



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

PERFIL SOCIODEMOGRAFICO Y PSICOSOCIAL EN  
PACIENTES CON TRASTORNO DE LA CONDUCTA  
ALIMENTARIA

**T E S I S**  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
**LICENCIADA(O) EN PSICOLOGIA**  
P R E S E N T A N :  
**SUASTE HERRERA ANA KARINA**  
**GONZALEZ REYNA OSWALDO FABRICIO**

DIRECTORA: DRA. GILDA LIBIA GOMEZ PEREZ-MITRE

REVISOR: MTRO. JORGE ROGELIO PEREZ ESPINOSA



FACULTAD  
DE PSICOLOGIA

MEXICO, D. F.

2005

m348986

*UNAM, alma mater  
que en tu seno nos guardas  
como una madre a sus hijos*

*Cuidad que al rugido del puma conviertes a las cenizas  
en príncipes de piel dorada y sangre azul*

*Luchadora incansable  
aún cuando el bufón de la intolerancia dictó sentencia*

*Paredes que conservan no solo los murales sino las risas y lágrimas  
de todos aquellos que hemos creído en ti*

*Tú que siempre has alzado la bandera del conocimiento  
a favor de la humanidad, te agradecemos el lugar otorgado*

*Tus hijos  
Ana y Fabricio*

# ÍNDICE

TEMA	PÁGINA
Resumen.....	i
Introducción.....	1
<b>CAPÍTULO I. ANTECEDENTES HISTÓRICOS</b>	
1.1. Anorexia.....	1
1.2. Bulimia.....	4
<b>CAPÍTULO II. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA</b>	
2.1. Anorexia.....	10
2.1.1. Algunas explicaciones.....	14
2.1.2. Alteraciones.....	15
2.2. Bulimia.....	17
2.2.1. Etiología.....	18
2.2.2. Características psicológicas.....	18
2.2.3. Alteraciones.....	23
<b>CAPÍTULO III. CAMBIOS DE LA PREADOLESCENCIA A LA JUVENTUD</b>	
3.1. Crecimiento físico.....	26
3.2. Maduración sexual.....	28
3.2.1. Maduración sexual en mujeres.....	29
3.3. Cambios cognoscitivos.....	30
3.4. Juventud.....	31
<b>CAPÍTULO IV. FACTORES PSICOSOCIALES</b>	
4.1. Sexualidad.....	33
4.2. Imagen corporal.....	36
4.3. Conducta alimentaria.....	39
4.3.1. Importancia de la nutrición para el funcionamiento del cuerpo.....	42
4.3.1.1. Carbohidratos.....	42
4.3.1.2. Proteínas.....	43
4.3.1.3. Grasas.....	43
4.3.1.4. Agua.....	43
4.3.1.5. Minerales.....	44
4.3.1.6. Vitaminas.....	44
4.3.2. Nutrición y tiempo de vida.....	44
4.3.2.1. Feto.....	45
4.3.2.2. Lactante / niño pequeño.....	45
4.3.2.3. Niñez.....	45
4.3.2.4. Adolescencia.....	46

4.4. Control de peso.....	46
4.4.1. Trastornos nutricionales.....	49
4.4.1.1. Desnutrición proteínica energética en adultos.....	50
4.4.1.1.1. Aspecto general.....	51
4.4.1.1.2. Sistemas.....	52
4.4.1.2. Desnutrición proteínica o energética en niños.....	53
4.5. Indicadores antropométricos.....	54
4.5.1. Talla.....	55
4.5.2. Peso relativo.....	55
4.5.3. Índice de masa corporal (Quetelet).....	56
4.5.4. Índice nutricional.....	57

## **CAPÍTULO V. LA FAMILIA COMO FACTOR DE RIESGO**

5.1. Dinámica familiar en las pacientes bulímicas.....	64
5.2. Dinámica familiar en las pacientes anoréxicas.....	67

## **CAPÍTULO VI. PLAN DE INVESTIGACIÓN Y MÉTODO**

6.1. Objetivo.....	70
6.2. Problema de investigación.....	70
6.3. Variables.....	70
6.4. Tipo de estudio.....	71
6.5. Tipo de muestra.....	71
6.6. Diseño.....	71
6.7. Instrumentos.....	71
6.8. Procedimiento.....	72

## **CAPÍTULO VII. RESULTADOS**

7.1. Descripción de la muestra.....	74
7.1.1. Escolaridad.....	75
7.1.2. Estado civil.....	75
7.1.3. Edad al internamiento.....	76
7.1.4. Inicio de enfermedad.....	76
7.2. Descripción de perfil por grupos	
7.2.1. Historial de peso	
7.2.1.1. Peso actual.....	77
7.2.1.2. Índice de masa corporal.....	78
7.2.1.3. Peso máximo.....	78
7.2.1.3.1. Actitud ante el peso máximo.....	79
7.2.1.4. Peso mínimo.....	79
7.2.1.4.1. Actitud ante el peso mínimo.....	80
7.2.1.5. Peso habitual.....	80
7.2.1.6. Peso deseado.....	81
7.2.1.7. Complexión.....	81
7.2.2. Control de peso	
7.2.2.1. Conductas de restricción y saltos de comida.....	82
7.2.2.2. Conductas de control de peso / tiempo.....	83

7.2.3.	Conducta alimentaria	
7.2.3.1.	Conducta alimentaria en anoréxicas y bulímicas / tiempo.....	84
7.2.3.2.	Alimentos consumidos en atracones.....	85
7.2.4.	Uso de sustancias	
7.2.4.1.	Uso de sustancias en anoréxicas y bulímicas / tiempo.....	86
7.2.4.2.	Actitud de la familia en cuanto al uso de sustancias.....	87
7.2.4.3.	Cantidad de antecedentes familiares en adicciones.....	88
7.2.4.4.	Familiares con adicciones.....	88
7.2.4.5.	Antecedentes familiares en trastornos de la conducta alimentaria y adicciones.....	89
7.2.4.5.1.	Anorexia.....	89
7.2.4.5.2.	Bulimia.....	90
7.2.4.5.3.	Comer compulsivo.....	90
7.2.4.5.4.	Droga.....	91
7.2.4.5.5.	Alcohol.....	91
7.2.5.	Condición física	
7.2.5.1.	Total de síntomas al ingreso.....	92
7.2.5.2.	Complicaciones médicas.....	92
7.2.5.3.	Menarca.....	93
7.2.5.3.1.	Alteración de la menstruación.....	93
7.2.5.3.2.	Tiempo de amenorrea.....	94
7.2.6.	Imagen corporal	
7.2.6.1.	Distorsión en la imagen corporal.....	94
7.2.6.2.	Actitud de la familia ante la imagen corporal.....	95
7.2.6.3.	Parte corporal rechazada.....	95
7.2.6.4.	Importancia del ejercicio para mejorar la imagen corporal....	96
7.2.6.5.	Influencia del ejercicio en la imagen corporal.....	96
7.2.6.6.	Tipo de actividad física.....	97
7.2.7.	Área sexual	
7.2.7.1.	Orientación sexual.....	97
7.2.7.2.	Inicio de actividad sexual.....	98
7.2.7.3.	Modificación en la percepción sobre si misma con el inicio de la actividad sexual.....	98
7.2.7.4.	Patrón de relaciones y experiencia sexual.....	99
7.2.7.5.	Total de comportamientos sexuales experimentados.....	99
	en sus relaciones	
7.2.7.6.	Tipo de comportamiento sexual.....	100
7.2.7.7.	Cantidad y duración de noviazgos.....	100
7.2.7.8.	Embarazos y abortos .....	101
7.2.8.	Área emocional	
7.2.8.1.	Duelo y edad del mismo.....	102
7.2.8.1.1.	Vínculo afectivo respecto al duelo.....	102
7.2.8.2.	Abuso físico y edad del mismo.....	103
7.2.8.2.1.	Vínculo afectivo respecto al abuso físico.....	103
7.2.8.3.	Abuso sexual y edad del mismo.....	104
7.2.8.3.1.	Vínculo afectivo respecto al abuso sexual.....	104
7.2.8.4.	Número de síntomas.....	105

7.2.8.5.	Consecuencias emocionales.....	105
7.2.9.	Área familiar	
7.2.9.1.	Escolaridad de los padres.....	106
7.2.9.2.	Ocupación de la madre.....	106
7.2.9.3.	Ocupación del padre.....	107
7.2.9.4.	Edad de los padres.....	107
7.2.9.5.	Descripción de la familia.....	108
7.2.9.6.	Actitud de la familia ante el problema.....	109
7.2.9.7.	Consecuencias familiares.....	109
7.2.10.	Área social	
7.2.10.1.	Consecuencias sociales.....	110
7.2.11.	Área vocacional	
7.2.11.1.	Consecuencias vocacionales.....	110
7.2.12.	Antecedentes heredo familiares	
7.2.12.1.	Cantidad de antecedentes familiares.....	111
7.2.12.2.	Familiares con enfermedad.....	111
7.2.12.3.	Tipo de enfermedad heredo familiar.....	112
7.2.12.3.1.	Obesidad.....	112
7.2.12.3.2.	Diabetes.....	113
7.2.12.3.3.	Hipertensión.....	113
7.2.12.3.4.	Enfermedad tiroidea.....	114
7.2.12.3.5.	Dislipidemias.....	114
7.2.12.3.6.	Enfermedades cardiovasculares.....	115
7.2.12.3.7.	Cáncer.....	115
7.2.13.	Situación familiar en la infancia	
7.2.13.1.	Ambiente familiar en la infancia.....	116
7.2.13.2.	Recuerdos de la infancia.....	116
7.2.13.3.	Relación en la infancia con la familia.....	117
<b>CAPÍTULO VIII. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....</b>		<b>118</b>
8.1.	Sugerencias y limitaciones.....	128
<b>Referencias.....</b>		<b>129</b>

## RESUMEN

El presente estudio tuvo como propósito obtener un perfil sociodemográfico así como psicosocial de las pacientes con trastornos de la conducta alimentaria en este caso anorexia y bulimia nervosas. La muestra se obtuvo de una clínica privada con una N = 140 dividida en un grupo 1A con n = 76 mujeres con anorexia (49 del tipo purgativo y 27 del tipo restrictivo) y un grupo 2B con n = 64 mujeres con bulimia (58 del tipo purgativo y 6 del tipo restrictivo).

Todos los datos se adquirieron de los formatos utilizados al ingreso del tratamiento (preadmisión, evaluación nutricional, cuestionario de actividades físicas y evaluación psicosocial). Entre los principales resultados se encontró que ambos grupos presentan una edad de inicio de enfermedad de 12 a 15 años. Así mismo, las pacientes realizan en un promedio de dos a cinco años conductas tales como: control de peso, conducta alimentaria de riesgo y uso de sustancias. En cuanto a factores psicosociales también se encontró un tiempo de dos a cinco años de distorsión de la imagen corporal (principalmente en piernas y abdomen). Dentro de las consecuencias emocionales, familiares y sociales, las pacientes de ambos grupos reportan los mismos sentimientos como son: enojo, tristeza y soledad.

En cuanto a las diferencias, se halló que el grupo de pacientes con anorexia desean rangos de pesos menores en las variables peso actual, peso deseado y peso habitual. Dentro de los métodos utilizados para el control de peso, este mismo grupo utiliza restricción de calorías a diferencia de las bulímicas que emplean el vómito; para el caso de la conducta alimentaria de riesgo el grupo de anoréxicas se caracteriza por utilizar los rituales en comparación de las bulímicas que realizan la ingesta secreta de alimentos y la voracidad

## INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria cuentan con antecedentes históricos que se pueden remontar desde la Edad Media; sin embargo es hasta el siglo XIX cuando ambas entidades nosológicas se reconocen, al aparecer en el DSM, cuyos criterios permiten una identificación precisa de los síntomas.

Dichas enfermedades tienden aparecer durante la adolescencia; etapa durante la cual el individuo tiene que realizar cambios mayores en su imagen corporal, provocando una preocupación con relación a poder llegar al ideal culturalmente establecido (De Llanos citado en Rodríguez y Sánchez, 2002). Para lograr este objetivo, las jóvenes tienden a disminuir el aporte calórico basándose en regímenes auto impuestos sin supervisión profesional adecuada.

Dada esta situación la conducta alimentaria es modificada mermando la salud del individuo; ya que ésta de acuerdo con Zubirán y Miranda (citados en Martínez y Pérez, 1998) debe ser: completa, suficiente, higiénica, variada, adecuada a la edad, sexo, tamaño, actividad, estado de salud, recursos económicos, disponibilidad local y estacional de los alimentos.

El organismo al ser sometido a un menor suministro de alimentos, se adapta aminorando el metabolismo basal, las necesidades de energía suelen satisfacerse al principio extrayendo un pequeño depósito de glucógeno, después se cataboliza el tejido adiposo y finalmente las proteínas tisulares (McLaren, 1993)

## ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA ANOREXIA Y BULIMIA

Toro (1996) narra que los antecedentes históricos de la anorexia aparecen durante la Edad Media, coincidiendo con la aparición de las órdenes mendicantes; esto de acuerdo a Rudolph. Bell (profesor de historia en la Rutgers University) quien en su obra Holy Anorexia analiza la vida de una amplia gama de mujeres santas, 261 en total; cuyo comportamiento alimentario se puede considerar anormal.

Esto es porque dentro del cristianismo como en otras religiones, el ayuno ha sido una forma de penitencia; un signo de remordimiento por los pecados y/o una forma de

protegerse contra las fuerzas del mal garantizando cierta pureza, dado esto el ayuno resultó ser un medio idóneo para las mujeres que buscaban la perfección de la vida espiritual y de recibir con ello el cuerpo de Cristo.

Así que mantenerse sin comer era comúnmente considerado como un signo de santidad, aunque Vandereycken (citado en Toro, 1996) menciona que varias órdenes monásticas se oponían a los ayunos drásticos por considerar a los ayunadores, debilitados e incapaces de prestar sus servicios a la comunidad; resultando una carga absurda.

Al llegar la Reforma protestante (Siglo XVII), las mujeres ayunadoras pasan a ser perseguidas; ya que se pensaba era Satán quien motivaba dicha conducta. Esto es porque la mujer autoinane se consideraba como una bruja, ya que al ser sumamente ligera tenía la capacidad de volar. Toro (1996) refiere que sin contar con “tablas de peso”, una prueba de brujería consistía en verificar si el peso corporal de la sospechosa correspondía a lo esperable en función de su estatura.

Continuando, el autor describe que es en ese mismo siglo, cuando la sociedad al impregnarse de actitudes y conocimientos científicos sobretudo en el ámbito de la medicina; así como que el Papa Benedicto XIV en el círculo eclesiástico, decida colocar a los ayunos en un segundo plano, y disminuya el número de canonizaciones, contribuye según el autor a que las “doncellas milagrosas” se conviertan simplemente en “muchachas ayunadoras”, cuyos motivos de abstinencia debieran buscarse en su organismo o en decisiones personales.

Ya para el siglo XVII describe que la palabra anorexia (anorektous vocablo en griego) se utiliza para denominar la inapetencia y ciertos trastornos del estómago. Sin embargo es Richard Morton médico británico, quien en su libro *Pthisiologia or a treatise of consumptions* en 1770 describió una “ptisis o atrofia nerviosa”, cuya degeneración corporal fue atribuida a una perturbación en el sistema nervioso.

Toro (1996) refiere que es a partir de estas fechas, que surgen diversos autores que dan sus aportaciones para la comprensión de la enfermedad como Louis-Víctor Marcé Pinel (pionero de la psiquiatría europea), que con su libro *Nosographie philosophique* publicado en 1792 en su capítulo de la neurosis; así como en el libro *Traité théorique et pratique des maladies des femmes* de Imbert publicado en 1840, en el capítulo de la neurosis del estómago habla de la bulimia, pica y anorexia. La importancia de este último libro, radicó

en asociar un síntoma (inapetencia) a una disfunción cerebral, el problema se debió a que la medicina del momento no podía comprobar tal innovación así que cayó al olvido

El siguiente hito en la historia (Toro, 1996) fue Ernest Charles Laségue psiquiatra francés del siglo XIX, quien define la anorexia como una enfermedad que se inicia entre los 15 y 20 años; esto a consecuencia de algún género de emoción posiblemente relacionado con la transición a la edad adulta. Laségue definió al trastorno dentro de una fundamentación orgánica, sin dejar aun lado la relevancia del mundo privado de las familias y sus relaciones con sus hijas; así que fue el primer médico de dicho siglo en sugerir que el rechazo de los alimentos constituía una forma de conflicto intrafamiliar.

El mismo autor menciona que paralelamente surge William Withey Gull médico inglés, quien en 1874 publica “Anorexia nerviosa” donde afirma al igual que Laségue que el trastorno se produce por una falta de apetito y no por un trastorno digestivo; niega la implicación del útero para apoyar la aportación del sistema nervioso ya que el problema no excluía a los hombres.

Ya entrado el siglo XX indica que fue el psiquiatra francés Pierre Janet, quien describió dos formas de enfermedad: obsesiva e histérica, caracterizadas por la vergüenza al cuerpo, obsesiones por el volumen corporal y delirios relacionados con los alimentos y el comer; debido a una negación a crecer, implicando con ello un rechazo al desarrollo sexual.

Así mismo Sigmund Freud, con una interpretación psicodinámica se refiere a la anorexia como un mal desarrollo de la sexualidad donde el comer o no comer se asocia a la presencia o ausencia de impulsos sexuales básicos.

Para el autor es tras la Segunda Guerra Mundial cuando se inicia el abordaje actual de los Trastornos del Comportamiento Alimentario donde Hilde Bruch, psiquiatra psicoanalista propone dos tipos de anorexia primaria y secundaria; al oponerse a una visión limitada del desarrollo psicosexual y apoyar una perspectiva donde los agentes socioculturales se abarquen como es el contexto familiar.

Por último fue Mara Selvini Palazzoli, psiquiatra italiana quien valoró de manera contundente los factores culturales en dicho trastorno; al mencionar que la familia es el agente transmisor de valores y prácticas sociales, donde las luchas y conflictos del medio familiar son susceptibles de ser simbolizados a través del alimento (Toro, 1996)

El escritor cita, que es a partir de estas aportaciones que la anorexia nerviosa desemboca en dos líneas de investigación: la dinámica familiar como factor causal y la otra una interpretación social y cultural, más allá de lo estrictamente familiar.

Un hecho que es importante mencionar, es que hasta el siglo XIX con Charcot aparece el “miedo a la obesidad” como responsable de la motivación anoréxica hacia el ayuno. Esta situación despierta la polémica discusión de que si las “doncellas milagrosas”, pueden catalogarse dentro de un trastorno alimentario o sólo se les debe observar desde su contexto histórico; y no a partir de los perjuicios de hoy.

Si esto fuera así Habermas (citado en Toro, 1996), refiere que si se aplicaran en forma rigurosa los criterios diagnósticos en cuestión del miedo al sobrepeso; tanto la anorexia como la bulimia nerviosa serían dos síndromes nuevos históricamente hablando.

A este hecho el autor indica: “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 (por lo menos en un principio), la existencia de presiones sociales para ponerla en práctica, las consecuencias psicológicas y somáticas de la malnutrición consiguiente, y con toda probabilidad la presencia de predisposiciones biológicas al trastorno. En consecuencia, el temor desmesurado a engordar y probablemente la distorsión de la imagen corporal serían síntomas no esenciales, no universales, posiblemente específicos del ahora del mundo occidental y el occidentalizado. Posiblemente los vómitos y otras conductas “compensatorias” complementarias de la restricción alimentaria también sean adquisiciones relativamente recientes. Así pues, puede defenderse que, si no todos, la mayor parte de las “doncellas milagrosas” eran auténticos casos de anorexia nerviosa”.

En cuanto al trastorno bulímico Toro (1996) menciona que en la literatura médica no ha tenido tanta importancia como el anoréxico; ya que con frecuencia se superpone a éste o forma parte del mismo. Una de las primeras referencias se encuentra en el año 970 antes de Cristo, cuando Jerofonte en Anabasis describe en la cultura occidental prácticas bulímicas.

Así mismo, se puede decir que tanto en Grecia como en Roma (Toro, 1996) el banquete y el vómito fueron auténticas instituciones de la clase media y alta. Esto se debía

a que los banquetes incluían más de 20 platos; por lo que los comensales se dirigían a una habitación contigua “el vomitorium” cada vez que el estomago estuviera saciado.

Esta concepción del vómito cambia durante la Edad Media, constituyendo una práctica penitencial. El penitente, mediante la emesis, arrojaba de sí sus pecados. También podía dominar así los apetitos sexuales más o menos desordenados. Así mismo los docentes de las grandes escuelas de medicina de la época, prescribían poderosos eméticos, incluso de manera continuada y para siempre.

No fue hasta 1398 con Trevisa según el Oxford English Dictionary (Toro, 1996) donde se utilizó por primera vez la palabra bulímica, refiriéndose al apetito inmoderado no implicando vómitos ni otros procedimientos afines.

Como cuenta el escritor es hasta 1743 con James donde se hace una descripción completa del trastorno en su diccionario médico; hablando del boulimus y del caninus appetitus; en el primero suelen desmayarse y en otro caso el paciente da fin a su atracones vomitando.

Poco después, marca que es en 1797 cuando surge la definición de bulimia que da la Encyclopaedia Británica donde se define como: “enfermedad donde el paciente está afectado por un deseo de comer insaciable y perpetuo, y a menos que lo satisfaga, suele caer en accesos de desvanecimiento”.

Así mismo menciona que en 1869 Blachez en Francia, señala que el bulímico tiene el alimento como su principal obsesión y preocupación; habla de cinorexia cuando se acompañaba de vómitos y de fringale cuando la sintomatología alternaba con la anorexia en mujeres

Vandereycken indicado por el mismo autor menciona las aportaciones de otros autores; que por no ser anglosajones pasaron desapercibidos como Dörr-Zegers chileno quien habla en 1972 de hiperfagia seguida de vómito como un síndrome independiente, relacionado con la anorexia nerviosa, las neurosis obsesivo-compulsivas y las adicciones. También Ziolkow quien en 1976 propuso el término hiperorexia nerviosa, definiendo el cuadro como opuesto a la anorexia y clínicamente autónomo.

Es así como en la década de los '70 lo generalmente aceptado era el papel de la bulimia como síntoma, donde lo anómalo era la voracidad incontrolada. Además la

atención se centraba solo en la bulimia de los anoréxicos y obesos; solo es al final de la década cuando se le identifica como entidad nosológica “autónoma”.

Gracias a esto se toma conciencia real del problema, fue entonces cuando Stunkard (Toro, 1996) publica los criterios diagnósticos del síndrome, entre los que no se encontraba ninguna alusión a vómitos o laxantes; dichos criterios fueron recogidos, sin variantes en el DSM III bajo el nombre de bulimia.

Sin embargo fue Rusell hasta 1979 quien describe la bulimia nerviosa propiamente dicha, agregando los atracones y las conductas compensatorias haciendo hincapié explícito en el miedo a engordar como condición sine qua non; dicha descripción es recogida en 1987 por el DSM III quedando establecida la actual concepción.

Habermas (citado en Toro, 1996) considera que la bulimia nerviosa es un trastorno más reciente que la anorexia nerviosa, situando su origen en los albores del siglo XX. Es más Rusell opina que el cuadro clínico de la anorexia se ha modificado en la segunda mitad del siglo XX al constituirse la bulimia en una parte de todo esto, por el resultado de la influencia de los factores históricos y sociales sobre el comportamiento alimentario de los individuos. Esto es porque como en la anorexia, se puede observar que los episodios críticos de voracidad con hambre de resolución compulsiva, están descritos desde la más remota antigüedad; lo que no sucede con la asociación de vómitos y otros métodos purgantes.

## TRANSTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

Hasta los años 60s los trastornos de la conducta alimentaria eran considerados como enfermedades raras, es a partir de entonces cuando las estadísticas sugieren que su diagnóstico está siendo cada vez más frecuentemente debido, entre otros factores, al cambio de los valores socioculturales en los países en cuanto a rol sexual, metas femeninas y específicamente a las expectativas ideales de delgadez; que en la práctica han venido a representar uno de los criterios para ser considerada y/o considerarse atractiva o no, y por los cambios que ha habido en consecuencia con respecto a las actitudes hacia la obesidad (Unikel y Gómez Peresmitré, citados en Martínez y Pérez, 1998).

Actualmente estos trastornos del comportamiento alimentario aumentan alarmantemente, atrayendo a las personas afectadas a una probable desadaptación, tanto laboral, social, familiar y sexual.

Alemaný (1995) menciona que los trastornos alimentarios constituyen una auténtica epidemia, ya que aparecen más síntomas relacionados con la presencia de dicho trastorno en la población normal.

De los tipos de trastornos más comunes que afectan tanto a niños y adolescentes como adultos se encuentran tres principales entidades: obesidad, anorexia y bulimia nerviosa; aunque Saldaña (1994) incluye también a la sobreingesta compulsiva.

Arenson (1991) subraya que los hábitos, la mayoría de ellos asociados con fuertes sentimientos de placer, son los que se convierten con mayor probabilidad en compulsiones; siendo la comida una de las sustancias más fácil y universalmente utilizada de la que se abusa. Así los desórdenes alimentarios aparecen cuando se aprende a practicar actividades placenteras relacionadas con la comida como solución a los problemas; de la misma manera que aplica un curita sobre una herida, resultando tan solo un alivio temporal, donde la enfermedad subyacente continua y va empeorando. Por tanto la situación original que causa ansiedad o malestar aún esta ahí como puede ser la baja autoestima, perfeccionismo, rechazo, soledad, y control de la vida; complementada con una nueva preocupación, la adición a la comida y la inanición.

Duker y Slade (2003) refieren que cualquier persona que no tenga un firme sentido de sí misma, el control alimentario y corporal es un “remedio” muy eficaz, pero muy

arriesgado, ya que genera cierto sentido de sí misma donde falta, y pone en marcha una serie de cambios de la personalidad que se convierten en una trampa.

Para los autores tanto la inanición voluntaria, purgas o vómito (o ambos) y ejercicio intenso son los tres patrones de conducta propios de las ideas de control que ocupan la mente de la enferma. Los cuales ofrecen distintos cursos de acción, según sus experiencias y circunstancias previas; así que pasan de uno a otro, de manera muy parecida a como un jugador se desplaza por los cuadros de un tablero de juego.

Agregan que unas cuantas de estas enfermas también idean maneras de embotar o aniquilar sus sentimientos lastimándose físicamente, por ejemplo quemándose brazos, piernas y manos con cigarrillos encendidos, o cortándose con navajas de rasurar o trozos de vidrio. Esto es porque un dolor físico agudo desplaza la atención, al provocárselo la paciente únicamente experimenta el malestar, ya no su angustia anterior y por lo mismo se siente aliviada.

Estos mismos autores señalan que entre un cuarto y un tercio de las enfermas bulímicas y anoréxicas recurren al menos una vez a intentos de suicidio o daños autoinducidos como última solución, y casi siempre luego de un acceso de glotonería que han sido incapaces de controlar o a un aumento de peso. Si bien en realidad sólo muere un 2% de estas personas, los intentos de quitarse la vida que tienen desenlace fatal (o las sobredosis mortales) representan unos dos tercios de estos decesos.

Por último, Duker y Slade (2003) afirman, que éste es un “juego” que muy pocas personas practican de manera totalmente voluntaria. Al encontrarse en alguno de los cuadros del tablero, las pacientes obtienen cierta sensación de logro y seguridad, pero también pierden de vista los riesgos potenciales, al grado que no se percatan que están enfermas. Pasa mucho tiempo para que se den cuenta de que hay un problema, y de cómo se enfrentan a las consecuencias no anticipadas de sus actos. Al adquirir finalmente conciencia de cuán atrapadas están, es algo que puede hacerlas caer en la desesperación; ya que al percatarse de que están en dificultades, se sentirán incapaces de escapar de esta trampa al no sentir confianza, control de sí mismas, autodirección y contacto con la realidad.

En el orden de lo biológico el común denominador de la obesidad, anorexia y bulimia, es el balance calórico (la relación ingreso- gasto calórico) Hekier y Miller (1994) dan los criterios diagnósticos para los trastornos de la alimentación:

A) Episodios repetitivos de “ataques de comer” caracterizado por:

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

B) Durante la mayoría de los episodios de voracidad: Se encuentran presentes por lo menos tres de los siguientes indicadores conductuales de falta de control.

- ★ Desagradable sensación de plenitud.
- ★ Comidas abundantes “sin hambre”.
- ★ Comer a solas.

C) La voracidad se acompaña con marcado malestar.

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

Los Autores dan una clasificación de los trastornos de la alimentación:

- ★ Anorexia nerviosa
  - Tipo restrictivo.
  - Tipo purgatorio.
- ★ Bulimia nerviosa
  - Tipo purgativo: utilizar métodos purgativos, vómito autoinducido y/o de laxantes y/o diuréticos.
  - Tipo no purgativo: mecanismos compensatorios (como ejercicios físicos extenuantes).

EDNOS (Desordenes alimentarios no especificados):

-Binge eating disorders (BED):

- ★ Frecuencia de Binge eating dos veces por semana.
- ★ Sin mecanismos compensatorios (p.39).

En cuanto a dicha clasificación de los trastornos Duker y Slade (2003) mencionan que aunque la anoréxica, mantenga una actitud de superioridad, distancia, austeridad y

rigidez; que difiere marcadamente de la bulímica, tan impulsiva, variable, confundida y con sentimientos de culpa; se denota tanto en ésta como en la anorexia una inconfundible preocupación por mantener el control sobre los alimentos y el cuerpo; compartiendo así mismas preocupaciones e iguales temores.

Por tanto no sería poco juicioso tratar personalidades aparentemente tan distintas como si procedieran del mismo trastorno; ya que parte de las diferencias aparentes en las personalidades son más bien efectos que causas del estado; es decir la personalidad es variable dependiente más que independiente.

Vandereycken, Castro y Vanderlinden (1991) refieren que la sintomatología puede ser compartida por ambos trastornos, ya que muchas pacientes son difíciles de clasificar dentro de un grupo concreto. Pareciera que los trastornos del comportamiento alimentario, forman parte de un continuum en el que trazar una línea divisora es imposible. Esto es porque muchas pacientes cambian con el tiempo de una forma considerable, mereciendo la aplicación de diferentes diagnósticos según el momento en el que se realice la evaluación; así que el clínico debiera considerar estos trastornos de forma dinámica y estar dispuesto a modificar el diagnóstico y el abordaje terapéutica cuando la sintomatología así lo exija.

Así mismo agregan que una importante diferencia sería la presencia o no de una disminución notable de peso y la negativa a aceptar un peso dentro de la normalidad. Sin embargo, mencionan que no todos los autores están de acuerdo en que éste sea el elemento diferenciador crucial, sino la presencia o ausencia de sintomatología bulímica, ya que ello parece tener gran relevancia en la evolución y pronóstico. De hecho, han encontrado que las pacientes anoréxicas purgativas y las bulímicas tienen más en común que las pacientes anoréxicas purgativas y las restrictivas.

### **Anorexia nerviosa**

Según Toro (1996) la anorexia nervosa es un trastorno del comportamiento alimentario caracterizado por una pérdida de peso corporal superior al 15% a consecuencia de una supresión voluntaria del consumo de alimento.

Saldaña (1994) define a la anorexia nervosa como un trastorno caracterizado por una pérdida de peso extrema, debido a la realización de dietas restrictivas, al exceso de

ejercicio físico, al uso de vómitos autoinducidos y al abuso de laxantes, motivadas por un miedo intenso al aumento de peso.

Schutze (1983) habla de una anorexia mental para referirse a este trastorno definiéndolo como una pérdida del apetito que afecta sobre todo a las mujeres jóvenes, y que pertenece al grupo de las enfermedades psicosomáticas.

Rutzstein (citado en Rodríguez y Sánchez, 2002) dice que la anorexia nervosa se caracteriza por una pérdida de peso que se alcanza mediante la restricción alimentaria autoimpuesta, por un miedo intenso al aumento de peso, por una distorsión de la imagen corporal y por un trastorno endocrino que en las mujeres se describe como amenorrea.

Vandereycken y cols., (1991) refieren que en la anorexia nerviosa hay un miedo intenso al aumento de peso, así como a alteraciones de la imagen corporal, además de alteraciones biológicas entre las que destacan las anomalías en las pruebas endocrinológicas y la amenorrea.

La reducción constante de alimentos no produce uniformidad únicamente en lo que se refiere a la demacración o “delgadez” además produce uniformidad psicológica Duker y Slade (2003) menciona que la anoréxica presenta tres características subyacentes principales, que son:

1. Moralidad: significa que tiene firmes convicciones con respecto a lo que debe o no hacer, cómo debe o no comportarse, y hasta cómo debería o no sentirse, así que se apega mucho a las reglas; que aplica a alimentos, ingestión y ejercicios, así como a todos los aspectos de su vida. No obstante, es significativo el hecho de que sólo cuando aplica tales reglas a la comida y la regulación corporal puede tomar decisiones, esto es debido que al mantener su razonamiento tan restringido y con ausencia de conflictos en torno al control alimentario y corporal, la enferma se siente en verdad competente.

Dichos autores refieren que la anoréxica que logra controlar su hambre y mantenerse baja de peso se sentirá constantemente “buena” y habrá menos riesgo de que se dañe de otras maneras. Sin embargo, si pierde el control puede empezar a hurtar inconscientemente comida de los supermercados; pero en casos más críticos puede adoptar una conducta autodestructiva como: beber, drogarse, tener relaciones sexuales indiscriminadas, y derrochar su dinero.

2. Sensación de carecer de valor: En las pruebas psicológicas normalizadas, diseñadas para cuantificar la baja autoestima, las enfermas de anorexia y bulimia nerviosa por lo general obtienen las calificaciones más bajas que pueden evaluarse con estos exámenes. De un modo u otro, anulan cualquier respuesta u opinión que no confirme su creencia fundamental; quien le dice cosas agradables es un tonto, o trata de obtener algo de ella.
3. Sensibilidad: La persona piensa que no tiene derecho a negarse, Si se rehúsa o aparta para evita la situación, se siente sumamente culpable. Por lo tanto, experimenta una gran vulnerabilidad no sólo ante su familia y amigos, sino potencialmente ante cualquier persona a quien conoce, incluyendo el especialista. Responder es responsabilidad de la enferma, como rasgo característico, se siente responsable de todo mundo.

Aunque refieren que en las diferentes descripciones pueden utilizarse términos muy distintos, las autoridades en anorexia nerviosa coinciden en gran medida en estas características comunes. Sin embargo, si bien se le puede identificar por separado, no se refieren a experiencias aisladas sino que están estrechamente entrelazadas para generar un estilo anoréxico de pensamiento, que protege y defiende contra la ineficiencia, los fracasos y la confusión abrumadora, con lo que la persona se siente orillada a la espiral de inanición voluntaria.

#### **Criterios diagnósticos de la anorexia nerviosa para el DSM-IV:**

- A) Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerado la edad y la talla.
- B) Miedo intenso a ganar peso o convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- C) Alteración de la percepción del peso o las siluetas corporales, exageración de su importancia en la auto evaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- D) En las mujeres postpubertales, presencia de amenorrea: ejemplo ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos (p. 558).

**Especifica dos tipos:**

- ★ El restrictivo: durante los episodios de anorexia nerviosa, estos individuos no recurren a atracones o a purgas: La pérdida de peso se consigue haciendo dieta, ayunando o realizando ejercicios intensos.
- ★ El compulsivo/ purgativo: se caracteriza porque el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (o ambos), mediante prácticas tales como: el vómito autoinducido, diuréticos, laxantes o enemas de manera excesiva. En algunos casos no presentan atracones, pero suelen recurrir a purgas, incluso después de ingerir pequeñas cantidades de comida (p. 559).

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

- A) Pérdida de peso, o falta de ganancia de peso en los niños que conduce a un peso corporal de al menos 15% por debajo del peso normal esperado para la talla y edad correspondiente:
- B) La pérdida de peso es autoinducida mediante la evitación de alimentos “que engordan”.
- C) Distorsión, específica de la imagen corporal psicológica, en forma de idea sobrevalorada e intrusa de miedo intenso y persistente a la obesidad, de tal manera que el enfermo se impone un dintel de peso corporal.
- D) Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotálamo- hipófisis adrenales, puesto de manifiesto en la mujer por la amenorrea, el varón por la pérdida de interés por la sexualidad e impotencia (p. 145).

La gran mayoría de quienes se han vuelto anoréxicas no sólo han destacado en algún deporte antes de hacer visible su padecimiento, sino también se empeñan demasiado. En las primeras etapas de la enfermedad, a menudo no se puede diferenciar a la persona que está en vías de enfermar de anorexia de aquella que algún día competirá por su país. Debido a ello, muchas enfermas pasan por las primeras etapas del padecimiento con la cooperación plena de sus progenitores y escuelas (Duker y Slade, 2003).

### **Algunas explicaciones**

La causa inicial en la mayoría de los casos es psicogénica y sus modalidades particulares han sido agrupadas en dos categorías: a) un grupo denominado obsesivo, en el cual la enfermedad se establece consecutivamente a una reacción fóbica frente al exceso de peso, real o imaginario, que conduce a la privación voluntaria de la alimentación, y b) un grupo calificado como histérico, que se distingue por los enigmas de la personalidad histérica y en la cual la pérdida del apetito tiene la misma categoría de la movilidad de un miembro o de la visión.

Duker y Slade (2003) mencionan que las teorías o explicaciones del trastorno pueden dividirse en dos categorías generales, cuya segmentación dependerá del significado que se le dé a los efectos psicológicos de la malnutrición constante.

En la primera categoría se hallan aquellas explicaciones de la anorexia nerviosa basada en la evidencia de que la malnutrición y el peso bajo por sí mismos generan notables cambios psicológicos. Esto se debe a que al disminuirse la ingestión de alimentos y el peso corporal; se pierden ciertas experiencias, se alteran otras, y se inducen algunas más inasequibles a personas que comen debidamente. Además dejar de comer, deliberadamente o no, también ayuda a maximizar los efectos deseados del alcohol o las drogas consumidos.

Esta decisión tiene un efecto de rebote, ya que las consecuencias de su malnutrición afectan la manera en que se conciben el comer y no comer; así como los términos en que se perciben a sí mismas. Cada serie de cambios exacerba otros hasta que se manifiestan todos; así mientras más se polariza el pensamiento, más se refuerza la decisión de no comer, se pierde más peso y continua el ciclo vicioso.

Por tanto el efecto de espiral revela como las decisiones de continuar ayunando y realizando ejercicio casi siempre se toman en circunstancias distintas de aquellas en que se tomo por primera vez esta decisión. Aquí radica la índole compulsiva del padecimiento, en la forma en que las decisiones de la anoréxica no son totalmente voluntarias.

En la otra categoría pertenecen aquellas explicaciones de que apoyan más bien la idea de que existe un patrón coherente en el control alimentario de la enferma, que debe analizarse de manera íntegra. La opinión general aquí es que su renuncia a tomar alimento

es algo que la paciente hace buscando algún objetivo: por un significado expresado en forma de metáfora (Duker y Slade, 2003).

### Alteraciones

La enferma siente la necesidad de que todos los aspectos de su vida sean totalmente previsibles y estén bien organizados de antemano; pues no existe capacidad alguna para responder en forma espontánea a algún acontecimiento imprevisto. Por tanto se reduce la capacidad de enfrentar la frustración, y debido a ello la anoréxica se distingue por cierto aislamiento y de no salir de rutinas bien definidas (Duker y Slade, 2003)

Esto es porque lo primero y quizás más importante, es la manera en que el hambre deteriora el funcionamiento intelectual, reduciendo poco a poco la capacidad de pensamiento complejo. Este daño es progresivo, pero reversible ya que desaparece cuando el peso vuelve a la normalidad; así mientras más mal nutrida está una persona más se altera su pensamiento.

Al ser sus ideas simples, clasifican sus experiencias en muy pocas categorías las cuales están bien delimitadas y son altamente polarizadas, no existiendo actitudes moderadas, ni etapas intermedias. Esto debido a que las funciones mentales superiores desaparecen.

Así cuando el peso de la anoréxica disminuye por debajo del umbral de 81 a 78 % de su PCPE (Peso corporal promedio esperado) ya resulta evidente en su actitud un razonamiento rígido y polarizado, una preocupación por no comer, y un sentimiento de aparente claridad mental, dirección y control.

Así mismo las personas que padecen anorexia nerviosa poseen pensamientos alterados relacionados con la comida, el peso y la figura, los cuales se vuelven reiterativos dando origen a una creciente ansiedad (Toro y Vilardell, 1987). Duker y Slade (2003) describen que la enferma se enfoca cada vez más en ideas de comida; así los alimentos y todo lo relacionado con ellos, se convierte en la preocupación primordial, disminuyendo la capacidad de concentrarse.

Las normas a la hora de los alimentos, y de ser personas que siguen hábitos de buena educación comienzan a utilizar las manos, comen lentamente, sacan la comida de la boca para depositarla en el plato, la escupen, la desmenuzan, y terminan por tirar más de la

mitad de lo que en realidad ingirieron afirmando que han realizado una comida muy copiosa.

Duker y Slade (2003) refieren que al cerrarse más la espiral de la inanición, más intensa será la necesidad de mantener su control, y un mayor temor a perderlo. Frente a esta necesidad, como ya se dijo, pierden significado todos los demás aspectos de la vida, pasando a un plano secundario (trabajo, vida profesional y educación). Cualquier aspecto que tenga que ver con alimentos, peso o comer, la enferma manifestará rigidez y obstinación absoluta, aparentemente inmovibles e inflexibles. Mientras mantiene su control, se siente satisfecha, tranquila y feliz; pero si lo pierde siente pánico, disgusto, miedo y grandes sentimientos de culpa.

Así mismo refieren que en cuanto a integración social se sienten confundidas y abrumadas por la gran cantidad de interacciones que ocurren dentro de un grupo, como consecuencia surge el hecho, de no poder desenvolverse adecuadamente aún con otra persona; por lo que las relaciones sociales que de por sí han sido difíciles se tornan aun más problemáticas.

Mencionan que la persona mal nutrida también experimenta cierto deterioro de sus sentimientos y emociones; cualquier cosa que sienta, sea ira, amor, odio, placer, tristeza o celos, se experimenta con menos fuerza. Esto genera cierto sentido de aislamiento, un sentimiento de encontrarse por encima de las tensiones ordinarias de la vida, de estar anestesiado para protegerse de ellas; esta experiencia es la que confiere a la persona anoréxica su actitud tan distante, de superioridad o de indiferencia.

En otro punto las enfermas anoréxicas, constantemente atraviesan por períodos bulímicos que no son otra cosa que accesos de voracidad con la comida en una forma realmente desmedida y muchas veces prolongada. Tras estos consumos “peligrosos” su acción reparadora es el vómito provocado que con frecuencia es clandestino (Saldaña, 1994).

En muchos casos esta acción se va convirtiendo en un hábito que puede llevarse a cabo aún sin la presencia de períodos de sobreingesta, lo cual se traduce en algo más peligroso, ya que se evita que exista alimento alguno en el estómago provocando grandes daños al organismo (Nava, 2002).

Otra conducta anómala es el uso de laxantes y diuréticos, con el fin de librarse de peso sólido y líquido retenidos en el organismo. Así mismo comienzan con periodos de hiperactividad imponiéndose rutinas de ejercicio físico de gran intensidad y frecuencia, llevándolos a cabo casi de manera obsesiva (Nava, 2002)

### **Bulimia nerviosa**

#### **Definición**

Etimológicamente bulimia significa “hambre de buey”, (Zukerfeld, 1996). La bulimia “es un trastorno del comportamiento alimentario caracterizado por la presencia de episodios críticos en que la persona afectada ingiere cantidades de alimento significativamente superiores a lo que es normal ingerir en circunstancias similares. Esta ingestión alimentaria se lleva a cabo experimentando paralelamente la sensación de pérdida de control sobre la misma” (Toro citado en Gonzalez, 2003).

Lemberg y Cohn (citados en González, 2003) mencionan que la bulimia es un trastorno con bases emocionales en el que la comida es una forma de satisfacer necesidades internas como forma de respuesta ante el estrés, donde la sensación de hambre debe ser eliminada completamente.

De acuerdo con la OMS (referido en González, 2003) se define el concepto de bulimia nerviosa como un trastorno de la conducta alimentaria caracterizada por periodos repetitivos de sobrealimentación y una excesiva preocupación por el control del peso corporal, llevando al paciente a seguir una serie de conductas compensatorias con el propósito de mitigar los efectos engordadores de los atracones.

Para el diagnóstico de ese trastorno la Asociación Psiquiátrica Americana en 1995 (referido en González, 2003) consideró los siguientes criterios:

- a) Presencia de atracones recurrentes.
  - a1. Se entiende el consumo de una cantidad de comida, muy superior a la que la mayoría de los individuos comería durante un periodo corto de tiempo.
  - a2. Los atracones van acompañados de la sensación de falta de control, manifestado por el estado de excitación que el individuo presenta cuando se atraca de comida.

- b) Uso de conductas compensatorias inadecuadas para evitar la ganancia de peso. A pesar de que el individuo usa diferentes métodos para compensar los atracones el más utilizado es el vómito autoprovocado; éste disminuye el malestar físico y el miedo a engordar.
- c) Los episodios de atracones y conductas compensatorias deben presentarse por lo menos dos veces durante la semana en un periodo de tres meses.
- d) La persona pone excesivo énfasis en la forma y peso corporales al momento de autoevaluarse, representando los factores más importantes al determinar su autoestima.
- e) Igual que en la anorexia nervosa, los individuos con bulimia manifiestan miedo a engordar, deseo de adelgazar e insatisfacción corporal.

### **Etiología**

En los factores biológicos se encuentran también predisposición genética para el desarrollo de comportamientos y actitudes que unidos a otros factores pueden dar lugar al desencadenamiento del trastorno. En lo referente a los factores endocrinos se ha observado alteraciones en los sistemas neurotransmisores relacionados con la modulación del apetito. Desde el punto de vista psicológico, la bulimia nervosa parece estar relacionada con el trastorno límite de la personalidad más que con un problema obsesivo compulsivo como en el caso de la anorexia (Rodríguez et. al 2001 citados en González, 2003).

### **Características psicológicas**

Lemberg y Cohn 1999 (citados en González, 2003) señalan que las pacientes que padecen bulimia nervosa tienden a ser más impulsivas y más aptas para los tratamientos en comparación con aquellos que padecen anorexia. También tienden a tener mejores relaciones sociales e incluso a casarse en comparación con los pacientes con anorexia. Suele relacionarse una historia de abuso sexual o físico en algunas de las familias, además de alta frecuencia de incidencia de abuso de sustancias. También pueden presentarse casos de depresión en uno o ambos padres. La disfunción familiar parece no estar asociada.

Los individuos parecen tener sentimiento de baja autoestima y estar insatisfechos con varias áreas de su vida. Experimentan muy frecuentemente soledad, miedo y problemas emocionales; presentando en ocasiones periodos de depresión en donde pueden presentarse intentos de suicidio. Asimismo, presentan bajo interés en la actividad sexual. Por otra parte, Marsá et al, 1998 y Marsá, Carrasco, Prieto y Sáizen, 2000 encontraron que las pacientes bulímicas presentan rasgos histriónicos y límite de personalidad así como un alto nivel de evitación del peligro (González, 2003).

En la bulimia, la enferma se encuentra en una situación intermedia entre desintegrarse y comer de manera caótica, y aferrarse a la certeza del control. Aunque su manera de comer puede parecer trastornada, y así puede describirla, su certeza es saber que puede hacer algo: puede actuar para recuperar el control que le es tan necesario para ser alguien. Los episodios cíclicos de glotonería e inanición, o de comer desaforadamente para vomitar después, le proporcionan temporalmente cierto sentido de orden que contrasta bastante con la confusión de otros aspectos de su vida, una confusión que resulta más evidente mientras más pesa. En ese sentido, tales episodios le proporcionan cierto alivio, pues cuenta con un sentido de dirección y logro. El control sigue siendo la fuente de su "identidad" (Duker y Slade, 2003).

Arenson (1991) enuncia que las bulímicas se sienten especialmente solas y aisladas de los demás por que temen de descubran su conducta de atracón/ purga, por lo que normalmente tiene pocas relaciones íntimas; incluso mantienen a distancia a sus padres y esposos. Esta vigilancia constante conduce a un estado estrés y desconfianza, y el desafío de tener que actuar de una forma normal en público es demasiado agotador. Así mismo remarca como otros, que el poder sobre la propia vida llega a ser una salida importante; su existencia es una lucha constante entre su control y ser controladas por otros o por su apetito, por lo que la comida es el tema de batalla y el cuerpo el campo de batalla. Sus sentimientos de impotencia y baja autoestima impiden que exprese su sufrimiento. A esto se agrega su temor al rechazo, una sensibilidad extrema respecto a lo que los demás piensan y una baja autoestima hacen que no consiga lo que quiere; por lo que nunca está realmente satisfecha, sino muy vacía.

Así la bulimia nervosa se caracteriza por episodios recurrentes de gran voracidad seguidos por conductas purgativas (vómitos autoinducidos, empleo de laxantes y/o

diuréticos y prácticas excesivas de ejercicio físico) para contrarrestar la gran cantidad de alimentos ingeridos y controlar el peso. Las pacientes con este trastorno generalmente se dan cuenta que es un comportamiento desadaptado y a medida se sienten deprimidas y culpables. Además muestran altos índices de ansiedad frente a los alimentos y a la conducta de comer; y grandes preocupaciones por su imagen corporal (Saldaña, 1994).

Vandereycken y cols., (1991) puntualizan que la bulimia consiste en una forma regular y frecuente de “atracones”, es decir de un consumo exagerado de alimento en un período corto de tiempo y que en general va acompañado de vómitos y/o utilización de laxantes y diuréticos con el objeto de mantener el peso en los límites normales. Para lograr este fin, también puede recurrir a la disminución de la ingesta normal de comida entre los atracones. Así mismo presentan una gran preocupación por la comida, el peso y la imagen corporal.

Arenson (1991) refiere que el momento de la acción en la bulímica es doble: el atracón y la purga. El atracón actúa como calmante temporal, un intento desesperado de llenar el vacío. El efecto a corto plazo del atracón es una inmediata sensación de relajación y alivio; pero en el transcurso de éste se da cuenta que es incapaz de parar. Este es el aspecto negativo del atracón, que refuerza la creencia de que carece de poder e intensifica su miedo a engordar; por lo que a menudo la purga proporciona de nuevo una sensación de alivio y una experiencia limpiadora o purificadora.

Agrega a esto, que un atracón puede parecer como llovido del cielo sin ton ni son, donde los sentimientos corrientes pueden ser desde ira, soledad, rechazo, resentimiento, importancia, desaprobación, depresión, aburrimiento e incluso una felicidad extrema. Dicho sentimiento, se pierde durante el atracón, encontrando así un respiro temporal a su dolor emocional; posponiendo la aparición de éste hasta otro momento, generalmente cuando ha pasado la situación amenazadora. Así la causa del atracón puede variar, pero el episodio está constituido por el siguiente modelo que es el mismo siempre:

1. Desencadenamiento
2. Deseo / decisión
3. Acción
4. Resaca
5. Decepción
6. Vuelta a empezar

Y aunque por ahora, no hay ningún criterio oficial que defina de atracón. El autor menciona que algunos profesionales de la salud gustan de utilizar de modo empírico, la cantidad de calorías consumidas, siendo 2000 calorías el límite más bajo.

Duker y Slade (2003) refieren que las bulímicas por lo general mantienen un peso más cercano al promedio esperado de acuerdo a su estatura, edad y sexo a comparación de las anoréxicas, que simplemente no comen; además menstrúan normalmente, o al menos con cierta frecuencia. A esto se agrega que a menudo, el aspecto físico de las bulímicas no presenta indicio alguno de que tienen problemas con su alimentación.

Esta enfermedad aparece generalmente en, mujeres jóvenes preadolescentes y adolescente y suele iniciar después del intento continuo o repetido de iniciar una dieta estricta. Antes del inicio de la misma es frecuente que las pacientes tengan sobre peso, pero normalmente están dentro de los límites ponderales considerados normales (Chinchilla, 1994).

**Criterios diagnósticos de la bulimia nervosa para el DSM-IV:**

- A) Presencia de atracones recurrentes.
- B) Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno y ejercicio excesivo.
- C) Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.
- D) La auto evaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporal (p. 563).

**Subtipos:**

- Tipo purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o uso de laxantes, diuréticos o enemas en exceso.
- Tipo no purgativo: durante el episodio, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o ejerció intenso (p. 564).

**Los criterios que se consideran en el CIE-10, para el diagnóstico de la bulimia**

**nerviosa son:**

- A)** Episodios frecuentes de hiperfagia (al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses) en los que el paciente consume grandes cantidades de alimentos en períodos grandes de tiempo.
- B)** Preocupación persistente por la comida junto a un deseo intenso o un sentimiento de compulsión al comer.
- C)** El enfermo intenta contrarrestar la repercusión de los atracones en el peso mediante uno o más de los síntomas siguientes:
  - ⊗ Vómitos auto-provocados.
  - ⊗ Abuso de laxantes.
  - ⊗ Períodos de ayuno.
  - ⊗ Consumo de fármacos tales como supresores del apetito (anorexígeno), extractos tiroideos o diuréticos. Si la bulimia se presenta en un enfermo diabético, éste puede abandonar su tratamiento de insulina.
- D)** Auto percepción de estar demasiado obeso junto a ideas intrusivas de obesidad (a menudo conduciendo a un déficit de peso (p. 146).

Existen algunas situaciones emocionales que llevan a un sujeto a una ingesta mayor de lo habitual y que no precisamente se trata de bulimia nerviosa; por ejemplo: los chicos en época de exámenes debido al estrés. Sin embargo a diferencia de la bulimia la ingesta vuelve a la normalidad, transcurrido el periodo de exigencia extrema. Algunas enfermedades orgánicas se presentan con hiperfagia, por ejemplo: el hipertiroidismo, la diabetes, algunos tumores hipotalámicos, el síndrome de Prader Willi (forma de obesidad congénita), afecciones no tumorales del sistema nervioso con compromiso de la región hipotalámica; y algunas otras situaciones fisiológicas como el desarrollo puberal especialmente en varones, que pueden generar asombro por las copiosas ingesta que se pueden dar (Michel, 1987 citado en Nava, 2002).

### Alteraciones

Al igual que la anoréxica, la paciente bulímica presenta pensamientos erróneos con relación a la comida, peso y figura. Presentan además, una distorsión de la percepción y valoración de la figura, así como también son muy receptivas a los estereotipos femeninos (Turón, 1997).

A diferencia de las anoréxicas, las bulímicas parecen tener mayor conciencia de enfermedad, y aunque mantengan los síntomas ocultos y se nieguen a un tratamiento, realmente están conscientes que no se les puede considerar normales (Michel, 1987 citado en Nava, 2002).

En el preludeo del atracón, la paciente puede percatarse de un sentimiento de excitación, tensión, angustia y un deseo irrefrenable de comer; incluso ellas mismas afirman que la ansiedad es la que las lleva al atracón.

La ansiedad cede durante el atracón, mientras comienzan los sentimientos de culpa y reproche, sin embargo cuando la paciente se siente “llena” estos sentimientos cesan y el temor a engordar le genera una ansiedad insoportable que sólo el vómito puede reducir (Turón, 1997).

El vómito inducido de manera persistente y el uso constante de laxantes o diuréticos (o los dos), que reducen el líquido corporal y por tanto el peso, desquician el equilibrio bioquímico del cuerpo humano. En cada desequilibrio, el cuerpo realiza ciertos ajustes a fin de mantener el equilibrio bioquímico esencial para que sigan funcionando los tejidos vitales, como el tejido conductivo nervioso, musculoso, y órganos vitales como es el corazón y riñones. Para conseguir esto, el cuerpo debe perder ciertas sustancias químicas, en especial potasio; si se vuelve frecuente semejante desequilibrio, ocurre una adaptación gradual al cambio constante.

Sin embargo el proceso de adaptarse al empleo continuo de laxantes, hace que cada vez se requiera cantidades mayores de aquellos para obtener igual efecto. Por tanto existe el peligro de que en cualquier momento el organismo deje de repente de efectuar los ajustes necesarios. Si ocurre así, toda vez que son afectados, órganos vitales, es fácil que se

produzca un “efecto de rebote” con el cual el deterioro se acelera y puede ser fatal (Duker y Slade, 2003).

### **CAMBIOS DE LA PREADOLESCENCIA A LA JUVENTUD**

Las palabras “pubertad” y “pubescencia” se derivan de las voz latina *puberta* que significa “la edad viril”; y *pubescere* que se refiere a “cubrirse de pelo”, “llegar a la pubertad”. Stone y Church hacen una distinción entre “pubertad”, a la cual consideran como el logro de la madurez sexual y “pubescencia”, el periodo de aproximadamente dos años que preceden a la pubertad (Muss, 1995).

Fernández (1991) define la pubertad como un proceso de desarrollo hormonal, crecimiento físico y maduración biológica, en el cual, al intensificarse la producción de las hormonas elaboradas por las glándulas suprarrenales, de los óvulos y de los espermatozoides se crea un puente entre el niño y el adulto.

Hurlock (1980) menciona que la pubertad se inicia con el comienzo de la transformación del cuerpo infantil en el de un adulto y finaliza cuando la transformación se completa, es el período en que se produce la madurez sexual, forma parte de la adolescencia pero no equivale a ésta. La pubertad es un período que coincide con; la etapa final de la niñez y la otra mitad con la parte inicial de la adolescencia, en promedio, la pubertad dura unos 4 años, durante unos dos años, el cuerpo se prepara para la reproducción y aproximadamente los otros dos años sirven para completar el proceso.

Junto con las modificaciones de los órganos de reproducción aparecen cambios en el resto del cuerpo; éstos a su vez originan alteraciones en los intereses, actividades y la conducta del sujeto. Aún cuando la pubertad es un periodo relativamente breve dentro de todo el ciclo vital, se divide en tres etapas: prepubescencia, pubescente y pospubescente. En la etapa de prepubescencia suceden los cambios corporales y comienzan a desarrollarse las características sexuales secundarias pero aún no se ha desarrollado la función reproductora. En la siguiente etapa se producen las células sexuales en los órganos de reproducción, pero aún no se han completado los cambios corporales; para finalmente en la etapa pospubescente los órganos sexuales funcionan a la perfección (Hurlock, 1980).

Para Schonfeld (1973) la definición de adolescencia es un período dinámico en el continuo de la vida, durante el cual tienen lugar profundos cambios en el desarrollo físico, fisiológico y bioquímico, así como en la personalidad.

La palabra adolescencia proviene de ad: a, hacia y olescere de olere: crecer; es decir la condición y el proceso de crecimiento, que implica un proceso de crisis vital; de crisis, que en griego es el acto de distinguir, elegir, decidir y/o resolver, a partir del cual se logrará la identidad personal. Considerada como un fenómeno psicosocial la Organización Mundial de la Salud la define como el periodo comprendido entre los 10 y 19 años; la juventud como la que se ubica entre los 19 y 24 años (Monroy, 1998).

### **Crecimiento físico**

Desde el punto de vista fisiológico, la adolescencia se asemeja al periodo fetal y a los dos primeros años de vida, debido a la gran rapidez del cambio biológico. Pero, a diferencia de los lactantes el adolescente siente el proceso entero a medida que se producen los cambios biológicos; constantemente se compara con otros para revisar su autoimagen. Dado esto siempre se da una comparación con el ideal predominante del momento, y la capacidad de conciliar las diferencias entre éstos dos es decisiva durante este periodo de transformación (Craig, 1997).

Todos estos cambios físicos están controlados por sustancias bioquímicas secretadas por las glándulas endocrinas; que están presentes en cantidades observables desde el estadio fetal, pero su producción se incrementa considerablemente durante la pubertad.

Las hormonas “masculinas” y las “femeninas” se hallan en miembros de ambos sexos, pero los hombres tienen más de las llamadas andrógenos, siendo la más importante la testosterona y las mujeres tienen más estrógeno y progesterona (Tanner, 1980 citado en Craig, 1997).

Este balance de hormonas, es labor de dos áreas del cerebro: el hipotálamo y la glándula pituitaria o hipófisis. El hipotálamo inicia los procesos de crecimiento y reproducción durante la adolescencia; la hipófisis, localizada en la parte inferior del cerebro, produce diversas variedades de hormonas, incluyendo la del crecimiento y algunas hormonas tróficas secundarias, que estimulan y regulan el funcionamiento de otras numerosas glándulas, entre las que se cuentan las sexuales - los testículos en los hombres y los ovarios en las mujeres-. Estas últimas tienen dos cometidos: producir espermatozoides u óvulos y secretar andrógenos o estrógenos (Craig, 1997).

Las características físicas producidas, son en gran medida debidas a una determinación genética principalmente la estatura y el crecimiento en longitud (.76 a .92), las medidas transversales como la forma del cuerpo y el desarrollo muscular tienen una influencia genética menor. El desarrollo físico también está ligado a factores ambientales, como la clase social y lugar de residencia. Se ha probado también el efecto de las influencias de algunas variables familiares, como rango según el nacimiento, número de miembros y regulación de la autoridad; así como diversos acontecimientos de la vida embrionaria y perinatal (Bruchon-Schweitzer, 1992 citado en Cruz, 2001).

Durante las primeras etapas de la adolescencia, las diferentes partes del cuerpo se desarrollan en diferentes proporciones: la cabeza casi ha dejado de crecer, realizando su mayor desarrollo durante los primeros 10 años de vida; las manos y pies casi alcanzan su talla adulta, también hay un aumento en el largo de las piernas y brazos.

En la pubertad se puede llegar a crecer hasta 10 cm por año, en el momento de la máxima aceleración. Las distintas partes del cuerpo no crecen al mismo tiempo ni de la misma manera; un ejemplo de esto es que los pies suelen crecer antes que el resto del cuerpo, dando la impresión de ser grandes y desproporcionados; esta percepción suele ocurrir en cuanto a las piernas que se ven demasiado largas para el tamaño del tronco. Es frecuente que ante este crecimiento el adolescente se sienta torpe (Rodríguez y Sánchez, 2002).

Al crecimiento de las extremidades le sigue un crecimiento en el ancho del cuerpo, terminando así con el desarrollo de los hombros.

Los cambios en estatura y peso no son paralelos entre niños y niñas; aproximadamente a los nueve años la diferencia de estatura entre ambos sexos no es muy significativa, pero después de esta edad las niñas comienzan a crecer un poco más rápido que los hombres. Entre los nueve y los doce años las niñas suelen adquirir estatura a un ritmo más rápido y los niños alcanzan ésta entre los once y los catorce años (Papalia y Wendkos, 1992). Las niñas alcanzan esta fase rápida de crecimiento muy al principio de la pubertad, antes de la aparición de la menarca, pues a consecuencia de ésta; tienen un potencial de crecimiento limitado.

Otro cambio es el aumento de tamaño y actividad de las glándulas sebáceas (que producen grasa) de la piel, lo que ocasiona que el rostro de los muchachos se llene de acné.

También se desarrolla en la piel una nueva clase de glándulas sudoríparas, que incrementa el olor corporal.

El aumento de peso durante la adolescencia se debe en gran parte al crecimiento de huesos y músculos, los huesos se hacen más grandes y pesados alrededor de la época en que la muchacha tiene 17 años; ya que éstos están maduros o cercanos al tamaño y osificación adecuada, en los varones los huesos completan su desarrollo unos dos años más tarde y es así como en la edad madura cerca del 16% del peso corporal corresponde a los huesos (Hurlock, 1980).

En la niñez, los músculos contribuyen al peso total del cuerpo en proporción cercana al 25%; en la edad adulta la proporción se halla entre el 45 y 50%. Los músculos contribuyen más al peso de los muchachos que en las muchachas; en cambio la adiposidad contribuye más al peso de éstas que al de los varones. El aumento más marcado de tejido muscular aparece entre los 12 y 15 años en las muchachas y entre los 15 y 17 años en los muchachos (San German, 2000).

En las jóvenes dos años antes de la pubertad, en promedio el peso se incrementa unos 4.5 Kg y el mayor aumento es de 6.5 Kg; éste se produce en el año que precede inmediatamente a la pubertad y un aumento adicional de 4.5 Kg en el año que sigue a la pubertad, esto significa que en promedio de tres años el incremento en el peso de las muchachas es de unos 15.5 Kg. En los varones el aumento rápido de peso se presenta uno o dos años después que en las muchachas, el incremento medio durante el periodo puberal es de unos 18 Kg, el máximo aumento en el peso se presenta junto con o después del alcance máximo en estatura (Hurlock, 1980).

### **Maduración sexual**

El criterio más confiable para establecer la madurez sexual, en ambos sexos es la evaluación del desarrollo óseo por medio de los rayos X. Estudios realizados al respecto revelan que el desarrollo genital siempre se produce en determinado punto del desarrollo óseo del individuo, el examen de los huesos de manos y rodillas, hacen posible determinar con precisión cuando comienza la pubertad y en que proporción progresa (Hurlock, 1980).

Maduración sexual en las mujeres

El desarrollo mamario comienza entre los ocho y trece años (Higashida, 1991) Inicialmente consisten en ausencia de tejido mamario palpable y areolas generalmente menores de 2 cm, los pezones pueden estar invertidos, planos o elevados. Después aparecen los montículos mamarios que son eminencias visibles y palpables de este tejido; el tamaño de las aureolas empieza a incrementarse, se adelgaza la piel de las mismas y el pezón se desarrolla en grados variables. La areola y la papila se proyectan por arriba del entorno mamario general en un montículo secundario. Podemos considerar que el desarrollo en cuanto a contorno y proporción; en la mayoría de las mujeres el pezón está más pigmentado que antes. Este desarrollo ocurre en un periodo de 3 a 3.5 años, pero en ocasiones se produce sólo en dos años o hasta que se produce el primer embarazo (Rebar, 1997 citado en Rodríguez y Sánchez, 2002).

Al mismo tiempo se observa crecimiento del útero, vagina; así como un aumento en las dimensiones del clítoris, labios genitales y pelo púbico (Rodríguez y Sánchez, 2002).

La menarca que es la primera menstruación ha sido utilizada por siglos como el mejor criterio simple para determinar la madurez sexual. Sin embargo, estudios científicos probaron que la menarca no se presenta ni al principio ni al final del periodo de los cambios físicos que se producen en la pubertad, en cambio, se le puede considerar como el punto medio de ésta; esto queda justificado por la evidencia de que en los primeros ciclos menstruales no se produce la ovulación, es decir las chicas no son fértiles en los primeros ciclos, y el tiempo entre periodos menstruales puede extenderse entre dos y seis meses (Hurlock, 1980).

En general, la menarca sucede cuando la niña casi ha alcanzado su estatura de persona adulta y ha logrado acumular una mínima cantidad de grasa corporal. En las niñas de estatura promedio, este hito acontece aproximadamente cuando llegan a los 45 Kg (Frisch, 1988 citado en Craig, 1977).

### **Cambios cognoscitivos en la adolescencia**

Esta etapa es señalada por un pensamiento abstracto creciente y el uso de destrezas metacognoscitivas; ambos ejercen una influencia radical en el alcance y contenido del pensamiento, así como en la capacidad para hacer juicios morales.

Piaget define el pensamiento abstracto en términos de operaciones formales, que consiste en pensar acerca de las posibilidades así como en comparar la realidad con cosas que pueden o no ser; requiere de la capacidad de formular, probar y valorar hipótesis (Craig, 1977):-

Por su parte los teóricos del procesamiento de la información recalcan el progreso del adolescente en aquellas habilidades conocidas como metacognición; que comprenden la capacidad de reflexionar acerca del pensamiento, elaborar estrategias y planificar.

Gracias a estas nuevas destrezas cognoscitivas, los adolescentes aprenden a examinar y alterar de manera consciente sus procesos de pensamiento y comprenden lo siguiente:

1. Empleo más eficiente de los componentes separados del procesamiento de información, como la retención en la memoria y la transferencia de ellos.
2. Desarrollo de estrategias más complejas para distintas formas de resolución de problemas.
3. Formas eficaces de adquirir información y almacenarla de manera simbólica.
4. Desarrollo de funciones directrices de nivel superior, incluidas la planeación, toma de decisiones y la flexibilidad para elegir estrategias de una fuente más amplia (Sternberg citado en Craig, 1977).

Arenson (1991) remarca que es importante entender, que es durante la adolescencia, cuando el individuo crece y se independiza en cierto modo de su familia. El individuo empieza a verse de una forma nueva, como un ser único, no como una parte de mamá y de papá sino como alguien independiente y capaz de pensar por sí mismo, así el adolescente expresa y realiza estas ideas mediante conductas y una forma de vestir que parecen oponerse a lo que sus padres representan o pudieran desear.

Sin embargo, en el caso de la anoréxica eso no sucede, ya que ésta busca seguir siendo una niña “buena” para evitar el agobio y la obligación de cuidarse así misma y de ser responsable de sus decisiones como adulta, por lo que sofoca el “no”, ganando la atención y cariño de sus padres siendo una niña perfecta. Otro posible factor dicho es que la familia inconscientemente, puede querer que la joven siga siendo niña y no crezca; así a través de su enfermedad, sigue el mensaje no expresado de uno de lo padre o de ambos. Su comportamiento hace que su cuerpo sea el de una niña y así se asegura una gran atención por parte de los miembros de la familia, la misma que recibiría una niña. Ésta ejerce un poder sobre los demás de forma sutil y pasiva; ya que la persona que deja de comer o la que se atraca desafía a los demás a que la controlen. Hace que estén pendientes de ella, al mismo tiempo que proclama su incapacidad para controlarse, consiguiendo que la gente que la rodea le dedique tiempo y atención para controlar o poder hacer de policía, observándola y vigilando sus actividades y su gestión de comida (Areson, 1991).

### **Juventud**

Al llegar a la vida adulta ya no hay señales físicas como la pubescencia ni etapas cognitivas claras que nos digan dónde termina un estadio y comienza el siguiente (Craig, 1977) Por el contrario, el desarrollo del adulto esta marcado por hitos sociales determinados por la cultura, funciones y relaciones que forman parte de los ciclos familiares / profesionales.

En los países industrializados, los años adultos suman alrededor de tres cuartas partes de la vida. De manera convencional, dividimos estos años en tres períodos o etapas: la juventud (20 a 30 años), la edad media o madurez (40 a 50 años) y la vejez (60 años en adelante); pero estos lineamientos no ofrecen con precisión un juicio de la conducta internalizada del individuo (Craig, 1977).

Dentro del desarrollo físico en la vida adulta, se alcanza el punto de máximo desempeño físico; al ser más fuertes, saludables y fértiles de lo que fueron o llegaron a ser; a esto se agrega más vigor y se ha definido una identidad con pautas sexuales que han de durar toda la vida.

El funcionamiento orgánico, los tiempos de reacción, las habilidades motoras y otras capacidades físicas están a su máximo entre los 25 y 30 años, después de las cuales

disminuyen lenta pero significativamente; siendo las principales menguas funcionales después de los 40 años en los seis sistemas biológicos (Craig, 1977).

Los procesos cognoscitivos como el aprendizaje, la memoria, resolución de problemas entre otras persisten a lo largo de la vida adulta; como resultado de la continua actividad intelectual.

Algunas destrezas en efecto llegan a su máximo poco antes de los veinte; por ejemplo, las actividades relacionadas con la velocidad, memoria rutinaria y la manipulación de matrices. Sin embargo es posible que algunas de estas habilidades tengan una base psicológica o que solo reflejen el hecho de que muchos adolescentes son estudiantes de tiempo completo; que por tanto las practican, desarrollan y confían en ellas (Lehman y Nisbett citados en Craig, 1977).

En estudios longitudinales, los sujetos por lo común muestran algún aumento en las pruebas de inteligencia, al menos durante sus veinte y treinta años, hasta nivelarse hacia los 45 años (Whitbourne citado en Craig, 1977).

## FACTORES PSICOSOCIALES

### Sexualidad

La sexualidad puede ser concebida como una práctica de libertad, un espacio para la procreación, una posibilidad de expresión, una valoración del amor, la intimidad y el erotismo. Deplorablemente también puede estar asociada a miedo, dolor, sumisión, culpa, silencio, rabia, impotencia y bloqueo (Fischman, 2000).

Katchaoburian (1992) supone que las metas principales de la sexualidad son la reproducción y la obtención de placer, también distingue metas secundarias que son “no sexuales”; entre las que sobresale el sexo como medio para expresar y obtener amor como una forma de comunicación donde se expresa amor así como odio.

Dicho autor menciona que la sexualidad empieza con la vida y se desarrolla junto con otras funciones del organismo tanto en sus aspectos fisiológicos como psicológicos, así el lactante muestra un interés activo en la exploración de su propio cuerpo siendo en un inicio una indagación al azar y de manera indiscriminada.

Durante esta etapa además de establecer la propia identidad sexual, una meta psicosexual por igual importante es la creación de una relación estrecha, confiada y afectuosa con el adulto principal de crianza. Menciona a este respecto, que los lactantes comienzan a tocarse los genitales tan pronto como pueden mover los brazos. Así mismo los padres les estimulan al lavarlos y ponerles pañales; dichas sensaciones placenteras se registran en el cerebro a medida que se hace consciente del mundo (Gotwald, 1983).

Para Golwald (1983), el bebé se desarrolla y suele abocarse a métodos más aceptables en lo social de estimulación sensual o erótica, como abrazar o besar a otros. La estimulación genital se hace indirecta; para ello se usan juguetes, cobijas y objetos similares. Aproximadamente entre los dos y tres años, se inicia el adiestramiento en la defecación, siendo por primera vez que se relaciona los genitales con limpieza, suciedad, pudor y vergüenza; hay interés por los baños y lo que ocurre a su interior.

A esto se agrega la interacción con otros niños con suficiente intimidad para realizar exploraciones sexuales como el examinar los genitales de sus compañeros de juego así como la exposición de los suyos; dicha actividad busca realizarla con los adultos también, pero en general encontrara limitaciones (Katchaoburian, 1992).

Gotwald (1983) agrega que los niños también comienzan a notar las diferencias entre la anatomía de un hombre y una mujer, interesándose en las cuestiones de la reproducción; además en dicha época empieza a aprender palabras y significados sexuales de los adultos en su medio. Es ahí, donde refiere que frecuentemente los niños de cinco a siete años participan en juegos que los adultos consideran sexuales, donde imitan los papeles que observan en los adultos incluyendo la curiosidad normal por los genitales del género opuesto y acciones tales como besarse o acariciarse.

Indica además, que es al final de la escuela elemental cuando los niños y niñas que tienen entre ocho o diez años de edad, juegan sobre todo con niños de su propio género. Sin embargo, a la vez suelen hacer muchos tipos de juegos en broma con el género opuesto para mostrar de esta manera un alto grado de interés en las relaciones heterosexuales.

Para Katchaoburian (1992) es a los cinco años cuando un número importante de niños (alrededor de uno de cada diez) parece tener su primeras experiencias sexuales más allá del juego autoerótico que se podría calificar como conducta "sociosexual"; dentro de la misma investigación encontró que los niños se vuelven mucho más activos en el juego sexual que las niñas conforme aumenta la edad; la edad cima de las niñas fue de nueve años donde el 14% participó en cierta forma de actividad sexual, en comparación con los niños que lograron la edad cima a los doce años, donde el 39% participó de una actividad semejante.

Duker y Slade (2003) mencionan que el desarrollo sexual se puede interferir cuando se deja de comer adecuadamente por un periodo prolongado; esto es, reflejo del cambio hormonal que se verifica en varones y mujeres al perder peso. Después de rebasado cierto punto, se inhibe la secreción de hormonas reproductoras, y desde el punto de vista endocrinológico, la persona mal nutrida entra en un estadio semejante al de la preadolescencia; se aprecia en las mujeres algo así como una suspensión endocrina ya que dejan de menstruar.

Dicha perspectiva plantea que la adolescente, ante la necesidad de establecer un sentido de sí misma con respecto a la naciente sexualidad y a las presiones sociales propias de esta época, encuentra alivio en la inanición precisamente por que embota su interés sexual. Así la anoréxica recurre al control alimentario para no tener que enfrentar su sexualidad y las responsabilidades de la vida adulta.

Otra explicación retoma la perspectiva de los roles sexuales, ya que éstos son el medio por el cual las personas ordenan sus prioridades. Es decir, los requerimientos y expectativas de los roles masculino y femenino guían las preferencias de las personas, y dan forma a sus decisiones, en particular en situaciones en que son posibles respuestas conflictivas (Duker y Slade, 2003). Así cuando estos autores examinaron con pruebas psicológicas el rol sexual en la anorexia nerviosa, se observa que ninguna de las enfermas creyó que debería sujetarse al rol femenino convencional; pues algunas se describieron a sí mismas conforme a características del rol masculino, y otras en términos andróginos.

El problema que plantean dichos autores no es que las muchachas y mujeres que han contraído anorexia y bulimia nerviosa hayan adoptado roles masculinos o andróginos, ya que ambos son compatibles con una mujer que vive en un estilo de vida bastante aceptable. Más bien, como han demostrado las mismas investigaciones psicológicas, las enfermas parecen haber asumido partes contradictorias de cada rol sexual.

Por lo cual la paciente se encuentra convencida de que debe ser fuerte, independiente, controlada emocionalmente, características todas del rol masculino; pero de conformidad con sus reglas, no debe ser asertiva porque la asertividad es muestra de egoísmo y lastima a los demás; por tanto, se halla en medio de un conflicto. Aferrándose a esa mitad del rol sexual masculino que posee, piensa que entregarse a los sentimientos es inaceptable y un signo de debilidad, negándose así misma factores esenciales para una acción eficaz dentro del rol femenino. Como se niega a sí misma las herramientas necesarias para alcanzar una u otra meta, acaba por sentirse ineficiente e incapaz, sin importar cómo trate de actuar.

Por último, Duker y Slade (2003) afirman que esta alternancia entre preocupación por los demás y rechazo de sentimientos es la experiencia clave de todas las niñas en una sociedad en que el rol de la mujer es cuidar a los demás pero no a sí misma.

Se ha encontrado, además, de acuerdo con Robinson y Holden (citados en González, 2003), que mientras las mujeres que padecen bulimia frecuentemente están casadas o son sexualmente activas, algunos hombres con este trastorno presentan conducta homosexual o inactividad sexual, dato relacionado a que algunos estudios han mostrado que los hombres homosexuales presentan mayor insatisfacción con su cuerpo en comparación con hombres heterosexuales, sin que esto signifique que la orientación homosexual esta asociada a los

trastornos alimentarios en hombres (Timko y Rodin, 1989, citado en Ussery y Prentice-Dunn, 1992, citados en González, 2003).

### **Imagen Corporal**

El interés por el cuerpo y la apariencia física siempre han estado presentes en la historia del hombre a pesar del cambio en los valores estéticos; la preocupación de las personas para ajustar su cuerpo a los modelos culturales y los estereotipos vigentes en su época no han disminuido. Las modificaciones sobre el cuerpo humano son diferentes en cada sociedad y periodo histórico, pero sin importar cuales sean éstos, sus resultados van a expresar y simbolizar culturalmente el estrato socio-sexual, económico, religioso y político de los individuos (Guillaumin, 1992 citado en Rodríguez y Sánchez, 2002).

Martínez (1994) menciona que el esquema corporal se elabora – del griego skema, forma, hábito, manera de ser – con las experiencias sensoriales que vamos recibiendo de nuestro organismo – tanto en reposo como en actividad-, en relación con el mundo que nos rodea. También se le llega a denominar somatognosia – del griego soma, cuerpo y gnosis, conocimiento.

Esta integración del esquema corporal, se lleva a cabo con las estructuras cerebrales localizadas en el lóbulo temporal. Los trastornos de esta somatognosia revelan casi siempre una lesión cerebral o un trastorno mental como en el caso de la anorexia nerviosa.

Refiere que ésta integración en el campo de la conciencia es una experiencia fundamental gracias a al cual, cada uno nos diferenciamos de los demás en todo instante. Esta imagen o esquema personal se elabora desde la infancia a partir de impresiones sensoriales múltiples: musculares, articulares, cutáneas, al vernos, al escucharnos; que al estar constituida por completo, permanece constante e indeleble a lo largo de la vida del individuo, por graves que puedan ser las mutilaciones sufridas. Esto explica el síndrome del miembro fantasma que puede hacer que un mutilado grave se vea entero o sufra vivos dolores en el miembro amputado; dicha situación ocurre porque el cerebro y la mente requieren un cierto tiempo para adaptarse; ya que los nervios seccionados del muñón envían mensajes al cerebro, que se interpretan como si proviniesen del miembro ausente.

Toro, J. y Vilardell, E. mencionados por el autor creen que la anoréxica no ve su delgadez a causa de dicho trastorno perceptivo como les ocurre a algunos enfermos sicóticos; lo que parecería un modo de suavizar el miedo a la enfermedad o incluso a la muerte, cuando la delgadez es extrema y alarmante.

El concepto de imagen corporal fue ya una idea elaborada por Schilder en un esfuerzo por integrar el pensamiento biológico y psicoanalítico; posteriormente dicha idea fue retomada por Kolb, este autor dividió la imagen corporal en dos componentes: 1) la percepción del cuerpo, que se encuentra conformada por las diversas percepciones vinculadas con el cuerpo y, 2) el concepto del cuerpo, que depende de los procesos psicológicos internalizados y de las sensaciones internas (Kolb, 1978).

Dentro de la literatura se pueden encontrar diversas denominaciones para el concepto de imagen corporal tales como: autoconciencia, concepto del yo, yo corporal, identidad personal y del yo o esquema del cuerpo. Schonfeld (1973) define a la imagen corporal como “la imagen que formamos mentalmente de nuestro cuerpo, el modo en que lo vemos”. Para este autor la imagen corporal es un fenómeno psicológico, pero que a pesar de esto, va a comprender la visión que tenemos de nosotros mismo no sólo a un nivel psicológico, sino también físico, fisiológico y social.

Bruchon-Schweitzer (1992) afirma que la imagen del cuerpo es la configuración global que forma el conjunto de representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes que el individuo ha elaborado con respecto a su cuerpo durante su vida por medio de diversas experiencias. Este cuerpo percibido es referido frecuentemente a normas (de belleza, rol, etc.) y la imagen corporal por lo general es una representación evaluativa.

Jourard y Landsman (1992) dicen que la imagen corporal comprende el ideal del cuerpo y el concepto que de su propio cuerpo tenga dicha persona. El concepto que una persona tiene de su cuerpo va a incluir todo lo que cree acerca de la estructura, capacidades y límites de su organismo; este concepto del cuerpo puede ser exacto o inexacto, completo o incompleto.

Reafirmando lo anterior Lutte (1991), señala que la construcción de la imagen corporal no proviene solamente de las percepciones externas e internas que el individuo tiene de su cuerpo sino que también de las reacciones con los otros. Según una perspectiva

del desarrollo, la imagen del cuerpo se considera a veces como previa a la construcción de la identidad.

Dado lo anterior, se coincidiera que es principalmente durante la etapa de la adolescencia, donde el individuo se ve obligado a realizar cambios mayores en su imagen corporal, provocando una preocupación con relación a poder llegar al ideal culturalmente establecido.

Así los jóvenes a través del ejercicio tratan de moldear sus cuerpos para que se ajusten a los modelos estético corporales, pero ese afán por conseguir una apariencia física de moda ha sido y sigue siendo casi exclusivamente de la mujer, lo cual llega a veces a la obsesión. El cuerpo al que aspiran las mujeres de la cultura occidental es un cuerpo delgado, y quién es más propenso a esta presión cultural es la adolescente. Como ejemplo de esto se ha observado que debido al bombardeo publicitario más del 50% de las jóvenes han empezado en alguna ocasión algún tipo de dieta para adelgazar. Por lo general se sienten acomplejadas con respecto a las dimensiones y formas corporales, así como preocupadas por su apariencia en el momento del cambio (De Llanos, 1998 citado en Rodríguez y Sánchez, 2002).

Martínez (1994) subraya que son múltiples los factores socio-culturales que determinan que las muchachas muestren confusión a la hora de percibir su silueta como normal. Así que no es raro que un 70% aproximadamente de los adolescentes estén descontentas incluso, enojadas con su propio cuerpo; las formas onduladas en senos, cadera y muslos – expresión normal de la biología y estética femeninas – las ven como obesidad que las desmerece ante sus ojos y los de los demás.

Para el autor el adelgazar por debajo del ideal estético femenino se vuelve una exigencia irrenunciable para la adolescente; donde la distorsión perceptiva la conduce a una autoimagen negativa, un rechazo persistente del propio cuerpo, que junto con rasgos depresivos le harán ver negativamente, con lente de aumento, cualquier mínima alteración; al desplazar al cuerpo sinuoso femenino sus conflictos y ansiedad ante el paso de niña a mujer.

En el caso de las jóvenes de maduración precoz, se preocupan, porque su rápido crecimiento y el aumento de estatura superan a la de las jóvenes de su misma edad. En

consecuencia, restringen su alimentación y a menudo escogen en forma indebida los nutrimentos esenciales.

Lutte (1991) refiere que Rosenbaum observó que por lo general, las adolescente no tiene sentimientos positivos hacia sus cuerpos. Afirma que éstas se encuentran contentas de no tener defectos, de no distinguirse de las otras, de no ser ni muy altas, ni muy gordas. Con respecto a esto último punto, es durante esta etapa cuando las mujeres se encuentran demasiado gordas de alguna parte de su cuerpo, las angustias relacionas con el peso están sujetas a las expectativas socioculturales, es decir, es el miedo a no parecerse a los modelos femeninos aceptados y apreciados por la sociedad.

Si el cuerpo "ideal" corresponde a un tipo mesomorfo (moderado), las medidas reales son asociadas positivamente con la satisfacción relativa a cada zona. Un sujeto masculino estará satisfecho de una región del cuerpo cuanto más desarrollada está aunque aprecie el hecho de ser longilíneo (la correlación entre la relación peso/estaura y la satisfacción es negativa). En el caso de las mujeres el cuerpo "ideal" es el ectomorfo (moderada) y la satisfacción corporal relativa a cada zona es más fuerte tanto más delgada y pequeña sea ésta a excepto el pecho.

### **Conducta Alimentaria**

Todo ser vivo, para mantenerse como tal necesita alimentarse. Esta necesidad también se cumple con el humano. La imprescindible nutrición exige la ingesta de alimentos, el acto de comer. Sin comer en cantidad suficiente y sin comer con una mínima variedad alimentaría, no es posible vivir (Toro, 1996).

Para Arenson (1991) muchos problemas alimentarios surgen de las creencias desfasadas que tienen los padres con respecto a cuánta comida necesitaba un bebé, de qué tiempo y cuán a menudo; sin considerar la capacidad que tiene un bebe de llorar cuando tienen hambre y de parar de comer cuando están llenos. Una de las cosas maravillosas del pecho es que no puedes ver a través de él, cuando un bebé mama; la madre no tiene manera de saber cuánto ha tomado.

Cosa contraria ocurre con el biberón de acuerdo a la autora, ya que la madre al observar la cantidad de leche obliga en muchas ocasiones a que éste termine el alimento. En otros casos, le suministran alimentos sólidos pronto esperando que duerma más tiempo o no

se le permite elegir qué comer ni cuánto, satisfaciendo así su propósito más que las necesidades del niño. Al transcurrir el tiempo el niño crece y aprende a comer con la familia, bajo el “síndrome del plato vacío” a comer todo lo que se le sirva, tenga hambre o no; a causa de amonestaciones tales como: “Cómetelo todo: muchos niños en el mundo se mueren de hambre” o “Si no te lo comes todo, te quedarás sin postre”, dejando de tener conciencia de hambre y saciedad al obedecer las exigencias de sus padres.

La conducta alimentaría, representa una respuesta biológica inherente a todo ser vivo. Sin embargo, esa conducta cobra más valor aún en el ser humano, ya que deja de ser totalmente instintiva para convertirse en una respuesta altamente condicionada por factores de otro orden, estos son: psicológicos, sociales y culturales (Gómez Peresmitré, 1993 citada en Martínez y Pérez, 1998).

Así, el hombre come por tres razones: para satisfacer el hambre, por costumbre y por placer; y ninguna de ellas se relaciona con el contenido nutritivo del alimento. Sin embargo, pocos viven toda una vida en un estado idílico y la nutrición tiene importancia preponderante durante la vida del hombre (McLaren, 1993).

Para el autor en el sentido más estricto, la nutrición es un proceso y se define como aquel por el cual el organismo utiliza los nutrimentos del alimento. La nutritura, o más comúnmente el estado nutricional, es el que se produce en el organismo por dicho proceso y resulta del equilibrio entre el suministro de nutrimentos y el gasto del organismo.

Los nutrientes o sustancias esenciales, contenidos en los alimentos y que son necesarios para el funcionamiento normal del organismo son: hidratos de carbono, proteínas, grasas, minerales, vitaminas y agua (Martínez y Pérez, 1998).

La ingestión de comida da inicio a multitud de fenómenos físicos y químicos e incluye ingestión, absorción, transporte, almacenamiento, metabolismo y eliminación. Todo esto tiene como propósito la conservación de la vida, el crecimiento, reproducción, funcionamiento normal de los órganos y la producción de energía.

Para conservar energía en caso de inanición grave o de prolongada desnutrición, el organismo se adapta aminorando el metabolismo basal, quizá hasta el 50%. Es decir el gasto de energía de nuestro organismo debe asegurar dicho metabolismo, gastos debidos al trabajo y la conservación de la temperatura (Martínez y Pérez, 1998).

Se entiende como metabolismo basal lo que gastamos si estamos en reposo, a 37°C y en calma emocional, es el coste de nuestra actividad celular en reposo. Es variable y propio de cada individuo. La edad va acompañada de un descenso del metabolismo. Éste depende de un solo órgano; la glándula tiroides. Si trabaja demasiado, las células trabajan más y gastan mayor energía.; si funciona poco, sucede a la inversa. El coste de este metabolismo oscila entre 1300 y 1600 calorías (Enciclopedia Larousse Temático, 1997).

Duker y Slade (2003) nos recuerdan a este respecto que cualquier persona que acaba de comer siente durante algunos momentos menos energía y quizás hasta sueño, ya que su cuerpo envía la sangre lejos de los músculos hacia el estómago en el proceso digestivo. Pero en el caso de la anoréxica, experimenta fatiga en grado extremo y pesadez luego de comer; mientras más delgada y débil está. Ese “lastre alimentario” en su estómago le provoca una incomodidad física que acentúa su incomodidad emocional. La enferma se siente muy afectada por estos sentimientos y sensaciones, aun cuando son normales y muy previsibles si la persona en inanición ingiere algún alimento. Son una experiencia muy desagradable y terrible para la persona que depende totalmente de los sentimientos de “bienestar” que experimenta al no comer. Una baja de energía, sentir demasiado lleno el estómago y la sensación de resaca, son todas “pruebas” de que le hace daño comer.

Así mismo refieren que es importante recordar, que existen otros cambios producidos por el comer que también resultan muy desagradables y atemorizantes para la enferma, como el aumento del ritmo cardiaco y de la temperatura, que ocasiona que sienta mucho calor, rubor, sudoración, incomodidad y tal vez hasta mareos. Estos cambios son particularmente notorios en la persona cuyo peso es muy cercano al normal que primero ha pasado hambre y luego se sobrealimenta. Al llenarse demasiado su estómago también puede sentir dolores muy intensos. Quien acostumbra vomitar para sentir alivio de esta sobrealimentación o se purga (o ambas cosas) también experimente sensaciones posteriores de debilidad, letargo y mala concentración; estos sentimientos y sensaciones son normales en la enferma que controla su ingestión alimentaria de estas maneras. Estos cambios se producen por una pérdida de sustancias químicas en el cuerpo, ocasionada por la eliminación de líquidos corporales. Pero la enferma desconoce esto; según sus experiencias luego de vomitar, y de su constante y desmedido empleo de purgantes, esta convencida de que es una perezosa y no sirve para nada, y de que todo podría mejorar si evitase por

completo la comida. Esto es porque también se puede presentar debilidad muscular grave y prolongada, si los vómitos frecuentes causan disminución en las concentraciones de potasio del cuerpo.

Por tanto el cuerpo humano requiere de acuerdo con Zubirán y Miranda (citados en Martínez y Sánchez, 1998) de una alimentación correcta es decir: completa, suficiente, equilibrada, higiénica, variada, adecuada a la edad, sexo, tamaño, actividad, estado de salud, recursos económicos, disponibilidad local y estacional de alimentos. Además debe incluir dos o tres alimentos de cada grupo alimenticio (cereales, proteínas y minerales / vitaminas) y variarlos tanto como sea posible.

Esto es porque el cuerpo de un adulto promedio está constituido por proteínas (16%), grasas (18%), carbohidratos (0.7%), agua (60%), minerales (5.2%) y huellas de vitaminas. La mayor parte de las grasas se almacenan y en la obesidad pueden representar 70% del peso corporal. Además el porcentaje de éstas es casi el doble en mujeres que en varones.

### **Importancia de los nutrientes para el funcionamiento del cuerpo**

#### Carbohidratos

Es principalmente glucógeno, que se encuentra sobretodo en el músculo esquelético (casi 300 gr), pero se observa en mayor concentración en el hígado (alrededor de 90 gr.). La glucosa en la circulación sanguínea es la forma lábil de los carbohidratos y en estados de inanición los depósitos se consumen durante los primeros días ( McLaren, 1993).

Es importante recordar que cuando una persona ha pasado inanición y empieza a comer, aun el más pequeño aumento de carbohidratos en ella permite que el cuerpo retenga más agua. Este efecto de los carbohidratos puede provocar que la báscula registre un incremento de peso de hasta 3 o 3.5 Kg, aunque lo ordinario son 1.5 o 2 Kg; pero este cambio solo es temporal (Duker y Slade, 2003).

### Proteínas

Aparte del carbono, hidrógeno y oxígeno, contiene también nitrógeno, azufre, fósforo y otros elementos. Los aminoácidos (histidina, arginina, etc.) son los bloques de construcción básicos que forman éstas.

Durante la lactancia, con la disminución del peso corporal debido al agua, el contenido proteínico de los tejidos importantes aumenta de 12% al nacer hasta alrededor de 24% en la edad madura (McLaren, 1993).

A diferencia de los carbohidratos y las grasas, la ingestión de proteínas en relación con el ingreso varía muy poco desde el punto de vista del aporte total de energía, la mayoría de las personas sólo obtienen alrededor del 11% de ésta de lo que consumen.

La dependencia en exceso de una fuente única de proteína produce un consumo inadecuado de ciertos aminoácidos esenciales. En tanto que las proteínas de origen animal tienen un valor biológico superior que las vegetales; las mezclas de éstas tiene un efecto complementario y pueden cubrir todos los requerimientos proteínicos.

### Grasas

Son una fuente concentrada de energía, proporcionando entre 10% y 40% de la energía total. La cifra más alta se debe principalmente a la saturada de origen animal. La proporción de peso corporal debido a la grasa aumenta, de 5% en el momento del nacimiento, a 10% o más hacia los 3 meses al disminuir el agua corporal. Esta se localiza en su mayor parte en el tejido subcutáneo, provee protección para las estructuras más termosensibles contra la pérdida excesiva de calor y traumatismos mecánicos (McLaren, 1993).

### Agua

Constituye 82% del peso sin grasa en el lactante a término y 72% en el adulto. El agua corporal total como porcentaje del peso corporal alcanza la proporción del adulto hacia los seis meses, cuando está al 60% compuesta por 35% de agua intracelular y 25% de agua extracelular

En el momento del nacimiento, el líquido extracelular representa alrededor de 45% del peso corporal. La proporción disminuye en forma abrupta durante los dos primeros meses a medida que se eleva la fracción intracelular. Aunque el agua total alcance la proporción del adulto durante los primeros meses, la del agua extracelular disminuye con lentitud hacia la pubertad (McLaren, 1993).

Se puede perder casi 10% del agua, pero en la inanición y otros estados de desnutrición el líquido corporal total expresado como un porcentaje del peso corporal, suele aumentar.

### Minerales

El cuerpo de un adulto contiene cerca de 3.5 Kg. de minerales, de lo cual poco menos de la mitad es de calcio, que casi todo se encuentra en el esqueleto, y cerca de una cuarta parte es fósforo. El yodo se encuentra en altas concentraciones en la glándula tiroides y el flúor, sobretodo en huesos y dientes. El hierro está principalmente en forma de hemoglobina y se almacena también en la médula ósea. La mayor parte de los oligoelementos se encuentran en el hígado.

### Vitaminas

Son compuestos orgánicos que no producen energía, se encuentran de manera natural en los alimentos y son necesarios para la salud. El organismo almacena las vitaminas liposolubles (A, D, E y K). Las hidrosolubles (tiamina, riboflavina, niacina, piridoxina, ácido fólico, C y todas las del grupo B) con excepción de la B12 se almacenan poco y la mayoría funcionan como coenzimas

### **Nutrición y tiempo de vida**

El mantenimiento de la salud, depende en parte de los hábitos alimentarios apropiados (Carruth y Golberg, 1990 citados por Rice, 1997) De la buena nutrición depende que pueda alcanzarse la estatura, fuerza y bienestar físico máximos. Los nervios,

huesos, músculos y otros tejido en crecimiento requieren alimentos que les ayuden a constituir el cuerpo.

### El feto

Muchos factores aparte de la nutrición, antes y durante el embarazo pueden influir en el crecimiento fetal, incluyendo estatura materna, aumento de peso en la mitad del embarazo, paridad, edad, grupo étnico, factores genéticos, socioeconómicos y tabaquismo durante el mismo (McLaren, 1993).

### Lactante y niño pequeño

Así mismo menciona que el crecimiento, reflejado como un incremento en el peso y en la talla ocurre a lo largo de los primeros años de vida; explicando así los requerimientos nutricionales relativamente superiores durante este periodo. Estos aumentos son mayores durante el primer año y medio, pero aún entonces la velocidad del aumento es menor que la lograda por el feto.

### Niñez

El escritor refiere que este periodo suele estar relativamente libre de peligros nutricionales, el crecimiento es menor que en la lactancia y son pocas las infecciones si se cuentan con todos los recursos adecuados. La importancia de este periodo, radica en que las madres controlan en gran medida la comida de sus hijos; y en grado considerable determinan los patrones dietéticos de por vida que tendrán influencia sobre la salud futura.

### Adolescencia

El ritmo de crecimiento en este periodo, es el único momento durante la vida extrauterina en que la velocidad de crecimiento aumenta en realidad, por ello se necesitan mayores cantidades de comida para atender los requerimientos corporales (Martínez y Pérez, 1998).

Esto debido a que el estómago incrementa su capacidad, para digerir la mayor cantidad de alimento; ya que el requerimiento calórico para las chicas puede incrementarse 25% de los 10 a los 15 años, mientras que para los muchachos el requerimiento calórico puede aumentar en un promedio de 90% de los 10 a los 19 años (Rice, 1997).

La aceleración máxima en las niñas es entre los 10 y 12 años, y en los niños dos años después. En tanto que el aumento repentino de talla contribuye sólo con el 15% de la estura adulta final, el aumento repentino de peso contribuye casi con el 50% del peso final y por consiguiente la nutrición tiene una función importante al duplicar la masa corporal durante este periodo (McLaren, 1993).

A causa del marcado aumento en el crecimiento esquelético durante este tiempo, los requerimientos de calcio, fósforo y vitamina D son considerables; los de hierro se elevan en forma aguda en la mujer adolescente con el inicio de la menstruación.

### Control de peso

Hoy en día existe una preocupación particular por las dietas, los alimentos sanos y la buena nutrición, y el cuerpo tanto en hombres como en mujeres ha tomado relevancia significativa.

Así bajar de peso es una moda que de pronto se ha impuesto. Actualmente es muy común ver, principalmente en la televisión una gran variedad de métodos y productos para lograrlo; además de una proliferación de publicaciones ilustradas, periódicos, carteles, videos y toda clase de publicidad pro-adelgazamiento que aprovechan masivamente los medios de comunicación (Toro, 1996).

Arenson (1991) refiere que el aspecto más desagradable de una dieta es la sensación de privación que crea; ya que a menos que se tenga una total libertad de elección, la persona puede sentirse constantemente privada. La naturaleza artificial de la dieta

mantiene a la persona llena pero no satisfecha, está constantemente hambrienta al no comer lo que quiere sí no lo que cree que debería. El llenarse de alimentos sin calorías o de bebidas dietéticas fomenta su temor a engordar; reforzando la creencia de necesitar mucha comida y de que si ésta no se consigue se tomarán alimentos calóricos que engorden.

Además una dieta provoca la disociación entre la mente y el cuerpo, al comer cuando no se tienes hambre; incapacitando a la persona a identificar cuándo está satisfecha. Perpetuando el enorme miedo a la comida; ya que al evitar la “comida basura” y los dulces, la persona que duda de su capacidad de renunciar para siempre a estas cosas se sentirá incluso más impotente cuando tenga que enfrentarse a la imperiosa necesidad de atracarse de estas comidas.

Uno de los medios para conseguir esta disminución del aporte calórico es el régimen, que consiste en la elaboración de dietas basadas en la reducción de un aporte calórico; éstas (Atkinson, 1993 citado en Martínez y Pérez, 1998) se dividen en las siguientes categorías:

1. Dietas bajas en calorías

- ❖ ***Dietas equilibradas:*** Estas dietas consisten en una mezcla de proteínas, carbohidratos y grasas en las mismas proporciones en las cuales son consumidas por la población que no sigue alguna dieta. Probablemente es la más utilizada, porque se prescribe a sí mismo el paciente. El consejo estándar es “comer pequeñas porciones”. El fundamento es que una simple reducción de la cantidad de comida ingerida constituye el tratamiento.
- ❖ ***Dietas de un solo alimento:*** La base es la monotonía y la simplicidad. Se aconseja a los pacientes que coman un solo alimento en cada comida, en ocasiones se permite cierta variación o adición de una selección limitada de otros nutrientes.
- ❖ ***Eliminación o reducción de uno o más nutrientes:*** Las dietas que limitan o supriman, una o más fuentes de energía suelen reducir los carbohidratos y/o grasas. La restricción de carbohidratos provoca cetonemia, rápida pérdida inicial de peso y según algún informe anecdótico, se dice que disminuye el hambre. La restricción de grasas

reduce la densidad calórica de la dieta y puede bajar el nivel en el cual está regulado el peso corporal. En raros casos, una dieta caprichosa limita o elimina las proteínas, pero tales dietas son peligrosas e inadmisibles.

- ❖ ***Dietas vegetarianas y ricas en fibra:*** Disminuyen el contenido calórico, aumentan la duración de las comidas, desplazan otros alimentos ricos en calorías y quizá alteran hormonas intestinales de manera que disminuyen el hambre o se producen cambios en el metabolismo.
- ❖ ***Dietas de fórmula:*** Estas dietas pueden ser de una u otra de las categorías anteriores. La mayor parte de estas fórmulas son equilibradas y contienen una mezcla de proteínas, carbohidratos y generalmente una cantidad modesta o baja de grasa. Éstas pueden ser líquidas o en forma de polvo que se mezcla en líquidos. En general, el consumidor se limita a la dieta de la fórmula o bien a cantidades muy pequeñas de otros alimentos, de manera que esta dieta puede ser en realidad de un solo alimento. El fundamento de utilizarlas es que son novedosas y cómodas; siendo la facilidad de empleo que el consumidor evite tomar decisiones acerca de elección de alimentos.
- ❖ ***Dietas mágicas y diversas:*** Varias dietas no pueden clasificarse en alguna de las categorías anteriores. Suelen ser caprichosas y combinan alimentos que pueden resultar o no fisiológicamente recomendables. Éstas pueden tener un plan rígido que evita la toma de decisiones por parte del consumidor, y su carácter novedoso estimula la fidelidad. Se ha dicho que algunas tienen el poder extraordinario de eliminar grasa, quemar calorías extra, etc., y pueden considerarse mágicas.

## 2. Dietas muy bajas en calorías

Estas dietas aportan el equivalente de 10 Kcal o menos por Kg. de peso deseable al día, y suelen contener únicamente pequeñas cantidades de grasa. La mayor parte son dietas de fórmula por la elección limitada de alimentos bajos en calorías que contengan sobre todo proteínas con poca grasa.

- ❖ *Dietas ricas en proteínas con un mínimo de carbohidratos:* Estas dietas son cetógenas, pues contiene menos de 50 gr al día de carbohidratos. Las proteínas pueden obtenerse de alimentos parcialmente elaborados, como caseína o albúmina de huevo o bien carne magra.
- ❖ *Proteínas y carbohidratos equilibrados:* Solo se discute cuál sea la eficacia de ésta comparada con la rica en proteínas y baja en carbohidratos para conservar el equilibrio nitrogenado y evitar efectos secundarios.

El ayuno es otro método popular para controlar el peso; el problema con éste es que también, es temporal y artificial. Las personas que ayunan tienen uno de estos dos conceptos: o se castigan a sí mismas o están encantadas de estar libres de la comida. Las primeras aumentan su infelicidad engañándose, sintiéndose culpables respecto a la comida. Frecuentemente abandonan el programa antes de seguir su objetivo, sienten que han fracasado y normalmente ganan peso rápidamente debido al choque producido por una privación total de comida. Las segundas, disfrutan sentirse liberadas de la responsabilidad de tomar decisiones sobre la comida, sintiéndose eufóricas. El peligro que con lleva este método de regulación de peso; es que muchas de las personas presentan ansias e impulsos enormes de atracarse (Arenson, 1991).

Por último es importante mencionar que existen muchas personas que, generalmente sin prestar especial atención a su alimentación sino ingiriendo lo que su apetito demanda, mantienen el peso estable durante muchos años. Esto se debe a que el organismo tiende a mantener un peso fisiológicamente determinado, independiente de las presiones estéticas; esto constituye un peso señalado o "set point". Por ello algunos obesos tienen serias dificultades para bajar de peso o mantener un peso menor que el habitual, por mucho tiempo. Esto determina por que muchos individuos, aunque hagan ingestas copiosas, no aumenten de peso. El organismo adapta su gasto calórico, y probablemente regula el apetito de acuerdo con estos principios (Martínez y Pérez, 1998).

### **Trastornos nutricionales**

El término desnutrición significa nutrición deficiente. Ésta se altera como resultado de cualquier desviación de lo normal. En tanto que solo los cambios intensos originan

signos y síntomas clínicos francos y anormalidades bioquímicas definidas, es casi imposible hacer una distinción entre “normal y “anormal” (McLaren, 1993).

Los principales tipos de desnutrición, así como algunos términos usados comúnmente son:

Causa	Primaria (exógeno) Secundaria (endógena)
Tipo	Exceso, toxicidad (nutrición excesiva) Deficiencia (desnutrición)
Nutrimiento	Vitaminas, elementos, proteínas y fuentes de energía
Grado	Leve, moderado y grado o alternativa: depósitos agotados, lesión bioquímica, cambio funcional o lesión estructural
Duración	Aguda, subaguda o crónica
Resultado	Reversible e irreversible

McLaren, 1993 p.98

En el tipo general de mala nutrición o inanición, el autor describe que la dieta es deficiente en todos los nutrimentos y en energía. En la mala nutrición de tipo especial, puede haber un aporte suficiente de alimentos que mitiguen el hambre, pero la dieta es deficiente en ciertos nutrimentos especiales e inadecuada para satisfacer las necesidades metabólicas del organismo. Por ello, el “hambre” se “esconde” y no satisfacen las demandas habituales hechas por el apetito.

#### Desnutrición proteínico energética en adultos (Semi-inanición, inanición general, hambre y sub-alimentación)

El organismo sometido a un menor suministro de alimentos tiene una capacidad considerable de adaptación. Los requerimientos decrecen como resultado de una menor actividad, y en el caso de una persona joven, disminuye el crecimiento. Las necesidades de energía basal se satisfacen al principio extrayendo un pequeño depósito de glucógeno, pero durante el ayuno de varios días o semanas, se catabolizan el tejido adiposo y en forma creciente, las proteínas tisulares. (McLaren, 1993).

Es importante mencionar aquí que la inanición induce cierto estado de regocijo o euforia, esta experiencia de bienestar en ocasiones se denomina “elevación del ayuno” y se trata de un efecto psicotrópico (Duker y Slade, 2003).

Esto es porque en el aspecto fisiológico, el ayuno es percibido por el sistema interno de vigilancia como un estrés por hambre. Esto provoca la secreción de adrenalina la cual, además de producir el muy notable afecto de los ojos más abiertos de lo normal, ritmo cardiaco más acelerado y respiración más profunda, también moviliza reservas de glucógeno en los músculos para suministrar más glucosa sanguínea. Cuando es constante la presencia de adrenalina en la corriente sanguínea, actúa sobre el cerebro y hace que secrete endocininas, sustancias químicas muy relacionadas con la morfina, y con efectos tranquilizantes y eufóricos similares. Al mismo tiempo, los metabolitos (como las cetonas) producidos por la degradación o metabolismo de las grasas también actúan sobre el cerebro, y pueden crear una extraña experiencia de mareo. Refieren así mismo que al estimular todavía más la producción corporal de endomorfinas, la hiperactividad misma actúa como su propia incitadora. Por tanto, la anorexia nerviosa crónica con bajo peso puede considerarse una adicción a la inanición; ya que al hallarse en ese estado, la anoréxica experimenta hiperactividad que consiste en mayor sensibilidad a la luz, sonidos, colores y otros estímulos externos a medida que aumenta el hambre (Duker y Slade, 2003).

### *Aspecto general*

A partir de un 75% de su PCPE (Peso corporal promedio esperado) sus extremidades se verán como ramas de árbol. Se volverán prominentes clavículas columna vertebral, cogomáticos, huesos del cuello y la cadera, resaltarán mucho la estructura ósea de sus manos. La persona pierde lo sonrosado de la piel. Se ve pálida en ocasiones hasta azulosa. Sus manos, nariz y otras extremidades adquieren una tonalidad azulosa malva ya que su cuerpo trata de conservar el calor cerrando el suministro de sangre a sus periferias. La piel se torna reseca; las uñas, frágiles y quebradizo, y para entonces desarrollarán lanugo en partes de su cuerpo que normalmente no son pilosas, como mejillas y espalda (Duker y Slade, 2003).

Además se siente constantemente helada y fatigada, y los huesos que sobresalen de sus glúteos le impiden sentarse con comodidad en superficies duras, especialmente en el baño. Asimismo, se vuelven más propensas a los accidentes, e irritables.

Si la persona continúa perdiendo peso su apariencia es cada vez más esquelética, se debilita físicamente y es obvia su propensión a los accidentes. Cuando la paciente tiene entre 68 y 63% de su PCPE, es un riesgo hasta conducir el automóvil; ya que en esta etapa, la anoréxica percibe la luz roja del semáforo, pero dicha luz carece de significado para ella.

Los autores describen que para cuando la paciente pesa 65% de su PCPE, el grado de su demacración ya no se disimula fácilmente con la ropa, y su cuerpo ya no parece sino una perchera de la que depende su piel. Sin embargo, como la persona se abriga demasiado, es importante estar atentos a partes del cuerpo, por lo general descubiertas, como manos, muñecas y antebrazos.

### *Sistemas*

Así mismo, Duker y Slade (2003) refieren que la aclorhidria y la diarrea son frecuentes, esta última, algunas veces es terminal. Hay bradicardia, presión sistólica y diastólicas bajas, disminución de la presión venosa, menor gasto cardiaco y reducción del corazón. Además disminuye la capacidad vital, frecuencia respiratoria, volumen por minuto y el rendimiento. La hipotermia es frecuente y precipita la muerte en algunos casos

A esto se agrega que las glándulas endocrinas se alteran en forma irregular; la hormona de crecimiento disminuye. La atrofia gonadal lleva a pérdida del líbido y amenorrea en la mujer. Las funciones intelectuales permanecen sin alteraciones, pero la personalidad cambia; es común la incapacidad para concentrarse, introspección, irritabilidad y apatía.

Duker y Slade (2004) reseñan que en ocasiones, cuando, la persona tiene un peso demasiado bajo, los cambios psicológicos generados son tan extravagantes que es difícil saber de qué estado psiquiátrico sufre la enferma. A primera vista, se sugiere el inicio de una psicosis aguda, esto debido a sus pensamientos polarizados y su desconexión con el mundo real.

Esta conducta extrema o extravagante tiende a manifestarse cuando empiezan a desaparecer las funciones que tienen que ver con la memoria, control de los movimientos corporales y capacidad de saber dónde está uno, o ubicarse en relación con el resto del mundo. En esta etapa, la anoréxica puede sentir que es controlada por su derredor. Por

ejemplo, puede escuchar que objetos físicos les exigen que se comporte de determinada, o voces que la critican constantemente.

Esta persona no es un esquizofrénico que escucha voces, sino un ejemplo de quien sufre los efectos de la inanición aguda en el punto máximo de la deficiencia crónica de peso.

La capacidad de trabajo está afectada en la inanición prolongada principalmente debido a la pérdida muscular, y por último, la anemia y la insuficiencia cardiorrespiratoria ocasionan incapacidad grave. El cambio más evidente es la pérdida de peso, que puede ser hasta de un 50% en el adulto en especial en la anorexia nerviosa; o aún mayor en el niño.

Si la ingesta alimentaria se reduce drásticamente y hay vómito (ya sea inducido o, lo que es peor, espontáneo), entonces lo único que queda es la hospitalización; ya que el desequilibrio de electrolitos y la deshidratación resultan fatales cuando se combinan con desnutrición. Es importante recordar que la deshidratación y estreñimiento pueden causar perforaciones gástricas o de los intestinos, debido a la presión de gas que ocluye el torrente sanguíneo en la pared intestinal, con lo que se producen placas gangrenosas en esta última.

Por último, Duker y Slade (2003) señalan que durante los primeros días, el agua constituye gran parte de la pérdida; de los órganos el hígado y el intestino se afectan primero, después músculos y piel representan la mayor parte de la pérdida. Conservándose bastante bien hasta el final cerebro, médula espinal y ojos. Al respecto la naturaleza del edema por hambre, dependiendo de su tipo, no se comprende bien; el agua corporal total y el espacio extracelular aumentan en relación con el peso corporal. La pérdida de tejido adiposo que tiene bajo contenido de agua representa gran parte del problema.

#### Desnutrición proteínica o energética en niños (Marasmo y Kwashiorkor)

Hoy en día, este es el término que se acepta para denominar la forma diseminada de desnutrición que afecta sobre todo a niños pequeños en los países en desarrollo; en el marasmo (inanición) hay deficiencia de energía y de todos los nutrimentos, en tanto que el kwashiorkor es resultado de la deficiencia de proteínas y en menor grado, de otros nutrimentos en presencia de un aporte energético adecuado o aún excesivo. Los adultos

pueden padecer esta última, si hay por un tiempo prolongado una dieta baja en proteínas y alta en carbohidratos.

<b>Características clínicas principales del Marasmo y Kwashiorkor</b>		
	<u>Marasmo</u>	<u>Kwashiorkor</u>
<i>Características generales</i> & Ocurrencia & Edad habitual	Mundial Lactante	Limitada 2° y 3° año
<i>Efectos a largo plazo</i> & Mentales & Físicos & Daño hepático	Graves Graves Ninguno	Menos graves Leves Ninguno
<i>Signos clínicos</i> & Edema & Dermatitis & Cambios pilosos & Cambios mentales & Emaciación de grasa y músculo & Estupor & Anemia & Deficiencias vitamínicas	Ausente Rara Comunes Poco comunes Graves Grave Común y grave Poco comunes	Presente Común Muy comunes Muy comunes Leves Moderado Leve Comunes

McLaren, 1993 P.107

### **Indicadores Antropométricos**

La evaluación antropométrica consiste en la medición de las dimensiones y de la composición global del cuerpo humano, que se ven afectadas por la nutrición durante el ciclo de vida.

Los indicadores antropométricos miden, por un lado el crecimiento físico del niño y del adolescente así como las dimensiones físicas del adulto, a través de la determinación de la masa corporal total (peso y talla) y por el otro su composición corporal, es decir, la masa grasa y la masa libre de ésta (pliegues y circunferencias).

Estos indicadores, nos reflejan el estado nutricional del individuo, siendo las mediciones más usadas el peso corporal y la altura; así como el perímetro craneal, del brazo y los pliegues cutáneos (Casanueva y cols., 1995 citado en Nava, 2002).

### Talla

La altura de un individuo es la suma de cuatro componentes: las piernas, pelvis, columna vertebral y cráneo. Por lo general, es suficiente determinar la altura o longitud total (Kaufer y Casanueva, 1986).

### Peso relativo o peso corporal promedio esperado

El cálculo del peso relativo consiste en comparar el peso del sujeto con el del promedio de las personas de su mismo sexo y estatura. La fórmula de peso relativo (Vargas y Casillas citados en Nava 2002) es:

$$\text{Peso relativo} = \text{Peso actual en Kg} \times 100 / \text{Peso promedio para la talla y el sexo en Kg}$$

La interpretación del índice es la siguiente:

➤ Delgadez	menos de 80%
➤ Normalidad	entre 80 y 119%
➤ Sobrepeso grado I	entre 120 y 129.9%
➤ Sobrepeso grado II	entre 130 y 139.9%
➤ Sobrepeso grado III	más de 140%

Duker y Slade (2003) describen que cuando el peso de la persona se encuentra en el umbral del 80% aproximado o por debajo de dicho valor, se encuentra dentro de la etapa de la enfermedad marcada por la deficiencia de peso. Sin embargo, mientras su peso permanezca dentro del intervalo del 78 al 81% de su PCPE (Peso corporal promedio esperado). El aspecto físico de la enferma no causará preocupaciones todavía; ya que su grado de deficiencia de peso no genera un aspecto muy singular y solo en algunas mujeres la menstruación puede ser menor o intermitente o incluso cesar si la pérdida de peso ha persistido durante cierto tiempo.

Así mismo refieren que por lo general no hay problemas en la comunicación, tiene un aspecto despierto, mirada abierta, actitud alerta, gran energía y mayor actividad física, de modo que en esta etapa elimina cualquier ansiedad de los observadores.

Esto es porque en la actualidad la delgadez no es mal vista, y a veces es hasta deseable, incluso si la persona pesa el 75% de su PCPE; no sólo puede ser considerada “delgada a secas” sino hasta llega a decirse que tiene silueta de “modelo”. Sus padres y amistades que la ven día con día pueden acostumbrarse a este aspecto, y no llegar a percibir lo peligrosa que es esta conducta extraña. Sin embargo si el peso ha reducido al 75% del PCPE, el terapeuta puede empezar a apreciar el cuadro clásico de la anorexia nerviosa, el cual será evidente para cuando el peso llega al 69%; pues la paciente tendrá un aspecto bastante precario.

Dichos autores manifiestan que el umbral de delgadez se vuelve físicamente peligrosa cuando la persona llega a pesar entre 65 y 60% de su PCPE, o el 50% del peso original en el caso de un obeso, lo que ocurra primero. Este punto crítico donde el estado de la paciente pone en peligro su vida, depende del ritmo al que pierda peso; esto se debe a que cuando se pierde peso con rapidez, hay menor tiempo para que se adapte al cuerpo. Un nivel de peso del 50% constituye ya una urgencia médica, pues si la enferma no come puede morir en cualquier momento. Aquí los cambios en su actitud y patrón del control son indicadores importantes del momento en que gana impulso la espiral de inanición, por lo que se deben considerar los tipos de control que la enferma usó o está usando para su seguridad física.

### **Índice de masa corporal (Quetelet)**

Este índice correlaciona la proporción de grasa corporal en el adulto. Se ha demostrado que éste, es el que mejor representa el peso relativo en cualquier edad, excepto durante la preadolescencia, ya que los rápidos cambios en el crecimiento somático durante esta etapa, hacen poco válidos los criterios de evaluación de este método (Saucedo y Gómez Pérez-Mitre, 1997 citado en Nava, 2002)

La fórmula para su cálculo es:

$$\text{IMC} = \text{Peso en Kg} / \text{Talla en metros cuadrados}$$

El índice se clasifica de la siguiente manera según el resultado obtenido:

- |               |                                  |
|---------------|----------------------------------|
| ✓ Menos de 16 | Desnutrición severa (grado III)  |
| ✓ 16 – 16.9   | Desnutrición moderada (grado II) |
| ✓ 17 – 18     | Desnutrición ligera (grado I)    |
| ✓ 18.5 – 24   | Normal                           |
| ✓ 24 – 25     | Sobrepeso                        |

- |             |                    |
|-------------|--------------------|
| ✓ 25 – 30   | Obesidad grado I   |
| ✓ 30 – 40   | Obesidad grado II  |
| ✓ más de 40 | Obesidad grado III |

### **Índice nutricional**

Es el más utilizado en la etapa preadolescente, debido a que la validez diagnóstica de los índices anteriores es poco confiable para esta población que se caracteriza por un aumento brusco y considerable de todas las dimensiones musculares y esqueléticas del cuerpo (Saucedo y Gómez Pérez-Mitre, 1998 citados en Nava, 2002).

La fórmula para su cálculo es:

$\text{Peso actual} / \text{talla actual} \div \text{Peso medio} / \text{talla media (de acuerdo a edad y sexo)} \times 100$

En donde:

- |                     |                              |
|---------------------|------------------------------|
| ⊙ Menor a 77.5      | Muy bajo peso (Emancipación) |
| ⊙ De 77.51 – 83.5   | Bajo peso (Delgadez)         |
| ⊙ De 83.51 – 119.5  | Peso normal                  |
| ⊙ De 119.51 – 136.5 | Sobrepeso                    |
| ⊙ Mayor a 136.5     | Obesidad                     |

## LA FAMILIA COMO FACTOR DE RIESGO

Se puede decir que la familia es el grupo más importante para un individuo, ésta abarca hasta a los parientes políticos; dicha unidad ejerce la mayor influencia en el desarrollo del mismo.

Duker y Slade (2003) han observado que en ocasiones, el padecimiento se desarrolla luego de un suceso demasiado desagradable en la vida de la enferma, pero a menudo no es así. En las investigaciones por lo general no se ha encontrado algún patrón de acontecimientos evidentemente traumáticos que hayan precedido a la pérdida inicial de peso; debido a ello, resulta todavía más misterioso el origen de la enfermedad. Pareciera ser que los sentimientos de muy escasa valía y baja autoestima se conjugan en torno a un suceso que a cualquiera pudiera parecer relativamente trivial, pero que para la enferma en potencia es la gota que derrama el vaso.

Arenson (1991) refiere que muchas personas que padecen desórdenes alimentarios proceden de familias con un historial de alcoholismo, drogadicción, abuso de comida o con indicadores de depresión familiar; pero es la combinación de: una predisposición biológica de la adicción, un historial familiar infeliz; y una sociedad que anima a sentirnos compulsivos, lo que nos puede dar la respuesta.

Los investigadores Milkman y Sunderwirth, creen que los seres humanos anhelan tres clases de sentimientos: relajación, excitación y fantasía/olvido. Cada individuo puede llegar a preferir alguno de éstos, a tal punto que crea distintas vías para producir este sentimiento sustituyendo así el malestar y ansiedad. Según los doctores la razón por la que algunas personas prefieren la relajación y otras desean la excitación o la fantasía se debe a diferencias en la química de nuestro cerebro; encontrando que la mayoría de los que padecen trastornos alimentarios buscan la relajación u olvido; con el riesgo de hacerse adictos a psicofármacos o drogas, cambiando así de una compulsión a otra. Dicha compulsión, en los adultos resulta de la combinación de experiencias traumáticas en la infancia, una predisposición genética y presiones ambientales negativas (Areson, 1991).

Respecto a la química del cerebro, las conductas adictivas son resultado de cambios autoinducidos en los neurotransmisores del cerebro; ya que los individuos compulsivos al repetir conductas específicas provocan en las células nerviosas una actividad que crea sentimientos muy intensos. La serotonina, sustancia química que se sintetiza en el cerebro;

juega un papel fundamental en los cambios de humor. Estudios realizados comparando la química del cerebro de personas que murieron de causa natural, de las que se suicidaron, muestran que aquellas que se quitaron la vida tenían niveles inferiores de dicha sustancia. Dentro de estas investigaciones el Profesor Richard Wurtman ha demostrado que la serotonina es una de las diversas sustancias químicas que es afectada por los nutrientes y que ésta llega a aumentar cuando una persona consume hidratos de carbono.

Holtz (1995) menciona que entre los principales factores de riesgo de los desórdenes de la conducta alimentaria son el sexo, la edad y el nivel socioeconómico, ya que se presentan en mujeres (95%) más que en hombres, dentro de un rango de 13 a 22 años; de clase media y alta. Pope y cols. (1987) en cambio hallaron que son más comunes los desórdenes en el nivel socioeconómico normal (57.4 %).

Rivera (1997) señala que los factores de riesgo alimentario son independientes del nivel socioeconómico, aunque el peso corporal si lo relacionaba.

Stierlin y Weber (1990) menciona que una familia funcional está en relación directa en la medida en que sus miembros son capaces de enfrentar cambios previsibles como imprevisibles, reformulando con ello sus relaciones; permite además experimentar un proceso continuo de individuación que consiste en:

1. Delimitar fronteras internas y externas que exponen claramente las necesidades individuales de las colectivas.
2. Definir y/o satisfacer metas y objetivos propios que difieran en momentos de las especificadas en la comunidad.
3. Manejar la tensión producida por la ambivalencia que provocan aspectos contradictorios de uno mismo.
4. Asumir la responsabilidad por la propia conducta (p. 29).

Así la individuación permite desarrollar un sentido de libertad personal y autonomía; las relaciones sobretodo la de los padres se flexibilizan, ya que la autoafirmación se combina con una disposición y capacidad de empatía con los puntos de vista e intereses de la otra parte o partes. Es así como el diálogo dentro de la familia no se interrumpe, pues los conflictos son vistos explícitamente como tales, elaborados y resueltos.

En el caso de los trastornos de la alimentación varios autores coinciden que dicho proceso de individualización no finaliza a causa de la familia. Sin embargo aun no es posible dar por hecho la existencia de una familia típica o específica de la anorexia (Toro y Vilardell, 1987) ya que todos los estudios se han realizado ya desencadenado el síntoma, variable que sin equivocación provoca una serie de características familiares relativamente comunes y de las cuales no es posible determinar con certeza su existencia retrospectivamente como ocurre al estudiar la familia del paralítico cerebral.

Duker y Slade (2003) afirman que dentro de los hallazgos sociológicos más frecuentes, es que en el sector relativamente privilegiado de la comunidad; es donde ocurren más casos de anorexia y bulimia nerviosa. Por lo general, la familia de la enferma pertenece a la clase alta o media, y si dicho nivel no proviene explícitamente de un gran patrimonio o la "ocupación del padre", su familia está luchando por ascender socialmente o por recuperar el nivel que perdió. Típicamente, la familia ha experimentado un cambio de importancia en cuanto a posición social; siendo el ascenso o descenso social un factor que desempeña o desempeña una función primordial.

En ocasiones dichas familias suelen padecer de estrés en la época presente, por causa de una economía en relativo declive, y en la cual cambia la naturaleza de la producción. Es decir a sus miembros les es difícil ajustar sus expectativas a una situación económica en la que cada vez hay menos oportunidades de obtener recompensas "adecuadas y justas". Por esto la impresión que da la familia de la enferma es estar aferrada a su situación de clase media, con peligro de perderla de un momento a otro; de aquí la importancia de la educación y el éxito profesional.

En 1977 Cantwell y cols., investigaron la presencia de trastornos afectivos en los familiares de primer grado en un grupo de 26 anoréxicas hallando que 23 de dichos parientes satisfacían los criterios (Toro y Vilardell, 1987).

Así mismo Winokur y cols., en 1980 (citado en Toro y Vilardell, 1987) en un grupo de 25 pacientes anoréxicas se detectó un 22% de prevalencia de trastornos afectivos en familiares de primer grado en contraste de un 10% en el grupo control. Poco después en 1983 Gershon y cols., obtuvieron cifras de un 22% y 7% en los controles normales; por lo que se piensa hay un claro riesgo de "morbilidad afectiva" en las familias de las pacientes anoréxicas.

Toro y Vilardell (1987) menciona, que uno de los estudios más completos fue el realizado en 1983 con Hodson y cols, que investigaron a 420 familiares en primer grado de 89 pacientes afectados con trastornos de la ingesta (14 anoréxicas, 55 bulímicas y 20 anoréxicas/bulímicas) se encontró una elevada prevalencia del trastorno afectivo mayor (trastorno bipolar y depresión mayor) en los parientes de los 3 grupos, con un total de 70 casos; sin existir diferencias significativas en los 3 grupos.

También en Massachussets Rivinus y cols en 1984 con una muestra de 40 adolescentes anoréxicas y sus familiares, indican de nuevo familiares en primer y segundo grado con trastornos psiquiátricos en general y afectivos/toxicomanías que los familiares de los controles normales.

Lo relevante de dicho estudio fueron las variables utilizadas; la primera fue historia familiar positiva que es la presencia en la familia de un pariente en primer grado afecto de depresión o adicto al consumo tóxico donde hallaron 55% y 26% en controles. La presencia de depresión o toxicomanía en dos o más generaciones consecutivas en una familia se definió como historia familiar generacional hallando 50% en comparación con el 13% del grupo control. Finalmente saturación familiar que se definió como la presencia en una familia de tres o más parientes (primero y/o segundo grado) afectos de alguna adicción o trastorno depresivo (Toro y Vilardell, 1987).

Otro estudio mencionada fue el de Piran y cols., realizado con 47 anoréxicas. Encontraron que un 50% de estas pacientes tenían por lo menos un familiar en primer grado, que ha sido hospitalizado por depresión o ha recibido medicación antidepresiva; así mismo se detectó alcoholismo en el 27% de la muestra.

En esta línea se pueden citar varios estudios, que no tendría sentido comentar a detalle; pues todos coinciden en la existencia de tasas significativas en trastornos afectivos en familiares de primer y segundo grado en pacientes afectas a los trastornos de la ingesta en general; que sólo son comparables con los obtenidos en las familias con pacientes que sufren trastornos afectivos, resultando en un factor predisponente para la anorexia (Toro y Vilardell, 1987).

Al analizar la historia familiar, se observa que en generaciones anteriores también ha habido un número significativo de familiares “faltantes”, ya sea porque murieron, se divorciaron, o por alguna otra razón desaparecieron o abandonaron la familia. Es decir,

existe una gran probabilidad de que uno o los dos progenitores de la anoréxica (y si no ellos, los abuelos), hayan perdido uno de los padres, y a veces hasta los dos, casi siempre antes de los 14 años. Esta pérdida por lo general habrá sido soportada, como cualquier otra adversidad, con una actitud de control emocional, ya que como norma no deben existir los sentimientos y la pena no debe manifestarse (Duker y Slade, 2003).

Además encontraron que el árbol genealógico de los enfermos suele revelar una alta incidencia de personas incapacitas, ya sea físicamente o debido al alcoholismo, y hay el doble de probabilidades de que estos miembros imposibilitados hayan sido los varones. Aquí es común que la abuela (o bisabuela) quien podría ser considerada una mujer emocionalmente frágil; no tiene más alternativa que asumir un gran control, ser independiente y tener éxito, gracias a su arduo trabajo y decisión de mejorar mucho su propia situación y la de sus vástagos. Por tanto, es muy común que el éxito o la supervivencia se hayan logrado muchas veces contra factores muy desfavorables; y sin importar las adversidades que haya habido, o la generación en la que hayan ocurrido, la respuesta de esta familia ha sido concentrarse con más fuerza, y exigir a sus miembros grandes virtudes, lealtad y autocontrol.

Respecto a esto Duker y Slade (2003) refieren que dentro de las familias de las anoréxicas suele existir una ausencia de hijos varones que llenen las aspiraciones de la éstas; es decir que son cierta clase de “fracasados” según las normas familiares; por lo cual la hija siente una mayor obligación de salir adelante haciendo caso omiso constantemente de sus anhelos, necesidades y sentimientos, quedando sin una idea clara de sus propias preferencias personales.

En otros estudios se ha buscado la presencia de anorexia nerviosa en los padres de las pacientes; por ejemplo Kalogy y cols., en 1977 encontraron que el 16% de las madres y el 23% de los padres de sus pacientes contaron con antecedentes de un peso excesivamente bajo en la adolescencia, cierta hiperactividad, hábitos dietéticos y alguna valoración negativa. Sin embargo no se ha revelado de modo significativo la presencia de anorexia nerviosa en los padres y la concordancia madre-hija es sumamente rara (Toro y Vilardell, 1987).

A este respecto Duker y Slade (2003) menciona que los padres suelen exigir gran capacidad, empeño y éxito de sus hijas; casi nunca fomentan en ellas la frivolidad o

feminidad, la destreza intelectual es aceptable en ellas, pero no las banalidades. Cabe señalar que en las familias de las enfermas se cultivan el ejercicio y los deportes como adecuadas maneras de sobresalir.

En cuanto a la prevalencia de anorexia en las hermanas de anoréxicas Garfinker y Garnen en la revisión de 3 trabajos en 1982 encontraron porcentajes oscilantes entre el 3,1% y el 6,6%; cifras significativas al superar las tasas de la población general. Sin embargo los estudios anteriores se pueden interpretar bajo un enfoque ambiental y no tanto genético al buscar la causa de la anorexia.

Un estudio que trató de dar respuesta a dicha incógnita fue el de Holland y cols en 1984 donde se indica (Toro y Vilardell, 1987) explícitamente que ningún mecanismo psicológico parece explicar la concordancia observada en los 9 pares monocigotos y en el par de dicigotos que comparten la anorexia. Las circunstancias y cursos evolutivos del trastorno anoréxico sufrido por tales pacientes excluyen, a juicio de los autores, las hipótesis de inducción utilizada a menudo para explicar la anorexia sobrevenida en más de un miembro de la familia. En consecuencia, parece poder hablarse de disposición o vulnerabilidad genética para dicha enfermedad; o que dicha determinación genética actuara sobre el área de la personalidad.

Dentro de los diferentes estudios sobre las variables genéticas Vandereycken y cols., (1991), encontraron cifras que van del 30% y 50 % en gemelos homocigotos en cuanto a la anorexia nerviosa. Sin embargo, éstos datos no pueden descartar la influencia psicosocial, pues serían necesarios otros trabajos con los homocigotos educados separadamente; por lo que actualmente no existen pruebas suficientes que apoyen la hipótesis de que ciertos factores genéticos desempeñan un papel determinante en la anorexia nerviosa.

Finalmente en éstos estudios, las cifras obtenidas oscilan entre el 46% y el 75% en gemelos monovitelinos y sólo en los dicigóticos se mueve entre el 0% y el 11%; dado lo anterior si se aceptara una interpretación ambientalista (Toro y Vilardell, 1987) implicaría que por lo menos en lo que concierne a la anorexia, el ambiente psicosocial actúa mucho más diferencialmente en las parejas genéticamente no idénticas que en las idénticas; interpretación que necesariamente deja a un lado el presupuesto de homogeneidad ambiental que rige las investigaciones gemelares.

### **Dinámica familiar en las pacientes bulímicas**

Las personas bulímicas han aprendido o se han predispuesto a utilizar el alimento como un medio de abordar el estrés o los conflictos emocionales, sin embargo, se observa cómo las ideas y valores de éstas personas acerca del alimento y del control de peso, provienen de creencias ordinarias que comparten con familiares, colegas y amigos.

Sherman y Thompson (1999) en su libro “Bulimia: una guía para familiares y amigos”, habla de que en ciertas familias hay mayor predisposición a “crear” hijos bulímicos más que otras, al ser de utilidad para la dinámica familiar; teniendo como factores comunes:

1. Comunicación deficiente o destructiva, donde no se modelan o alientan salidas saludables para la expresión emocional.
2. Los problemas de adicciones (alcohol y/o drogas) son comunes implicando así mismo una carencia de control de impulsos.
3. Se concede dentro de ésta una gran importancia a las dietas, la alimentación, el peso o al atractivo físico.
4. Se alienta el “síndrome de la niña buena” al promover que la joven deje a un lado sus propias necesidades al cumplir las expectativas de los padres.

Aunando con lo anterior, el mismo autor menciona que la bulimia cumple un determinado propósito dentro de la familia y este puede ser:

- ★ Distraer a los miembros de la familia de otro problema “real” como un divorcio, una muerte de un familiar, etc.
- ★ Obtener la atención que necesita a falta de una expresión emocional abierta.
- ★ Expresar poder y control dentro de su familia, ya que nadie puede impedir que se exceda en la comida y se purgue.
- ★ Ayudar a la familia a manejar aspectos de separación, individualización y apego; ya que la bulimia justifica la necesidad de control e impide la autonomía que generalmente se da en la adolescencia.

Para finalizar Root y cols (citado en Sherman y Thompson, 1999) describen tres tipos comunes de familias con bulimia; la primera de ésta es la familia perfecta donde la apariencia y reputación son de gran importancia, por tanto se ocultan y/o niegan los

secretos o problemas familiares, donde además existen ideas claras y rígidas acerca de los logros que se espera los miembros acaten.

La familia perfeccionista al luchar por la perfección, presiona a la niña para alcanzar el éxito. Las niñas “buenas” deciden no defraudar a la familia, deben sacar buenas calificaciones, no dar disgustos ni preocupaciones a sus padres; no dañar los sentimientos de nadie y por supuesto no defraudar nunca. Viven creyendo que “lo que piensen los demás es lo más importante”. El resultado de crecer en una familia perfeccionista es una tendencia a ser excesivamente autocrítica y autocensurante cuando no se cumplen las reglas que se han establecido (Arenson, 1991).

La segunda es la familia sobreprotectora, que carece de una confianza básica en la capacidad de los otros miembros de la familia para cuidarse así mismos; al creer que nadie fuera de ésta es digna de confianza, por lo que no se alienta a los hijos a ser autónomos e independientes.

Arenson (1991) refiere que al ser la familia tan unida actúa como una lapa, donde cada miembro es un esclavo de las ideas: “nosotros contra ellos” o “unidos triunfamos, divididos fracasamos”. No tienen vidas propias, la intimidad no es de honor ya que cualquiera puede entrar en cualquier momento, y nada se puede hacer para evitarlo; pues se cree que los asuntos personales corresponden a todos. Por tanto no existen límites, no hay secretos y se crece con la creencia de ser responsable de la felicidad de los demás sobretodo de las figuras paterna y materna.

Finalmente la familia caótica que carece de estructura y estabilidad, los padres generalmente no están disponibles y los hijos se crían solos; figura el abuso de sustancias. Las reglas por lo mismo son inconsistentes, a diferencia de las dos anteriores las emociones, especialmente el enojo se expresan con más frecuencia y de manera incontrolada e inadecuada.

Respecto a esta categoría Arenson (1991) agrega dos clasificaciones más la familia crítica y la distante. La primera es aquella en donde uno oye siempre lo que hace mal pero nunca lo que hace bien. Los padres críticos a menudo maltratan a sus hijos física o verbalmente. Al ser rebajada y puesta en ridículo hace que la niña se sienta pequeña y desvalida; pues haga lo que haga, nunca será suficiente. Algunas de estas niñas infelices deciden que nunca serán lo bastante buenas y crecen contentándose con una vida mediocre

de callada desesperación. Otras construyen un muro de ellas y los demás. Temen confiar, así que se vuelven extremadamente independientes y parecen confiadas y afortunadas, a pesar de que luchan constantemente contra su culpa y vergüenza interiores que no pueden compartir con nadie.

Un concepto erróneo muy común manejado dentro de esta familia es que sentirse triste o llorar es un signo de debilidad, por lo que algunas personas aprenden a no comer para anularlo. Así las anoréxicas dominan su rabia y su desesperación pasando hambre; ya que para ellas, comer es sentir, y sin ira se convierten en una “persona que agrada a la gente”.

En cuanto a la familia distante el autor describe que le puede considerar también como una familia perfeccionista o crítica. El contraste de este sistema es la ausencia de participación emocional, son físicamente reservadas, raras veces se abrazan, se besan o se tocan, y puede que también se abstengan de utilizar expresiones de calor y ayuda. Evitan expresar su cólera abiertamente o hablar de sus sentimientos, se limitan solo a vivir. Así que cuando la persona se encuentra en una situación agobiada por los sentimientos, de dolor o indefensión, suelen abusar de la comida, empiezan automáticamente a darse comilonas o a pasar hambre para anular sus sentimientos.

Para Stierlin y Weber las familias que presentan casos de anorexia y bulimia tienen mucho en común, pues son sistemas sumamente cerrados que bloquean la coindividuación y coevaluación de todos los miembros de la familia. Mantienen un credo familiar que consolida la sobreprotección sobretodo en la comida, las funciones corporales y la apariencia externa. Se hace marcado hincapié en la importancia de los logros o realizaciones personales, así como pautas extremas y polarizadas en el pensamiento, sentimientos y evaluación; no existiendo ningún tercer camino alternativo.

Beavers (Stierlin y Weber, 1990) menciona que las familias con miembros bulímicos, se encuadran dentro del tipo de familias centrípetas fronterizas; donde las tendencias caóticas, excéntricas y destructivas que se generan bajo la superficie son controladas por mecanismos rígidos y restrictivos.

### **Dinámica familiar en las paciente anoréxicas**

Stierlin y Weber (1990) menciona que las familias se caracterizan por lazos particularmente fuertes a través de varias generaciones, donde el autosacrificio y la renuncia personal desmeritan el proceso de coindividuación y coevolución. La unión familiar se refuerza por la proporción elevada de tempranas separaciones y pérdidas repentinas como desastrosas; que se pueden observar a lo largo de las generaciones, el miedo a estos sucesos se transforma en interés y responsabilidad por los otros que tiende a centrarse en el bienestar físico.

Esto es porque se cree que en general, es mejor vivir de acuerdo a las expectativas de los demás y ajustándose a las normas impuestas; por tanto el autocontrol se generaliza en cada aspecto de la vida familiar (comida, sexualidad, etc.).

Una característica típica menciona por el autor es su sentido de justicia; que consiste en dar un trato igual a todos los integrantes de la familia, “evitando” las alianzas abiertas dentro de la familia, y donde las preferencias o injusticias (temporales o permanentes) son negadas.

Este modelo de educación, es tomado de los padres de las pacientes de sus propios progenitores, con frecuencia éstos aceptaron los deseos y expectativas de aquellos. Además suelen ser los que cuidan a los padres en su edad adulta; e interiorizan el credo familiar de autosacrificio, autocontrol, cohesión familiar y trato justo para todos sus miembros.

Los padres de las pacientes, suelen casarse relativamente mayores; optando por matrimonios donde el orden, la confiabilidad y la seguridad social estén asegurados antes que el amor, su preocupación principal es ser buenos padres por lo que la intimidad de pareja es irrelevante.

Dentro del marco de “muerte, deserción e incapacidad” en la historia de familia Duker y Slade (2003) descubren una tendencia a haber cierto sentimiento entre las madres de anoréxicas que la demás gente, en particular los hombres, no son dignos de confianza. La confianza en sí misma es esencial, sus hijas deben ser capaces de “arreglárselas ellas solas”.

Es así como la vulnerabilidad de sus hijos por lo general evoca dolorosos recuerdos de sus necesidades emocionales no satisfechas y la sensación de ser incapaz de manejar sus propios sentimientos, no solo hará que rechace las necesidades emocionales de su vástago; sino que también confirmara su convencimiento en el autocontrol. Esta actitud de soberbia, muy característica del progenitor emocionalmente controlado, apenas dará margen para que su hija exprese sus sentimientos, ya que esto amenazaría con perturbar el orden racional, despertando su temor de desatar un caos primitivo.

Describen que el padre de la anoréxica, muy a menudo no participa de la vida cotidiana de la familia; puede estar ausente por trabajar en otra ciudad, o encontrarse lejos física y emocionalmente. Casi siempre es austero y exigente o está absorto en su trabajo, y es dado a la crítica.

Autores como Minuchin, Rasnab y Baker en 1978, así como Stierlin y Weber (1990) han encontrado estabilidad en los matrimonios de los padres de hijas anoréxicas; algo que aparentemente no se aplica en la misma medida a padres de hijas bulímicas.

Por otra parte Stierlin y Weber (1990) retoman el concepto de Beavers al ubicar a estas familias entre las centrípetas fronterizas que se caracterizan por:

1. Poseer rígidas fronteras externas.
2. Se restringen los intentos de autonomía y separación, atribuyéndole importancia a la cohesión.
3. La familia debe de satisfacer las necesidades emocionales significativas; ya que el mundo exterior se considera una amenaza.
4. Se evitan los conflictos.
5. La coalición materno-paterna es sumamente eficaz y las relaciones con los progenitores se dan dentro de un modelo de dominación-sumisión.
6. Se asigna gran valor a las palabras.
7. Las familias recurren a terapia, pero suelen delegar sus problemas a los terapeutas.

A esto se puede agregar otra característica descrita por Minuchin, que es la ausencia de una jerarquía claramente definida y una estructura de liderazgo. Es así como en situaciones de crisis; los progenitores se sabotean entre sí, particularmente en cuestiones referidas a la crianza de los hijos (Stierlin y Weber, 1990). Dado esto, las luchas por el poder se emprenden “subterráneamente”; donde la abnegación es una manera de ganar

prestigio dentro de la familia, es así como Selvini Palazzoli menciona que dicho poder permite a este miembro de la familia moralmente “superior” accionar con eficacia la culpa.

Dentro de este ambiente subterráneo se encuentran también las divisiones, preferencia y favoritismos, debido a que son interpretados por el credo familiar como una forma de engaño y traición para la cohesión.

Algo que gran interés que Stierlin y Weber (1990) mencionan es que a través de las generaciones; la abnegación y autosacrificio, suelen manifestarse de manera exponencial sobretodo en las familias de las madres. En estudios realizados la bisabuela fue un ejemplo de virtudes, la abuela representó una figura de tolerancia y siempre pronta ayudar a los demás, la madre superó a éstas en su capacidad de sacrificio y altruismo. Y finalmente la hija anoréxica, que al interiorizar las exigencias de sacrificio; lleva dicho modelo a límites absurdos al negarse a comer, sobresaliendo entre sus predecesoras dándose así una “dinámica multigeneracional acumulativa” ya menciona por White en 1983.

Entre los datos biográficos de los padres de la anoréxica, o de sus abuelos y bisabuelos, se ve que hay casos clásicos de gran progreso económico; pero estas grandes fortunas, en cuanto a un mejor nivel social y económico, habrán sido obtenidas gracias al ahorro, dedicación, vidas frugal, austeridad y esfuerzo individual. Igualmente se sabe de personas que pasaron de la riqueza a la pobreza: datos biográficos que señalan que la lucha es o ha sido por recuperar el nivel y la respetabilidad perdidos, dicha situación aumenta la sensibilidad a la opinión ajena (Duker y Slade, 2003).

En otro punto, generalmente las anorexias son hijas únicas o tienen una hermana con la cual no existe mucha diferencia de edad, según Stierlin y Weber ambos casos son fuente de ambivalencia y tensión. En el primero la relación madre-hija está cargada de expectativas a una recompensa por su abnegación; en el caso de la hermana se agrega una marcada rivalidad que no se observa a simple vista debido al credo familiar. De manera característica suele darse esta historia de fuerte rivalidad entre hermanas a lo largo de varias generaciones.

## MÉTODO

**Objetivo:** Determinar el perfil sociodemográfico y psicosocial de una muestra de pacientes con anorexia y bulimia que se sometieron a un tratamiento en una clínica privada.

**Problema de investigación:** Conocer un perfil sociodemográfico y psicosocial diferencial de un grupo de pacientes con Bulimia y Anorexia Nervosas para colaborar en información para programas de prevención primaria

**Variables:**

De clasificación: Anorexia y Bulimia Nervosas.

**Definición conceptual**

**Anorexia nervosa.-** Se considerara que presenta dicha enfermedad a toda persona que cumpla los criterios del DSM-IV que son:

A) Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerado la edad y la talla.

B) Miedo intenso a ganar peso o convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.

C) Alteración de la percepción del peso o las siluetas corporales, exageración de su importancia en la auto evaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.

D) En las mujeres postpubertales, presencia de amenorrea: ejemplo ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos.

**Bulimia nervosa.-** Se considerara que presenta dicha enfermedad a toda persona que cumpla los criterios del DSM-IV que son:

A) Presencia de atracones recurrentes.

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

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

D) La auto evaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporal.

De respuesta: Perfil demográfico y psicosocial.

#### **Definición conceptual**

Perfil sociodemográfico y psicosocial.- Representación esquemática en forma de diagrama, de los resultados obtenidos por un individuo en cuanto a sus características demográficas, psicológicas y sociales.

**Tipo de estudio:** Descriptivo, de campo, ex post facto y longitudinal.

**Tipo de muestra:** No probabilística, autoseleccionada; de pacientes con anorexia y bulimia nervosas de población, N = 140; la cual se conformo en un grupo 1A con n = 76 mujeres con anorexia (49 del tipo purgativo y 27 del tipo restrictivo) y un grupo 2B con n = 64 mujeres con bulimia (58 del tipo purgativo y 6 del tipo restrictivo).

**Diseño:** Es un estudio de tipo descriptivo de dos muestras independientes con observaciones independientes.

**Instrumentos:** Se utilizaron los cuatro tipos de formatos que se aplicaron en la evaluación de la paciente al entrar a la clínica, de los cuales se obtuvieron los siguientes datos.

Evaluación Nutricional: estado civil, edad, IMC inicial, estado de peso, complexión, antecedentes heredo-familiares, historia familiar de trastornos de alimentación o adicciones, condiciones nutricionales relevantes, menarca, peso habitual, peso máximo, peso mínimo, peso ideal, peso deseado, episodios de comer compulsivo (cuando, alimentos y frecuencia), métodos de control de peso (dietas, purga, pastillas, ejercicios y cirugías) y complicaciones médicas a causa del trastorno.

Pre-admisión: escolaridad, historia personal del trastorno alimentario (edad de inicio, circunstancias y conducta característica), consecuencias físicas-emocionales-familiares, sociales y laborales, abuso de otras sustancias, examen mental, aspectos médicos (incapacidades físicas, padecimientos) e historia de trauma.

Cuestionario de actividades físicas: tipo de actividades físicas y frecuencia, áreas del cuerpo rechazadas.

Evaluación psicosocial: sentimientos asociados a la imagen corporal, historia familiar de padres y hermanos (edad, profesión, ocupación, personalidad, relación actual, relación en la infancia y adolescencia, actitud hacia la imagen corporal, uso de sustancias y frente al problema), ambiente familiar durante niñez y adolescencia, tres recuerdos de la infancia, sueños repetitivos, situaciones traumáticas, historia de relaciones de pareja (cantidad, duración y calidad) e historia sexual (orientación, inicio de actividad sexual, experiencias, consecuencias, cambio de valores, satisfacción, problemas debido al trastorno, embarazos, abortos, abusos, sentimientos asociados, comportamientos sexuales, obsesión por algunas personas, celos y arrestos).

**Procedimiento:** Se entregó el proyecto de investigación a la clínica privada para que se autorizara el acceso a los expedientes de las pacientes que han ingresado a dicha institución por diversos problemas, entre ellos alimentarios.

Al obtener el permiso se trabajó con los expedientes durante dos meses para la recolección de datos, los cuales fueron capturados en una base de datos con el paquete estadístico: Statistical Package for the Social Sciences ( SPSS).

## RESULTADOS

Las primeras referencias en cuanto a trastornos alimentarios, aparecen desde el siglo XVII, pero es hasta 1970 cuando se inicia el despegue definitivo de las explicaciones, investigaciones y tratamientos que pretenden buscar respuesta al incremento multiplicador de la frecuencia con que empiezan a aparecer (Serratos, 2000 citado en Castañeda 2005)

Actualmente en la búsqueda de esas respuestas, se ha trabajado arduamente en la creación de tratamientos; dejando rezagada la prevención primaria. Probablemente esto se deba a que tanto en la anorexia y mucho más en la bulimia, los cuerpos de las pacientes no muestran efectos inmediatos como en otras enfermedades y cuando llegan a presentarse, los especialistas llegan a confundir el diagnóstico con otras patologías como son: gastritis, estreñimiento, baja presión, etc.

Es por ello que el propósito de la presente investigación, fue establecer diferencias así como similitudes entre anoréxicas y bulímicas, a través de un perfil sociodemográfico y psicosocial con las 72 variables que se presentan a continuación, y que permiten identificar puntos revelantes que puedan utilizarse posteriormente en la creación de un programa preventivo; la ventaja de esta información es que se extrae de una población clínica con un diagnóstico claro dentro de los trastornos de la conducta alimentaria.

Para realizar el análisis de los datos se utilizó el programa SPSS 8.0 para Windows de la siguiente forma: 1) las variables nominales se decodificaron a numéricas para formar intervalos de tiempo o de categorías según fuera el caso; 2) se sumaron variables que podían englobarse en una sola categoría, logrando así una reducción significativa de éstas, ya que la base de datos contiene 530 columnas y 3) las variables fueron analizadas con distribución de frecuencias; excepto las que se relacionaban con tiempo o contenían varias respuestas para la misma pregunta, utilizándose para este caso la opción de respuestas múltiples

El lector, debe considerar que todas las representaciones gráficas indican tanto frecuencia como porcentaje; es importante tener en cuenta en la lectura de las mismas, que si se suman los porcentajes no dan el total de la muestra, esto es debido a que las evaluaciones no cuentan con todas las respuestas y no pueden ser completadas al ser datos de archivo. Por lo cual, solo se grafican los casos que muestran la conducta dejando a un lado los casos perdidos; ya que no se puede hacer una diferenciación entre: ausencia de la

conducta, una omisión del aplicador o una negativa por parte de la paciente en dar una respuesta.

Los resultados obtenidos se muestran de manera conjunta, con la finalidad de facilitar la observación de las diferencias y similitudes halladas entre los grupos. Así mismo la presentación se divide en dos partes; en la primera se describe la muestra en cuanto: tipo de trastorno, escolaridad, estado civil así como edad de internamiento. En la segunda parte el lector encontrará la descripción del perfil por grupos en el resto de las variables.

### Descripción de la muestra

Se utilizó una muestra total no probabilística autoseleccionada, con una N = 140 de mujeres internadas en una clínica privada a causa de un trastorno alimentario. La muestra se subdividió en un grupo con una n = 76 de mujeres con anorexia (49 del tipo purgativo y 27 del tipo restrictivo) y en otro grupo con una n = 64 de mujeres con bulimia (58 del tipo purgativo y 6 del tipo restrictivo) datos que se muestran en la figura 1

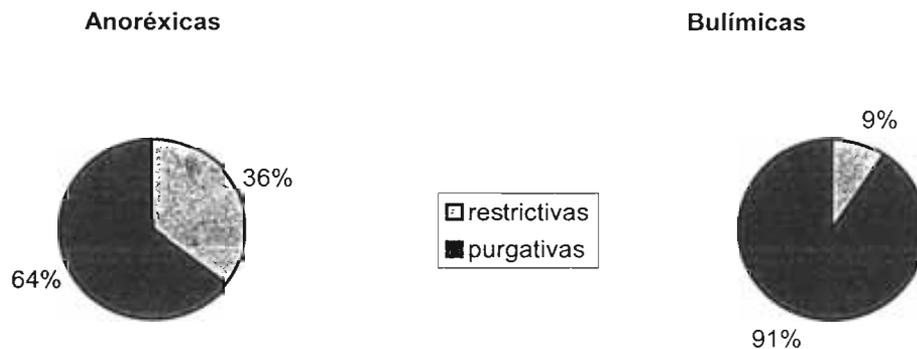


Fig 1. Distribución porcentual de la muestra por grupo

Se evaluó el grado escolar de las pacientes, como puede observarse en la figura 2 el nivel licenciatura obtuvo la mayoría en ambos grupos.

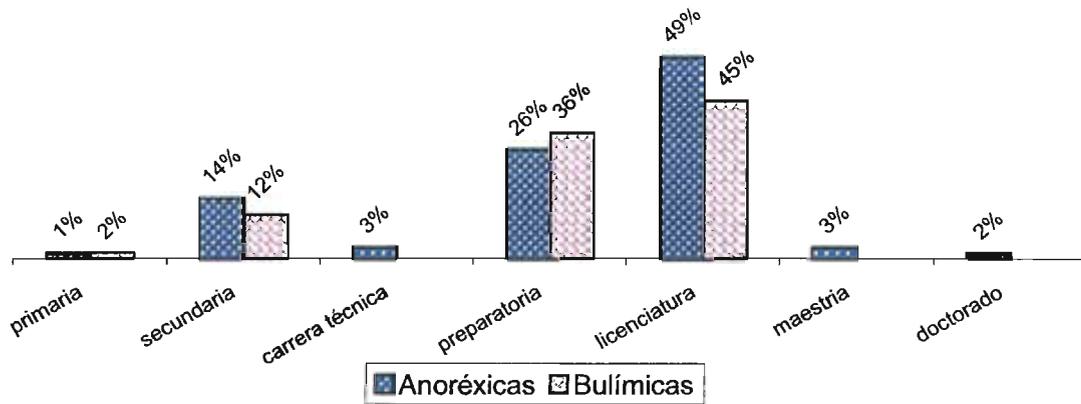


Fig 2. Distribución porcentual de la variable escolaridad por grupo

En la figura 3 se exponen los datos de la variable estado civil; donde los grupos coinciden en la categoría de soltera alcanzando los porcentajes más altos

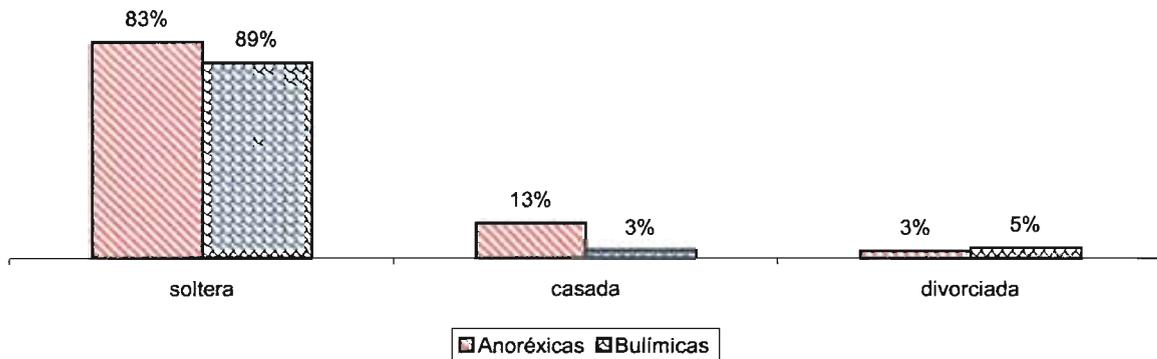


Fig 3. Distribución porcentual de la variable estado civil por grupo

Con respecto, de la edad al momento del internamiento, se puede observar en la figura 4 que el grupo de anoréxicas presenta porcentajes superiores en la mayoría de los intervalos; fue en el rango de 16 a 20 años donde se ubica el porcentaje mayor (26%); dicho intervalo también es el más alto para el grupo de bulímicas (52%). Aquí es importante resaltar los porcentajes de 17% (anoréxicas) y 8% (bulímicas) en el rango de 12 a 15 años,

pues nos indica la importancia de trabajar en grupos menores a 12 años en cuanto a conductas de riesgo en su alimentación.

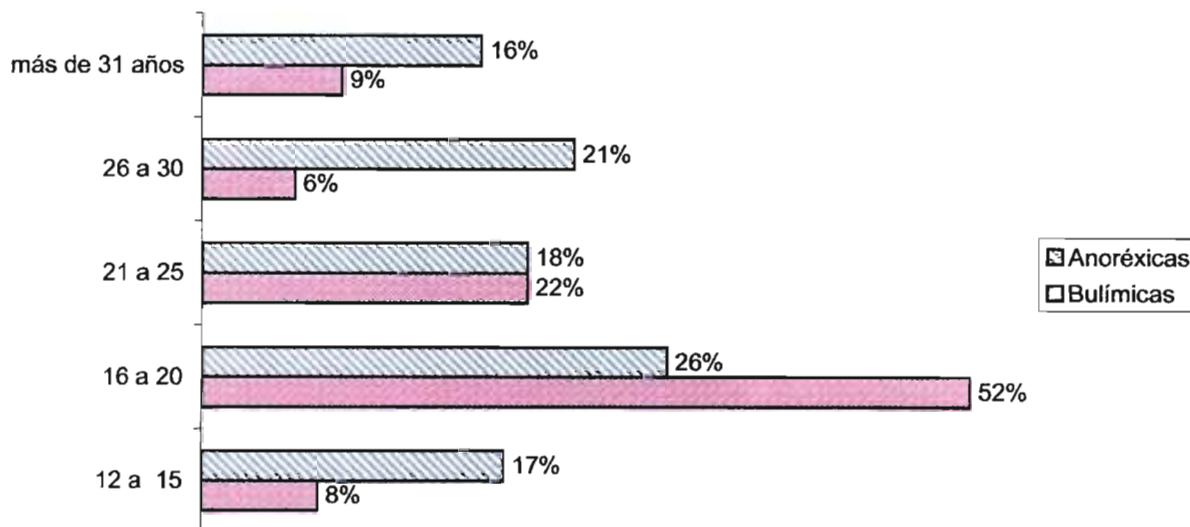


Fig 4. Distribución porcentual de la variable edad de internamiento por grupo

Se analizó la edad de inicio del trastorno de alimentación, encontrando que los grupos coinciden en el rango de 12 a 15 años, teniendo un porcentaje mayor el grupo con bulimia con 69% como puede observarse en la figura 5. Sin embargo, el grupo con anorexia obtiene un 7% en edades mayores a 21 años. Es importante remarcar el 11% y 13% que obtienen ambos grupos en el rango de 5 a 11 años como inicio de enfermedad, ya que al presentarse el síntoma a tan temprana edad puede traer repercusiones en su desarrollo

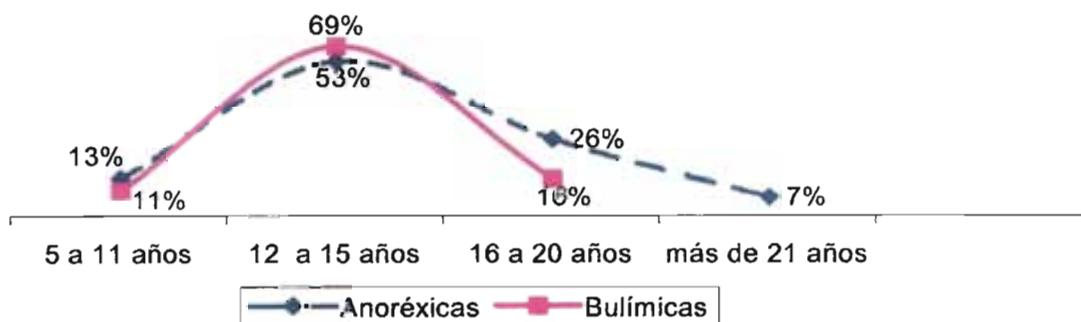


Fig 5. Distribución porcentual de la variable inicio de la enfermedad por grupo

### Descripción del perfil por grupo

#### 1. Manejo del peso

En esta área se encontrarán las fluctuaciones de peso que han sido manejadas por los grupos, permitiendo conocer pesos máximos, mínimos, así como sentimientos asociados a éstos. También se ubicará el peso habitual y si éste se relaciona o no con el peso deseado

En la figura 6 se observa en la variable peso actual (al internamiento), que las anoréxicas se ubican en un rango inferior (40 a 49.9 kg) en comparación con las bulímicas que obtienen un 42% en el rubro de 50 a 59.9 kg.

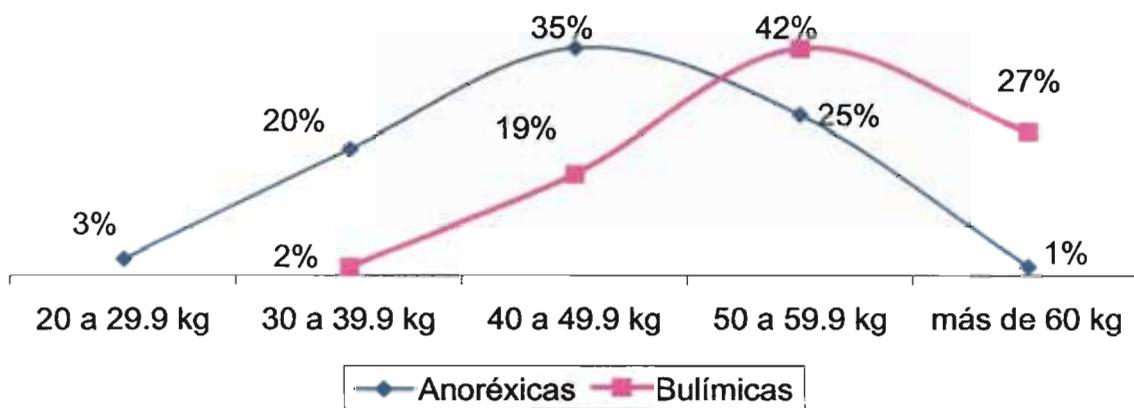


Fig 6. Distribución porcentual de la variable peso actual por grupo

En cuanto al índice de masa corporal al momento del internamiento, se puede observar en la figura 7 que el grupo con anorexia sobresale con un 39% en el rango normal y un 26% en desnutrición severa; en cuanto a desnutrición severa y ligera estos suman un 26%. En el caso del grupo con bulimia, éste coincide en el valor normal con un 58%, pero contrariamente al grupo con anorexia le continua el grado de obesidad 1 con 17%; dicha diferencia radica en el tipo de conducta alimentaria de los grupos.

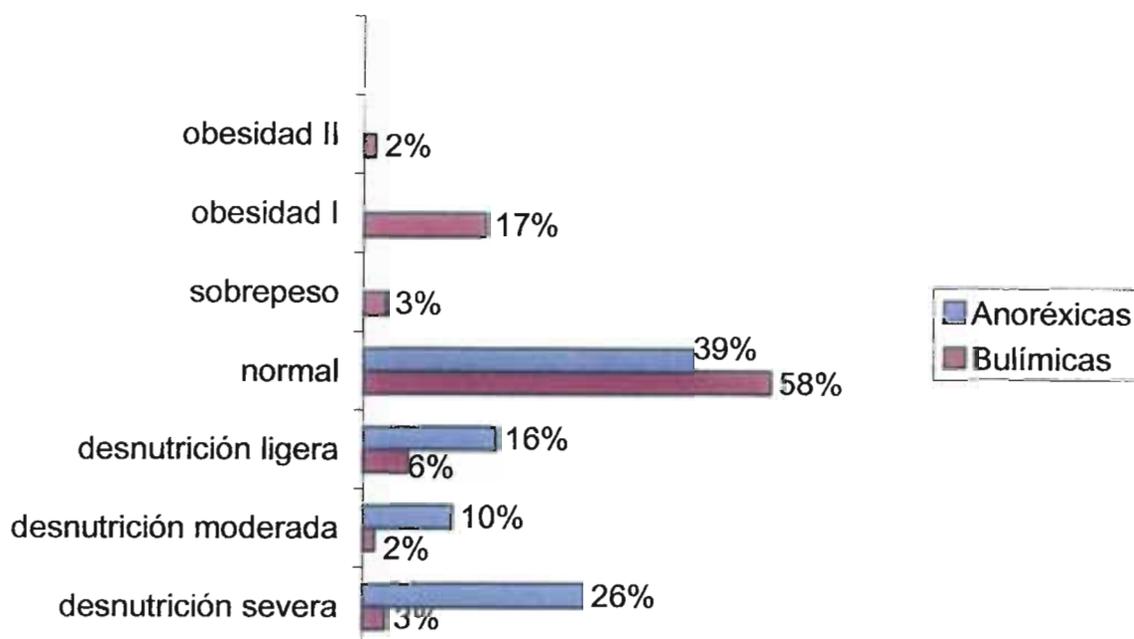


Fig 7. Distribución porcentual de la variable índice de masa corporal por grupo

En cuanto a la pregunta ¿Peso máximo obtenido durante el trastorno? Puede observarse en la Fig. 8, que la distribución de las anoréxicas se carga a la izquierda; mientras que el grupo con bulimia obtiene porcentajes mayores a la derecha. En este gráfico, se resalta el hecho de que un peso menor a 50 kg no se pueden considerar alto; sin embargo las anoréxicas obtienen un 15% en rangos inferiores, a comparación de las bulímicas que empiezan a reportar casos a partir de 50 kg.

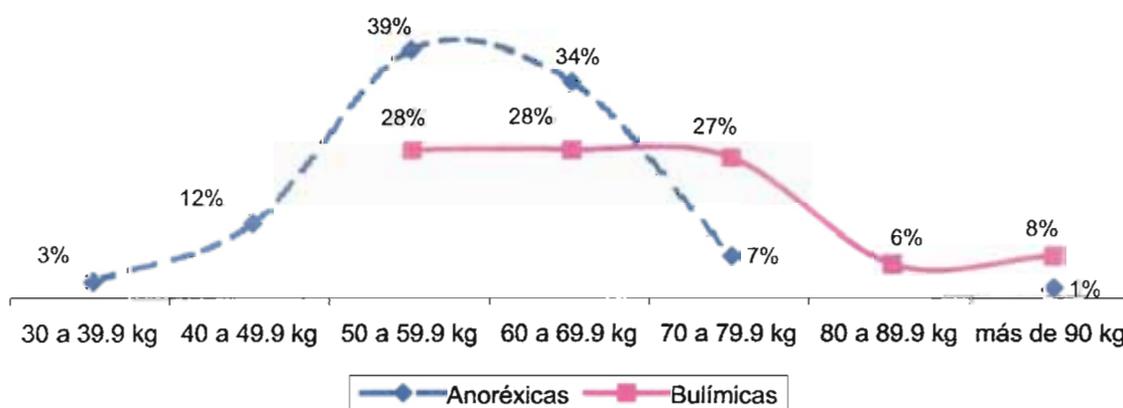


Fig 8. Distribución porcentual de la variable peso máximo por grupo

Con respecto a la actitud mostrada hacia el peso máximo se muestra en la figura 9 que el grupo con anorexia utiliza expresiones relacionadas con el peso seguidamente de un 18% en la opción malestar; en el caso de las bulímicas el rubro de sentimientos negativos así como el de malestar contienen porcentajes altos similares (25% y 22%).

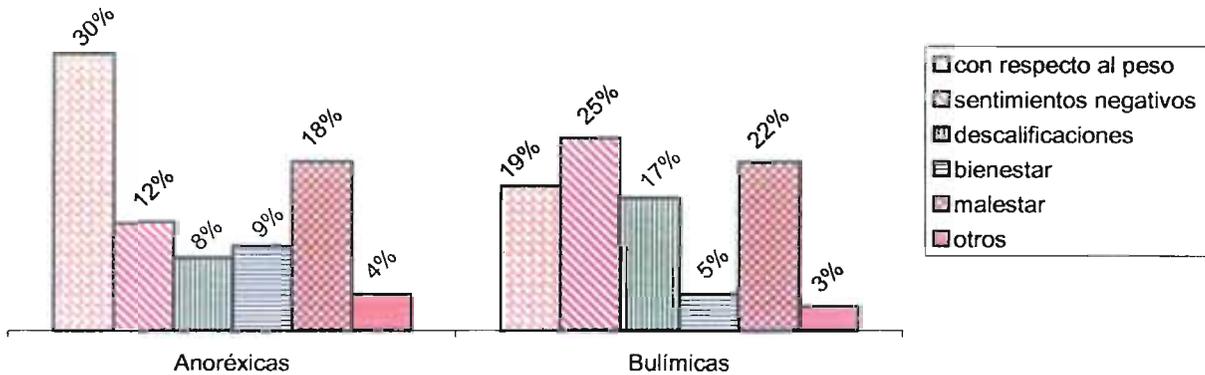


Fig 9. Distribución porcentual de la variable actitud ante el peso máximo por grupo

En relación con la pregunta ¿Peso mínimo obtenido en el trastorno? Se nota en la figura 10 que los valores para ambos conjuntos se unen en el rango de 40 a 50.9, la diferencia radica en que el grupo con bulimia se distribuye dentro de los intervalos de pesos mayores en comparación con el grupo con anorexia que de manera preocupante muestra un 39% de pacientes en pesos menores a 40 kg.

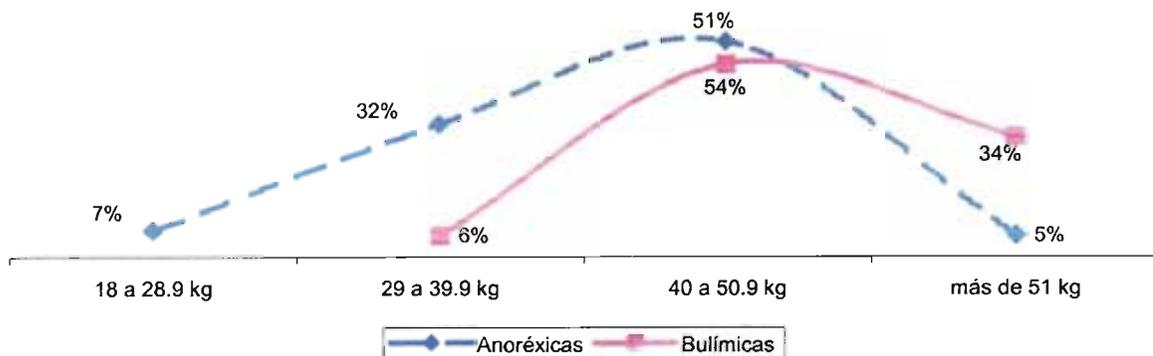


Fig 10. Distribución porcentual de la variable peso mínimo por grupo

En cuanto a la actitud mostrada respecto hacia el peso mínimo que las pacientes han tenido, puede verse en la figura 11 que ambos grupos vuelven a coincidir en el valor más alto; en este caso se encontró que las pacientes dijeron sentirse bien por mantenerse en un peso inferior.

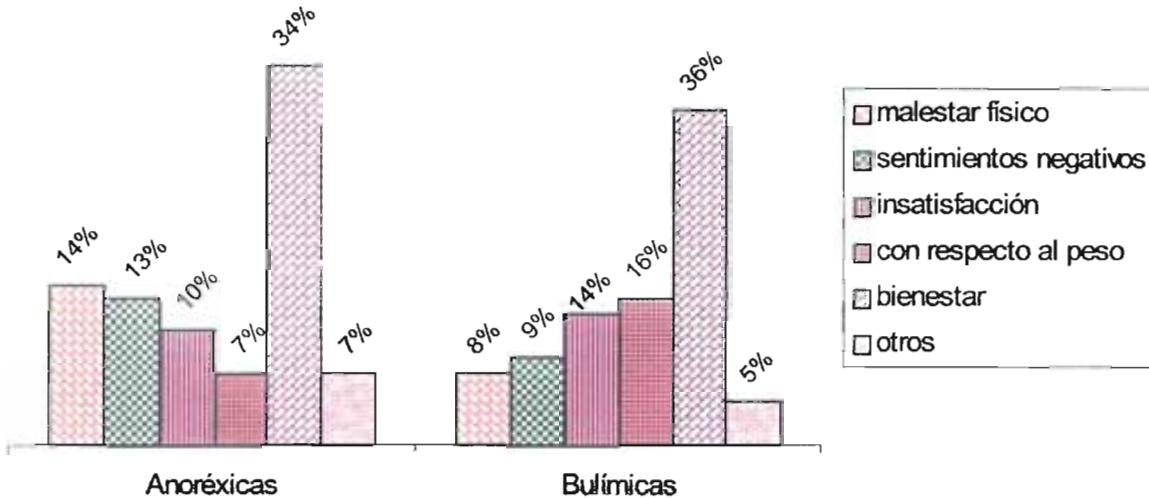


Fig 11. Distribución porcentual de la variable actitud ante el peso mínimo por grupo

También se preguntó por el peso habitual, en la figura 12 se observan los mismos intervalos que se encontraron para peso mínimo; nuevamente el grupo con anorexia obtiene una presencia del 47% en rangos de pesos menores a 50 kg en comparación con las bulímicas que obtienen tan solo un 15%.

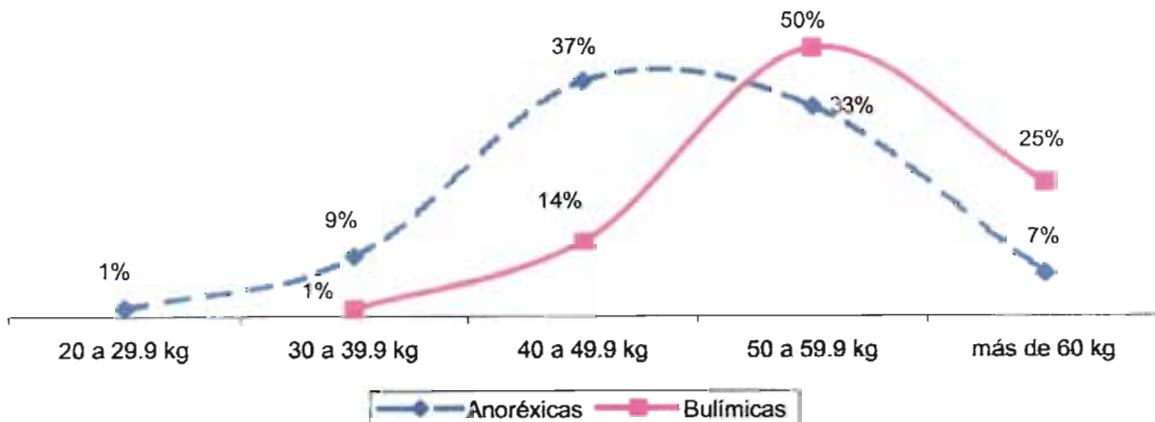


Fig 12. Distribución porcentual de la variable peso habitual por grupo

A continuación se observa en la figura 13, la distribución de la variable peso deseado; donde un 10% del grupo con anorexia desea pesos menores a 40 kg. Después se observa que un 49% de las anoréxicas y el 34% de las bulímicas les gustaría tener pesos dentro del rango de 40 a 49.9 kg; de hecho este rango es el punto de partida para el grupo de bulimia.

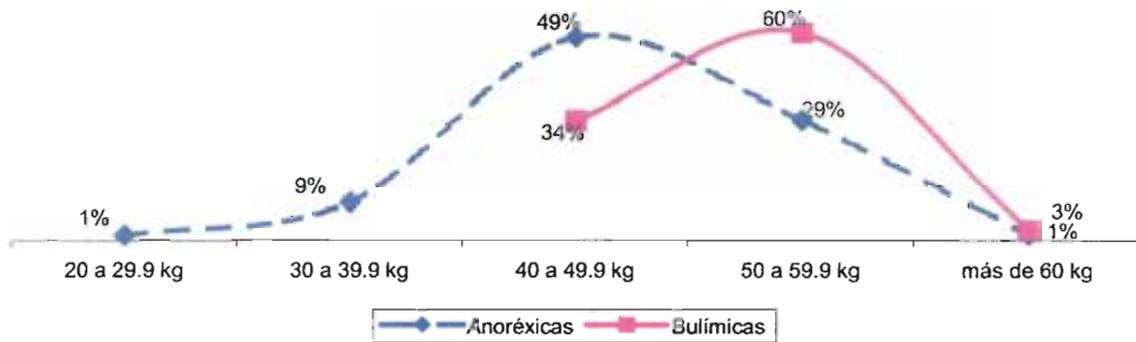


Fig 13. Distribución porcentual de la variable peso deseado por grupo

Debido a que el grupo con anorexia busca pesos menores respecto a las bulímicas, nos interesó conocer el tipo de complexión que tienen las pacientes. Encontramos en la figura 14, que el grupo con anorexia tiene el porcentaje más alto (29%) en una complexión pequeña y tan solo un 7% en la mediana; situación que se invierte en el grupo de las bulímicas. No obstante un 16% del grupo con bulimia comparte con las anoréxicas la complexión pequeña

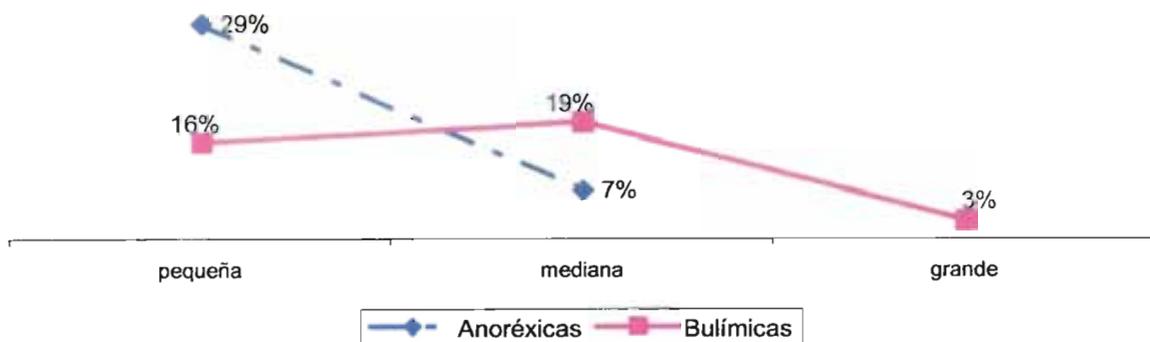


Fig 14. Distribución porcentual de la variable complexión por grupo

## 2. Control de peso

En la Fig. 15 se muestra la gráfica de distribución de frecuencia en la conducta de restricción de carbohidratos, grasas y proteínas; así como saltos de comida; puede verse que la práctica más frecuente para ambos grupos es la restricción de carbohidratos con 62%.

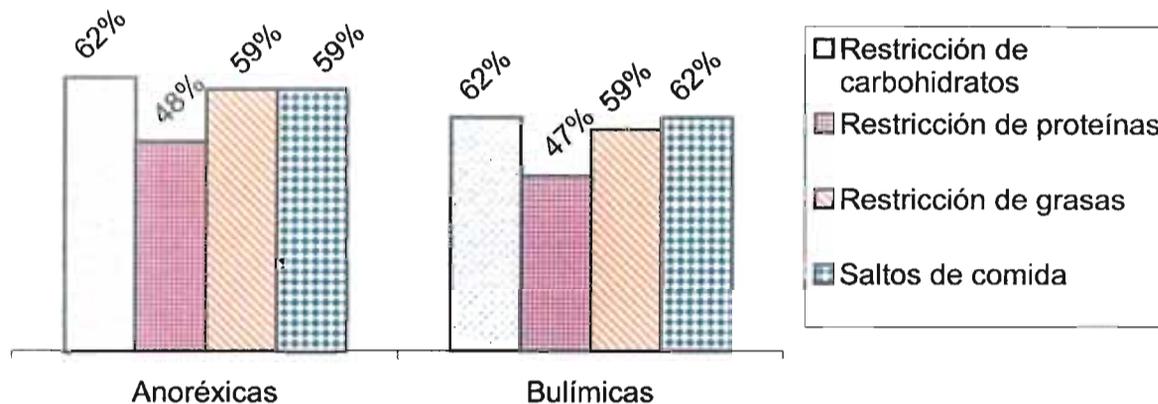


Fig 15. Distribución porcentual de la variable conductas de restricción y saltos de comida por grupo

A continuación se muestran para ambos grupos el resto de las conductas para control de peso, así como compensatorias (restricción de porciones, de calorías, dietas de moda, ayuno, vómito, escupir alimentos, diuréticos, laxantes, enemas, pastillas de mostrador y de receta) tomando en consideración el tiempo de ocurrencia de las mismas.

Dentro del grupo con anorexia las conductas más utilizadas fueron la restricción de calorías (86%) junto con dietas de moda (83%), restricción de porciones (77%), vómito (77%) así como ayuno (74%). Sin embargo el grupo con bulimia coloca al vómito (95%) junto con las dietas de moda (84%) y restricción de calorías (81%) con los porcentajes más altos. Ambos grupos manifiestan que estas conductas tienen una recurrencia de 2 a 5 años principalmente (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución porcentual de la variable control de peso por grupo

<i>ANOREXIA</i>	<i>1 a 6 meses</i>	<i>7 meses a 1 año</i>	<i>2 a 5 años</i>	<i>6 a 9 años</i>	<i>Más de 10 años</i>	<i>TOTAL</i>
Restricción de porciones	8%	14%	24%	10%	21%	77%
Restricción de calorías	5%	10%	32%	17%	22%	86%
Dietas de moda	1%	10%	21%	18%	33%	83%
Ayuno	7%	16%	26%	13%	12%	74%
Vómito	10%	13%	33%	12%	9%	77%
Escupir alimentos	10%	5%	3%	1%	1%	20%
Diuréticos	4%	7%	22%	5%	4%	42%
Laxantes	14%	18%	20%	9%	9%	70%
Enemas	---	4%	---	---	---	4%
Pastillas de mostrador	4%	13%	8%	3%	4%	32%
Pastillas de receta	3%	1%	5%	1%	1%	11%

<i>BULIMIA</i>	<i>1 a 6 meses</i>	<i>7 meses a 1 año</i>	<i>2 a 5 años</i>	<i>6 a 9 años</i>	<i>Más de 10 años</i>	<i>TOTAL</i>
Restricción de porciones	8%	9%	27%	25%	9%	78%
Restricción de calorías	3%	14%	31%	22%	11%	81%
Dietas de moda	2%	11%	27%	30%	14%	84%

<b>Ayuno</b>	8%	8%	27%	19%	8%	<b>70%</b>
<b>Vómito</b>	8%	11%	44%	20%	12%	<b>95%</b>
<b>Escupir alimentos</b>	9%	5%	3%	---	---	<b>17%</b>
<b>Diuréticos</b>	3%	12%	11%	3%	2%	<b>31%</b>
<b>Laxantes</b>	12%	14%	22%	5%	9%	<b>62%</b>
<b>Enemas</b>	---	6%	---	2%	---	<b>8%</b>
<b>Pastillas de mostrador</b>	5%	19%	16%	5%	3%	<b>48%</b>
<b>Pastillas de receta</b>	3%	9%	3%	2%	2%	<b>19%</b>

### 3. Conducta alimentaria

Se muestra que el grupo con anorexia emplea los rituales (84%) junto con la voracidad (82%) como las conductas más recurrentes en tiempos de comida; para el grupo con bulimia es la voracidad (94%) junto con la ingesta secreta de alimentos (93%) los de mayor porcentaje. Ocurre como en la tabla de control de peso que el intervalo de 2 a 5 años cuenta con el mayor porcentaje para ambos grupos

Tabla 2. Distribución porcentual de la variable conducta alimentaria por grupo

<i>ANOREXIA</i>	<i>1 a 6 meses</i>	<i>7 meses a 1 año</i>	<i>2 a 5 años</i>	<i>6 a 9 años</i>	<i>Más de 10 años</i>	<i>TOTAL</i>
<b>Voracidad</b>	10%	13%	34%	9%	16%	<b>82%</b>
<b>Ingesta secreta de alimentos</b>	13%	9%	22%	10%	14%	<b>68%</b>
<b>Rituales</b>	14%	17%	29%	12%	12%	<b>84%</b>
<b>Rumiación</b>	17%	9%	10%	4%	4%	<b>44%</b>
<b>Robar</b>	7%	5%	17%	5%	3%	<b>37%</b>

<i>BULIMIA</i>	<i>1 a 6 meses</i>	<i>7 meses a 1 año</i>	<i>2 a 5 años</i>	<i>6 a 9 años</i>	<i>Más de 10 años</i>	<i>TOTAL</i>
<b>Voracidad</b>	8%	14%	39%	16%	17%	<b>94%</b>
<b>Ingesta secreta de alimentos</b>	11%	8%	44%	11%	19%	<b>93%</b>
<b>Rituales</b>	3%	11%	34%	22%	9%	<b>79%</b>
<b>Rumiación</b>	14%	5%	20%	2%	---	<b>41%</b>
<b>Robar</b>	8%	14%	20%	5%	3%	<b>50%</b>

A continuación en la figura 16 se muestra la distribución de frecuencia de los alimentos consumidos, dentro de la conducta de atracón, que presentan ambos trastornos, encontrando que el grupo de anoréxicas ingiere alimentos que contienen carbohidratos y azúcares; mientras que el grupo de bulímicas tiende a los alimentos de carbohidratos con grasas como son pasteles, galletas, etc.

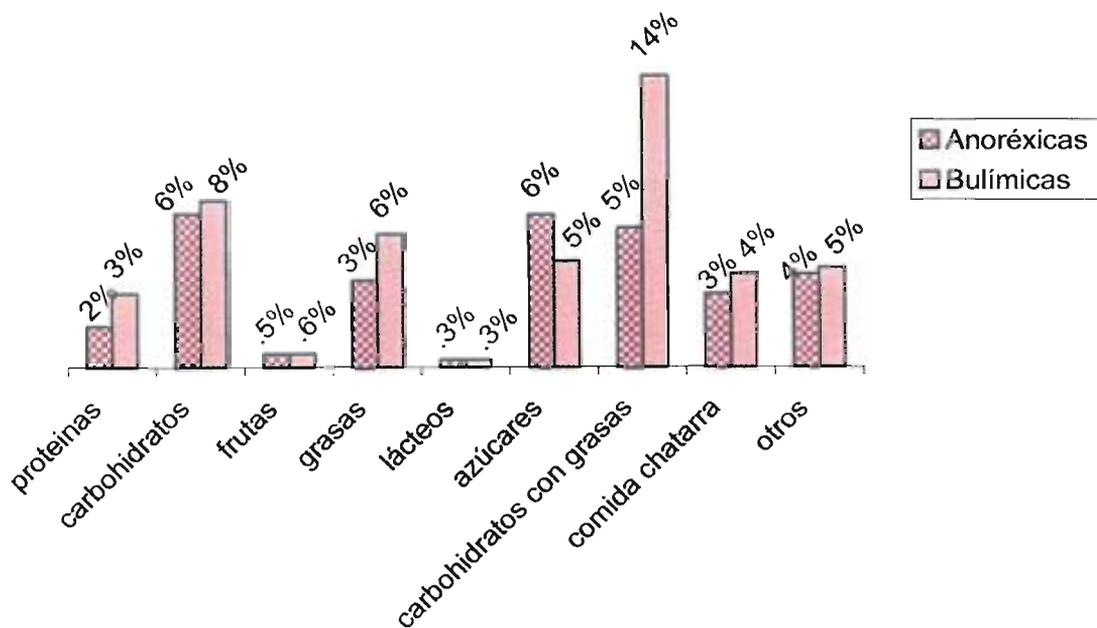


Fig 16. Distribución porcentual de la variable alimentos consumidos en atracones por grupo

#### 4. Uso de sustancias

A continuación se identifica para ambos grupos: el uso de sustancias tanto legal como ilegal relacionadas con el tiempo de consumo, el criterio de la familia a este respecto, la distribución de frecuencia de adicciones junto con una gráfica que ubica al familiar que obtiene la frecuencia mayor. Posteriormente se presentará un análisis específico, que incluye el tipo de problema; así como los familiares que se encuentran en esta situación.

Como se puede observar en la Tabla 3 respecto al uso de sustancias, ambos grupos presentan porcentajes mayores a 55% en el consumo de alcohol ocasional, en cuanto al uso de tabaco, éste se ubica en un 50% (anoréxicas) y un 72% (bulímicas); dentro de las ilegales es la marihuana con 21% y 35% respectivamente, la que obtiene porcentajes mayores con respecto al resto que van del 18% al 2%.

El tiempo de consumo no es definido en el grupo de anoréxicas, pues fluctúa a través de los intervalos, teniendo porcentajes superiores en el intervalo de 1 a 6 meses. Para el grupo con bulimia, los porcentajes de consumo son altos en todos los intervalos a comparación de las anoréxicas; lo que indicaría un mayor uso de sustancias.

Tabla 3. Distribución porcentual de la variable uso de sustancias por grupo

<i>ANOREXIA</i>	<i>1 a 6 meses</i>	<i>7 meses a 1 año</i>	<i>2 a 5 años</i>	<i>6 a 9 años</i>	<i>Más de 10 años</i>	<i>TOTAL</i>
<b>Alcohol ocasional</b>	4%	5%	13%	20%	17%	<b>59%</b>
<b>Alcohol intoxicación</b>	16%	---	3%	---	3%	<b>22%</b>
<b>Tabaco</b>	5%	4%	14%	10%	17%	<b>50%</b>
<b>Marihuana</b>	12%	4%	3%	1%	1%	<b>21%</b>
<b>Cocaína</b>	7%	1%	---	1%	---	<b>9%</b>
<b>Éxtasis</b>	4%	1%	---	1%	---	<b>6%</b>
<b>Anfetaminas</b>	5%	---	3%	---	3%	<b>11%</b>
<b>Alucinógenos</b>	1%	1%	---	---	---	<b>2%</b>

<i>BULIMIA</i>	<i>1 a 6 meses</i>	<i>7 meses a 1 año</i>	<i>2 a 5 años</i>	<i>6 a 9 años</i>	<i>Más de 10 años</i>	<i>TOTAL</i>
<b>Alcohol ocasional</b>	5%	3%	34%	16%	12%	<b>70%</b>
<b>Alcohol intoxicación</b>	12%	6%	8%	6%	5%	<b>37%</b>
<b>Tabaco</b>	3%	12%	33%	12%	12%	<b>72%</b>
<b>Marihuana</b>	19%	5%	8%	3%	---	<b>35%</b>
<b>Cocaína</b>	3%	3%	5%	2%	---	<b>13%</b>
<b>Éxtasis</b>	8%	2%	2%	2%	---	<b>14%</b>
<b>Anfetaminas</b>	2%	11%	5%	---	---	<b>18%</b>
<b>Alucinógenos</b>	3%	2%	---	---	---	<b>5%</b>

En la figura 17 se expone la distribución de frecuencia del “criterio de la familia” en cuanto al uso de sustancias, que indica una preferencia por la opción “rechazo”, pero solo en el caso de las anoréxicas esta tendencia es marcada, específicamente en la madre. En el grupo con bulimia este rechazo se distribuye de manera más homogénea entre los familiares de las pacientes.

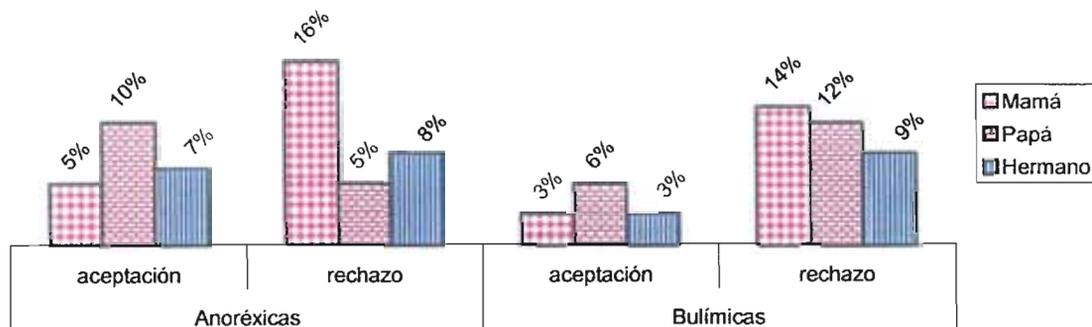


Fig 17. Distribución porcentual de la variable “actitud” de la familia en cuanto al uso de sustancias por grupo

Con respecto a los antecedentes familiares en adicciones, se encontró que la mayoría reporta al menos un familiar con alguna adicción (Figura 18)

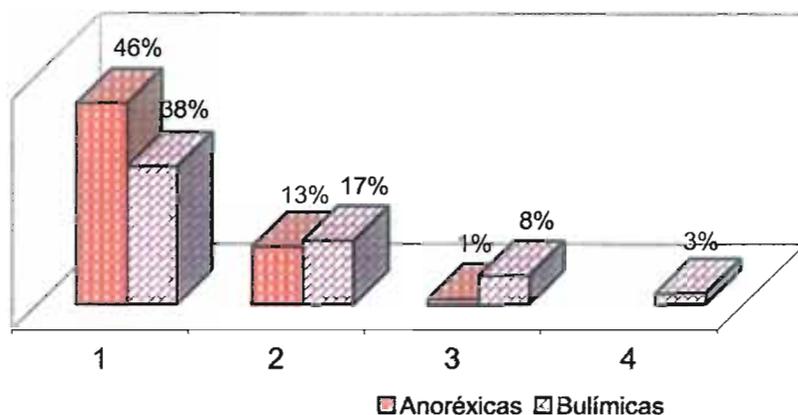


Fig 18. Distribución porcentual de la variable cantidad de antecedentes familiares en adicciones por grupo

En la distribución de la variable familiares con antecedentes en adicciones, se muestra en la figura 19 aunque en porcentajes pequeños que ambos grupos; se desenvuelven en un ambiente en donde el consumo de sustancias forma parte de la situación familiar.

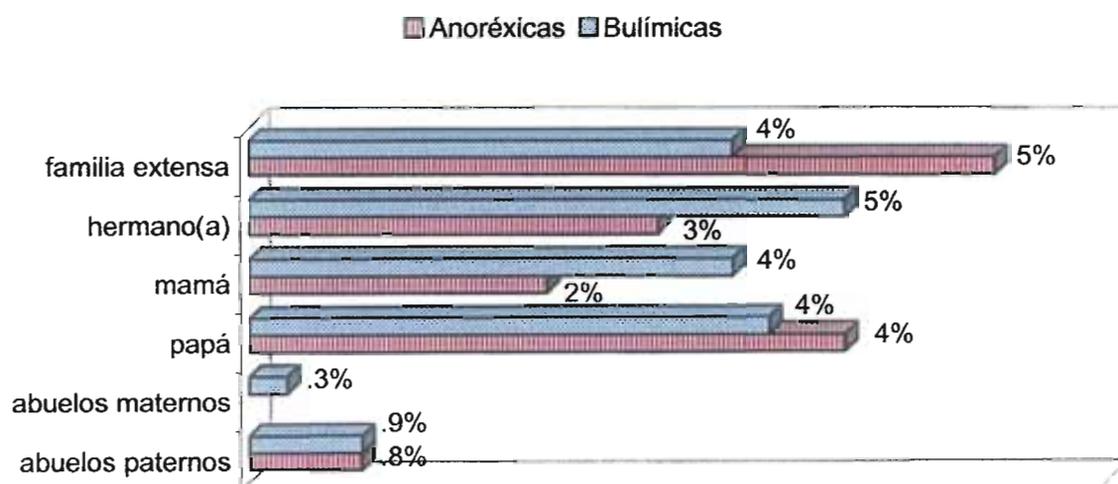


Fig 19. Distribución porcentual de la variable familiares con adicciones por grupo

En el siguiente gráfico (Fig. 20) se observa que para ambos grupos, el consumo de alcohol supera al resto de las opciones con porcentajes de 32% y 47% respectivamente.

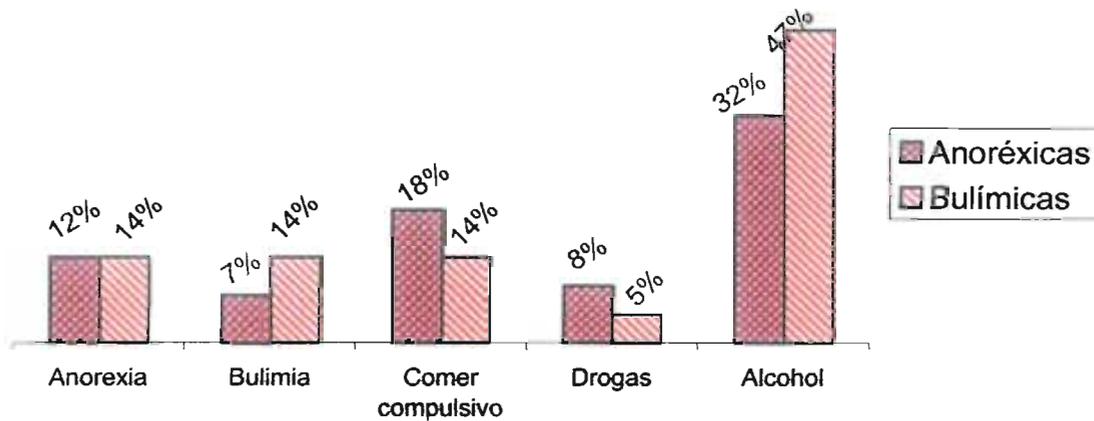


Fig 20. Distribución porcentual de la variables antecedentes familiares de trastornos de la conducta alimentaria y adicciones

A continuación se especificara por grafica el tipo de consumo, así como los familiares que padecen dicha condición. Tanto en la Fig. 21 y 22 es el grupo con bulimia quien tiene porcentajes mayores, resaltando el rubro de la madre con valores del 6% y 5%.

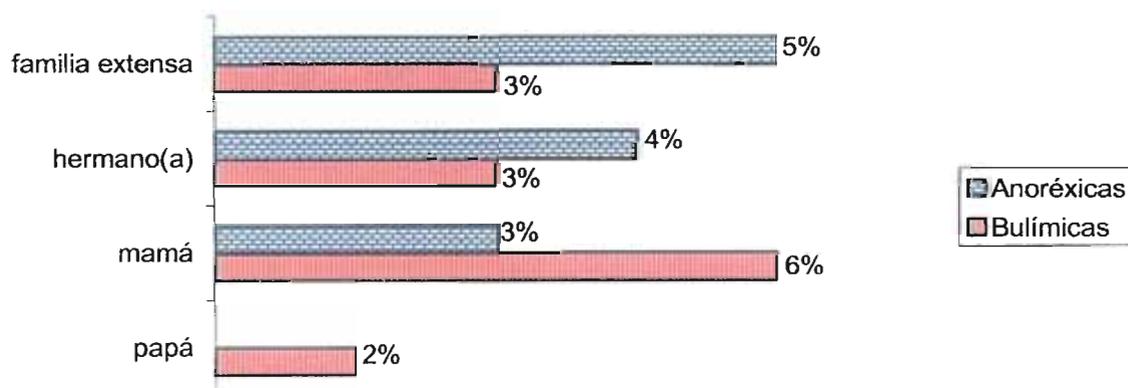


Fig 21. Distribución porcentual de la variable anorexia en familiares por grupo

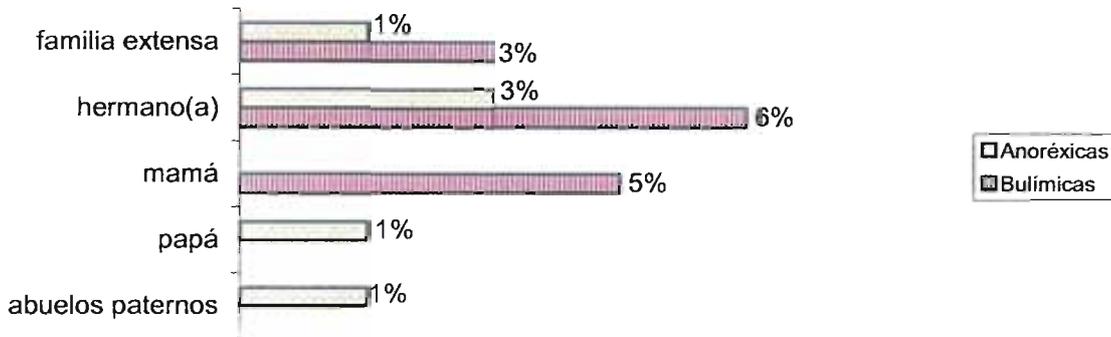


Fig 22. Distribución porcentual de la variable bulimia en familiares por grupo

Respecto a la variable comer compulsivo, se puede observar en la figura 23, que el grupo con anorexia obtiene un 4% más sobre el grupo con bulimia; en donde nuevamente la madre obtiene el porcentaje mayor dentro del grupo de anorexia con un 7%; en cuanto al grupo con bulimia es el hermano(a) con un 6%. Además los porcentajes obtenidos en la familia extensa, aunque son altos hay que recordar que estos valores se dividen entre primos y tíos.

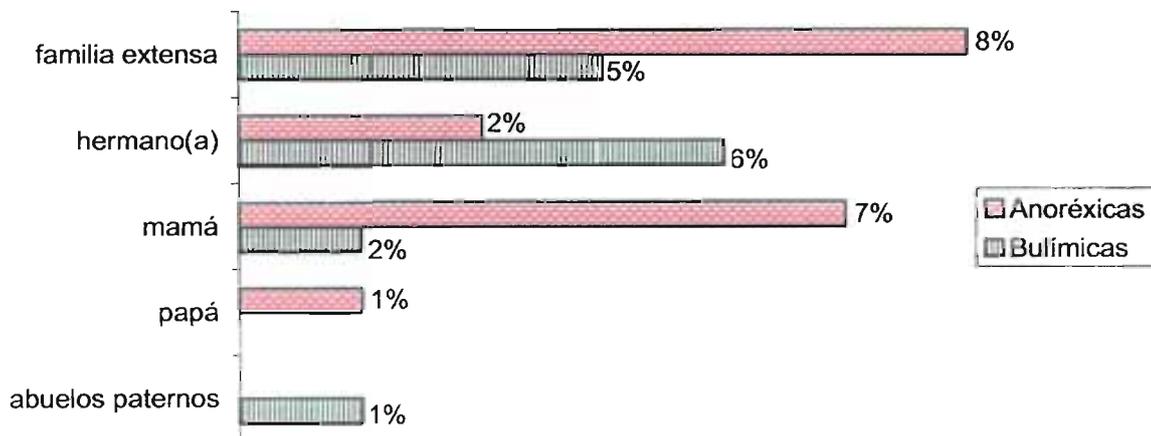


Fig 23. Distribución porcentual de la variable comer compulsivo en familiares por grupo

En cuanto al uso de drogas, se observa en la figura 24 que el grupo con anorexia obtiene un 7% dentro del rubro familia extensa; es de llamar la atención que en el caso del grupo con bulimia el 5% corresponde al hermano(a) situación de alarma si pensamos que un porcentaje de las familias tiene al menos un hijo con adicción a la droga y una hija con un trastorno alimentario

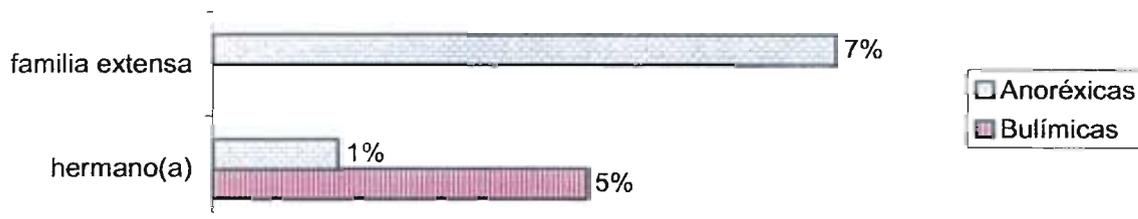


Fig 24. Distribución porcentual de la variable consumo de droga en familiares por grupo

Se observa que la figura 25, en cuanto a la variable consumo de alcohol en familiares que ambos grupos reportan los porcentajes más altos con respecto a las anteriores variables; llama la atención, que sea el papá, quien cuente con los porcentajes más altos de entre los demás familiares (18% y 20%)

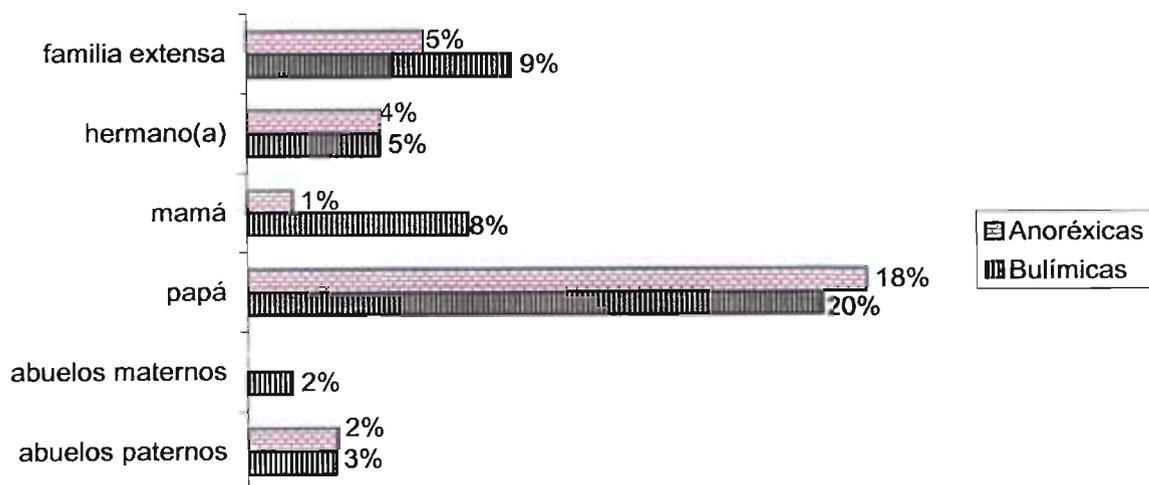


Fig 25. Distribución porcentual de la variable consumo de alcohol en familiares por grupo

### 5. Condición física

La figura 26 representa el total de síntomas con el que ingresan a la clínica y que se relaciona con el control de peso y alimentación, así como con el uso de sustancias, Entre los síntomas se encuentran: intolerancia al frío, uñas quebradizas, caída de pelo, lanugo, resequedad de la piel, rompimiento de huesos, hipertensión, taquicardia, bradicardia, edema, estreñimiento, problemas digestivos, nudillos lastimados, inflamación del esófago, etc. Puede observarse en este gráfico, un 40% de pacientes con anorexia que al ingreso tienen entre 15 a 20 síntomas; en comparación de las bulímicas que obtienen un 30% y un 31% en la opción de 21 a 26 síntomas.



Fig 26. Distribución porcentual de la variable total de síntomas al ingreso por grupo

En la figura 27 aparece la distribución de la variable complicaciones médicas, donde la categoría de mayor frecuencia es la de hospitalizaciones; situación esperada si se analiza la gráfica anterior en la que se observan el número de síntomas al ingresar.

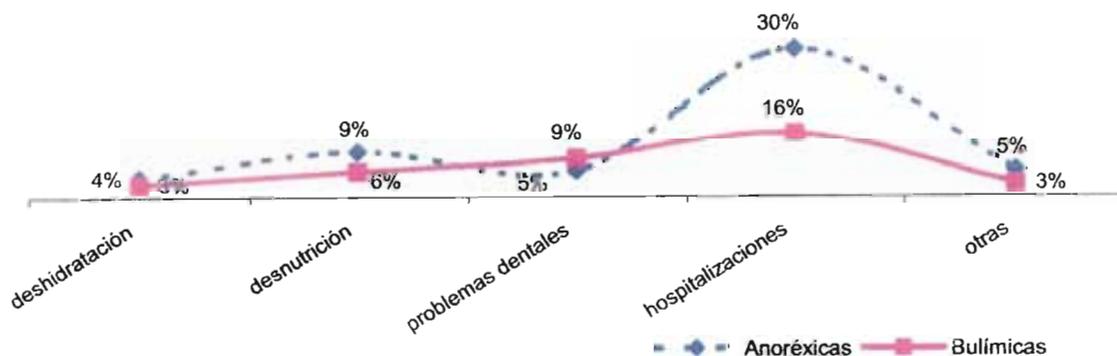


Fig 27. Distribución porcentual de la variable complicaciones médicas por grupo

Uno de los síntomas característicos de estos grupos, es la alteración de la menstruación. En la figura 28 se grafica la edad de inicio de la menarca; encontrando que el porcentaje mayor en los dos grupos fue en la edad de 12 años, dicho dato coincide con el dato de edad de inicio de la enfermedad (Figura 5)

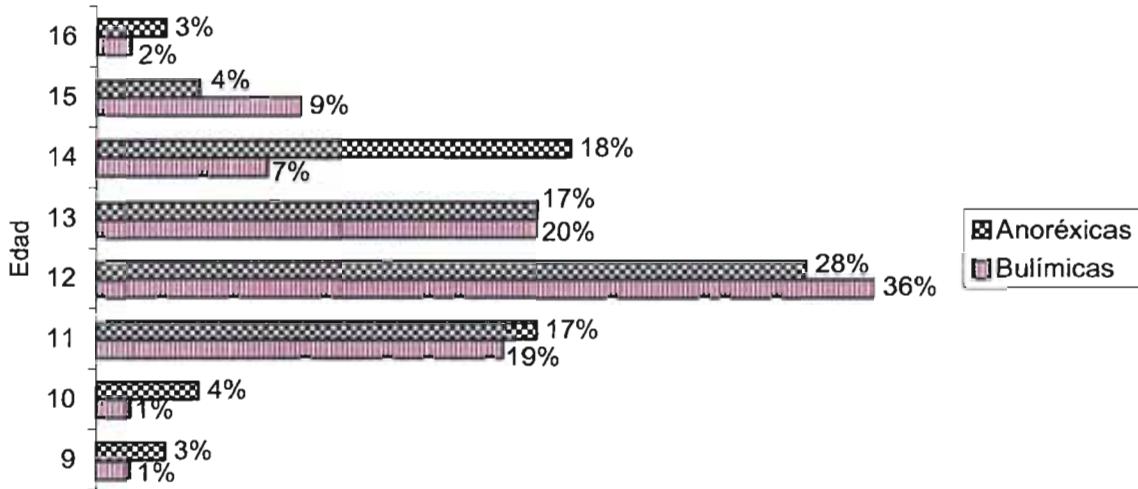


Fig 28. Distribución porcentual de la variable menarca por grupo

La alteración de la menstruación se muestra en la Fig. 29, donde el grupo con anorexia obtiene casi un 10% más alto sobre el grupo con bulimia. Situación esperada ya que las anoréxicas anulan sus niveles de grasa que son necesarios para dicha función hormonal



Fig 29. Distribución porcentual de la variable alteración de la menstruación por grupo

Esta alteración se presenta al menos en un periodo de 1 a 6 meses en ambos grupos. Sin embargo es considerable el 28% en el periodo de más de 2 años que se presenta en el grupo con anorexia, ya que implica el deterioro físico de las pacientes (Fig 30).

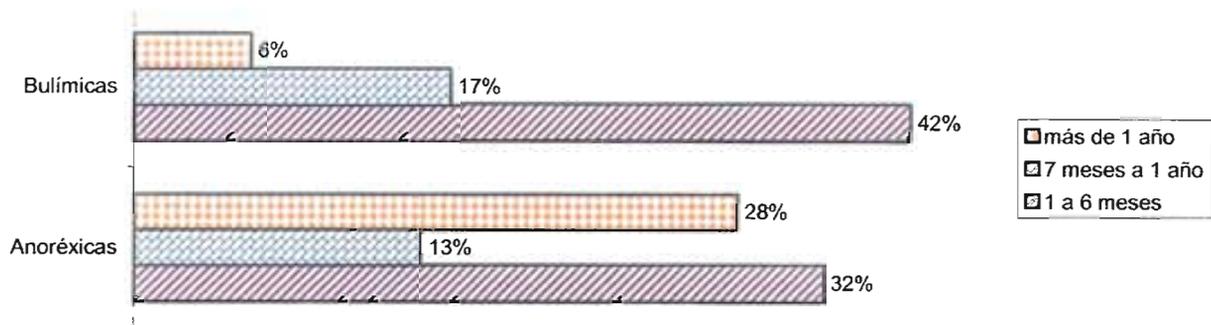


Fig 30. Distribución porcentual de la variable tiempo de amenorrea por grupo

## 6. Imagen corporal

Este aspecto necesitó un apartado, ya que permite ubicar el tiempo de la distorsión corporal de los grupos y el criterio de la familia en este rubro. Se agrega el aspecto del ejercicio, ya que esta actividad es utilizada principalmente como una manera de modificar el físico para lograr el peso deseado.

En cuanto a la distorsión ambos grupos presentan porcentajes importantes a partir del intervalo de 2 a 5 años como se observa en la figura 31.

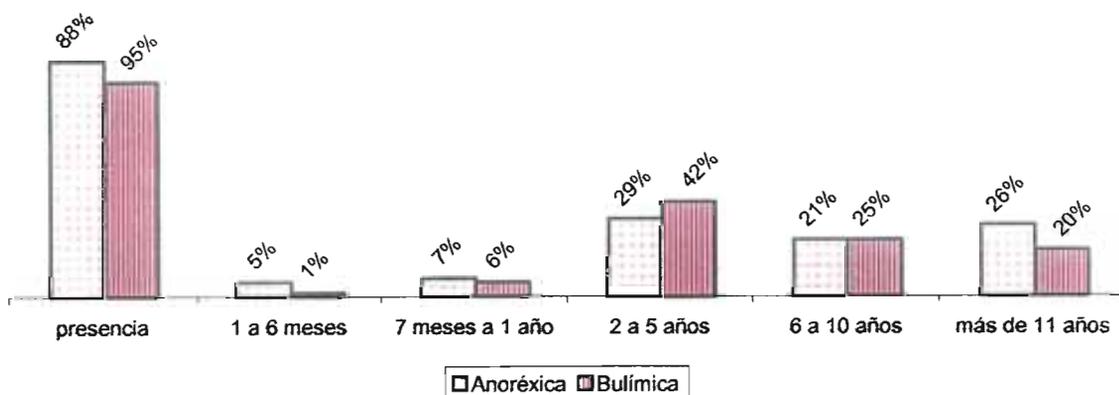


Fig 31. Distribución porcentual de la variable tiempo de distorsión en la imagen corporal por grupo

Dado que el problema presentó varios años de ocurrencia, fue interesante conocer la opinión de la familia a este respecto, así en la figura 32 se muestra que hay un interés en la apariencia física sobretodo en el caso de la madre (14% y 13% respectivamente)

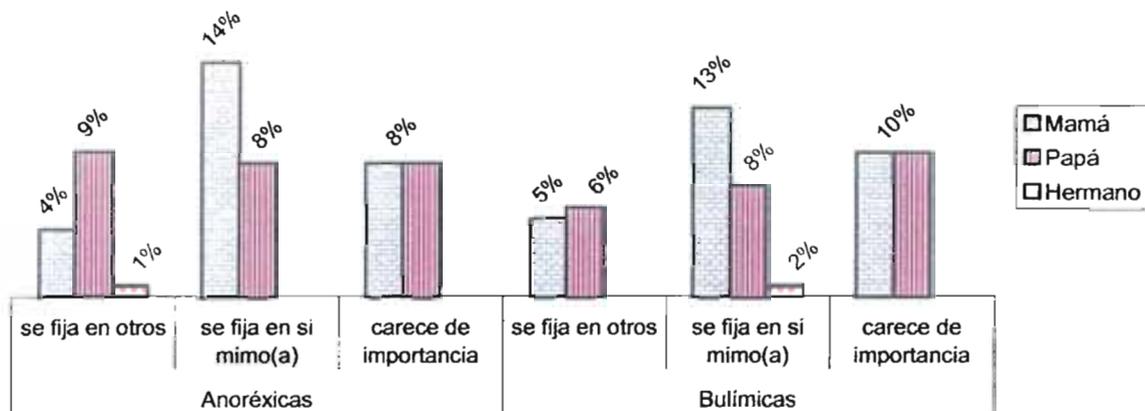


Fig 32. Distribución porcentual de la variable “actitud” de la familia en cuanto a imagen corporal por grupo

En cuanto a la parte del cuerpo más rechazada debido a la distorsión, se muestra en la figura 33 que son las piernas seguidas del abdomen donde se enfocan las pacientes, principalmente el grupo con bulimia presenta porcentajes superiores al grupo con anorexia.

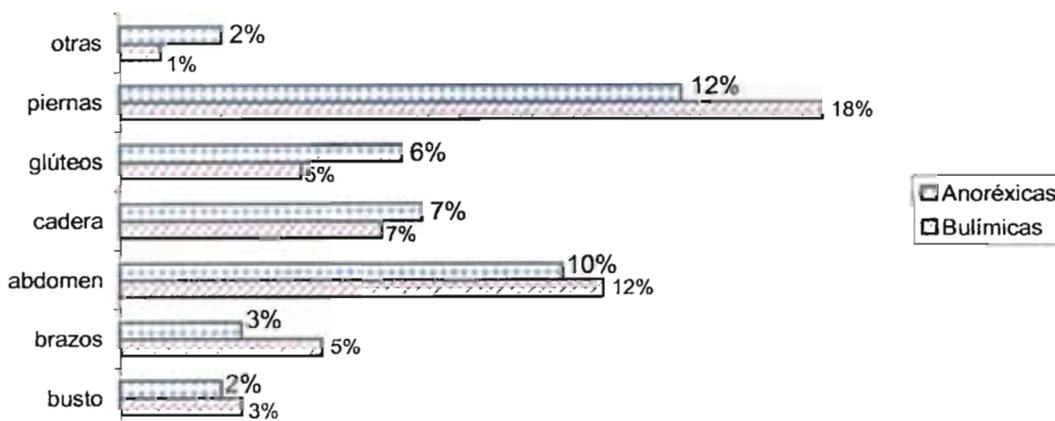


Fig 33. Distribución porcentual de la variable parte corporal rechazada por grupo

A continuación se muestra como las pacientes de ambos grupos recurren al ejercicio como un método para modificar su imagen corporal; en la figura 34 se observa que los porcentajes más altos corresponden a las variables “controlar el peso” y “mantener la salud”; debe aclararse que las participantes de este estudio consideran que salud es igual a mantenerse delgadas o ultra-delgadas.

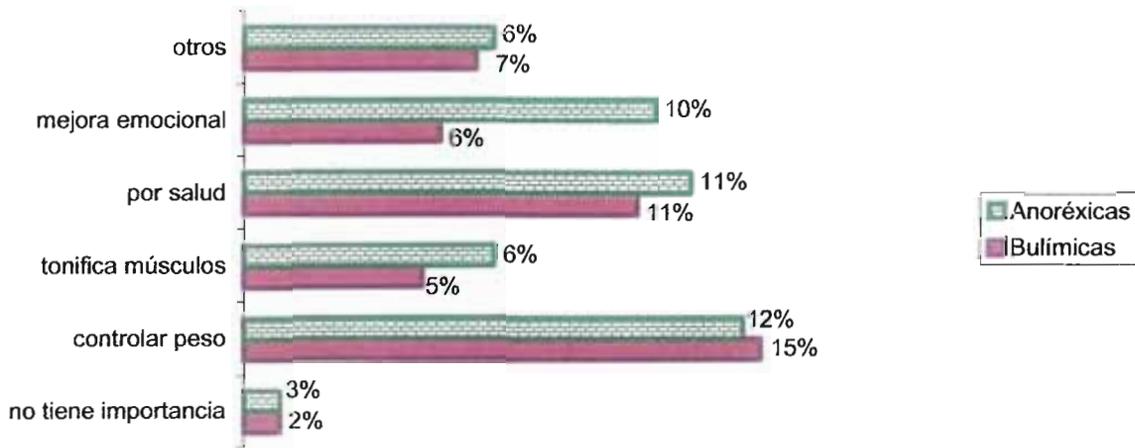


Fig 34. Distribución porcentual de la variable importancia del ejercicio para mejorar la imagen corporal por grupo

Al preguntarles ¿El ejercicio influye en tu imagen corporal? (Figura 35) se encontró que el grupo con anorexia obtiene un 13% y el grupo con bulimia un 15% en la opinión de que la actividad física reafirma el cuerpo.

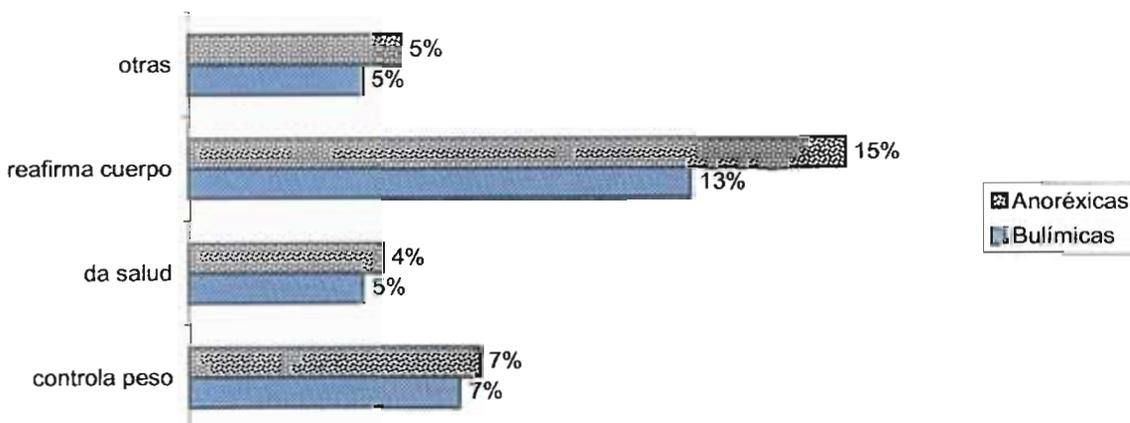


Fig 35. Distribución porcentual de la variable influencia del ejercicio en la imagen corporal por grupo

Para lograr su objetivo, con respecto a cambiar su imagen corporal a través de la actividad física, se expone en la figura 36 la distribución porcentual de la variable tipo de ejercicio utilizado; donde puede verse que las opciones con / sin aparatos alcanzaron los porcentajes más altos.

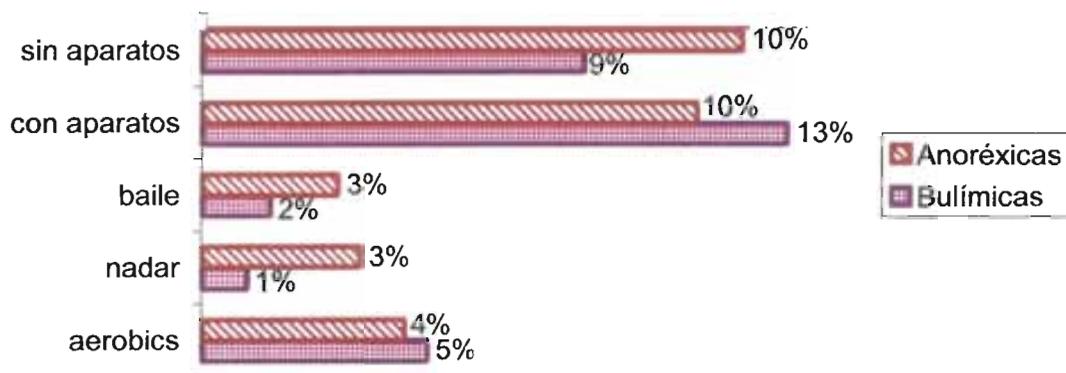


Fig. 36 Distribución porcentual de la variable tipo de actividad física por grupo

### 7. Área sexual

Cuando se preguntó por preferencia sexual, se encontró en la figura 37 que un 57% de la muestra de las anoréxicas respondió “heterosexual”; mientras que el grupo de las bulímicas obtuvo un 56% en dicha opción y un 2% en “bisexual”.

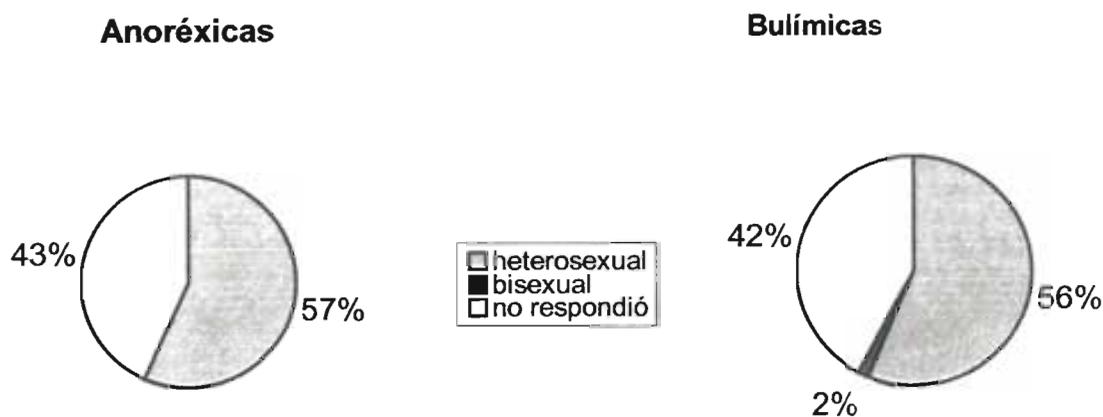


Fig 37. Distribución porcentual de la variable orientación sexual por grupo

En la Fig. 38 puede observarse que la edad de inicio de la actividad sexual, se extiende hasta un intervalo de 5 a 11 años con porcentajes de 1% (anoréxicas) y 3% (bulímicas) respectivamente. Estos porcentajes van en aumento, siendo el rango de 16 a 20 años el que obtuvo los valores más altos 16% y 19%.

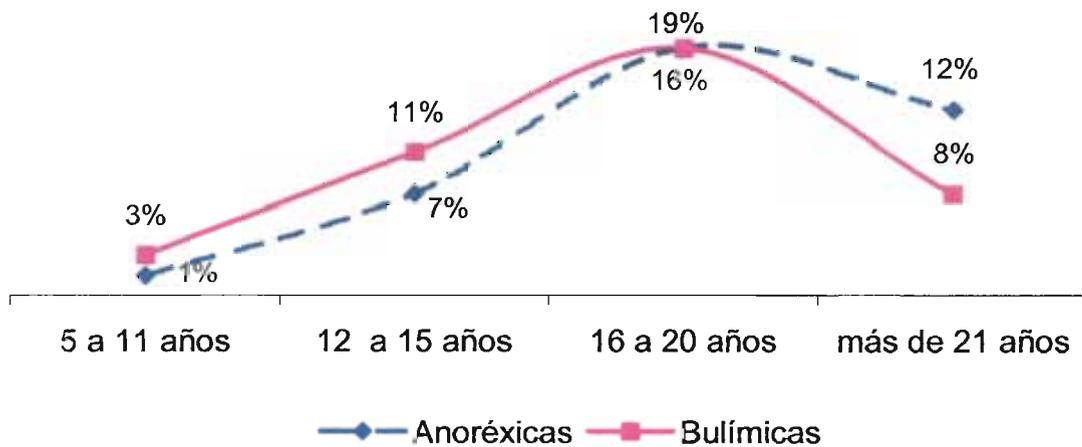


Fig 38. Distribución porcentual de la variable inicio de la actividad sexual por grupo

En cuanto a la pregunta ¿La percepción sobre ti misma se modificó con el inicio de la actividad sexual? Se encontró en la Fig. 39 que un 22% (anoréxicas) y un 17% (bulímicas) manifestaron haber cambiado la percepción sobre si mismas.



Fig 39. Distribución porcentual de la variable modificación en la percepción sobre sí misma con el inicio de la actividad sexual por grupo

En cuanto a las preguntas ¿Cómo son los patrones de tus relaciones? y ¿Cuál es tu experiencia sexual? fue interesante hallar aunque en pequeños porcentajes que tanto los patrones como las experiencias sexuales son considerados malos para ambos grupos (Figura 40)

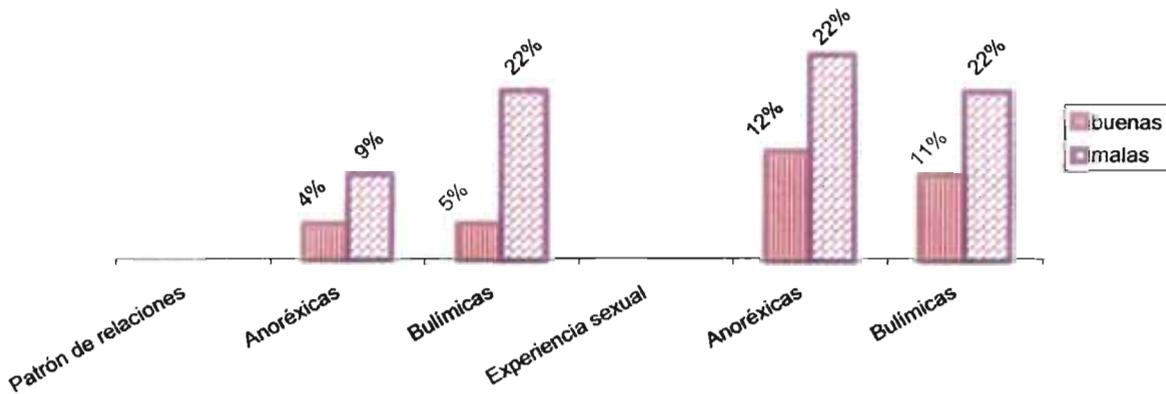


Fig 40. Distribución porcentual de la variable patrón de relación y experiencia sexual por grupo

A continuación en la figura 41, se cuantifican el total de comportamientos sexuales que han experimentado las pacientes dentro de sus relaciones como son: infidelidades, exhibicionismo, prostitución, violencia, entre otras. Se observa que el rango de 1 a 3 obtiene los porcentajes mayores (anoréxicas un 22% y bulímicas con un 19%), lo cual nos explicaría la mala percepción que tienen de sus relaciones así como de su experiencia sexual.

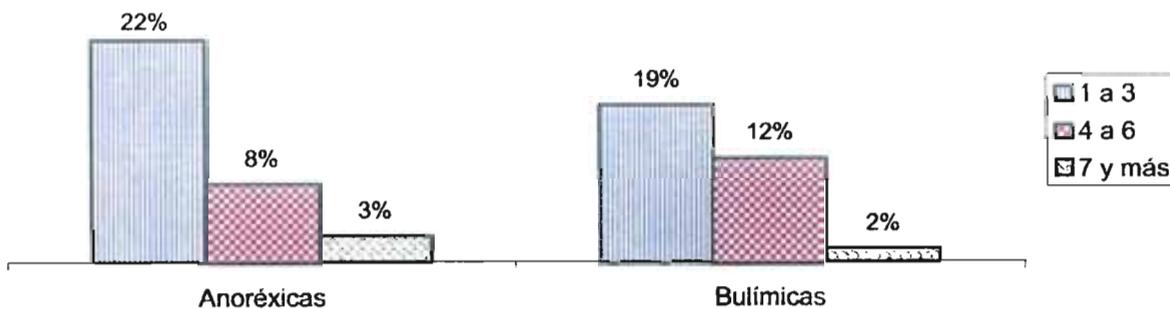


Fig 41. Distribución porcentual de la variable total de comportamientos sexuales experimentados en sus relaciones por grupo

De dichos comportamientos se observa en la figura 42 que el grupo con anorexia reporta porcentajes mayores con respecto a las bulímicas.

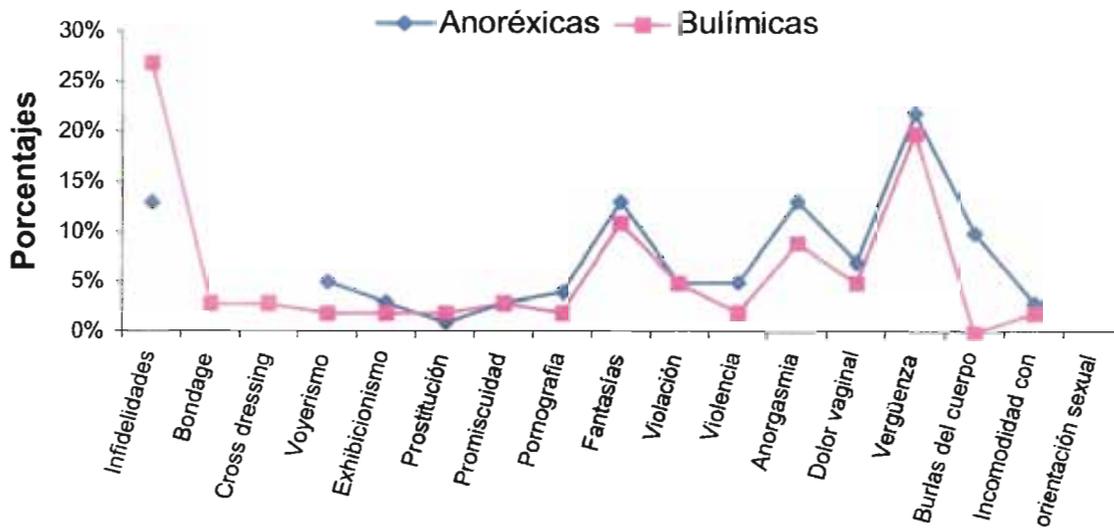


Fig 42. Distribución porcentual de la variable tipos de comportamientos sexuales

Respecto al número de noviazgos así como su duración se obtuvieron porcentajes pequeños. Sin embargo el grupo con bulimia muestra una superioridad respecto al grupo con anorexia en cuanto a establecer relaciones de pareja; pero aún así los porcentajes encontrados en la duración de las mismas son similares para ambos grupos (Figura 43).

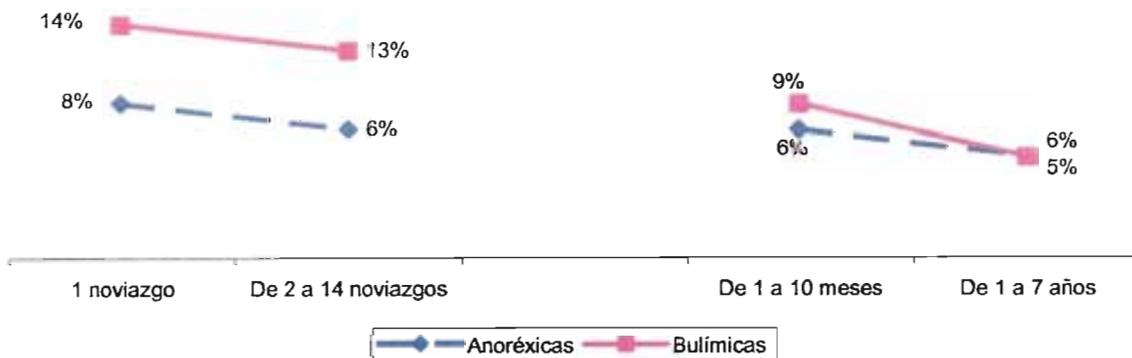


Fig 43. Distribución porcentual de la variable número de noviazgos y duración de los mismos por grupo

En la Fig. 44 se expone el porcentaje de pacientes que han presentado tanto embarazos como abortos; puede verse que los porcentajes son pequeños y similares entre los grupos.

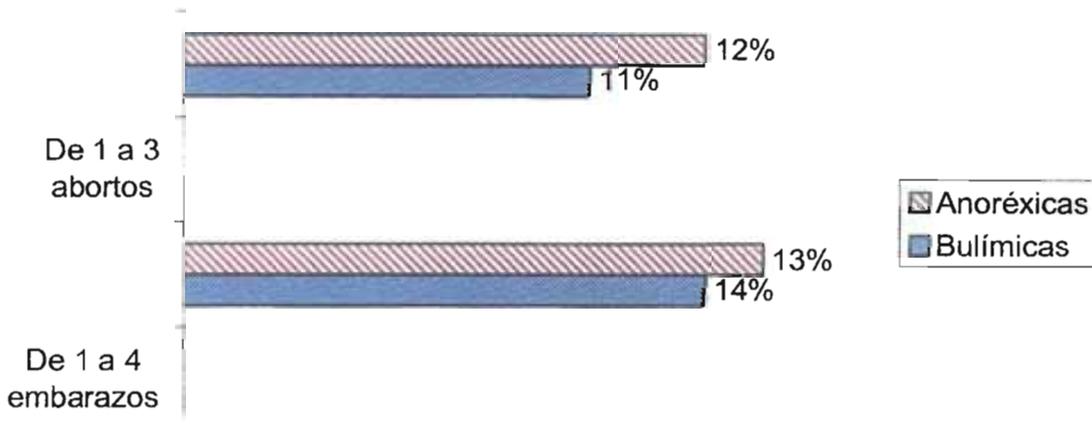


Fig 44. Distribución porcentual de la variable embarazos y abortos por grupos

## 8. Área emocional

En la figura 45 se observa a la izquierda de la gráfica las barras con los porcentajes del grupo de anorexia (43%) y de bulimia (42%) que han sufrido procesos de duelo, que a continuación se desglosan por intervalos de edad que van de 1 año a más de 21 años. Los porcentajes más altos (12%), se encontraron en el grupo demás de 21 años para las anoréxicas, y para las bulímicas fue el rango de 12 a 15 años con 12%.

La relación que tenían con estas personas, se observa en la Fig. 46 donde el vínculo referido fue el de familiares con 28% y 30% respectivamente.

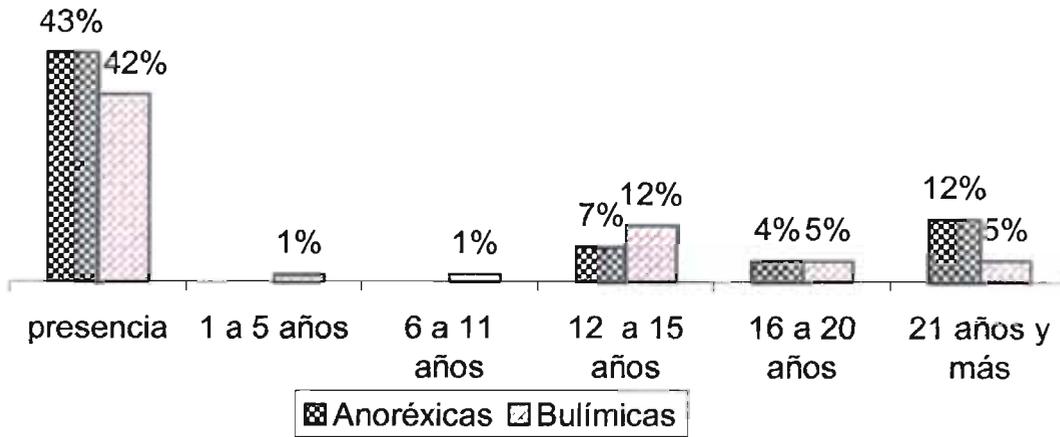


Fig 45. Distribución porcentual de la variable duelo y edad del mismo por grupo

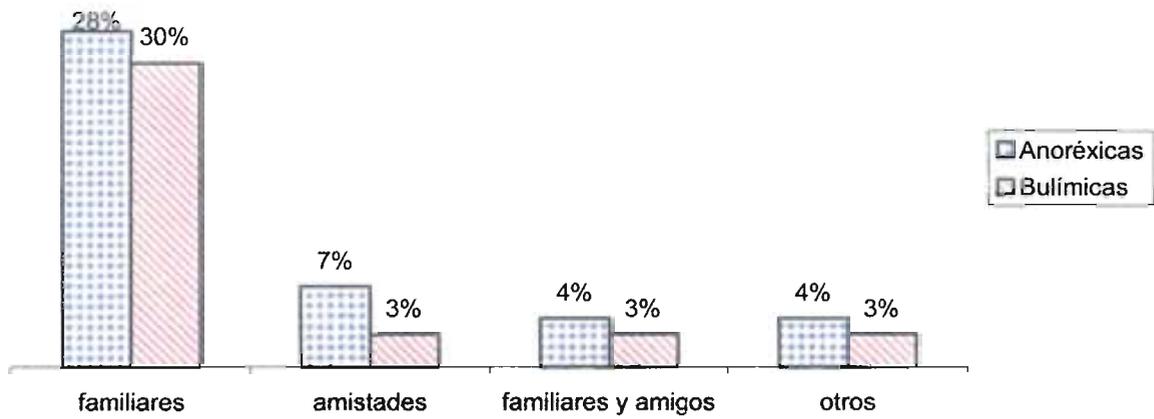


Fig. 46. Distribución porcentual de la variable vínculo afectivo respecto al duelo por grupo

Se reporta en la Fig. 47 la distribución porcentual de los abusos físicos experimentados (izquierda) donde los grupos mostraron porcentajes similares: anoréxicas 21% y bulímicas 20%. A continuación, se desglosan los datos por intervalos de edad; se encontró que el porcentaje más alto (7%) para el grupo con anorexia se presentó en el rango de más de 21 años en comparación con el grupo de bulimia que fue el de 16 a 20 años con un 5%.

La relación afectiva que mantenían con las personas que reportaron el abuso, se observa en la Fig. 48, donde los vínculos referidos fueron la madre, el padre junto con las amistades, con pocas diferencias en los porcentajes por ser estos porcentajes tan pequeños.

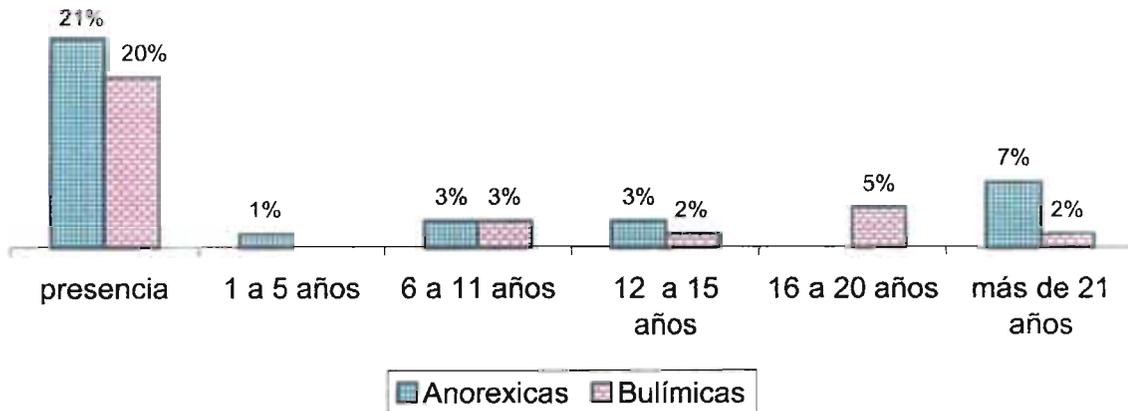


Fig 47. Distribución porcentual de la variable abuso físico y edad del mismo por grupo

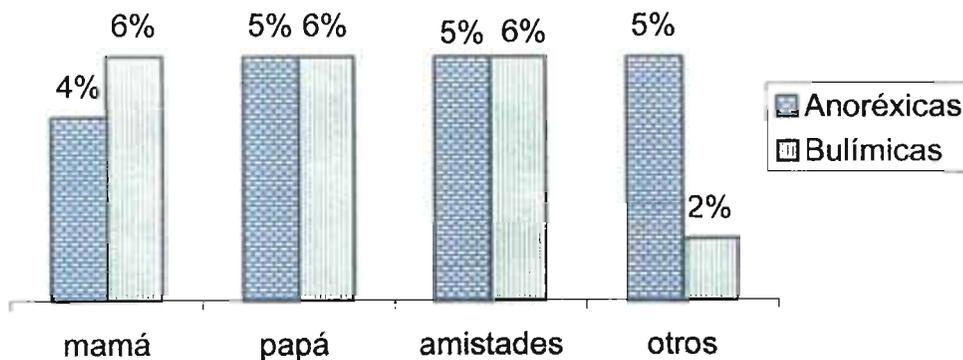


Fig 48. Distribución porcentual de la variable vínculo afectivo respecto al abuso físico por grupo

Ahora bien, con respecto a la variable abuso sexual, se encontró una presencia del 20% en el grupo de las anoréxicas, y un 34 % en las bulímicas; al desglosar los datos en los intervalos de edad, se manifiesta en el grupo de bulímicas un alto porcentaje en el rango de 6 a 11 años con un 12%. En el grupo de las anoréxicas se presentan porcentajes menores, sobresaliendo levemente el rango de 16 a 20 años con un 4% (Fig. 49).

La relación afectiva que mantenían con estas personas, se observa en la figura 50, donde el vínculo referido mayormente por el grupo con bulimia fue lamentablemente el de familiares con un 14%.

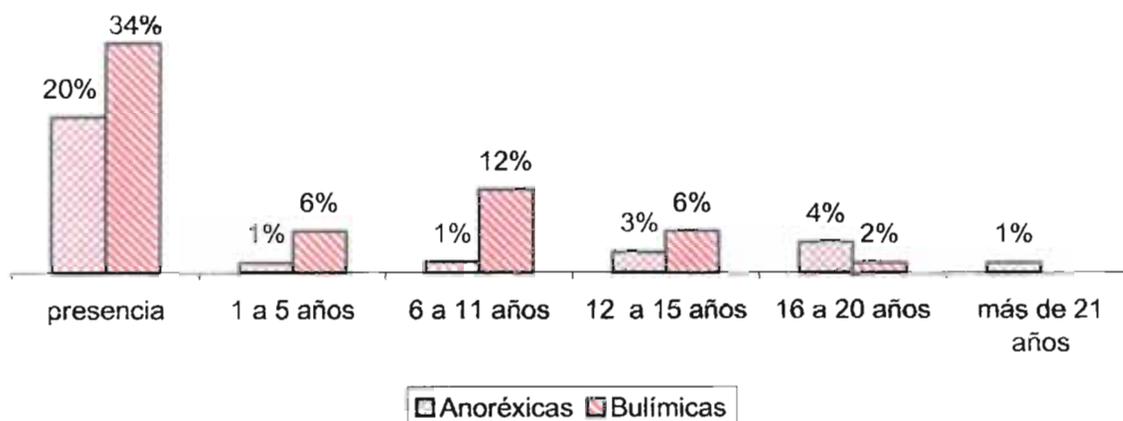


Fig 49. Distribución porcentual de la variable abuso sexual y edad del mismo por grupo

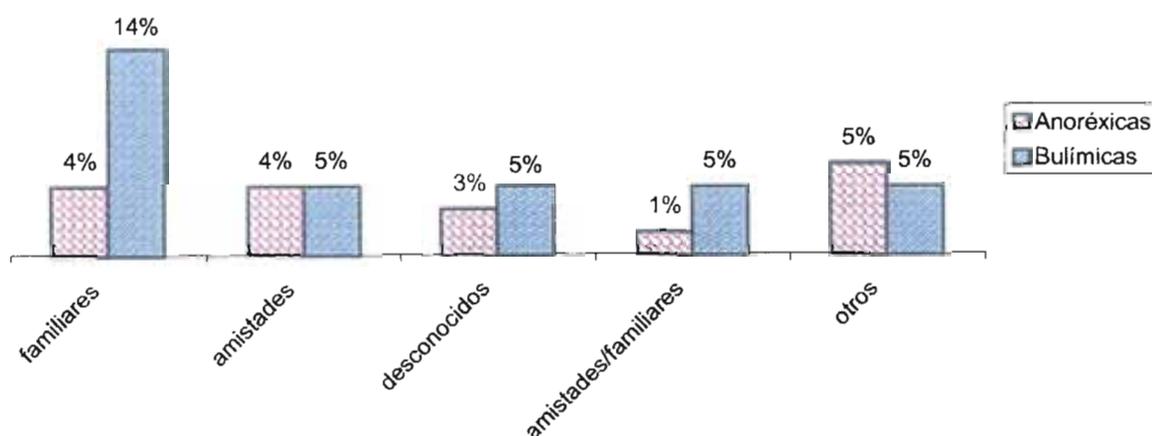


Fig 50. Distribución porcentual de la variable vínculo afectivo respecto al abuso sexual por grupo

La evaluación del estado mental de ambos grupos, tomando en consideración el propio trastorno así como otras situaciones; se representa en la Fig. 51 donde puede verse el número total de síntomas reportados (anhedonia, agresividad, fuga de ideas, riesgo suicida, despersonalización, etc). Así se encontró que en el grupo con anorexia, existe una frecuencia de 9 a 13 síntomas con un 41%; mientras que en el grupo con bulimia se presenta un mayor porcentaje (42%) en el intervalo de 14 a 18 síntomas.

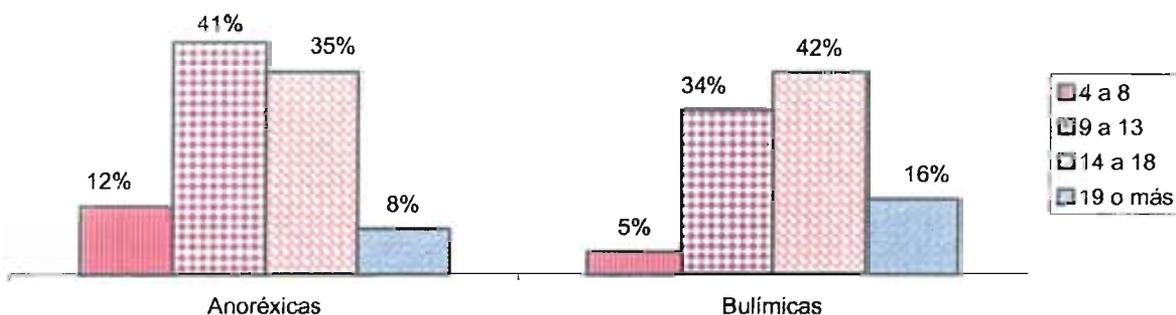


Fig 51. Distribución porcentual de la variable número de síntomas reportados por grupo

A la pregunta ¿Qué consecuencias ubican en el área emocional a partir del trastorno? Ambos grupos obtuvieron porcentajes altos (10% y 11%) en los rubros de enojo y la tristeza (Fig. 52).

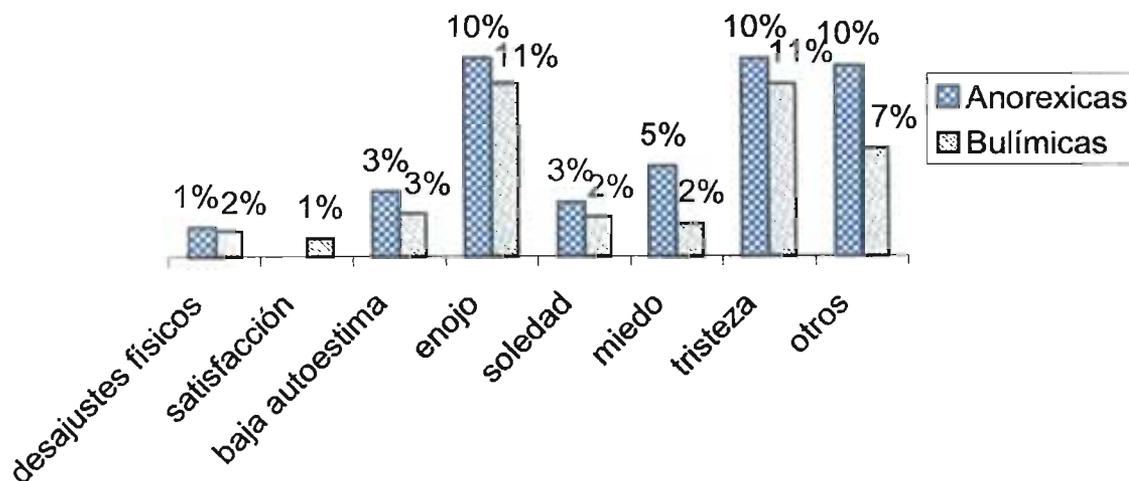


Fig 52. Distribución porcentual de la variable consecuencias emocionales por grupo

### 9. Área familiar

En relación con el nivel escolar de los padres (Fig. 53) se observa para el caso del padre, el grado de licenciatura al obtener 45% las anoréxicas y 42% las bulímicas. En cuanto a la madre se observa en el grupo de anoréxicas, un 17% en el grado de licenciatura y en bachillerato / carrera técnica un 20%; puede notarse que dichos porcentajes se invierten para el caso de las madres de pacientes bulímicas.

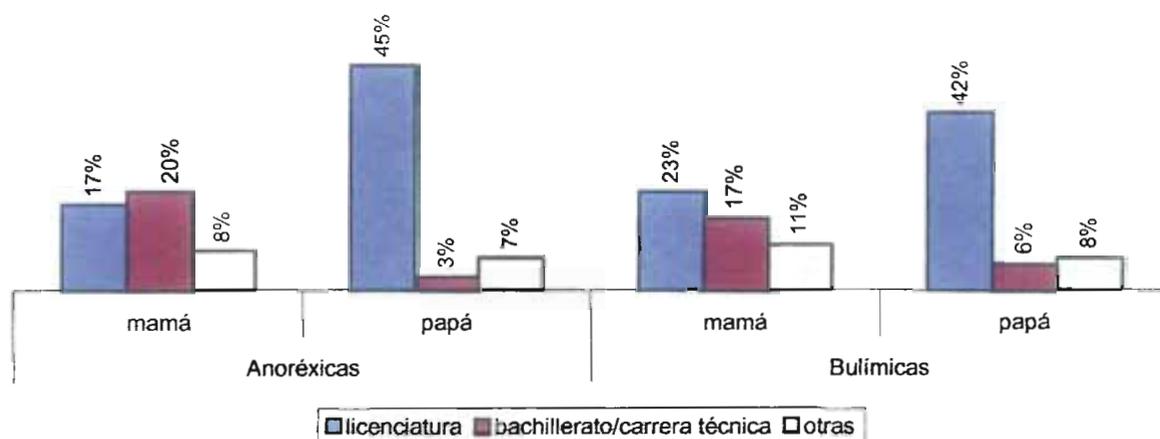


Fig 53. Distribución porcentual de la variable escolaridad de los padres por grupo

Al cuantificar la ocupación de la madre (Fig. 54), los grupos mostraron porcentajes similares 42% y 41% amas de casa y 24% y 28% profesionistas.

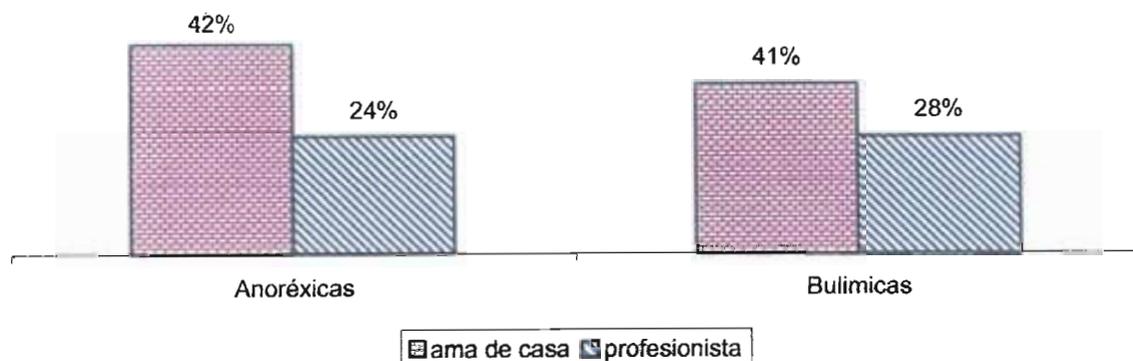


Fig 54. Distribución porcentual de la variable ocupación de la madre por grupo

Para el caso de la ocupación del padre, puede verse (Fig. 55) que los porcentajes más altos (35% y 36%) correspondieron a la ocupación de comerciante; en cambio, se encontraron porcentajes pequeños (3%) en las categorías de jubilados y otros. Esto es por el tipo de muestra, ya que el nivel socioeconómico es alto

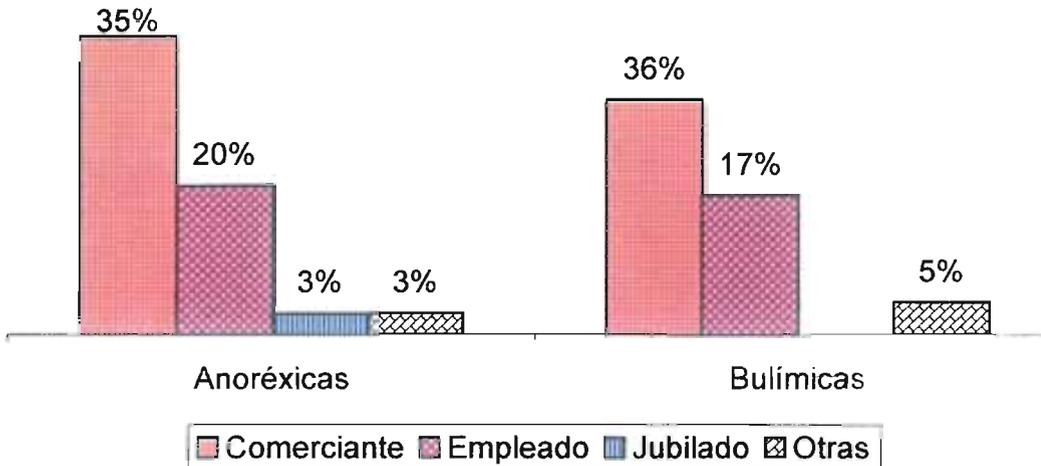


Fig 55. Distribución porcentual de la variable ocupación del padre por grupo

En cuanto a la edad más frecuente de los padres (Fig. 56), se ubicó en el caso de las anoréxicas el rango de 50 a 59 años (37% madre y 51% padre); dicho intervalo coincidió en el caso del padre de las bulímicas, ya que las madres se ubicaron en un rango inferior entre los 40 y 49 años con un 37% lo que indicaría esposas menores en edad respecto a sus esposos.

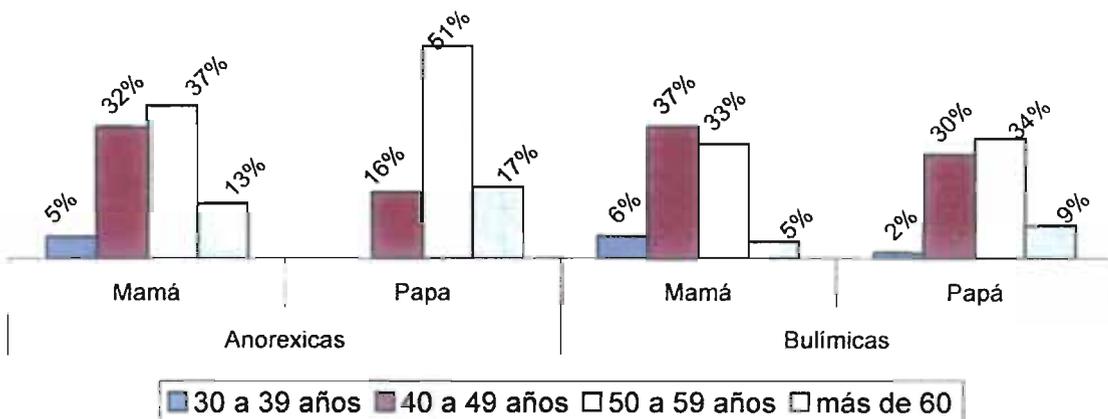


Fig 56. Distribución porcentual de la variable edad de los padres por grupo

Cuándo se preguntó a las pacientes ¿5 palabras que describan a tu mamá, papá y hermanos? Se encontró que utilizaron palabras con una descripción positiva hacia la familia en ambos grupos (Fig. 57)

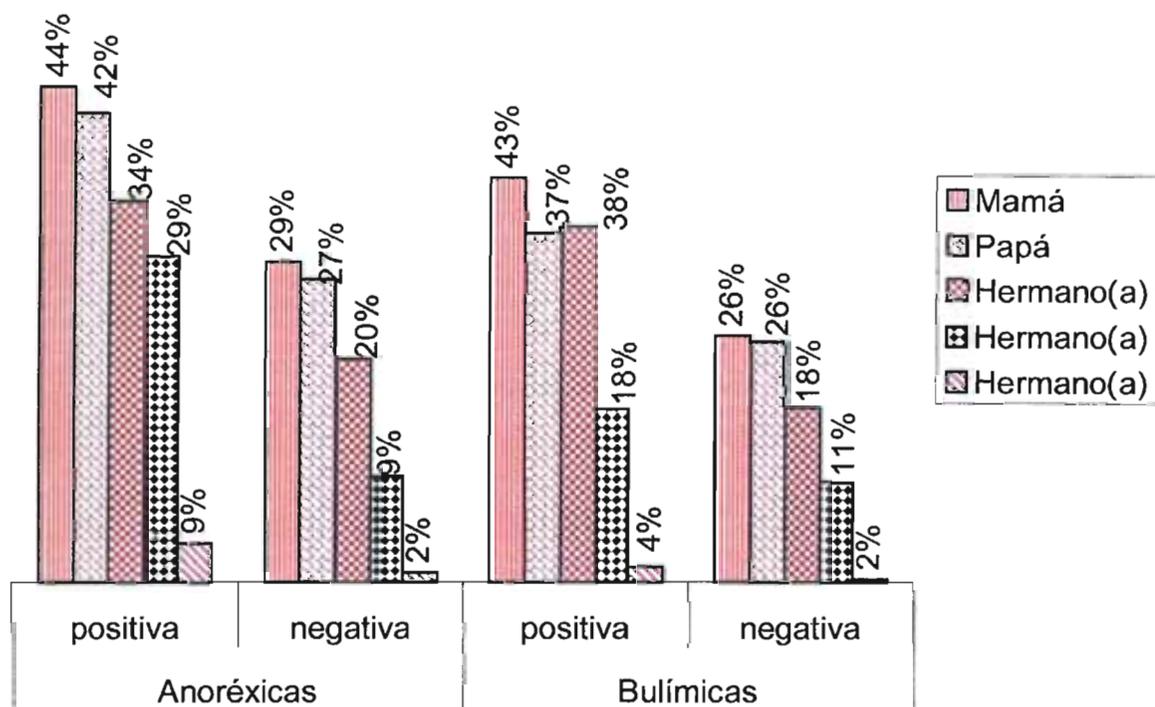


Fig 57. Distribución porcentual de la variable descripción de la familia por grupo

Puede verse (Fig. 58) que el grupo de anorexia obtiene los porcentajes más altos en el rubro de actitud negativa en comparación con la positiva; en cambio el grupo de las bulímicas los porcentajes obtenidos en la actitud positiva y negativa son similares.

Quizá esta situación, se deba a que los padres llegan a la opción del internamiento, después de recorrer un maratón de especialistas como de hospitales sin obtener resultado satisfactorio.

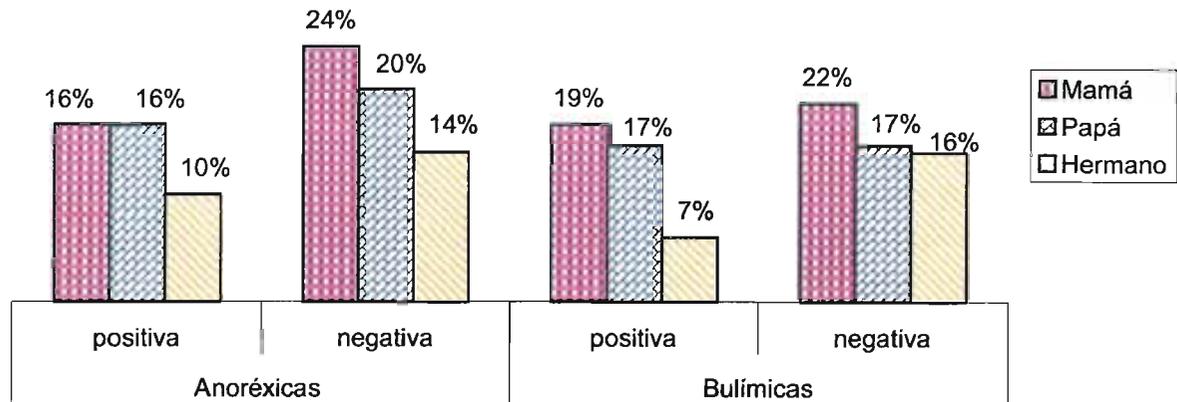


Fig 58. Distribución porcentual de la variable actitud de la familia ante el problema por grupo

Cuándo se pregunto ¿Qué consecuencias en el área familiar reportas a partir del trastorno? Aparece nuevamente el factor enojo (como en el gráfico de consecuencias emocionales) con porcentajes de 21% y 17% respectivamente, así mismo este sentimiento resalta sobre el resto si se comparan los resultados obtenidos (Fig. 59).

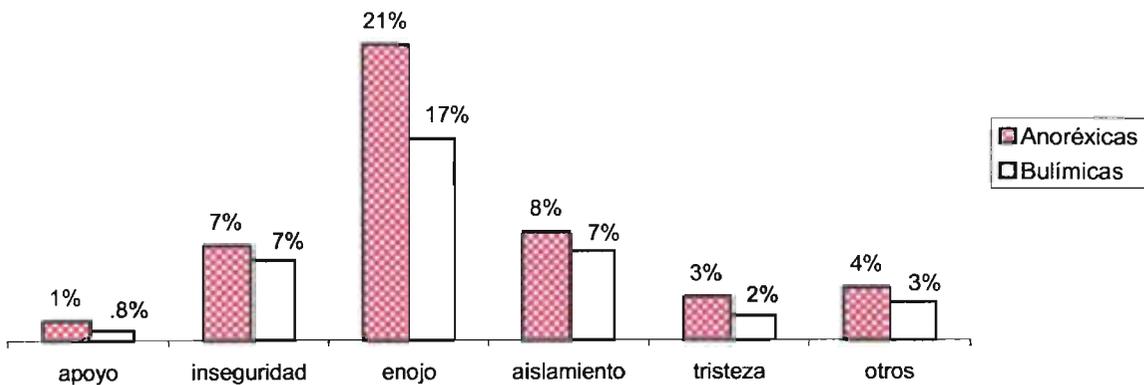


Fig 59. Distribución porcentual de la variable consecuencias familiares por grupo

### 10. Área social

En la figura 60, se observa la distribución porcentual a la pregunta ¿Qué consecuencias sociales reportas a partir del trastorno? Aquí resalta principalmente la opinión de sentir soledad (27% anoréxicas y 28% bulímicas), cifras significativas mayores en porcentaje con respecto a los otros rubros que no pasan del 4%.

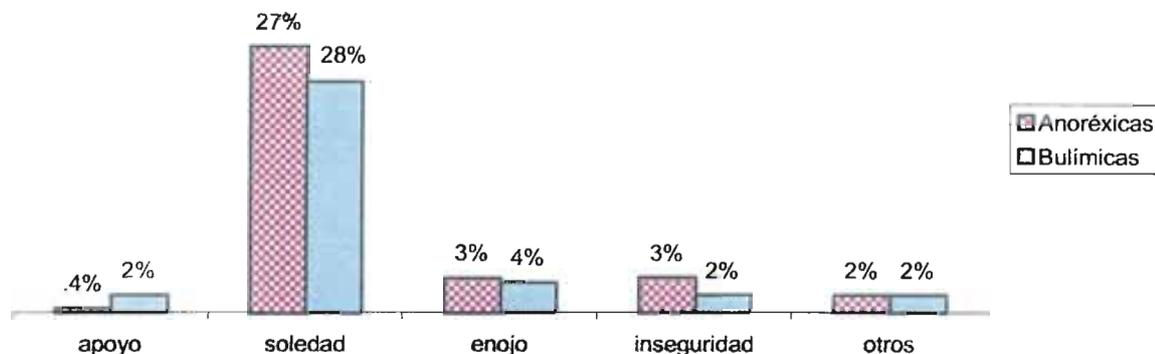


Fig 60. Distribución porcentual de la variable consecuencias sociales por grupo

### 11. Área vocacional

Al preguntar ¿Qué consecuencias vocacionales ubican a partir del trastorno? Las opiniones difieren entre los grupos, se encontró que los problemas más frecuentes que enfrentan las pacientes de los dos grupos son los relacionados con procesos mentales (memorización, concentración, etc.) con un 18% y 19% respectivamente; seguidos de los problemas escolares con 13% y 23% (Fig. 61)

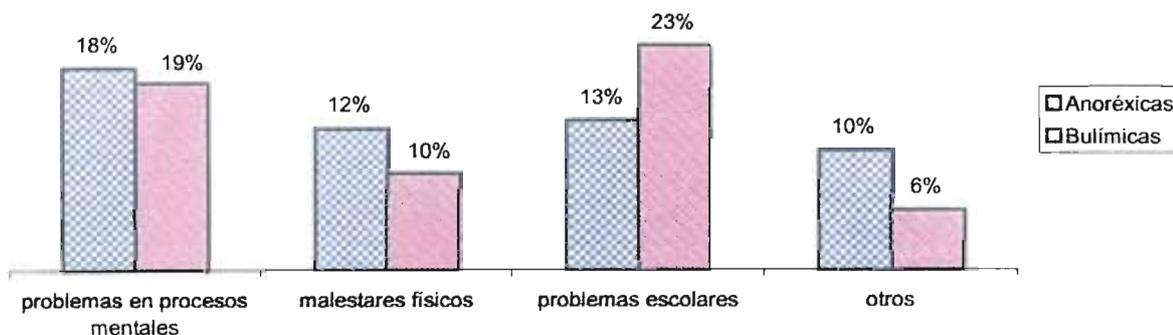


Fig 61. Distribución porcentual de la variable consecuencias vocacionales por grupo

## 12. Antecedentes heredo familiares

En las siguientes figuras se observaran los antecedentes heredo familiares; en ellas se expone una visión general de la situación (número total de antecedentes y familiares enfermos); mientras que en las siguientes se obtienen las frecuencias para cada enfermedad junto con el familiar que la padece.

Así en la figura 62 se observa el número total de antecedentes heredo familiares que reportan las pacientes de ambos grupos, distribuyéndose principalmente de entre 2 a 5 enfermedades en la familia; mientras que la figura 63 se señala qué parientes presentan mayores porcentajes de enfermedades, que como puede verse con los abuelos paternos, maternos y el padre.

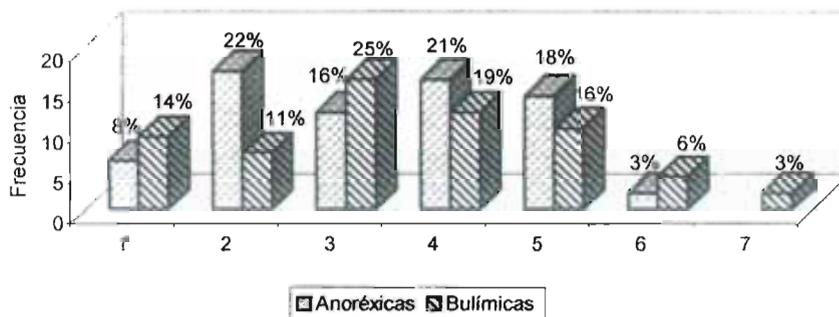


Fig 62. Distribución porcentual de la variable cantidad de antecedentes heredo familiares por grupo

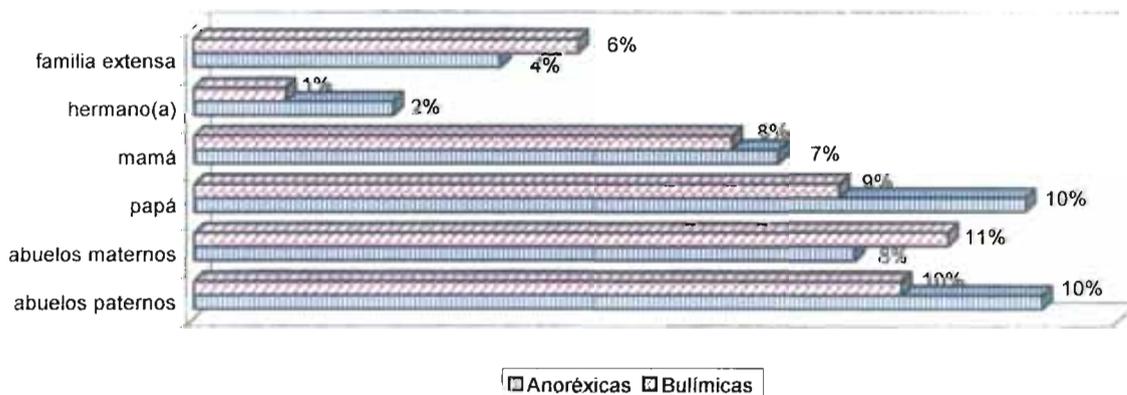


Fig 63. Distribución porcentual de la variable familiares con enfermedades por grupo

En la figura 64, se observa que tanto la diabetes como la obesidad obtienen los porcentajes más altos para el grupo de anorexia; a comparación de las bulímicas que obtienen un 55% en obesidad, 48% en diabetes y 48% en hipertensión.

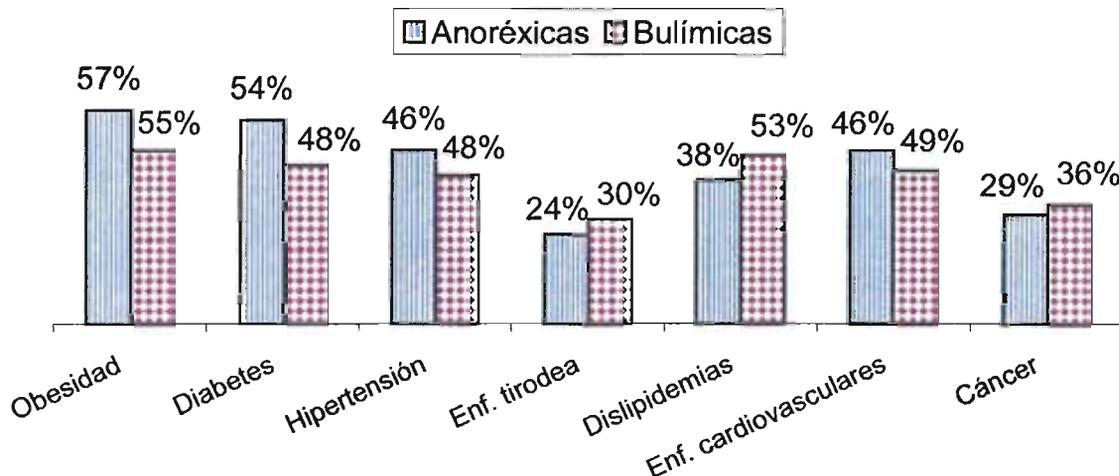


Fig 64. Distribución porcentual de la variable tipo de enfermedades heredo-familiares

Puede verse en la figura 65 que en ambos grupos, está presente el problema de la obesidad; donde el grupo con anorexia refiere a los abuelos paternos (17%) junto con la mamá (10%) como los de mayor porcentaje; para el caso del grupo con bulimia la madre con 14% obtuvo el puntaje más alto

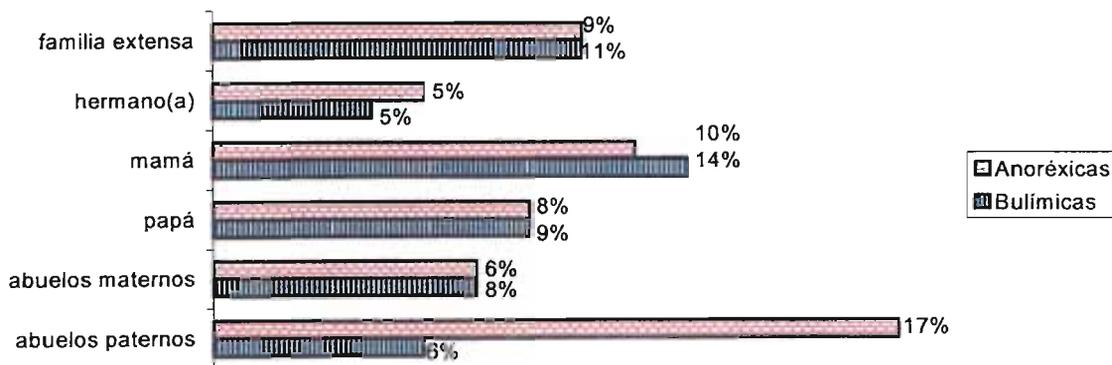


Fig 65. Distribución porcentual de la variable obesidad por grupo

También se detectó por grupo la presencia de diabetes. En el caso del grupo con anorexia fueron los abuelos paternos con 18% y el padre con 13% los porcentajes mayores; para el grupo con bulimia fueron los abuelos (de ambos padres) quienes en un 12% y 16% respectivamente presentaron dicha condición médica (figura 66)

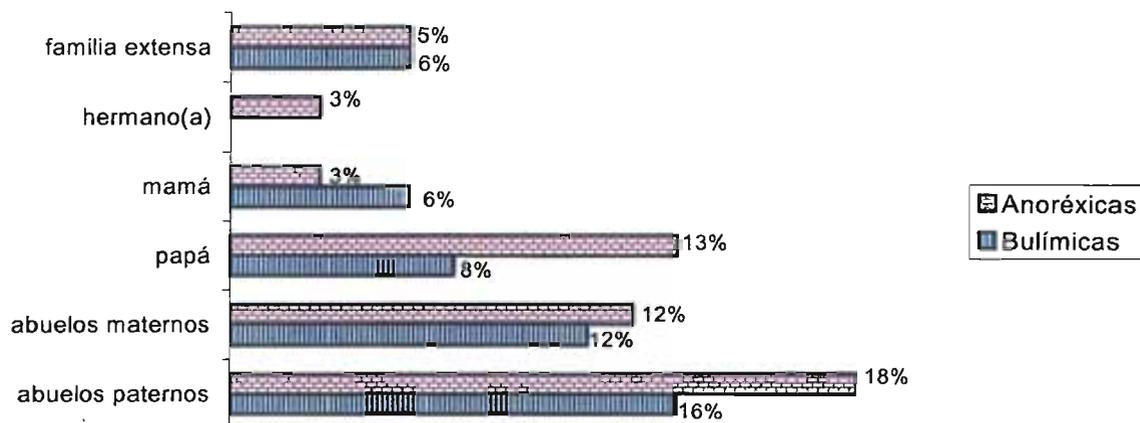


Fig 66. Distribución porcentual de la variable diabetes por grupo

El padecimiento de la hipertensión también se presenta en casi la mitad de la muestra de ambos grupos (figura 67). Las pacientes con anorexia reportan a la madre con 17% y los abuelos maternos con 10% como los más representativos en dicha condición médica. Contrariamente en el grupo con bulimia son los abuelos paternos (12%) y el padre (10%) los que obtienen los porcentajes más altos

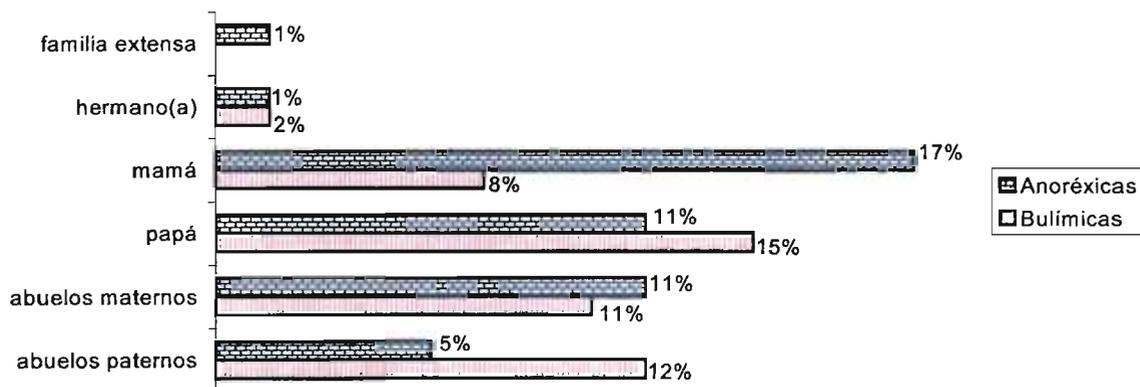


Fig 67. Distribución porcentual de la variable hipertensión por grupo

En el caso de la enfermedad tiroidea, puede verse en la figura 68, que la madre (9%) en el grupo de anorexia y los abuelos maternos (8%) en el grupo de bulimia, son los que muestran los porcentajes más altos.

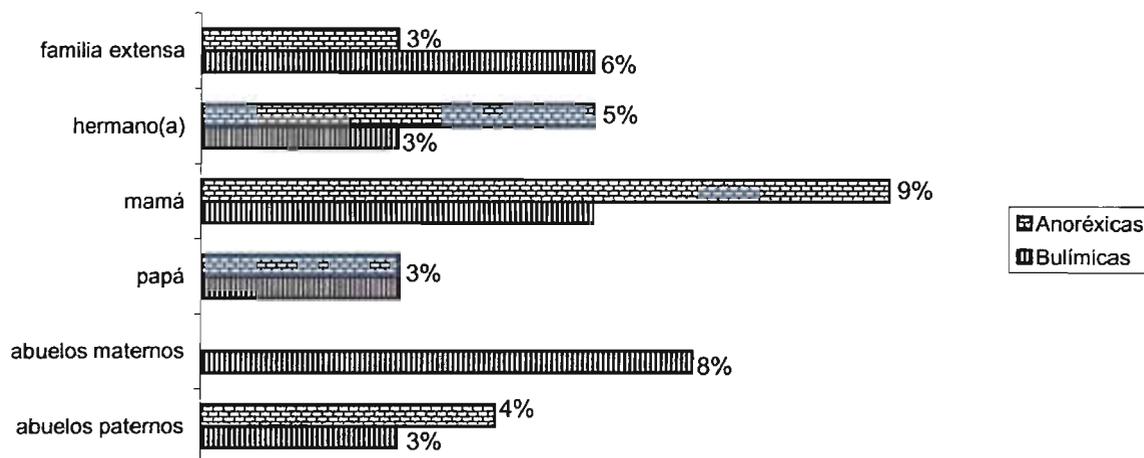


Fig 68. Distribución porcentual de la variable enfermedad tiroidea por grupo

En la figura 69 se expone la distribución porcentual de las dislipidemias; puede verse que dicha situación médica se encuentra en porcentajes mayores en el padre (25% y 22%) en ambos grupos

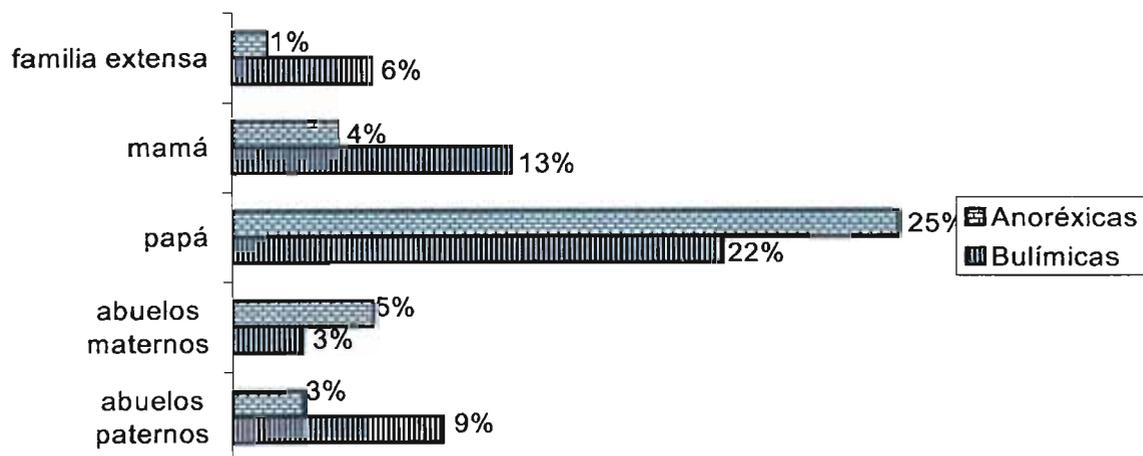


Fig 69. Distribución porcentual de la variable dislipidemias por grupo

Las enfermedades cardiovasculares se hallaron que tanto los abuelos paternos como maternos de ambos grupos fueron los que alcanzaron los porcentajes más altos del 12% al 17% (Fig. 70)

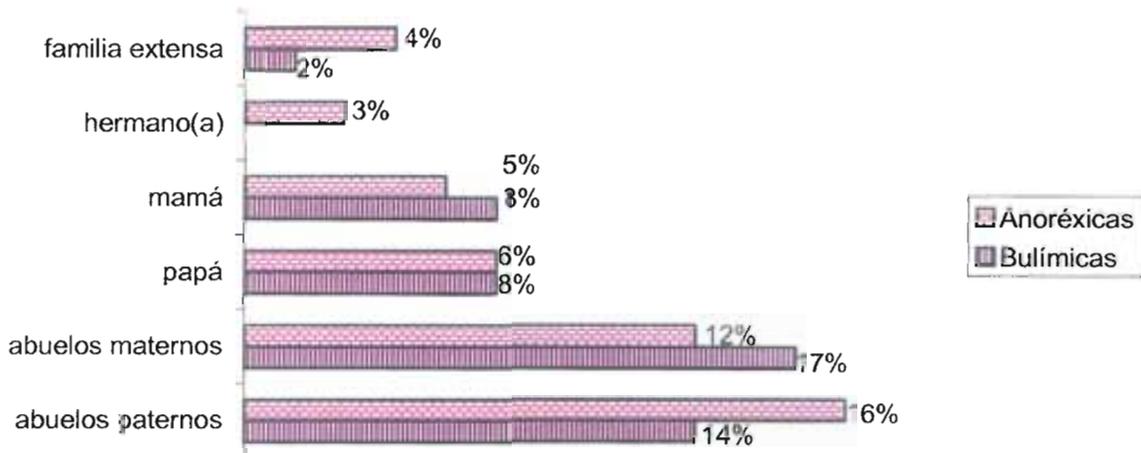


Fig 70. Distribución porcentual de la variable enfermedades cardiovasculares por grupo

Para la variable cáncer (figura 71), fueron los abuelos paternos y maternos de ambos grupos quienes alcanzaron porcentajes más altos entre 9% a 17%

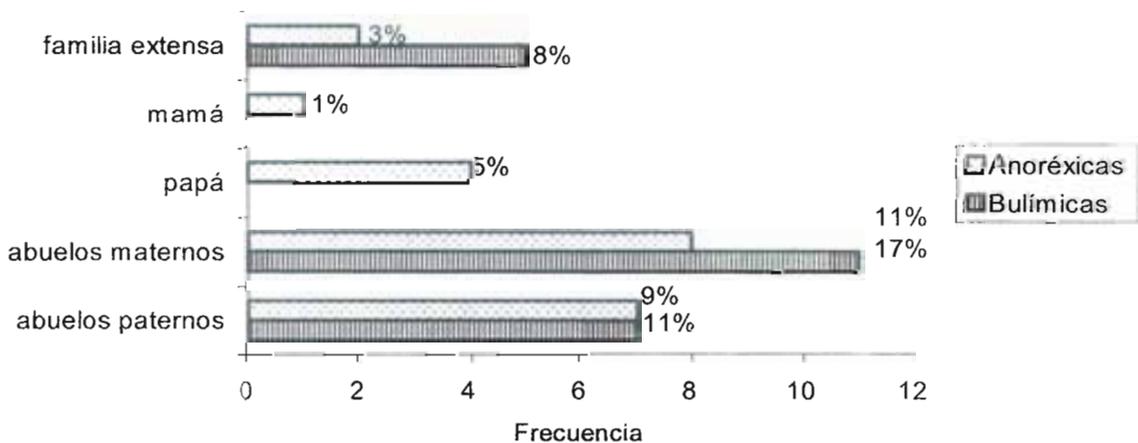


Fig 71. Distribución porcentual de la variable cáncer por grupo

### 13. Situación familiar en la infancia

Por último tenemos 3 gráficas que permiten visualizar la imagen que tienen los grupos, en cuanto a la época de su infancia. Primero en la figura 72 se proyectan los porcentajes del ambiente familiar en dicha etapa, donde ambos grupos conservan una imagen negativa 60% y 61% respectivamente



Fig 72. Distribución porcentual de la variable ambiente familiar en la infancia por grupo

Dado el ambiente familiar en la infancia, nos interesó saber si los recuerdos de esta etapa se evaluaban de la misma manera, datos que se localizan en la figura 73; donde el grupo con anorexia considera más los positivos (60%) al contrario del grupo con bulimia que ubica los negativos (62%).



Fig 73. Distribución porcentual de la variable recuerdos en la infancia por grupo

En la figura 74 se localiza la percepción de los grupos en cuanto a la relación con su familia durante la infancia; encontrándose que el grupo con anorexia tuvo una relación positiva con el padre (21%) mientras que con la madre fue negativa (22%) y con el hermano es ambivalente ya que ambos valores son cercanos (6% y 5%). En el grupo con bulimia no hay tendencias marcadas, pero se observa que hay una opinión negativa respecto a todos los familiares.

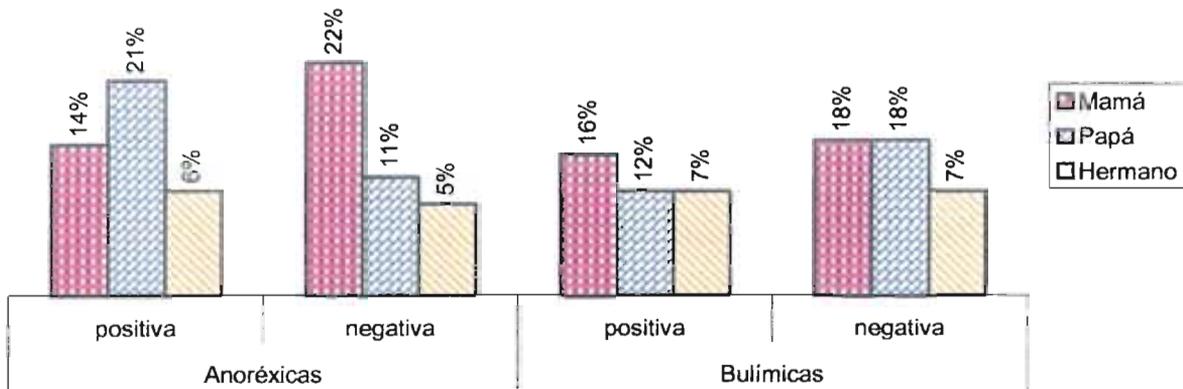


Fig 74. Distribución porcentual de la variable relación en la infancia con la familia por grupo

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Actualmente no podemos quejarnos de la variedad de tratamientos en el área de los trastornos de la alimentación, cada uno de ellos aborda el problema con diferentes enfoques teóricos; a los cuales se adherirá o no el paciente de acuerdo a su personalidad y vivencias.

Dado esto, el objetivo del trabajo fue encontrar diferencias y similitudes de manera descriptiva, en pacientes con anorexia y bulimia de una clínica privada; esto es porque creemos que un perfil sociodemográfico y psicosocial de las que hoy padecen dicho trastorno, permitirá al sector salud identificar puntos focales para desarrollar mejor su trabajo en prevención primaria.

Como se pudo observar en el capítulo de resultados, los grupos no mostraron diferencias en las variables demográficas; encontrando que tanto el nivel licenciatura seguido por el de preparatoria fue el de mayor frecuencia, en el caso de la anorexia el nivel universitario casi obtuvo el doble que el de preparatoria. Por consiguiente como era de esperarse los intervalos de 16 a 20 años y de 21 a 25 años fueron los rubros con mayores porcentajes. También se encontró que el estado civil de los grupos fue el de solteras.

En cuanto a la edad de inicio de la enfermedad, encontramos como referencia en el siglo XIX al psiquiatra francés Ernest Charles Lasegue (Toro, 1996) quien define la anorexia como una enfermedad que se inicia entre los 15 y 20 años; esto a consecuencia de algún género de emoción posiblemente relacionado con la transición a la vida adulta.

Tiempo después Holtz (1995) menciona que entre los principales factores de riesgo de los desórdenes de la conducta alimentaria es ser mujer, dentro de un rango de 13 a 22 años y pertenecer a la clase media y alta. Y recientemente Duker y Slade (2003) especifican que la bulimia aparece generalmente en mujeres jóvenes preadolescentes y adolescentes; después de un intento continuo o repetido de iniciar una dieta estricta.

Como se puede observar, dicha edad parece ir disminuyendo en el transcurso del tiempo; en este estudio ambos grupos coincidieron en el rango de 12 a 15 años dato relevante ya que como se observará más adelante en cuanto a uso de sustancias, conducta alimentaria y control de peso, las pacientes en su mayoría llevan 5 años realizando dichas acciones.

En el área de historial de peso se encontró en la variable de peso actual que las anoréxicas buscan rangos menores que el grupo de las bulímicas, situación que se presenta en todos los intervalos, en el caso del de mayor frecuencia se observa en las anoréxicas un

porcentaje de 35% en el rubro de 40 a 49.9 kg; mientras que para el grupo de bulímicas fue el de 50 a 59.9 kg el que obtuvo un 42%. Teniendo esto en cuenta al graficar el estado de peso de acuerdo al IMC, fue de esperarse que el grupo de la anoréxicas no tuviera presencia en rangos mayor que al normal; mientras que en el caso de las bulímicas se obtienen porcentajes pequeños en todos pero sobresale el de normal con 58% seguido del obesidad I con 17%.

A continuación se observan los resultados en cuanto al historial de peso reportado durante el trastorno de alimentación (máximo, mínimo, habitual y deseado); éstos sólo se describen en términos de kg ya que en las evaluaciones no se contó con el dato de la estatura en dicha época; sabemos de la limitación que esto representa, ya que no se pudieron establecer parámetros en IMC pero no se quisieron desperdiciar dichas referencias; ya que como sabemos dentro de éstos trastornos, las pacientes presentan fluctuaciones de peso debido a las variaciones en su alimentación.

Para el caso del peso máximo los grupos muestran valores pico en los mismos rangos (50 a 59.9 kg y 60 a 69.9 kg); así mismo se observa en las frecuencias mostradas en los otros intervalos, que el grupo de anoréxicas no ha presentado pesos mayores a 80 kg; mientras que bulímicas no menores a 50 kg. La actitud mostrada ante los valores pico difiere ya que el primero utiliza expresiones relacionadas con el peso; mientras que el otro con respecto a sentimientos negativos.

En el caso de peso mínimo, se utilizan menos intervalos observando que los grupos se distribuyen de manera similar a otras ocasiones, donde el grupo de anoréxicas utiliza rangos menores de peso; en este caso es de 18 a 28.9 kg en un porcentaje de 7%, el resto se distribuye dentro de los otros, obteniendo el 51% en el rubro de 40 a 50.9 kg. Es importante notar aquí que las bulímicas coinciden en el mismo rango de peso (40 a 50.9 kg), pero a diferencia del grupo con anorexia muestran un 34% en la siguiente categoría que es de más de 51 kg. En cuanto a la actitud mostrada encontramos que ambos coinciden en la sensación de bienestar al lograr dichos pesos.

La pregunta que sale a relucir es ¿por qué la familia o personas más cercanas no se dieron cuenta de estas fluctuaciones de peso?, Apoyándonos en la teoría encontramos que Duker y Slade (2003) mencionan que mientras la persona permanezca dentro del intervalo del 78 al 81% de su PCPE; el aspecto físico de la enferma no causará preocupaciones todavía; ya que su grado de deficiencia de peso no genera un aspecto muy singular y solo en algunas mujeres la menstruación puede ser menor o intermitente o incluso cesar si la pérdida de peso ha persistido durante cierto tiempo.

La gráfica de peso habitual muestra similitudes entre el peso actual y el mínimo; ya que nuevamente el grupo con anorexia busca pesos menores que el grupo con bulimia, se repiten los mismos intervalos (40 a 49.9 kg en anoréxicas y 50 a 59.9 kg en bulímicas) con mayor frecuencia, pero sobretodo refieren que el peso habitual es casi el mismo que el actual con pequeñas diferencias en los porcentajes.

Además si observamos la representación de peso deseado, es sorprendente que los grupos fluctúen entre estos rangos nuevamente (40 a 49.9 kg y 50 a 59.9 kg), con la diferencia de que el rubro que le sigue al principal en el caso del grupo con anorexia, es el de 50 a 59 kg con un 29%; mientras que para el grupo con bulimia fue el 40 a 49 kg con un 35% rango con frecuencia mayor en las anoréxicas

Recordemos como refiere Duker y Slade (2003) que en la actualidad la delgadez no es mal vista, y a veces es hasta deseable, incluso si la persona pesa el 75% de su PCPE; no sólo puede ser considerada “delgada a secas” sino hasta llega a decirse que tiene silueta de “modelo”. Donde sus padres y amistades que la ven día con día pueden acostumbrarse a este aspecto, y no llegar a percibir lo peligrosa que es esta conducta.

Para la mayoría de los autores la inanición voluntaria, purgas o vómito (o ambos) y ejercicio intenso son los tres patrones de conducta propios de las ideas de control que ocupan la mente de la enferma.

En cuanto a las dietas que limitan o suprimen una o más fuentes de energía, se observa generalmente una reducción de los carbohidratos y/o grasas. La restricción de carbohidratos provoca cetonemia, rápida pérdida inicial de peso y según algún informe anecdótico, se dice que disminuye el hambre. La restricción de grasas reduce la densidad calórica de la dieta y puede bajar el nivel en el cual está regulado el peso corporal. En casos raros, una dieta caprichosa limita o elimina las proteínas, ya que tales dietas son peligrosas e inadmisibles. Dicho dato se correlaciona con los porcentajes obtenidos en la muestra; pues dentro de estas conductas para control de peso observamos en el caso de las restricciones, porcentajes similares en ambos grupos, encontrando valores menores en el caso de las proteínas y ligeramente mayores en los carbohidratos.

Con respecto a las que se correlacionaron con tiempo se observan las siguientes conductas con los porcentajes más altos, donde se ubicó para las anoréxicas: restricción de calorías, restricción de porciones, ayuno y vómito; con porcentajes que van de 80% a 99%. Mientras que para el grupo de bulímicas se ubicaron las siguientes: vómito, restricción de calorías, dietas de moda, restricción de porciones y ayuno; en porcentajes de 85% a 98%. Se resalta que el tiempo de uso de estas conductas para ambos grupos, muestra una

tendencia ascendente mostrando el pico en el rango de 2 a 5 años para luego descender a los valores iniciales.

Como se mencionó, las normas a la hora de los alimentos, y de ser personas que siguen hábitos de buena educación comienzan a utilizar las manos, comen lentamente, sacan la comida de la boca para depositarla en el plato, la escupen, la desmenuzan, y terminan por tirar más de la mitad de lo que en realidad ingirieron afirmando que han realizado una comida muy copiosa. Es así como dentro de la conducta alimentaria encontramos diferencias entre las muestras, observando que para el grupo con anorexia se presentan los rituales (89%) y la voracidad (86%) en porcentajes mayores en comparación con el grupo con bulimia que marca la voracidad (97%) y la ingesta secreta de alimentos (97%) como las conductas principales; al igual que para control de peso la distribución de frecuencia muestra el intervalo de 2 a 5 años como valor pico. Dentro de esta área, entra la conducta de atracón, situaciones de comer sin control en donde los alimentos consumidos difieren entre los grupos; ya que el primero tiende a los carbohidratos y azúcares, mientras que el segundo a carbohidratos con grasa.

Es común, dentro de estos trastornos el consumo de drogas agravando muchas veces el pronóstico de las pacientes a continuación se especifican los porcentajes mayores tanto para legales como ilegales; en el caso de anoréxicas se encontró el alcohol ocasional (84%), tabaco (74%), marihuana (30%) y anfetaminas (15%). Dicho consumo es mayor durante un periodo de 1 a 6 meses, para después fluctuar dentro de los otros rangos. Dichas sustancias vuelven aparecen en las bulímicas, pero con porcentajes mayores: alcohol ocasional (88%), tabaco (88%), marihuana (42%) y anfetaminas (21%); en cuanto al consumo se incrementa en el rango de 2 a 5 años, pero a diferencia del grupo de anoréxicas se mantiene alto en los demás rubros.

Este consumo de sustancias, quizá se explique con la investigación de Milkman y Sunderwirth (Areson, 1991) quienes creen que los seres humanos anhelan 3 clases de sentimientos: relajación, excitación y fantasía/olvido. Así cada individuo puede llegar a preferir alguno de éstos, a tal punto que crea distintas vías para producir este sentimiento sustituyendo así el malestar y ansiedad. En el caso de los que padecen trastornos alimentarios, parece ser la relajación/olvido la de preferencia con el riesgo de hacerse adictos a psicofármacos o drogas, cambiando así de una compulsión a otra.

En cuanto el criterio de la familia a la problemática, se encontró en expedientes pocas respuestas al respecto por lo que obtienen porcentajes pequeños. Sin embargo se encuentran diferencias para las anoréxicas, donde la madre muestra mayor rechazo a

comparación del padre que indica aceptación; y en cuanto a las bulímicas la familia en general tiende a una actitud de rechazo al uso de sustancias.

Al preguntar los antecedentes de la familia en cuanto a adicciones, las pacientes al menos indicaron un familiar con dicha problemática, distribuyéndose principalmente entre la familia nuclear (papá, mamá y hermanos). Cuando se graficó por separado, se encontraron las siguientes diferencias: en comer compulsivo el grupo de anorexia mostró un porcentaje mayor respecto al de bulimia; en cuanto a bulimia y drogas el grupo con bulimia tuvo porcentajes mayores; y porcentajes ligeramente mayores respecto al grupo con anorexia, en cuanto a anorexia y drogas. En el caso del alcohol, fue notable para ambos grupos porcentajes mayores respecto a las otras sustancias, mencionando al padre como el principal consumidor con porcentajes de 18% y 20% respectivamente.

En cuanto a esto, la mayoría de los estudios encontrados hacen referencia a muestras exclusivas de anoréxicas en donde persiste en la exposición de resultados la referencia de al menos un familiar en primer y segundo grado con trastornos afectivos/toxicomanías que los familiares de los controles normales.

En otros estudios se ha buscado la presencia de anorexia nervosa en los padres de las pacientes; por ejemplo Kalogy y cols., en 1977 (Toro y Vilardell, 1987) encontraron que el 16% de las madres y el 23% de los padres de sus pacientes tenían antecedentes de un peso excesivamente bajo en la adolescencia, cierta hiperactividad, hábitos dietéticos y alguna valoración. Sin embargo no se ha revelado de modo significativo la presencia de anorexia nervosa en los padres y la concordancia madre-hija es sumamente rara. En cuanto a la prevalencia de anorexia en las hermanas de anoréxicas Garfinker y Garnen en la revisión de 3 trabajos en 1982 encontraron porcentajes oscilantes entre el 3,1% y el 6,6%; cifras significativas al superar las tasas de la población general. Sin embargo los estudios anteriores se pueden interpretar bajo un enfoque ambiental y no tanto genético al buscar la causa de la anorexia.

Areson (1991) cree que aunque las pacientes procedan de familias con un historial de alcoholismo, drogadicción, abuso de comida o con indicadores de depresión; marca que es la combinación de: una predisposición biológica de la adicción, un historial familiar infeliz; y una sociedad que anima a sentirnos compulsivos, lo que nos puede dar la respuesta.

Al indagar sobre la condición física, era de esperarse tomando en consideración sus controles de peso y alimentación así como la misma situación de tener que estar internadas en una clínica, que las pacientes mostraran ya una cantidad grande de síntomas, en donde

el grupo con anorexia va de los 9 a 14; mientras que el grupo con bulimia se distribuye entre 9 a 14 y 15 a 20 síntomas.

Dentro de estos síntomas se encuentran los intentos de suicidio y/o daños autoinducidos, la teoría refiere que entre un cuarto y un tercio de las enfermas recurren al menos una vez a esto como última solución, y casi siempre luego de un acceso de glotonería que han sido incapaces de controlar o a un aumento de peso. Si bien en realidad sólo muere un 2% de estas personas, los intentos de quitarse la vida que tienen desenlace fatal (o las sobredosis mortales) representan unos dos tercios de estos decesos.

En cuanto a los daños autoinducidos menos graves en consecuencias, pero no sin importancia, se realizan como una maneras de embotar o aniquilar sus sentimientos lastimándose físicamente, por ejemplo quemándose brazos, piernas y manos con cigarrillos encendidos, o cortándose con navajas de rasurar o trozos de vidrio. Esto es porque un dolor físico agudo desplaza la atención, al provocárselo, la paciente únicamente experimenta el malestar, ya no la angustia anterior, y por lo mismo se siente aliviada.

Dentro de las consecuencias médicas que han vivido a causa del trastorno es notable que las anoréxicas hayan sido hospitalizadas dos veces más que las bulímicas. Esto es porque si la ingesta alimentaria se reduce drásticamente y hay vómito (ya sea inducido o, lo que es peor, espontáneo), lo único que queda es la hospitalización; ya que el desequilibrio de electrolitos y la deshidratación resultan fatales cuando se combinan con desnutrición. Es importante recordar que la deshidratación y estreñimiento pueden causar perforaciones gástricas o de los intestinos, debido a la presión de gas que ocluye el torrente sanguíneo en la pared intestinal, con lo que se producen placas gangrenosas en esta última.

Dentro de las consecuencias médicas (síntomas) es relevante la alteración de la menstruación; este trastorno interfiere en el desarrollo sexual, ya que al rebasar cierto punto el peso, se inhibe la secreción de hormonas reproductoras, y desde el punto de vista endocrino, la persona mal nutrida entra en un estadio semejante al de la preadolescencia (Duker y Slade, 2003). Teniendo en cuenta esta referencia, era de esperarse que el grupo de las anoréxicas presentara una mayor alteración en su menstruación, así los puntajes mayores se presentaron en los intervalos de 1 a 6 meses y de más de 2 años; las bulímicas en cambio mostraron mayor presencia en el rango de 1 a 6 meses; ya que los pesos utilizados no son tan bajos.

Lo importante de estos datos, es que nos permiten ubicar el grado de deterioro físico que presentan las pacientes; ya que de acuerdo con Frisch (Craig, 1977) la menarca

ocurre en general cuando la niña logra su estatura de persona adulta, acumula una mínima cantidad de grasa corporal y alcanza un peso de 45 kg aproximadamente. Por tanto si se toma en cuenta que la primera menarca para ambos grupos es a la edad de 12 años principalmente, donde el rango de edad al internamiento es de 16 a 20 años y la mayoría tiene al menos 5 años con conductas alimentarias de riesgo, podemos visualizar que tanto anoréxicas como bulímicas interfieren en su desarrollo físico ya que la adolescencia recordemos, es el único momento durante la vida extrauterina en que la velocidad de crecimiento aumenta en realidad, y es por ello la necesidad de cantidades mayores de comida para atender los requerimientos corporales (Martínez y Pérez, 1998)

Al igual que la anoréxica, la paciente bulímica presenta distorsión de la percepción y valoración de la figura; así como también son muy receptivas a los estereotipos femeninos (Turón, 1977). Por consiguiente, era de esperarse índices elevados en la distorsión corporal de la imagen, logrando un 95% las bulímicas comparado con el 88% en las anoréxicas; lo relevante de esta situación fue el tiempo, en donde los porcentajes mayores se ubican en el intervalo de 2 a 5 años, manteniéndose altos hasta en el rango de más de 11 años. Es curioso que el intervalo de mayor frecuencia se equipara con los obtenidos en control de peso así como en conducta alimentaria.

Sobre este aspecto, se encontró en el gráfico de criterio de la familia en cuanto a imagen corporal, que es la madre, para ambos grupos, la que podría ejercer mayor presión en las pacientes, ya que se fija mucho en el cuidado de su figura.

Al indagar sobre que parte del cuerpo rechazan más, concuerdan que son piernas seguidas del abdomen las que desean modificar. Dado esto, se preguntó cuál era el objetivo que perseguían al realizar ejercicio, siendo dos los motivos mencionados: controlar el peso y “mantener la salud”.

A esto comenta De Llanos (Rodríguez, 2002) que las jóvenes a través del ejercicio tratan de moldear sus cuerpos para que se ajusten a los modelos estéticos corporales, siendo este un cuerpo delgado; ya que por lo general se sienten acomplejadas con respecto a las dimensiones y formas corporales. Así que dentro de las actividades que realizan con mayor frecuencia son: correr, pesas, spinning, etc.

En el área sexual, la mayoría refiere una orientación sexual heterosexual, iniciando su vida sexual entre los 16 y 20 años; dicha situación no modificó la percepción sobre sí mismas. Refieren patrones de relaciones y experiencias sexuales negativas; dato que se relaciona con el número de comportamientos sexuales experimentados (infidelidades,

prostitución, violencia, etc.) donde ambos grupos refieren haber vivido de 1 a 3 situaciones.

En cuanto al número y duración de noviazgos se contó con poca información, encontrando que el grupo de bulímicas ha establecido más relaciones de pareja y su duración ha sido levemente mayor con respecto al grupo de anoréxicas; sin embargo es este el grupo que reporta mayor número de embarazos y abortos, aunque los porcentajes fueron también pequeños.

En este punto Areson (1991) describe que las bulímicas tienen pocas relaciones íntimas; incluso mantienen a distancia a padres y esposos, pues el desafío de tener que actuar de una forma normal en público es demasiado agotador. Sin embargo Lemberg y Cohn (González, 2003) difieren al comentar que tienden a tener mejores relaciones sociales e incluso a casarse en comparación con las pacientes con anorexia.

Dentro del área emocional se indagó sobre tres situaciones traumáticas que son: duelos, abusos físicos y sexuales; en los dos primeros los grupos mostraron porcentajes similares de presencia, pero en el caso del abuso sexual fue el grupo con bulimia (34%) el que mostró una incidencia mayor con respecto al grupo con anorexia (20%): siendo los familiares y otras personas quienes perpetraron dicha conducta. Dado esto fue interesante encontrar en la gráfica de estado mental, que es el grupo con bulimia, quien presenta un mayor número de problemáticas al compararlo con el grupo con anorexia.

Al preguntarles cuales consideraban eran las consecuencias emocionales que vivían, los grupos concuerdan que es el enojo junto con la tristeza los sentimientos que se presentan constantemente tanto en su familia como en ellas.

Autores como Saldaña (1994) señalan que las bulímicas al darse cuenta de su comportamiento desadaptado; se sienten deprimidas y culpables; Areson (1991) agrega que su temor al rechazo, una sensibilidad extrema respecto a lo que los demás piensan y una baja autoestima hacen que no consiga lo que quiere; por lo que nunca está realmente satisfecha, sino muy vacía. Duker y Slade (2003) refieren que en caso de las anoréxicas, al cerrarse más la espiral de la inanición, más intensa será la necesidad de mantener el control y un mayor temor a perderlo. Así, respecto a cualquier aspecto que tenga que ver con alimentos, peso o comer, la enferma manifiesta rigidez y obstinación; si logra mantener éstos se siente satisfecha, tranquila y feliz; pero si los pierde, siente pánico, disgusto, miedo y grandes sentimientos de culpa.

En el área familiar se obtuvieron primeramente las características demográficas de los integrantes, encontrando que los padres cuentan con el grado de licenciatura, donde las

madres se dedican principalmente al hogar; mientras que los padres se dedican al comercio y otras actividades. En cuanto a la edad, en el grupo con anorexia las parejas coinciden en la edad de 50 a 59 años, en cambio el grupo con bulimia las madres son más jóvenes (40 a 49 años) con respecto a sus maridos (50 a 59 años).

En general los grupos resaltan una descripción favorable así como relación satisfactoria actual con los miembros de la familia; sin embargo, perciben una actitud negativa ante su problema por parte de ésta, sobretodo las anoréxicas. Quizá esta evaluación está influenciada por la situación de internamiento obligatorio por parte de la familia y rechazo de la paciente a reconocer su trastorno de la conducta alimentaria.

Otro intento de explicación podría fundamentarse en la teoría de Sherman y Thompson (1999), que aunque hace referencia a los tipos comunes de familias con hijas bulímicas, también se podría aplicar a las anoréxicas en función de los resultados obtenidos; de dicha clasificación se ubica a la familia perfecta donde la apariencia y reputación son de gran importancia, por tanto se ocultan y/o niegan los secretos o problemas.

Así la familia perfeccionista al luchar por la perfección, presiona a la niña para alcanzar el éxito. Las niñas “buenas” deciden no defraudar a la familia, deben sacar buenas calificaciones, no dar disgustos ni preocupaciones a sus padres, no dañar los sentimientos de nadie y por supuesto no defraudarse nunca; viven creyendo que “lo que piensen los demás es lo más importante”. Esto explicaría el por que las pacientes de ambos grupos describen a su familia con adjetivos positivos evitando dar una imagen negativa de la misma, pues no se permiten hablar de los problemas al inicio del tratamiento; situación que se mejora conforme se establece la alianza

Dentro de las consecuencias familiares, en los dos grupos es el enojo lo que viven más a causa del trastorno. Esto ocurre, dado que las pacientes al obtener cierta sensación de logro y seguridad, pierden de vista los riesgos potenciales, al grado que no se percatan que están enfermas; y solo cuando advierten que están en dificultades, experimentan cierta desesperación por sentirse incapaces de escapar de esta trampa, de no sentir confianza, control de sí mismas, autodirección y contacto con la realidad (Duker y Slade, 2003).

A esto hay que agregarle que dentro de las consecuencias que viven en el área social es la soledad. Menciona Areson (1991) que en el caso de las bulímicas, se debe a que se sienten especialmente solas y aisladas de los demás por que temen que descubran su conducta de atracón/purga.

En cuanto a las pacientes con anorexia Duker y Slade (2003) resaltan que éstas se sienten confundidas y abrumadas por la gran cantidad de interacciones que ocurren dentro de un grupo, como consecuencia, surge el hecho de no poder desenvolverse adecuadamente con otras personas; por lo que las relaciones sociales que de por sí han sido difíciles se tornan aun más problemáticas. Si la persona llega a un estado de desnutrición severo, puede ocurrir un cierto deterioro de los sentimientos y emociones; esto es que cualquier cosa que sienta sea ira, amor, odio, placer, tristeza o celos se experimenta cada vez con menos fuerza. Esto genera cierto sentido de aislamiento, un sentimiento de encontrarse por encima de las tensiones ordinarias de la vida, de estar anestesiado para protegerse de ellas; esta experiencia es la que confiere a la persona anoréxica su actitud tan distante, de superioridad o indiferencia.

En lo vocacional difieren las dificultades, ya que el grupo con anorexia las presenta en mayor medida en procesos mentales debido a la desnutrición; mientras que el grupo con bulimia reporta más frecuentemente problemas escolares como son cambios de carrera, etc.

Esta diferencia, radica en que las pacientes anoréxicas al estar en inanición deterioran su funcionamiento mental, siendo lo primero en desaparecer las funciones mentales superiores como es el pensamiento abstracto, la concentración, la memoria y la capacidad de controlar los movimientos corporales (Duker y Slade, 2003). Sin embargo, las pacientes bulímicas, al no restringirse de esa manera puntúan primordialmente en problemas escolares ya que como menciona Lemberg y Cohn (González, 2003) este tipo de pacientes tienden a ser impulsivas. Esto se refleja en los episodios cíclicos de glotonería e inanición, o de comer desafortadamente para vomitar después, que le proporcionan cierto sentido de orden que contrasta bastante con la confusión de otros aspectos de su vida, una confusión que resulta más evidente mientras más pesa (Duker y Slade, 2003).

Dentro de los antecedentes heredo-familiares los dos grupos se distribuyen entre la opción de dos a cinco antecedentes de manera homogénea; de los familiares que presentan los porcentajes mayores fueron los abuelos de ambas familias, así como los padres. Respecto a la presencia de dichos padecimientos se observa lo siguiente: tanto la obesidad como diabetes se encuentra en más de la mitad de la población de ambos grupos; la hipertensión así como las cardiovasculares disminuyen ligeramente alcanzando casi un 50%, el resto como son enfermedades tiroideas, dislipidemias y cáncer hay mayor presencia en el grupo de bulímicas

Este último padecimiento el cáncer, fue importante ya que se agregó como variable, al ocurrir que las pacientes al contestar el formato de evaluación nutricional la mencionaron como otra enfermedad frecuente en la familia.

### **Sugerencias y limitaciones**

Al ser los datos de archivo, no existió la posibilidad de ser completados; además se tiene que confiar en la precisión y oportunidad de material. Por tanto, se sugeriría a la Institución que en próximas evaluaciones, se verifique que cada pregunta cuente con una respuesta (indicando presencia, ausencia o abstenciones por parte de la paciente al dar la información) evitando dejar en blanco líneas y / o recuadros; esto con la finalidad de lograr una mejor identificación de las características de la población.

Otra situación fue que al ser una investigación descriptiva, se dio una visión general de los trastornos de la conducta alimentaria en dicha población. Así que se propone que este trabajo sea base para futuras investigaciones, es por ello que recomendamos que en lo consecuente se comparen los datos obtenidos con otro tipo de población ya sea de diferente nivel socioeconómico o en muestras sin trastorno, es decir, utilizar de preferencia modelos experimentales que permitan obtener generalizaciones

Por último, se podría decir que el tipo de muestra resulta sesgada al ser intencional, homogénea y restringida, ya que sólo se contó con la población de la clínica, la cual cuenta en su totalidad con un nivel socioeconómico alto, a excepción de algunas que contaron con beca. Sin embargo, esto nos ayuda a entender que por ahora México, no cuenta con Instituciones que traten los trastornos de la conducta alimentaria en poblaciones menos afortunadas; dichas pacientes tienen que recurrir a hospitales ejemplo: Instituto Nacional de Nutrición, el cual no cuenta con la capacidad de camas para internarlas el tiempo que requieren, además de enfocarse más en el área médica.

## REFERENCIAS

- 1- Alemany, M. (1995). Enciclopedia de las dietas y la nutrición. España: Planeta.
- 2- Arenson, G. (1991). Una sustancia llamada comida. España: McGraw Hill.
- 3- Bruchon- Schweitzer, M. (1992). Psicología del cuerpo. Barcelona: Biblioteca de Psicología.
- 4- Castañeda, L. M. (2005). Insatisfacción con la imagen corporal como factor de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria en preadolescentes víctimas de maltrato infantil. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología, U.N.A.M. México D.F.
- 5- Chichilla A. (1994). Guía teórico-práctica de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia nervosas. Barcelona. Masson
- 6- CIE-10. (1993). Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor.
- 7- Craig, G. (1997). Desarrollo psicológico. México: Prentice Hall.
- 8- Cruz, A. D. (2001). Factores de riesgo en trastornos alimentarios: imagen corporal, auto atribución y autoestima en relación con el peso corporal en preadolescentes. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, U.N.A.M. México. D.F.
- 9- Duker, M. y Slade, R. (2003). Anorexia nerviosa y bulimia: un tratamiento integrado. México: Limusa
- 10- Enciclopedia Larousse Temático (1997). 4, México: Larousse
- 11- Fernández, E. (1991). Psicopedagogía de la adolescencia. Madrid: Narcea
- 12- Fischman, Y. (2000). Mujer, sexualidad y trauma. Buenos Aires: Lugar
- 13- González, R. (2003). Trastornos de la conducta alimentaria y estrés. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, U.N.A.M. México. D.F.
- 14- Gotwald, W. (1983). Sexualidad: la experiencia humana. México: Manual Moderno
- 15- Hekier, M. y Miller, C. (1994). Anorexia-Bulimia: Deseo de nada. México: Paidós.
- 16- Higashida, H.B. (1991). Ciencias de la salud (2ª. Ed.). México: McGraw Hill.
- 17- Holtz, V. (1995). Antecedentes históricos de la anorexia nervosa. Rev. Psicología Iberoamericana. 3, (2), 5-13.

- 18- Hurlock, E. (1980). Psicología de la adolescencia. México: Paidós
- 19- Jourard, M.S. y Landsman, T. (1992). La personalidad saludable. México: Trillas.
- 20- Katchaoburian, H. (1992). Las bases de la sexualidad humana. México: Continental.
- 21- Kaufer M. y Casanueva E. (1986) Los cómo, cuándo, y dónde de la antropometría. Cuadernos de Nutrición. (2) p. 13-17
- 22- Kolb, L. C. (1978). Psiquiatría clínica moderna (5°. ed.). México. Prensa Médica Moderna.
- 23- Lutte, G. (1991). Liberar la adolescencia: La psicología de los jóvenes de hoy. Barcelona: Herder
- 24- Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. (DSM IV) (1995). Barcelona: Masson.
- 25- Martínez H. M. C. y Pérez O. L. (1998). Relación entre peso corporal y conducta alimentaria de riesgo en mujeres adolescentes. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología, U.N.A.M. México D.F.
- 26- Martínez, S. (1994). La obsesión por adelgazar. México: Espasa CALPE
- 27- McLaren, D. (1993). La nutrición y sus trastornos. México: Manual moderno
- 28- Monroy, A. (1998). Antología de la sexualidad humana. (2°ed. Vol. 2). México: M. A. Porrúa
- 29- Muss, R. (1995). Teorías de la adolescencia. México: Paidós
- 30- Nava, M. L. (2002). Conducta alimentaria de riesgo y peso corporal en preadolescentes mexicanos. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología, U.N.A.M. México, D.F.
- 31- Papalia, D. C. y Wendkos, O. S. (1992). Psicología del desarrollo. México: Mc GrawHill
- 32- Pope, H., Champoux, R. y Hudson, J. ( 1987). Eating Disorder and Socioeconomic Class. Anorexia Nervosa and Bulimia in Nine Communities. The Journal of Nervous and Mental Disease. 175, (10), 620-623.
- 33- Rice, P. F. (1997). Desarrollo humano. México: Prentice Hall

- 34- Rivera, M. L. (1997). Relación que existe entre el nivel socioeconómico y la presencia de factores de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios en mujeres de 15 a 19 años. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, U.N.A.M., México, D.F.
- 35- Rodríguez P. T. M., y Sánchez G. N. (2002). Inicio de la vida sexual y su relación con la autoestima e imagen corporal en adolescentes mexicanas. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología, U.N.A.M. México. D.F.
- 36- San German, J. L. (2000). Factores de riesgo asociados con conducta alimentaria: obesidad en preadolescentes. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, U.N.A.M. México. D.F.
- 37- Saldaña, C. (1994). Trastornos del comportamiento alimentario. Madrid: Groupe Donograph
- 38- Sherman, R. y Thompson, R. (1999). Bulimia: Una guía para familiares y amigos. México: Trillas.
- 39- Shonfeld, W. (1973). El cuerpo y la imagen corporal en los adolescentes. En G. Caplan y S Lebovici (Eds.). Psicología social de la adolescencia: Desarrollo familia, escuela, enfermedad y salud mental. Buenos Aires: Paidós
- 40- Shütze, G. (1983). Anorexia Mental. Barcelona: Herder.
- 41- Stierlin, H. y Weber, G. (1990). ¿Qué hay detrás de la puerta de la familia?. Barcelona: GEDISA
- 42- Toro, J. (1996). El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad. Barcelona: Ariel.
- 43- Toro, J. y Vilardell, E. (1987). Anorexia nerviosa. Barcelona: Martínez Roca
- 44- Turón, G. V. J. (1997). Trastornos de alimentación: anorexia nervosa, bulimia y obesidad. Barcelona: Masson
- 45- Vandereycken, W., Castro, J. y Vanderlinden, J. (1991). Anorexia y Bulimia: la familia en su génesis y tratamiento. Barcelona: Martínez Roca
- 46- Zukerfeld, R. (1996). Acto Bulímico, Cuerpo y Tercera Tópica. México: Paidos

Para cualquier aclaración de la información presentada:

**Psic. Ana Karina Suaste Herrera**

[Busqueda78@hotmail.com](mailto:Busqueda78@hotmail.com)

[annuskamx@yahoo.com.mx](mailto:annuskamx@yahoo.com.mx)

**Psic. Oswaldo Fabrício Gonzalez Reyna**

[oswaldofabricio@yahoo.com.mx](mailto:oswaldofabricio@yahoo.com.mx)

[fabriciopoh@hotmail.com](mailto:fabriciopoh@hotmail.com)

## ANEXO 1

Para el análisis de los datos después de ser capturados se utilizó el siguiente procedimiento:

- 1.- Formar las categorías o intervalos de las variables.
- 2.- Recodificar las variables nominales en numéricas . (Pág. 2 – 49)
- 3.- Utilizar la opción de múltiples respuestas (frecuencia) en las siguientes variables:
  - ❖ Actitud ante el peso máximo
  - ❖ Actitud ante el peso mínimo
  - ❖ Alimentos consumidos en atracón
  - ❖ Actitud de la familia en cuanto al uso de sustancias
  - ❖ Parte corporal rechazada
  - ❖ Importancia del ejercicio
  - ❖ Influencia del ejercicio
  - ❖ Tipo de actividad física
  - ❖ Comportamientos sexuales
  - ❖ Consecuencias emocionales
  - ❖ Descripción de la familia
  - ❖ Actitud de la familia ante el problema
  - ❖ Consecuencias familiares
  - ❖ Consecuencias sociales
  - ❖ Consecuencias vocacionales
  - ❖ Antecedentes heredo familiares
  - ❖ Familiares con enfermedades
  - ❖ Ambiente familiar
  - ❖ Recuerdos de la infancia
  - ❖ Relación en la infancia con la familia
- 4.-Hacer sumatoria de las variables:
  - Total de síntoma al ingreso
  - Total de comportamientos sexuales-experimentados
  - Total de síntomas (Estado mental)
  - Total de enfermedades heredo familiares
  - Total de familiares con enfermedades
  - Total de adicciones
  - Total de familiares con adicciones
- 5.-Sacar frecuencia y porcentaje de las variables

## ANOREXIA

<i>SENTIMIENTO ASOCIADO AL PESO MÁXIMO</i>				
CON RESPECTO AL PESO	SENTIMIENTOS NEGATIVOS	DESCALIFICACIONES	BIENESTAR	OTROS
Gorda Gordísima Pesada Obesa Hinchada Piñata Panzona Llenita Gordita	Angustia Insegura Enojada Fatal Ansiedad Odio Frustrada	Horrible Vale madres Fea Lo peor Fatal	Bien Tranquila Contenta	Pésimo Nada Mal Trauma Incómoda Muy mal Fatal

## BULIMIA

<i>SENTIMIENTO ASOCIADO AL PESO MÁXIMO</i>				
CON RESPECTO AL PESO	SENTIMIENTOS NEGATIVOS	DESCALIFICACIONES	BIENESTAR	OTROS
Gorda Gordísima La más gorda Exagerada Gordita Llenita	Tristeza Insegura Deprimida Decepcionada Culpable Impotencia Enojo Preocupación Frustración	Horrible Asquerosa Inmunda No me gusta Terrible	Bien	Acomplejada Mal Molesta Pésimo No importa Muy mal No salía

## ANOREXIA

<i>SENTIMIENTO ASOCIADO AL PESO MÍNIMO</i>					
MALESTAR FÍSICO	SENTIMIENTOS NEGATIVOS	INSATISFACCIÓN	CON RESPECTO AL PESO	BIENESTAR	OTROS
Cansada Débil Agotada Baja Energía	Triste Ansiosa Miedo a subir Angustia Culpa Tristeza Asustada	No me gusto Insatisfecha Anoréxica Horrible Desagusto Ambivalente	Muy flaca Flaca Gorda	Contenta Feliz Bienestar Realizada Bien Satisfacción Cómoda Alegría Encantada Muy bien	Mal Fatal Normal

## BULIMIA

<i>SENTIMIENTO ASOCIADO AL PESO MÍNIMO</i>					
MALESTAR FÍSICO	SENTIMIENTOS NEGATIVOS	INSATISFACCIÓN	CON RESPECTO AL PESO	BIENESTAR	OTROS
Cansada Débil Fatigada	Triste Culpa Enojo Irritable Depresión	Sin atractivo Insatisfecha Muy flaca Bien pero falta Asquerosa Inconforme	Liviana Flaca Gorda Ligereza	Seguridad Feliz Súper bien Bien Muy guapa Encantada Muy bien	Mal Insatisfecha

## ANOREXIA

<i>ALIMENTOS DISPARADORES</i>								
PROTEÍNAS	CARBOHIDRATOS	FRUTAS	GRASAS	LÁCTEOS	AZÚCARES	CARBOHIDRATOS CON GRASAS	COMIDA CHATARRA	OTROS
Queso	Carbohidratos Cereales Pan Harinas Granola Pastas Bolillo Arroz	Jugo de naranja Limón	Chocolate Mayonesa Semillas Crema Cacahuates Mantequilla	Lácteos	Lo dulce Dulces Azucares Cajetas Gomitas Chicles Golosinas Gelatinas Frapuccino	Pasteles Galletas Gansitos Pan dulce Lo frito	Papas con chile Comida chatarra Tostadas Antojos Pizza	Pepinos Hamburguesas Lo salado Tacos Todo Quesadillas Helados Tostadas Postres Nieves

## BULIMIA

<i>ALIMENTOS DISPARADORES</i>								
PROTEÍNAS	CARBOHIDRATOS	FRUTAS	GRASAS	LÁCTEOS	AZÚCARES	CARBOHIDRATOS CON GRASAS	COMIDA CHATARRA	OTROS
Queso Embutidos Atún Quesos Frijoles Salchichas	Carbohidratos Cereal Pan Arroz Granola Tortilla Harina Palomitas Pasta	Plátano Jugos	Chocolate Chocolates Crema Cacahuates	Leche	Lo dulce Dulces Lo que tiene azúcar Chilitos Azúcares Refrescos	Pasteles Galletas Pan dulce Donas Lo frito Fritura	Papitas Comida chatarra Comida rápida Garnachas Lo salado Pizza	Todos Hamburguesas Alimentos con chile Cualquier alimento Helados Postres Nieve

## ANOREXIA

<i>COMPLICACIONES MÉDICAS</i>				
DESHIDRATACIÓN	DESNUTRICIÓN	PROBLEMAS DENTALES	HOSPITALIZACIONES	OTRAS
Baja de potasio Deshidratación	Debilidad física Hipoglucemia Desnutrición Arritmias Resequedad en piel Anemia	Pérdida de esmalte No esmalte en dientes Dentales Problemas dentales	7 Hospitalizaciones Hospitalización 10 Hospitalizaciones 5 hospitalizaciones Hospitalizaciones Paro cardiaco 2 Hospitalizaciones Intentos de suicidio 3 Hospitalizaciones	Lengua fracturada Ataques de ansiedad Fibromialgia Úlcera en estómago

## BULIMIA

<i>COMPLICACIONES MÉDICAS</i>				
DESHIDRATACIÓN	DESNUTRICIÓN	PROBLEMAS DENTALES	HOSPITALIZACIONES	OTRAS
Baja de potasio Falta de electrolitos	Pérdida de cabello Desmayos Desnutrición	Pérdida de esmalte Pérdida de 11 dientes Descalcificación dental Problemas dentales Caries	2 Sobredosis Hospitalización Hospitalizaciones 3 Hospitalizaciones	Depresión Hipoglucemia

## ANOREXIA

<i>CONSECUENCIA SOCIAL</i>				
APOYO	SOLEDAD	ENOJO	INSEGURIDAD	OTROS
Apoyo	Aislamiento Soledad Menos amigos Mal Matrimonio Pérdida de amigos No vida social Críticas Apatía Desinterés	Enojo Peleas Gritos Regaños No me respetan Voluble	A la defensiva Preocupación Desconfianza Aprehensivo Control	Cambio de escuela Observada Distracción Dolor

## BULIMIA

<i>CONSECUENCIA SOCIAL</i>				
APOYO	SOLEDAD	ENOJO	INSEGURIDAD	OTROS
Sociable Apoyo Comprensión	Aislamiento Sola No tengo amigos Deprimida Rechazo Etiquetada Desadaptación Críticas No entienden Pérdida de amigos	Enojo Cambios de humor Pleitos Regaños	Acomplejada Inseguridad Miedo Dependiente	Cambio de escuela Comparaciones Triste Irresponsabilidad Burlas

## ANOREXIA

<i>COMPLICACIÓN EMOCIONAL</i>							
DESAJUSTES FÍSICOS	SATISFACCIÓN	BAJA AUTOESTIMA	ENOJO	SOLEDAD	MIEDO	TRISTEZA	OTROS
Cansada Lenta Débil Sin ganas		Inútil Baja autoestima Horrible Mal Fea Anormal Insegura Idiota Devaluada Fracaso Avergonzada	Frustración Harta Fastidiada Mal Enojada Coraje Histérica Voluble Gritos Irritable Agresiva Sin control Odio Encabronada Apatía Impotente	Aislamiento Sola Depresión Egocéntrica Rechazo Abandono	Angustia Miedo a subir Miedo Indecisión Nerviosa Ansiosa	Triste Depresión Defraudada Me quiero morir Sentimental Desilusionada Decepcionada	Suicidio Egoísta No hablo Culpable Agobiada Indiferente Preocupada Impotencia Desesperación Desesperanza Impaciente Confundida Manipuladora Reservada Frustrada Presionada Arrepentida Lastimada Responsable Mentirosa

## BULIMIA

<i>COMPLICACIÓN EMOCIONAL</i>							
DESAJUSTES FÍSICOS	SATISFACCIÓN	BAJA AUTOESTIMA	ENOJO	SOLEDAD	MIEDO	TRISTEZA	OTROS
Cansada Menos energía Tensión	Aceptada Bien Menos sola Contenta Feliz	Cochina Rara Inferior Mal Baja autoestima Idiota Insegura Devaluación Extraña Incómoda Vergüenza	Frustración Irritabilidad Negativismo Neurótica Enojada Coraje Resentimiento Falta de control Agresividad Mal humor	Soledad Aislamiento Sola Abandono Alejada de Dios	Nerviosa Ansiedad Angustiada Miedo	Tristeza Depresión Desmotivación Sufro Ganas de morir	Inconforme Culpa Impotencia Confundida Frustración Desesperación Rechazada Envidiosa Preocupada Celos Manipulación

## ANOREXIA

<i>CONSECUENCIA FAMILIAR</i>					
APOYO	INSEGURIDAD	ENOJO	ASLAMIENTO	TRISTEZA	OTROS
Apoyo Sobreprotección Interés de padres	Preocupación Me vigilan Angustiados Desconfianza Miedo Susto	Problemas con Papá Gritos Ruptura Enojo Problemas Peleas Estrés Pleitos Regaños Me ignoran Intolerancia Discusiones Rechazos Maltratos Enfados Golpes Agresión Humillación Reclamos Agresión verbal Rabia Luchas Violencia Reproches	Aislamiento Soledad Decepción Sola Doy Vergüenza Incomprensión	Tristes Sufrimiento Desasosiego	Desesperación Culpa Impotencia Presión Burlas Descontrol Ironías

## BULIMIA

<i>CONSECUENCIA FAMILIAR</i>					
APOYO	INSEGURIDAD	ENOJO	ASLAMIENTO	TRISTEZA	OTROS
Apoyo Comprensivos	Preocupación Me vigilan Miedo Inseguridad Observada Control Asustados	Engaños Deterioro Rechazo Irritables Enojo Gritos Intolerancia Peleas Discusiones Distanciamiento Defensiva Agresiva Resentimiento Rabia Regaños Pleitos Enfrentamientos	Aislamiento Negación Poca convivencia Me siento anormal Incomunicación Abandonada	Tristeza Sufrimiento	Desesperación Culpa Miedo p/ mis hijos Presionaban Frustración

## ANOREXIA

<i>CONSECUENCIA VOCACIONAL</i>			
PROBLEMAS EN PROCESOS MENTALES	MALESTARES FÍSICOS	PROBLEMAS ESCOLARES	OTROS
Falta de concentración Pérdida de atención Baja atención Baja concentración Falta de memoria Disminución de concentración Disminución de memoria Disminución de atención Bajo rendimiento Baja memoria	Cansancio Debilidad Física Flojera	Dejé la escuela Falta a clases No puedo trabajar Faltas a la escuela Renuncié al trabajo Liquidación Reportes Me corrieron de la escuela Pleitos Cambio de carrera 4 veces Ausencia Ausencia a la escuela Bajas calificaciones	Miedo a salir Presionada Irritable Aislamiento Falta de motivación Frustración Señalada Preocupación de amigos Angustia Preocupación Inconstancia Intolerancia Discriminada

## BULIMIA

<i>CONSECUENCIA VOCACIONAL</i>			
PROBLEMAS EN PROCESOS MENTALES	MALESTARES FÍSICOS	PROBLEMAS ESCOLARES	OTROS
Falta de concentración Pérdida de atención Falta de atención Baja concentración Distracción Disminución de concentración Bajo rendimiento Pérdida de concentración Baja atención Cansancio Baja memoria Disminución de memoria Disminución de atención	Cansancio Flojera Debilidad	Dejé la escuela Pérdida del sem. Dejé escuela 2 veces Falto al trabajo Bajo rendimiento Problemas con maestros Falta a la escuela Inconstancia Ausencia a la escuela Falta a clases Dejé 2 carreras Bajas calificaciones Bajo promedio Cambié de carrera	Inseguridad Mal Poco tolerante Aislamiento Falta de interés Inútil Deprimida

## ANOREXIA

<i>DUELOS, PARENTESCO CON LA PACIENTE</i>			
FAMILIARES	AMISTADES	FAMILIARES Y AMIGOS	OTROS
Abuelos Bisabuela Papá Abuela Abuelo Papá y Hermano Abuelos y 2 abortos Tía Abuelo y Hermano Abuelo y Tía Tía y 4 primos	Novio Amiga y Novio Amigo Amigos	Amiga y Abuelos Abuelos y Amigo Padre y Amiga	Divorcio Cambio de residencia Divorcio de Padres

## BULIMIA

<i>DUELOS, PARENTESCO CON LA PACIENTE</i>			
FAMILIARES	AMISTADES	FAMILIARES Y AMIGOS	OTROS
Primo Abuelo, Hermano, etc. Mamá Abuelo Abuela Bisabuelo Mamá, Papá, Hermano Bisabuela Prima Aborto Abuelos Hijo y tío	Novio Amigo	Tías y amiga Novio y abuelo	Deja la academia Cambio de residencia

## ANOREXIA

<i>ABUSO FÍSICO, PARENTESCO CON LA PACIENTE</i>		
MAMÁ	PAPÁ	OTROS
Mamá	Papá	Novio Ex esposo Jefe Familiar Hermano

## BULIMIA

<i>ABUSO FÍSICO, PARENTESCO CON LA PACIENTE</i>		
MAMÁ	PAPÁ	OTROS
Mamá	Papá	Novio Ex novio Papá y novio Amiga

## ANOREXIA

<i>ABUSO SEXUAL, PARENTESCO CON LA PACIENTE</i>		
FAMILIARES	AMISTADES	OTROS
Ex Esposo Hermano, Tío, Papá Primo	Novio	Vecino Jefe Desconocidos Compañero Amigo, Primo

## BULIMIA

<i>ABUSO SEXUAL, PARENTESCO CON LA PACIENTE</i>		
FAMILIARES	AMISTADES	OTROS
Ex Esposo Hermano Primo Tío Papá Primo y Hermano	Novio Amiga Amigo de la familia	Desconocido Amigo, cuñado, primo Desconocidos Novio, desconocido Maestro Familia y amigos Jardinero Vecino

## ANOREXIA

<i>ESCOLARIDAD DE LA MADRE</i>		
LICENCIATURA	BACHILLERATO O CARRERA TÉCNICA	OTRAS
Administración Licenciada Teóloga Química Historiadora Maestra Licenciatura Ingeniera	Secretaria Educadora Preparatoria Comercio Bachillerato	Secundaria Teatro Comerciante Primaria Actriz

## BULIMIA

<i>ESCOLARIDAD DE LA MADRE</i>		
LICENCIATURA	BACHILLERATO O CARRERA TÉCNICA	OTRAS
Psicóloga Química Historiadora Maestra Licenciada Pedagoga Contadora Filosofía Dentista Economista	Secretaria Enfermera Preparatoria Bachillerato	Secundaria Pintora Decoración Primaria Actriz Diseñadora

## ANOREXIA

<i>OCUPACIÓN DE LA MADRE</i>	
PROFESIONISTA	AMA DE CASA
Ventas Directora de escuela Psicóloga Actriz Comerciante Maestra Instructora Consultorio Empresaria Secretaria	Ama de casa Hogar

## BULIMIA

<i>OCUPACIÓN DE LA MADRE</i>	
PROFESIONISTA	AMA DE CASA
Coordinadora escolar Ventas Cursos Comerciante Empresaria Productora Maestra Audióloga Secretaria	Ama de casa Hogar

## ANOREXIA

<i>DESCRIPCIÓN DE LA MADRE</i>			
POSITIVA		NEGATIVA	
Luchona	Noble	Seca	Impulsiva
Decidida	Trabajadora	Aprensiva	Victima
Pasiva	Cariñosa	Perfeccionista	Mandona
Amorosa	Ordenada	Floja	Enérgica
Tenaz	Buena	Dura	Voluble
Honesta	Sensible	Neurótica	Sufrida
Servicial	Bondadosa	Obsesiva	Nerviosa
Sencilla	Buena relación	Antisocial	Niña chiquita
Tierna	Comprensiva	Enojona	Abnegada
Cuidadosa	Ayuda a otros	Temperamental	Necia
Perseverante	Linda	Controladora	Impositiva
Comunicación	Fuerte	Depresiva	Hipócrita
Simpática	Alegre	Codependiente	Débil
Bonita	Generosa	Perfeccionista	Sentimental
Cálida	Apacible	Preocupada	Ofensiva
Carismática	Espiritual	Irritable	Insegura
Exigente	Protectora	Posesiva	Odiosa
Amigable	Dedicada	Racionalista	Dependiente
Sociable	Tolerante	Sobreprotectora	Soberbia
Paciente	Disciplinada	Cerrada	Manipuladora
Religiosa	Amable	Conformista	Baja autoestima
Organizada	Escucha	Egoísta	Histérica
Receptiva	Entregada	Manipulable	Llorosa
Lista	Brillante	Orgullosa	Intolerante
Detallista	Leal	Miedosa	Gritona
Confianza	Inteligente	Impaciente	Acelerada
Convivencia	Guapa	Habladora	Sacrificada
Responsable	Soporte	Agresiva	Tonta
Increíble	Objetiva	Consentidora	Dominante
Segura	Humana	Alcohólica	Distraída
Creativa	Lindísima	No pone límites	Inexpresiva
Dadivosa	Apapachadora	Aburrida	Convenenciera
Pacífica	Adorable	Rencorosa	Irresponsable
Confiable	Creyente	Aguantadora	
Buen corazón			

## BULIMIA

<i>DESCRIPCIÓN DE LA MADRE</i>			
POSITIVA		NEGATIVA	
Religiosa	Buena onda	Preocupona	Incomunicación
Alegre	Comprensiva	Fría	Acaparadora
Noble	Jovial	Incomprensiva	Indecisa
Conservadora	Activa	Enojona	Comedora
Humana	Directa	Acelerada	No sabe perdonar
Sensible	Expresiva	Distraída	Vanidosa
Tierna	Exigente	Controladora	Dependiente
Buena	Caritativa	Voluble	Caprichosa
Suave	Amigable	Dura	Apasionada
Cariñosa	Cuidadosa	Rígida	Miedosa
Observadora	Capaz	Terca	Volátil
Creyente	Entrega	Estricta	Perfeccionista
Perseverante	Inteligente	Nerviosa	Seca
Amorosa	Confianza	Especial	Mártir
Tranquila	Lista	Agresiva	Huevona
Fuerte	Abierta	Sumisa	Dedicada
Amor	Sincera	Fachosa	Desesperada
Generosa	Ordenada	Explosiva	Manipuladora
Buena madre	Brillante	Sentimental	Manipulable
Trabajadora	Escucha	Necia	Endeble
Refinada	Católica	Enérgica	Impredecible
Paciente	Optimista	Obsesiva	
Positiva	Sencilla	Egoísta	
Inocente	Divertida	Sobreprotectora	
Luchona	Ayuda	Sacrificada	
Emprendedora	Decisiva	Seria	
Dedicada	Solidaridad	Sufre	
Aprende	Amable	Metiche	
Humilde	Considerada	Ambivalente	
Responsable	Chida	Gritona	
Chistosa	Reservada	Prepotente	
Simpática	Auténtica	Orgullosa	
Comunicación	Sociable	Máscaras	
Detallista	Confiable	Caótica	
Buena mujer		Crítica	

## ANOREXIA

<i>RELACIÓN CON LA MADRE</i>			
POSITIVA		NEGATIVA	
Buena	Me aconseja	Fría	Agresión
Confianza	Respetuosa	Dominante	Competencia
Comunicación	La adoro	Indiferente	Irritable
Paciente	Divertida	Hipócrita	Distante
Abierta	Única	Dificultades	Discutimos
Honesta	Afectuosa	Mala	Aislada
Acercamiento	Detallista	Peleas	Cómplice
Cariñosa	Comprometida	Codependiente	Grita
Estrecha	Cuidadosa	Estresante	Voluble
Amorosa	Jugamos	Infantil	Enojo
Confidencial	Constante	Fricción	Rivalidad
Cercana	Sincera	Dependencia	Incomprensión
Apacible	Convivencia	Somos una	Difícil
Amistosa	Alegre	Ambivalente	Juzga
Apoyo	Pone límites	Superficial	Resentimientos
Protección	Receptiva	Lejana	Incondicional
Mejor	Seguridad	Presionante	Angustia
Bien	Parecidas	Desconfianza	Control
Salimos	Afinidades	Preocupona	Conflictiva
Tolerancia	Entiende	Consentidora	Confrontativa
Comprensión	Enriquecedora	Superficial	Controlada
Cálida	Recíproca	Incomunicación	Ambivalente
Libertad	Siempre está	Sobreprotectora	Menos pleitos
Platicamos		Pésima	Se asusta

## BULIMIA

<i>RELACIÓN CON LA MADRE</i>			
POSITIVA		NEGATIVA	
Buena Comunicación	Diferente Honestidad	Fria Mala	Sufre Resentimientos
Cercana	Convivimos	Culpa	Chismosa
Amigable	Tolerante	Pleitos	Falta convivencia
Platicamos	Tranquila	Se altera	Pegadas
Abierta	Receptiva	Preocupación	Sometimiento
Bondadosa	Fuerte	Reclamos	Atosigo
Compañía	Paciente	Complicada	Incomprensión
Afectuosa	Directa	Autoridad	Distanciable
Sincera	Madura	Rechazo	Complemento
Cariñosa	Dedicada	Incomunicación	
Confianza	Pide consejos	Pelas	
Llena de amor	Sensible	Descontrol	
Bien	Aceptación	Desconfiada	
Cálida	Considerada	Riñas	
Mejor amiga	Linda	Elitista	
Mejor	Libertad	Codependiente	
Amable	Empatía	Superficial	
Muy buena	Unidad	Indiferente	
Acercamiento	Protectora	Insegura	
Agradable	Disponible	Enojona	
Apoyo	Compartimos	Sobreprotección	
Comprensiva	Espontánea	Convenenciera	
Ayuda	Comprometida	Me ahoga	
Escucha	Correcta	Liberal	
Amorosa	Positiva	Cerrada	
Respetuosa	Divertida	Gritos	
Perdona		Evitación	

## ANOREXIA

<i>RELACIÓN CON LA MADRE EN LA INFANCIA</i>			
POSITIVA		NEGATIVA	
Buena	Escucha	Fría	Ridiculizaba
Muy buena	Mejor amiga	Sobreprotectora	Pleitos
Cariñosa	Linda	Mala	Rígida
Cordial	Dedicada	Apegada	Competitiva
Me ayudaba	Tierna	Ausente	Amenazas
Amor de mi vida	Alegre	Distante	Comparación
La quería		Me odia	Sacrificada
Atenta		Me pegaba	Incomunicación
Cuidados		Dura	Dejada
Lo máximo		Conflictiva	Poca interacción
Confianza		Pésima	No puso límites
Disponibile		Consentidora	Impositiva
Juegos		Manipula	Mentirosa
Comunicación		Desconfianza	Problemas
Fascinaba		Estresante	Difícil
Comprensiva		Soledad	Rivales
Mimos		Preocupada	Incomprensión

## BULIMIA

<i>RELACIÓN C/MADRE INFANCIA</i>			
POSITIVA		NEGATIVA	
Feliz	Me ayudaba	Autoritaria	Dura
Bien	Entendía	Incomunicación	Me faltó mamá
Perfecta	Dispuesta	Desconfianza	Regaños
La quería mucho	Muy buena	No la veía	Triste
Cariño	Dio su tiempo	Fatal	Resentimiento
Normal	Protegia	Superficial	Dependiente
Buena	Protectora	Trabajaba	Expectativas
Nos cuidaba		Mala	Desesperada
Me cuida		Me presumia	Nerviosa
Comunicación		Codependiente	Desaprobación
Muy bien		Consentidora	Me comparaba
Cuidadosa		Apegada	Golpes
Buena relación		Presionaba por mi peso	Difícil
Amorosa		No apoyó	Preocupona
Jugábamos		Alejada	Demandante

## ANOREXIA

<i>CRITERIO DE LA IMAGEN CORPORAL DE LA MADRE</i>		
SE FIJA EN LA APARIENCIA DE OTROS	SE FIJA EN SU APARIENCIA	CARECE DE VALOR
Me orientaba Le importa mi peso Me presumía Se fija en el peso Rechazo Critica a los gordos	Siempre a dieta Arreglada Muy importante Se cuida Vanidosa Le importa el peso Se restringe Se siente gorda Se deprime por peso Mucho ejercicio Buena figura Maneja apariencia Busca bajar de peso Buena complexión	Indiferencia No le importa Despreocupada No le afecta No hay opinión Le vale

## BULIMIA

<i>CRITERIO DE LA IMAGEN CORPORAL DE LA MADRE</i>		
SE FIJA EN LA APARIENCIA DE OTROS	SE FIJA EN SU APARIENCIA	CARECE DE VALOR
Se fija en mi peso Presiona por mi peso Controla mi peso Le importa el peso Critica Me devalúa por mi peso	Preocupada por peso Cuida alimentación Mucha importancia Piensa que es gorda Le importa su peso Le gusta su cuerpo No le gusta su peso Hace dietas Se preocupa Busca ser delgada Se pesa diario Exigente Perfeccionista	No le importa No le preocupa

## ANOREXIA

<b>CRITERIO DE MADRE EN USO DE SUSTANCIAS</b>	
USO / ACEPTACIÓN DE SUSTANCIAS	RECHAZO AL USO DE SUSTANCIAS
No le da importancia	Consternada
No sabe comer	Las odia
Deja de comer	En contra
Alcohólica	Causan daño
	Culpa
	Preocupación
	Le desagradan
	Lo peor
	Negativa
	No tiene

## BULIMIA

<b>CRITERIO DE LA MADRE EN EL USO DE SUSTANCIAS</b>	
USO / ACEPTACIÓN DE SUSTANCIAS	RECHAZO AL USO DE SUSTANCIAS
Fuma	Lo peor
Toma	Las odia
	Desaprobación
	No le gustan
	Critica
	No usa
	Son malas
	Rechaza
	Saludable

## ANOREXIA

<b>REACCIÓN DE LA MADRE ANTE EL PROBLEMA</b>		
REACCIÓN POSITIVA	REACCIÓN NEGATIVA	
Preocupación	Enojo	Llora
Apoyo	Asustada	No entiende
Mortificada	Angustia	Triste
Respeto	Sufre	Preocupación
Cercana	Desesperada	Frustración
Comprensiva	Reproches	Ansiosa
No quiere que muera	Culpa	Coraje
Busca ayuda	Odio	Incomprensión
	Decepción	Miedo
	Negación	Impotencia
	Ya no me quiere	

## BULIMIA

<b>REACCIÓN DE LA MADRE ANTE EL PROBLEMA</b>	
REACCIÓN POSITIVA	REACCIÓN NEGATIVA
Preocupación	Enojo
Comprensión	Triste
Ayuda	Dolida
Entiende	Desesperación
Tolerante	Impotente
Esperanza	No entiende
Positiva	Destrozada
Me vigila	Piensa que no es grave
Apoyo	Culpa
Interés	No me cree
Cariñosa	Miedo
Al pendiente	Deprimida
	Decepcionada
	Arrepentimiento

## ANOREXIA

<i>ESCOLARIDAD DEL PADRE</i>		
LICENCIATURA	BACHILLERATO O CARRERA TÉCNICA	OTRAS
Geógrafo Administrador Ortodoncista Ingeniero Contador Sociólogo Licenciatura Ingeniero civil Economista Abogado Arquitecto Matemático Médico Mercadotecnia	Preparatoria	Comerciante Secundaria Ganadero Consejero

## BULIMIA

<i>ESCOLARIDAD DEL PADRE</i>		
LICENCIATURA	BACHILLERATO O CARRERA TÉCNICA	OTRAS
Computación Administrador Ingeniero civil Abogado Ingeniero Topógrafo Químico Diseño Economista Contador Veterinario Dentista Médico	Preparatoria	Comerciante Secundaria Primaria Agricultor

**ANOREXIA**

<i>OCUPACIÓN DEL PADRE</i>			
<i>COMERCIO</i>	<i>EMPLEADO</i>	<i>JUBILADO</i>	<i>OTROS</i>
Comerciante Exportador Consultorio Constructor Empresario Despacho privado Ganadero	Profesor Médico Administración Banquero Director de escuela Ventas Director Gerente Editor	Jubilado	Político Desempleado

**BULIMIA**

<i>OCUPACIÓN DEL PADRE</i>			
<i>COMERCIO</i>	<i>PROFESIONISTA</i>	<i>JUBILADO</i>	<i>OTROS</i>
Comerciante Empresario Notario Industrial Hotelero	Gerente Administrador Ventas Trabajador Direc. General Maestro Contador Jefe aduanero Médico		Chofer Político Actor

## ANOREXIA

<i>DESCRIPCIÓN DEL PADRE</i>			
POSITIVA		NEGATIVA	
Paciente	Espiritual	Depresivo	Distante
Guapo	Tolerante	Rígido	Insensible
Honesto	Emprendedor	Duro	Mentiroso
Cariñoso	Amoroso	Explosivo	Tajante
Noble	Paciente	Consentidor	Rencoroso
Bueno	Puntual	Soberbio	Sobreprotector
Simpático	Culto	Habla mucho	No habla
Inteligente	Perseverante	Frío	Prepotente
Trabajador	Ayuda	Manipulador	Violento
Lo máximo	Audáz	Inexpresivo	Con miedos
Observador	Empático	Enojón	Serio
Paciente	Sociable	Egoísta	Imprevisible
Lindo	Atento	Geniudo	Irritable
Explendido	Ordenado	Seco	Crítico
Humilde	Abierto	Estricto	Débil
Luchón	Triunfador	Orgullosa	Apasionado
Valiente	Respetuoso	Superficial	Manipulable
Tranquilo	Comprensivo	Obstinado	Negativo
Bondadoso	Intencionado	Autoritario	Ofensivo
Positivo	Cohérente	Impulsivo	Aprensivo
Dadivoso	Amable	Hiriente	Liberal
Exigente	Humano	Preocupón	Desesperado
Fuerte	Entregado	Poco expresivo	Lejano
Disponibile	Me apoya	Tímido	Egocéntrico
Cuidadoso	Desprendido	Agresivo	Quejumbroso
Carismático	Hogareño	Alcohólico	Peleas
Tierno	Optimista	Voluble	Caprichoso
Confianza	Infantil	Regañón	Necio
Agradable	Protege	Dependiente	Delicado
Recto	Cuida su peso	Controlador	Sentimental
Responsable	Complaciente	Hiperactivo	
Sensible	Compartido	Callado	
Pasivo	Ama a su familia	No escucha	
Bohemio	Generoso	Indiferente	
Sereno	Persistente	Estricto	
Comprensivo	Consejero	Inmaduro	
Escucha		Cerrado	

## BULIMIA

<i>DESCRIPCIÓN DEL PADRE</i>			
POSITIVA		NEGATIVA	
Buen humor	Constante	Voluble	Vicioso
Tierno	Honesto	Autoritario	Ausente
Sensible	Carisma	Estricto	No habla
Excelente	Independiente	Macho	Celoso
Responsable	Amoroso	Agresivo	Ermitaño
Paciente	Bondadoso	Enojón	Sentimental
Espiritual	Comunicación	Serio	Débil
Simpático	Gracioso	Frío	Tímido
Inteligente	Tolerante	Perfeccionista	Lábil
Puntual	Jovial	Cerrado	Guarda emoción
Sugeneris	Audaz	Posesivo	Intelectual
Luchador	Afectuoso	Explosivo	Rígido
Cariñoso	Buena persona	Intolerante	Infantil
Chistoso	Capaz	Deprimido	Infeliz
Tranquilo	Compartido	Consentidor	Desconfiado
Valor	Amigable	Controlador	Terco
Noble	Exigente	Dictador	Desesperante
Juguetero	Cuidadoso	Alcohólico	Seco
Alegre	Sencillo	Raro	
Fiel	Dadivoso	Duro	
Buen padre	Sincero	Preocupón	
Trabajador	Generoso	Irritable	
Considerado	Lindo	Conflictivo	
Tipazo	Empático	Insensible	
Fuerte	Bueno	Sobreprotector	
Comprensivo	Sociable	Manipulador	
Culto	Serio	Prejuicioso	
Eficaz	Apapachable	Neurótico	
Respetuoso	Humilde	Mandón	
Reservado		No expresa	
Libre		Orgullosa	

## ANOREXIA

<i>RELACIÓN CON EL PADRE</i>			
POSITIVA		NEGATIVA	
Buena	Salimos	Dependencia	Superficial
Bien	Amorosa	Agresión	Impulsivo
Siempre está	Platicamos	Mala	Resentimiento
Nos llevamos	Honesta	No escucha	Prepotente
Simpático	Serio	Aislamiento	Pasivo
Confianza	Bonita	Abusador	Consentida
Estrecha	Simpático	Incomunicación	Controlador
Hacemos ejercicio	Complaciente	Miedo	Impotencia
Admiración	Respeto	Distante	Expectativas
Cariñoso	Súper	Lejana	Decepción
Carismático	Jugamos	Poca comunicación	Intolerancia
Apapachador	Me ayuda	Autoritario	
Amistad	Dulce	Seca	
Afectiva	Protección	Objetivo	
Cercano	Considerado	Desconfianza	
Abierta	Amable	Difícil	
Comprensivo	Tranquila	Crítica	
Tierno	Escucha	Poca convivencia	
Me apoya	Noble	Pleitos	
Lo admiro	Entendimiento	Frío	
Comunicación	Débil	Faltaron límites	
Sana	Sincero	Preocupación	
Cálida	Alegre	Presionaba	
Convivencia	Único	Competencia	
Agradable	Afectiva	Problemas	
Lo adoro	Trabajador	Conflictivo	

## BULIMIA

<i>RELACIÓN CON EL PADRE</i>			
POSITIVA		NEGATIVA	
Afines	Consentidor	Voluble	Coraje
Tierno	Cuidadoso	Limitada	Elitista
Cercana	Interesado	Lejana	Forzado
Amigable	Considerado	Nula	Insensible
Exigente	Sinceridad	Controlador	Violento
Respeto	Convivencia	Incomunicación	Rebeldía
Juguetero	Libre	Nefasta	Desconfianza
Nueva	Apoyo	No hablamos	Soberbio
Honesta	Tolerancia	Distanciada	Sobreprotección
Identificación	Sensatez	Peleas	Consentidor
Cariñoso	Unión	Autoridad	Enérgico
Amorosa	Esperanzado	Triste	Rivalidad
Confianza	Noble	Superficial	
Divertida	Compañero	Hostilidad	
Bien	Aprendizaje	Miedo	
Sensible	Humilde	Critico	
Afectuoso	Platicamos	Preocupación	
Cálido	Imparcial	Conflictiva	
Bromista	Comunicación	Consentimiento	
Dialogo	Sin secretos	Chocamos	
Diferente	Protector	Difícil	
Abierta	Escucha	Chantajista	
Compartir	Entrega	Estricto	
Lo admiro	Intenta comunicarse	Agresivo	
Comprensivo	Paciente	Reto	

## ANOREXIA

<i>RELACIÓN CON EL PADRE EN LA INFANCIA</i>			
POSITIVA		NEGATIVA	
Buena	Presente	Duro	Sobreprotegia
Igual	Comunicación	Miedo	Manipulador
Padrísima	Juguetón	Ambivalente	Violento
Lo adoraba	Lo buscaba	No puso límites	Controlador
Muy buena	Paciencia	Ausente	Apegados
Bonita	Cálida	Dictador	Egoísta
Lo máximo	Convivencia	Castigaba	
Lindo	Trabajador	Conflictiva	
Unidos	Alegría	Trabajaba	
Cuidadoso	Protector	Distante	
Comprensión	Amor	Difícil	
Cariño	Admiración	Peleas	
Respeto	Tierna	Lejana	
Lo quería mucho	Me apoyó	No lo conocí	
Compatibles		Exigente	

## BULIMIA

<i>RELACIÓN CON EL PADRE EN LA INFANCIA</i>			
POSITIVA		NEGATIVA	
Convivimos	Me apoyó	Estricto	Nos pegaba
Bien	Dio su tiempo	Rebelde	Agresivo
Amoroso	Respeto	Desconocido	Miedo
Cariñoso	Protector	Papitis	Castigaba
Equipo	Cuidadoso	Crítica	Desastre
Era su orgullo	Comunicación	Duro	Con miedo
Jugábamos	Admiración	Distante	Me consentía
Súper lindo		Resentimiento	No cariñoso
Perfecto		Lejana	Regaños
Consentidor		Fría	Obediencia
Muy buena		Triste	

## ANOREXIA

<i>CRITERIO DE LA IMAGEN CORPORAL DEL PADRE</i>		
SE FIJA EN LA APARIENCIA DE OTROS	SE FIJA EN SU APARIENCIA	CARECE DE VALOR
Me decía gorda Presiona Me ve flaca Comenta sobre los gordos No le gustan las flacas Gusta lo estético Le gustan los modelos Critica mi peso Preocupado por mi peso Hay que ser delgado Le preocupa el peso No le gustan los gordos Busca que sea flaca	Critica su peso Busca la salud Vanidoso Está gordo Era muy gordo Se preocupa Se cuida Cuida su imagen Siempre se cuida	Ninguna No le importa No se preocupa No es importante No se fijaba Neutro No se mete

## BULIMIA

<i>CRITERIO DE LA IMAGEN CORPORAL DEL PADRE</i>		
SE FIJA EN LA APARIENCIA DE OTROS	SE FIJA EN SU APARIENCIA	CARECE DE VALOR
Importa lo delgado Se fija en el peso Vigila mi peso Hay que ser delgado Presionaba por mi peso Lo elegante	Se centra en lo físico Motiva al ejercicio Es importante Obsesivo Busca la delgadez Busca la salud Hace dietas Se pesa diario	No le importa No le preocupa No le interesa Indiferencia

## ANOREXIA

<i>CRITERIO DEL PADRE EN EL USO DE SUSTANCIAS</i>	
USO / ACEPTACIÓN DE SUSTANCIAS	RECHAZO AL USO DE SUSTANCIAS
Fuma Agresivo cuando toma Comía mucho Alcohólico Toma mucho	Preocupación Dejó el alcohol No le gustan En contra

## BULIMIA

<i>CRITERIO DEL PADRE EN EL USO DE SUSTANCIAS</i>	
USO / ACEPTACIÓN DE SUSTANCIAS	RECHAZO AL USO DE SUSTANCIAS
Fuma Alcohólico	Esta en contra Lo peor Lo ve mal No le gustan No usa Falta inteligencia Saludable

## ANOREXIA

<i>OPINIÓN DEL PADRE SOBRE EL PROBLEMA</i>	
REACCIÓN POSITIVA	REACCIÓN NEGATIVA
Preocupación Apoyo Comprensión Tranquilo Me cuida Quiere ayudarme Calma	Decepcionado Agresivo Angustia Triste No entiende Sufre Asustado Coraje Impotencia Culpable Minimiza Intolerado Regaños Desesperación Miedo Frustrado Preocupado Ansioso

## BULIMIA

<i>OPINIÓN DEL PADRE SOBRE EL PROBLEMA</i>	
REACCIÓN POSITIVA	REACCIÓN NEGATIVA
Preocupación Apoyo Comprensión Tolerancia Esperanza	Desesperado Angustia No acepta Miedo Indiferencia Desorientado No entiende Triste Culpa Coraje Impotencia

## ANOREXIA

<i>DESCRIPCIÓN DEL HERMANO</i>			
POSITIVA		NEGATIVA	
Tranquilo	Independiente	Necio	Autoritario
Tenaz	Buena amiga	Enojón (a)	Nervioso (a)
Fuerte	Bonita	Orgullosa	Peleas
Linda	Abierta	Sentimental	Envidiosa
Sensible	Serio	Agresivo	Inseguro (a)
Detallista	Dispuesto (a)	Tímido	Voluble
Cariñoso (a)	Madura	Inquieta	Depresiva
Noble	Amorosa	Distraído	Apático
Positiva	Generosa	Berrinchuda	Agresiva
Pasiva	Capaz	Egoísta	Juzga
Alegre	Ocurrente	Impulsiva	Manipulador
Amigüero	Juguetero	Voluble	Cuadrado
Pacífico	Carismático	Irritable	Hostil
Luchona	Dulce	Frágil	Flojo
Honesta	Dadora	Fresa	Cabrona
Trabajadora	Apoyo	Perfecta	Temperamental
Bien	Cálida	Cerrado	Acelerado
Confianza	Cuidadosa	Callado	Inmadura
Amable	Protección	Terco	Desesperada
Buena (o)	Caritativo	Le hace falta amor	Desesperante
Inteligente	Estudiosa	Perfeccionista	Impaciente
Sociable	Obediente	Todo le vale	Crítico
Comunicación	Deportista	Lastimada	Idiático
Cercano	Decidido	Miedosa	Poco sociable
Reservado	Gran persona	Indiferente	Llorona
Tierna (o)	Evita conflictos	Histérica	Comedor
Líder	Eficiente	Manipulable	
Comprensiva (o)	Sano	Controlador	
Bondadoso	Perceptiva	Codependiente	
Simpático	Genuina	Materialista	
Triunfadora	Bromista	Rencoroso (a)	
Responsable	Preciosa	Apasionado	

## BULIMIA

<i>DESCRIPCIÓN DEL HERMANO</i>			
POSITIVA		NEGATIVA	
Fuerte	Intensa	Tímido	Contestona
Espontánea	Bondadosa	Voluble	Sentimental
Noble	Amoroso	Aislado	Soberbio
Alegre	Amable	Mocha	Irresponsable
Comprometida	Sociable	Celosa	FALSE
Sencilla (o)	Honesto (a)	Int.overtido	Floja
Franco	Generosa	Envidiosa	Mentiroso
Linda	Independiente	Mandona	Chismosa
Disciplinado	Sincera	Codependiente	Hiriente
Eficaz	Despreocupado	Enojón (a)	Metiche
Chistoso (a)	Comunicación	Agresivo (a)	
Excelente	Me ayuda	Callado	
Constante	Pasivo	Manipulador	
Tierna	Buena	Explosivo	
Simpática (o)	Pone límites	Frío	
Leal	Deportista	Preocupona	
Cariñosa (o)	Gentil	Rencoroso	
Seria	Compartido	Intolerante	
Amigable	Trabajador	Egoísta	
Buen hermano	Confianza	Evasivo	
Se cuida	Atenta	Rebelde	
Humilde	Amiguero	Grosero	
Responsable	Buena persona	Regañona	
Comprensiva	Serio	Infantil	
Buena	Madura	Burlón	
Inteligente	Activo	Autista	
Luchador	Sobrio	No habla	
Abierta	Sensible	Violento	
Reservado	Bromista	Berrinchuda	
Protector	Dadivoso	Impositiva	
Divertido (a)	Emprendedor	Desobediente	
Estudioso (a)	Humano	Inseguro (a)	
Escucha		Orgullosa	

## ANOREXIA

<i>RELACIÓN CON HERMANO (A)</i>			
POSITIVA		NEGATIVA	
Buena	Fraternal	Lejana	Agresivos
Me cuida	Amor	Peleas	Crítica
Salimos	Me compra	Amenaza	No entiende
Platicamos	Admiración	Voluble	Enojona
Tolerante	Alegre	Sobreprotectora	
Estrecha	Confidentes	Me molesta	
Apoyo	Seguridad	Poca relación	
Amigo (a)	Afectuosa	Comparación	
Bien	Respeto	No existe	
Confianza	Comprensión	Apegados	
Comunicación	Chistosa	Preocupación	
Unidas	Me ayuda	La idealizo	
Juguetona	Sincero (a)	Distante	
Cercana	Cariñosa	Frágil	

## BULIMIA

<i>RELACIÓN CON HERMANO (A)</i>			
POSITIVA		NEGATIVA	
Comunicación	Interés	Impositiva	Control
Protectora	Cariño	Indiferencia	Mala
Unida	Sincera	Regaños	Lejana
Apoyo	Madura	Pleitos	Superficial
Cercana	Jugamos	Crítico	
Compañera	Convivimos	Discusiones	
Buena	Empático	Peleas	
Comprensión	Amor	Desmadrosa	
Confianza	Alegre	Conflictos	
Fue papá	Contacto	Preocupación	
Nueva	Cuidado	Evasión	
Reíamos	Humilde	Egoísmo	
Abierta	Le ayudo	Codependiente	
Amigas	Compartir	Envidia	
Bien	Honestidad	No hay	
Consejos	Libertad	Incomunicación	
Consideración	Respetuoso	No habla	
Como mi hija	Sensible		

## ANOREXIA

<i>RELACIÓN CON EL HERMANO EN LA INFANCIA</i>			
POSITIVA		NEGATIVA	
Normal	Cariño	La enfadaba	Pésima
Interesada	Buena	Peleas	Agresivo
Apegados	Entregada	Pleitos	Envidias
Apoyo	Íntimas	Conflictiva	Angustia
Bien	La cuidaba	Incomunicación	
Mi muñeca	Protección	Distanciados	
Amistad	Nos ayudábamos	Me provocaba	
Sana	Unidas	Golpes	
Como mi mamá	Diversión	Odios	
Interés	Jugábamos	Intolerancia	

## BULIMIA

<i>RELACIÓN CON EL HERMANO EN LA INFANCIA</i>			
POSITIVA		NEGATIVA	
Bonita	Me cuidaba	Peleas	Coraje
Reíamos	Me ayudaba	Pleitos	Celoso
Bien	Cariño	Envidia	Seductora
Sana	Responsable	Control	Lejana
Buena	Afectuoso	Mala	Posesiva
Cercana	Me defendía	Celos	Rivalidad
Protección	Juegos	No relación	
Divertido	Confianza		

## ANOREXIA

<i>OPINIÓN DEL HERMANO (A) EN IMAGEN CORPORAL</i>		
SE FIJA EN LA APARIENCIA DE OTROS	SE FIJA EN SU APARIENCIA	NO LE IMPORTA
Me decía gorda		

## BULIMIA

<i>OPINIÓN DEL HERMANO (A) EN IMAGEN CORPORAL</i>		
SE FIJA EN LA APARIENCIA DE OTROS	SE FIJA EN SU APARIENCIA	NO LE IMPORTA
	Cuida su peso	

## ANOREXIA

<i>OPINIÓN HERMANO (A) EN USO DE SUSTANCIAS</i>	
USO / ACEPTACIÓN DE SUSTANCIAS	RECHAZO AL USO DE SUSTANCIAS
Minimiza Tolerante Bulímica Come mucho	Lo peor Preocupado Enojo Miedo Desacuerdo

## BULIMIA

<i>OPINIÓN HERMANO (A) EN USO DE SUSTANCIAS</i>	
USO ACEPTACIÓN DE SUSTANCIAS	RECHAZO AL USO DE SUSTANCIAS
Come mucho Saludable	Las rechaza Negativo Enojo Crítica Conciente

## ANOREXIA

<i>OPINIÓN HERMANO (A) SOBRE EL PROBLEMA</i>	
REACCIÓN POSITIVA	REACCIÓN NEGATIVA
Preocupación Me apoya Esperanza Consciente Solidaria Confianza Ayuda	Enojo Coraje No cree Angustia Reproches Impotente Triste Rechazo No entiende Negación No opina Desesperación No dice nada No acepta Incomprensión

## BULIMIA

<i>OPINIÓN DEL HERMANO (A) SOBRE EL PROBLEMA</i>	
REACCIÓN POSITIVA	REACCIÓN NEGATIVA
Preocupación Apoyo No sabe nada Comprensión	Enojo Rechazo Crítica Indiferencia Evasión Lástima Impotencia Tristeza Que estoy loca Desesperación No entiende Le vale Me insulta No me cree Rabia

## ANOREXIA

<i>AMBIENTE FAMILIAR</i>		
POSITIVO	NEGATIVO	
Unión	Discusiones	Incomunicación
Bueno	Tenso	Soledad
Bonito	Sin límites	Miedo
Respeto	Estricto	Feo
Tranquilo	Separados	Depresión
Estable	Violencia	Gritos
Perfecta	Miedo al abandono	Triste
Convivencia	Conflictivo	Hostilidad
Amor	Aislada	Abandono
	Confuso	Coraje
	Pleitos	Padres ausentes
	Falta de cariño	Ambivalente

## BULIMIA

<i>AMBIENTE FAMILIAR</i>	
POSITIVO	NEGATIVO
Feliz	Sobreprotección
Bueno	Estricto
Bonito	Sola
Unido	Agresivo
Lindo	Tenso
Perfecto	Gritos
Tranquilo	Incomunicación
Cuidados	Angustia
Respeto	Pleitos
Comunicación	Malo
Divertido	Papás ausentes
Responsabilidad	Discusiones
Cariñoso	Inseguro
	Cumplía expectativas
	Abandonada
	Maltratos
	Aislamiento
	Violencia
	Inestabilidad

# ANOREXIA

<i>RECUERDO DE LA INFANCIA</i>	
POSITIVO	NEGATIVO
Esquiando con papá	Presión escolar
Papá jugaba c/nosotros	No gustaba la guardería
Cuidados de mi tía	Siempre me caía
Navidades	Miedo a ser abandonada
Me regalaron una muñeca	Amenazas de divorcio
Juegos en mi infancia	Papá de viaje y yo sola
Estar con papá	No le canté a papá
Era feliz	Divorcio de papás
Días de campo	Hermano llorando
Mamá con hermanas	Enojo por estar gorda
Nacimiento de hermana	No gustaba nueva escuela
La gimnasia	Papá alcoholizado
Disneylandia	Me sentía sola
Fiesta de cumpleaños	Peleas entre hermanas
Casa del árbol	Buscaba atención de mamá
Primera comunión	Papá escogía a mis amigos
Reuniones familiares	Padraastro era lejano
Viajes a Valle	Papá trabajando
Mamá ayudando a hacer tarea	Agresión de maestras
Buscábamos luciérnagas	Muerte abuelo
Fines de semana	No hablo en público
Me compraron triciclo	No me dejaron ir a la graduación
Mamá arrullándome	Tenía clases que no quería
Tenía muchas amigas	Abuso sexual
Obras de teatro	Miedo a golpes de Papá
Juegos con mis primos	Culpa por comer
El campamento	Molesto a mis hermanas
Viajes a la playa	Me mandaron al extranjero
Mi prima en mi casa	Tenía que comer
Viajes a España	
Jugar juegos de mesa	
Encontramos un sapo	
Salidas a coyoacán	
Llegaba Santa Claus	
Tenía muchas fiestas	
Feliz en casa de abuela	
Juegos de la infancia	
El café	

# BULIMIA

RECUERDO DE LA INFANCIA	
POSITIVO	NEGATIVO
Juegos	Enojo por estar gorda
Paseos con papá	Era una niña sensible
Papá peinándonos	Hacia sufrir a mamá
Jugando con primos	Papá golpeando a hermana
Los juegos de la feria	Competir en gimnasia
Navidades	Mamá harta de nosotras
Gimnasia olímpica	Humillaciones por ser pobres
Hermano bailando conmigo	Mamá me quitó abuelos
Vivimos en Venezuela	Papá pegándome
Felicidad	Carencia de dinero
Jugando en el parque	Operación de pies
Disneylandia	Se fueron mis hermanos
Excursiones con papá	Mi papá tomando
Mamá cuidándonos	Era gordita
Nació hermana menor	Caída en la cisterna
Me vestía igual que mamá	Casamiento de papá
Gane un primer lugar	Peleas con hermano
Estar con amigos	Descalabro de hermano
Viajes	Mi amiga me cambió
Madre cariñosa	Mamá no me dejaba salir
Primer novio	Mamá gritándome
Cena de aniversario de papás	Sola y triste
Fiesta de hermana	No quería a mi mamá
	Papá crítico
	Cambio de casa
	Maltratos de madrastra
	Separación de papás
	Me molesta
	Mamá tomando
	Hermana me machuco
	Mamá golpeándome
	En las noches llorando
	Presión por ser buena
	Mamá se fue
	Lloraba mucho
	Se burlaban de mi peso
	Papá peleando

## ANOREXIA

<i>PATRÓN DE NOVIAZGOS</i>	
BUENA	MALA
Lindas	Superficiales
Duraderas	Codependencia
Amor y cariño	Controladora
	Sin compromiso
	Agresión
	Ambivalentes

## BULIMIA

<i>PATRÓN RELACIONES DE NOVIAZGO</i>	
BUENA	MALA
Tierno	Competencia
Detallista	Cercana e intensa
Amor	Infieles
Cariño, ternura	Destruyivas
	Codependientes
	Conflictivas
	Adictas y duraderas
	Autodestructivas
	Me hartan
	Agresivas
	Miedo al compromiso
	Distantes

## ANOREXIA

<i>EXPERIENCIA SEXUAL</i>	
BUENA	MALA
Tierna cariñosa	Vergüenza
Placenteras	Rápidas
Bien satisfecha	Traumáticas
Bonitas confianza	Degradada
Buenas tiernas	Usada
Cariño amor	Difíciles culpa
Buenas bonitas	Miedo inseguridad
Complaciente	Miedo
Buenas	Arrepentimiento
	Feas culpa
	Dolor
	Abusivas
	Desagradables
	Aburridas
	Difíciles

## BULIMIA

<i>EXPERIENCIA SEXUAL</i>	
BUENA	MALA
Bonitas	Culpa
Me agradan	Traumática, usada
Tranquila	Miedo al rechazo
Alegría	Horrible
Buena	Riesgo
Bien	

## ANOREXIA

<i>EJERCICIO</i>				
AERÓBICS	NADAR	BAILE	CON APARATOS	SIN APARATOS
Aeróbics	Natación	Baile Jazz Ballet Flamenco	Spinning Gimnasio Pesas Bicicleta Pilates Esquí acuático	Sentadillas Caminata Correr Yoga Abdominales Tenis

## BULIMIA

<i>EJERCICIO</i>				
AERÓBICS	NADAR	BAILE	CON APARATOS	SIN APARATOS
Aeróbics	Nadar	Baile Flamenco	Spinning Gimnasio Pesas Caminadora Pilates	Tenis Caminata Correr Yoga Trotar Abdominales

## ANOREXIA

<i>PARTE DEL CUERPO NO ACEPTADA</i>						
BUSTO	BRAZOS	ABDOMEN	CADERA	GLÚTEOS	PIERNA	OTROS
Busto	Brazos	Abdomen Estómago	Cadera Cintura	Glúteos	Piernas Pantorrillas Muslos	Piel Dedos del pie Nada me gusta Todas Cachetes

## BULIMIA

<i>PARTE DEL CUERPO NO ACEPTADA</i>						
BUSTO	BRAZOS	ABDOMEN	CADERA	GLÚTEOS	PIERNA	OTROS
Busto	Brazos	Abdomen Estómago	Cadera Cintura	Glúteos	Piernas Pantorrillas Muslos	Espalda

## ANOREXIA

<i>IMPORTANCIA DEL EJERCICIO</i>					
NO TIENE IMPORTANCIA	CONTROLAR EL PESO	TONIFICAR MÚSCULOS	POR SALUD	MEJORA EMOCIONAL	OTROS
No es importante	Quemar calorías Mi peso Como sin engordar Enflacar Bajar de peso Controla mi peso Mantener la forma Da forma al cuerpo Quemar grasa Estoy flaca No subir de peso Estar en forma Mantiene No engordar Adelgazas	Marcar cuerpo Cuerpo moldeado Fuerte Endurecer No estas aguada Tonifica Músculos duros Fortaleces músculos Afirma mi cuerpo Quita lonjas	Condición física Mejora la salud Mantenerme sana Cuerpo sano Sentirme sana Ayuda al físico Buena condición Bien físicamente	Me desahogo Me relaja Conectarme c/ mi cuerpo Quita mi enojo Eliminas tensión Distrae Sentir ánimos Me quita la ansiedad Despeja la mente Me pone feliz Quita mis nervios Subes autoestima Contenta Ánimos Quita estrés Descargo todo Salud mental	Sentirme bien Equilibrio Descargas energía Me despierta Me gusta Me da energía Verme bien Seguridad

## BULIMIA

<i>IMPORTANCIA DEL EJERCICIO</i>					
NO TIENE IMPORTANCIA	CONTROLAR EL PESO	TONIFICAR MÚSCULOS	POR SALUD	MEJORA EMOCIONAL	OTROS
No le interesa No tiene importancia	Quemar calorías Bajar de peso Controlo mi físico Mantenerme en forma Mantiene el cuerpo Mantener mi figura Enflacar Quemar grasa Formas cuerpo No engordar Mantener la línea Mantiene el peso	No estar aguada Firmeza Fortalecer Endurece el cuerpo Marcar cuerpo Moldear cuerpo	Por salud Me ayuda a no fumar Agilidad Mantiene sana Buena condición	Relaja Canalizar emociones Contenta Libra de tensiones Quita estrés Distrae Ánimos	Me gusta Sentirme bien conmigo Me hace sentir bien Da energía Me motiva Mejora la imagen No me gusta No cansada

## ANOREXIA

<i>INFLUENCIA DEL EJERCICIO PARA LA IMAGEN CORPORAL</i>			
CONTROLA EL PESO	DA SALUD	REAFIRMA EL CUERPO	OTRAS
Miedo a engordar Mantiene en forma Quemo grasa Cuerpo bonito Enflacar Formar mi cuerpo Te da forma Bajas de peso Adelgaza	Cuerpo sano Salud Buena condición Ayuda a la salud Mantiene la salud Mejora tu salud Sana Ayuda a la circulación Es saludable	Moldea Te pones dura Moldea la figura Te ves fuerte Firmeza Fortalece Haces músculo Estiliza figura Reafirma músculos Se tonifica Fortalecer músculos Te endureces Marcas músculos Bajar la panza Marcas tu cuerpo Desarrolla músculos	Postura Sacar tensiones Ayuda a verte bien No afecta Me hace ver bonita Energía Da vitalidad Relajación Me siento feliz Te sientes bien Activa

## BULIMIA

<i>INFLUENCIA DEL EJERCICIO PARA LA IMAGEN CORPORAL</i>			
CONTROLA EL PESO	DA SALUD	REAFIRMA EL CUERPO	OTRAS
No engordas Quemar calorías Quemar grasa Formas cuerpo Mejora metabolismo Bajar de peso	Imagen sana Salud Mejoras tu cuerpo	Endurece cuerpo Tonificar Da forma Moldea músculos Forma cuerpo Reafirmar Fortalece Firmeza Marcas cuerpo Moldea tu cuerpo Afirma piel	Mejora mi cuerpo Da autoestima Te sientes mejor No afecta Sube el animo Me tranquiliza Me hace olvidar Eliminas toxinas Quita mal humor

## ANOREXIA

<i>DESCRIPCIÓN DEL 2o HERMANO</i>			
POSITIVA		NEGATIVA	
Amable	Listo	Poseivo	Somatiza
Buena	Comprensiva (o)	Payasa	Intolerante
Juguetona	Parecidos	No convive	Orgullosa
Soñador	Inocente	Enojona	Inseguro
Fuerte	Seguro	Vanidoso	Estricto
Derecha	Perseverante	Voluble	
Directa	Inteligente	Deprimido	
Serio	Honesto	Aprensiva	
Noble	Respetuoso (a)	Apartada	
Bondadoso (a)	Deportista	Idiático	
Alegre	Madura (o)	Muy inquieta	
Dedicado	Simpático	Agresiva (o)	
Centrado	Entregada (o)	Inexpresiva	
Paciente	Exigente	Seco	
Lindísimo	Ocurrente	Manipulador	
Trabajador	Expresiva	Nervioso	
Adaptable	Sencillo (a)	Preocupona	
Cariñoso (a)	Independiente	Corajuda	
Tierno	Dulce	Miedoso	
Linda	Decidida	Impulsiva	
Luchón (a)	Sincera	Acomplejada	
Carismático	Chispa	Codependiente	
Amiguero	Responsable	Malhumorado	
Me quiere	Obediente	Soberbio	
Sociable	Servicial	Perfeccionista	
Amoroso	Guapo	Desorganizado	
Lógica		Introvertido	
Callada		Duro	

## BULIMIA

<i>DESCRIPCIÓN DEL 2o HERMANO</i>			
POSITIVA		NEGATIVA	
Bondadosa	Simpática (o)	Inquieto	Cerrado
Tierna	Inteligente	Travieso	Sentimental
Sensible	Obediente	Egoísta	Soberbia
Ideal	Sociable	Floja	Voluble
Fuerte	Segura	Impulsivo	Ensimismada
Caritativo	Bueno	Tajante	Gritona
Divertido	Honesta	Evasiva	Homosexual
Sincero	Atento	Exhibicionista	Temperamental
Cariñosa (o)	Entregada	Niñote	Rebelde
Alegre	Amorosa	Vanidosa (o)	Enojona
Buena hermana	Consentido	Sufre	Agresivo
Noble	Responsable	Apática	
Lindo	Comprensiva	Rencoroso	
Juguetera	Servicial	Preocupón	
Humilde	Me ayuda	Orgullosa	
Reservada	Tolerante	Molesta	
Dedicada	Dulce	Inmadura	
Pura		Berrinchudo	
		Nerviosa	

## ANOREXIA

<i>DESCRIPCIÓN DEL 3er HERMANO</i>	
POSITIVA	NEGATIVA
Fuerza	
Noble	
Fuerte	
Sin problemas	Débil
Sensible	Vanidoso
Admirable	Rebelde
Amigable	
Comprometido	
Alegre	
Lider	

## BULIMIA

<i>DESCRIPCIÓN DEL 3er HERMANO</i>	
POSITIVA	NEGATIVA
Tierna	Perfeccionista
Dedicada	
Cariñosa	
Alegre	