>
Capacidades	<p>"Simplemente no tengo la fuerza de voluntad". "Soy gordo por naturaleza, sencillamente".</p> <p>"¿Por qué tendría que funcionar esto?... ninguna otra cosa ha dado resultado".</p> <p>"Lo mas probable es que vuelva a recuperarlo".</p> <p>"Que importa... prefiero estar gordo y no sentirme infeliz; además no estoy tan gordo".</p>	<p>"No existe tal cosa como fuerza de voluntad... solo plantación suficiente".</p> <p>"Si logro algunas mejoras aquí y allá tomo las cosas tranquilamente, puedo alcanzar un gran éxito".</p> <p>"Va a ser hermoso deshacerme de todo este exceso de equipaje... ya me empiezo a sentir mejor".</p>
Excusas	<p>"Si no fuera por mi trabajo y niños, podría perder peso".</p> <p>"Es simplemente imposible comer correctamente con un horario como el mío".</p> <p>"Estoy tan nervioso todo el tiempo... tengo que comer para satisfacer mis necesidades psicológicas".</p> <p>"Tal vez la próxima vez...".</p>	<p>"Mi horario no es peor que el de cualquier otro. Lo que necesito es ser un poco mas creativo en cuanto a cómo mejorar mi alimentación".</p> <p>"El comer no satisface las necesidades de los problemas psicológicos... los crea".</p> <p>"Empleo, niños, o lo que sea yo soy quien tiene el control".</p>

ANEXO: 1

Categorías de pensamientos problemas que se presentan con frecuencia durante los intentos por modificar los hábitos alimenticios 9.

Categoría del problema	Monólogos negativos	Monólogos adecuados
Objetivos	<p>"bien, ahí va mi dieta. Ese pastel de café probablemente me costará un kilogramo, y después de lo que me había prometido... ya no más golosinas".</p> <p>"Siempre lo echo todo a perder los fines de semana".</p> <p>"Que bonito... empiezo el día con una rosquilla; bien puedo darme el gusto durante todo el día de hoy".</p> <p>"No puedo dejar de pensar en golosinas".</p>	<p>"Que es esto: ... ¿Las Olimpiadas? No necesito hábitos perfectos. Solamente mejorarlos".</p> <p>¿Por qué una golosina o una porción adicional me ha de echar todo a perder? Ya lo compensaré comiendo menos alguna otra cosa".</p> <p>"Esos excelsos ideales no son realistas".</p> <p>"Fantástico... tomé un pequeño pedazo de pastel y no me echo a perder el día".</p> <p>"Siempre que me encuentro pensando en la comida</p>
Pensamientos sobre la comida	<p>"No puedo dejar de pensar en golosinas".</p> <p>"Tuve imágenes mentales de empanadas y pasteles toda la tarde... ha de significar que necesito azúcar".</p> <p>Después de ordenar la comida en un restaurante continúo pensando en lo que pedí hasta que lo traen".</p>	<p>"Siempre que me encuentro pensando en la comida cambio rápidamente el tema hacia alguna otra experiencia agradable. "Si veo un anuncio en una revista o un comercial acerca de alimentos y empiezo a pensar en ellos, distraigo mi atención haciendo alguna otra cosa (como llamar por teléfono a alguna amiga buscando la correspondencia, etc.)"</p>

TABLA DE INDICE DE MASA CORPORAL

MUJERES	HOMBRES	GRADO DE SOBREPESO
24 a 29	25 a 30	SOBREPESO
29 a 34	30 a 35	OBESIDAD
34 a 39	35 a 40	OBESIDAD SEVERA

ANEXO: 2