



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

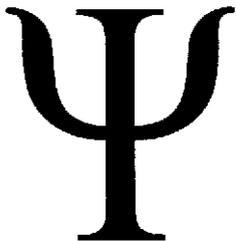
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

"RELACION QUE EXISTE ENTRE DEPRESION Y
SINTOMATOLOGIA BULIMICA EN UNA MUESTRA DE
PREADOLESCENTES"

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N :
CELIA ALCANTARA ALVAREZ
MARIA CRISTINA BASSAURE ANAYA

DIRECTORA DE TESIS: DRA. GILDA LIBIA GOMEZ PEREZ-MITRE

REVISORA: DRA. LUCY MARIA REIDL MARTINEZ



MEXICO, D.F.

2006

0352 707



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIAS.

A mis Padres: Chela y Fernando

A quienes agradezco por su apoyo y gran
cariño incondicional a lo largo de mi vida.

A mis queridos hijos: Manuel Alejandro y Fernandita

Que son mi orgullo y la motivación
para superarme cada día.

A mis hermanos:

Fernando, Jorge y Rosalba,
con quienes he compartido tantos
momentos agradables de mi vida.

Agradezco también a mis tíos, primos y sobrinos:

Por su cariño y especialmente a mis
tías Bertha y Bere por su apoyo y presencia.

A mis amigos:

Por su interés, apoyo y cariño,
gracias.

MARTHA CELIA

DEDICATORIAS

Para Clemen y Rafael:

Por darme su amor, su vida, apoyo incondicional
y seguir conmigo la ilusión de este título.

A Monse e Isa:

Por ser la motivación para seguir en los
momentos donde las fuerzas flaquean,
las amo.

A Jesús:

Por ser mi compañero y amigo,
gracias amor.

A Mauricio y Alma:

Por ser mis hermanos y
apoyarme con su cariño.

A Víctor y Georgina:

Por su apoyo incondicional en muchos
aspectos de mi vida, cariño y comprensión.

A mis tíos, primos, sobrinos y amigos

que con ejemplo y aliento me apoyaron
a terminar este ciclo importante de mi vida.

MARIA CRISTINA

AGRADECIMIENTOS

Con especial reconocimiento por la ayuda proporcionada para el desarrollo de este trabajo:

DRA GILDA LIBIA GÓMEZ PÉREZ-MITRÉ

Por su apoyo y experiencia.

A nuestros sinodales:

DRA. LUCY MARÍA REDIL MARTÍNEZ

MTRA. OLGA LIVIER BUSTOS ROMERO

DRA. CORINA CUEVAS RENAUD

MTRO. JORGE ROGELIO PÉREZ ESPINOZA

Por su disposición.

A los profesores:

LIC. MA. DE LOURDES MONROY TELLO

LIC. MIGUEL ÁNGEL LUNA IZQUIERDO

Por su apoyo y entusiasmo para llegar a esta meta.

ÍNDICE

	Página
ÍNDICE.....	1
RESUMEN.....	3
INTRODUCCIÓN.....	4
 CAPÍTULO I.- TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA	
1.1 Antecedentes.....	6
1.2 Bulimia Nerviosa.....	9
1.3 Problemas Médicos.....	12
1.4 Aspectos Psicosociales de la Bulimia.....	14
1.5 Dificultades Psicológicas de la Bulimia.....	15
1.6 Tratamiento.....	16
1.7 Factores de Riesgo.....	17
1.8 Bulimia, Preadolescencia y Adolescencia.....	20
 CAPÍTULO II.- ADOLESCENCIA	
2.1. Adolescencia.....	22
2.2. Cambios Físicos.....	22
2.3. Aspectos Emocionales.....	25
2.4. Teorías en la Adolescencia.....	27
2.5. Sexualidad como Función Diferencial.....	28
2.6. Adolescencia y los Trastornos Alimentarios.....	30
 CAPÍTULO III.- DEPRESIÓN	
3.1. Antecedentes.....	32
3.2. Antecedentes Históricos de la Depresión.....	36
3.3. Las Diferencias individuales, posibles causas del origen y mantenimiento de la Depresión	37
3.4. Género y Depresión.....	44
3.5. Depresión en la Adolescencia.....	46
3.6. Depresión y Trastornos de comer.....	48
3.7. Tratamientos para la Depresión.....	50

CAPÍTULO IV.- MÉTODO

4.1 Problemas General de investigación.....	53
4.2 Problemas específicos.....	53
4.3 Definición de variables.....	53
4.4. Hipótesis.....	54
4.5. Tipo de Estudio.....	54
4.6. Diseño de investigación.....	54
4.7. Muestreo.....	54
4.8. Muestra.....	54
4.9. Instrumentos.....	55
4.10. Procedimiento.....	55

CAPÍTULO V.- RESULTADOS

5.1. Descripción de la muestra.....	56
5.2. Descripción de las variables de estudio.....	57
5.3. Prueba de hipótesis.....	61

CAPÍTULO VI.- DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES..... 67

BIBLIOGRAFÍA.....	70
-------------------	----

ANEXOS.....	73
-------------	----

RESUMEN

El propósito de ésta investigación* tuvo como objetivo determinar si existe relación entre los niveles de depresión y sintomatología bulímica en preadolescentes de ambos sexos, se trabajo con una muestra total de N= 210 sujetos, hombres y mujeres preadolescentes de tercero de secundaria. La investigación se realizó de acuerdo con un diseño de tipo no experimental, exploratorio y ex post facto con seis grupos, con observaciones independientes.

Se utilizaron dos cuestionarios 1) Escala de Depresión de Beck con el propósito de clasificar a los sujetos en tres grupos (Depresión leve, Depresión Moderada y con rango mínimo de Depresión). 2) Escala de EFRATA que mide Conducta Alimentaria de riesgo y el tipo de control alimentario, en su sección E en las versiones para hombres y mujeres; detecta trece factores de riesgo, de los cuales sólo se tomaron en cuenta tres (Conducta Alimentaria Compulsiva, Preocupación por el Peso y la Comida y Dieta Crónica y Restrictiva).

Los datos se analizaron estadísticamente con el paquete SPSS en su versión 11; y para la confirmación de hipótesis se utilizó la correlación de Spearman para grupos independientes, para las variables de Depresión y Factores de Riesgo. En base a los resultados, la hipótesis de trabajo planteada "Existe relación estadísticamente significativa entre depresión y sintomatología bulímica", se confirma parcialmente ya que sólo para las mujeres y en porcentaje bajo existe riesgo de TCA asociada con depresión, en cambio para los hombres, ningún caso aparece en situación de riesgo.

*Forma parte del proyecto IN301501 PAPIIT Desarrollo de Estrategias para la Intervención en la Prevención de Factores de Riesgo en Trastornos de la Alimentación.

INTRODUCCIÓN

Los Trastornos de la conducta alimentaria (TCA) se dispararon a partir de los años 70 en el siglo XX, más significativamente en los países desarrollados como Estados Unidos, Canadá e Inglaterra, los cuales se consideraban líderes en dicha problemática. Sin embargo, es un hecho que los TCA se han incrementado no sólo en los países antes mencionados, sino en general, en los países del mundo, tanto en los desarrollados como en los que están en vías de desarrollo, con la diferencia de que en los países menos desarrollados como México no se cuenta con estadísticas. Sin embargo, cada día se conoce más sobre esta problemática.

Cada vez con más frecuencia nos enteramos de que las artistas y cantantes sufren de tales trastornos o de que alguien sufre de ellos (Gómez Pérez-Mitre, 2001).

En nuestro país se empieza a hablar de esta problemática a partir de la década de los 90s y también por el mismo año se inicia el estudio de los TCA en las universidades. La literatura señala que las chicas de la mayor parte del mundo y de todos los niveles socioeconómicos sufren de tales trastornos, que es frecuente que las chicas de bajo nivel socioeconómico se involucren en conductas de sobreingesta o dieta restrictiva, en su intento por resolver sus pérdidas y frustraciones diarias (Thompson, 1994, citado en Gómez Pérez-Mitre, 2001).

En México la influencia de los valores sociales reforzados por los medios globalizados de comunicación social, ha penetrado en la ideología de los mexicanos. Estudios realizados en la División de Postgrado de la Facultad de Psicología de la UNAM a mediados de los 90s iniciaron una línea de investigación con el propósito de determinar si los trastornos de alimentación (anorexia, bulimia y obesidad) se presentaban también en los adolescentes mexicanos. Gracias a estas investigaciones se determinó que los trastornos son un fenómeno real en nuestra sociedad. Desde entonces se ha trabajado para determinar cuales serían los factores de riesgo en diferentes poblaciones mexicanas que podrían facilitar el desarrollo de los TCA. Así como en la planeación de estrategias de intervención y prevención.

Existe una hipótesis en relación a que hay una estrecha vinculación entre los trastornos de la alimentación y la depresión. Algunos de los signos más comunes de la depresión se encuentran presentes con las mismas características en las personas con trastorno en el comer (Crispo y Guelar, 2000).

La adolescencia es un período de transición entre la niñez y la edad adulta que comienza entre los 12 y 13 años y termina alrededor de los 20 años, es un período de cambios físicos que afectan y se ven afectados por cambios psicológicos y también por cambios a nivel intelectual. Otro aspecto importante de la adolescencia es el interés por su apariencia física, los adolescentes se interesan más por este aspecto que por cualquier otro. Se ha encontrado que la mayoría de los adolescentes no les gusta como se ven en el espejo. Muchos de los adolescentes se concentran en su peso, especialmente las niñas, que se esfuerzan más en reducir su peso y algunas adolescentes en mayor medida que los hombres llegan a desarrollar trastornos de alimentación, con el fin de alcanzar los estándares de la sociedad sobre la belleza en relación con la esbeltez (Papalia, 1999).

Debido a esto se consideró importante estudiar aquellas variables involucradas en la relación entre depresión y trastornos alimentarios, en este caso nuestra investigación se enfocó a Sintomatología Bulímica y su relación con Depresión en preadolescentes.

CAPITULO I

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

CAPITULO I

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

1.1 ANTECEDENTES

Todo ser vivo para mantenerse como tal precisa alimentarse. La imprescindible nutrición exige la ingestión de alimentos, el acto de comer. Sin embargo, sin comer en cantidad suficiente y con una mínima variedad alimentaria no sería posible la vida, por lo menos no en la deseable plenitud que denominamos **salud** (Toro,1996).

Comer es un acto que todo ser humano medianamente longevo se ve obligado a practicar miles y miles de veces a lo largo de su vida. En consecuencia, la comida (alimentos) y el acto de comer pueden y suelen asociarse a múltiples circunstancias que con frecuencia resultarán significativas emocionalmente para el comedor en cuestión.

Aprendemos a alimentarnos en contacto con otras personas. Desde el nacimiento, comer es un acto social y esta socialidad del comer se mantiene toda la vida. Hasta el punto que en nuestra sociedad, comer en solitario suele ser una práctica incómoda, ligeramente desasosegante, revestida de la leve sensación de tristeza que acompaña la privación social.

La comida se asocia a vivencias distintas de lo estrictamente nutricional, deja de ser simplemente alimento para desdoblarse en premio o castigo (caramelo o pastelillo para un niño), en aprobación o desaprobación social, algo susceptible de elevar la autoestima o provocar sentimientos de frustración y culpa (Toro 1996).

Baas, Wakefield y Kolasa, (1979) enumeraron los diversos usos que las sociedades hacen de los alimentos y por consiguiente los distintos significados que se les pueden atribuir:

Usos y significados que se atribuyen a los alimentos

- Satisfacer el hambre y nutrir el cuerpo.
- Iniciar y mantener relaciones personales y de negocios.
- Demostrar la naturaleza y extensión de las relaciones sociales.
- Proporcionar ocasiones para actividades comunitarias.
- Expresar amor y cariño.
- Expresar individualidad.
- Proclamar la distintividad de un grupo.
- Demostrar la pertenencia a un grupo.
- Hacer frente al estrés psicológico o emocional.
- Significar estatus social.
- Recompensas o castigos.
- Reforzar la autoestima y ganar reconocimiento.
- Ejercer poder político y económico.

- Prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades físicas.
- Prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades mentales.
- Simbolizar experiencias emocionales.
- Manifestar piedad o devoción.
- Representar seguridad.
- Expresar sentimientos morales.
- Significar riqueza.

Fuente: Baas et al. (1979) citado en Toro (1996)p.3

La actividad de comer puede y suele revestir forzosamente múltiples significados más allá de lo nutricional, lo mismo sucede con el **no comer**. La supresión de un alimento puede convertirlo en un castigo. En la práctica no se hallan sociedades ni culturas en las que no existan prohibiciones colectivas más o menos contundentes relativas a la ingestión de determinados alimentos. Se trata de tabúes alimentarios muy sólidamente establecidos. En su mayor parte son de carácter religioso, aunque se piense que su origen histórico pudiera basarse en justificaciones estrictamente alimentarias. Sabemos que los hindúes tienen prohibido comer carne de vaca y cuajada; los judíos, carne de cerdo y mariscos; los budistas sólo pueden ingerir algunos pescados y ninguna otra carne animal. Distintas religiones obligan a ayunos totales o selectivos (**abstinencia**) en determinadas épocas del calendario religioso: el Ramadán musulmán; la Pascua cristiana, etc. En tales circunstancias comer es pecar, la ingestión alimentaria debe provocar culpa, ansiedad, sensación de haber infringido una norma sagrada (Toro,1996).

En nuestra sociedad actual los ayunos y abstinencias practicados en nombre de Dios están siendo relegadas al olvido con acelerada rapidez. Es precisamente en esta sociedad laica, donde aparecen con un carácter epidémico, los ahora denominados **Trastornos del Comportamiento Alimentario** (Zukerfeld, 1996). Este autor define la **Conducta Alimentaria** como la condición que a través de complejos mecanismos implica el desarrollo de todas las actividades motrices y comportamientos destinados a conseguir alimentos.

Trastorno de Conducta Alimentaria (TCA).- es la conducta alimentaria que tiene por objeto la búsqueda de cambio corporal, en este caso es la búsqueda de la delgadez, en los que el objeto alimentario no es el objeto de la necesidad y tampoco implica placer alguno (Zukerfeld, 1996).

La frecuencia de los TCA van en aumento y su mayor incidencia se encuentra en jóvenes. Los casos donde se ha encontrado mayor prevalencia son adolescentes, aunque también se han reportado en niños. Si bien la prevalencia apunta hacia mujeres también en hombres se reportan casos con características muy similares a los casos de las mujeres (Gómez Pérez-Mitre, Alvarado, Moreno, Saloma y Pineda, 2001)

Los trastornos de la conducta alimentaria son: la Anorexia Nerviosa, la Bulimia Nerviosa y la Sobrealimentación Compulsiva.

El DSM-IV refiere que aunque en el CIE-10 incluye la obesidad como una enfermedad médica, en el DSM-IV no aparece, debido a que no se ha establecido su asociación consistente con síndromes psicológicos o conductuales. Pero sin embargo cuando

existen pruebas de que dos factores psicológicos desempeñan un papel importante en la etiología de algún caso específico de obesidad, este puede indicar anotando la presencia de factores psicológicos que afectan el estado físico.

La OMS a través del CIE-10 en su versión de 1993 clasifica los trastornos de la conducta alimentaria como sigue:

F 50.0 Anorexia Nerviosa

F50.1 Anorexia Nerviosa atípica.

F50.2 Bulimia Nerviosa

F50.3 Bulimia nerviosa atípica

F50.4 Hiperfagia asociada a otros trastornos psicológicos

F50.5 Vómitos asociados a otros trastornos psicológicos

F50.8 Otros trastornos de la conducta alimentaria

F50.9 Trastornos de la conducta alimentaria, no especificada (pp.122-126).

El DSM-IV (1995) por su parte clasifica a los TCA como sigue:

F50.0 Anorexia Nerviosa

F50.2 Bulimia Nerviosa

F 50.9 Trastornos de la conducta alimentaria, no especificado (pp. 553-564).

Por otra parte en la clasificación que hace el DSM-IV, del F50.9 Trastorno de la conducta alimentaria no especificado, se menciona el trastorno de comida compulsiva o atracón, en este apartado se incluye a las personas que tienen episodios recurrentes de atracones que no cumplen con los criterios para Anorexia o Bulimia Nerviosa. Así mismo es frecuente que los comedores compulsivos sean obesos.

La Bulimia es a la vez similar y diferente de los otros trastornos.

Las similitudes entre Anorexia y Bulimia incluye la preocupación por las dietas, los alimentos, el peso y la talla corporal; así como incomodidad cuando se come con otras personas y la búsqueda de la aprobación.

Dentro de las **diferencias entre Anorexia y Bulimia** se encuentran:

a) **La negación del problema:** la Anoréxica niega a los demás y a sí misma que exista un problema o un comportamiento de alimentación anormal; mientras que la Bulímica, por lo general, rechaza la existencia de un problema ante los demás, pero reconoce claramente que sus hábitos alimentarios son anormales.

b) **El peso:** la Anoréxica siempre está falta de peso, sin embargo el peso de la Bulímica puede ser bajo, normal o tener sobrepeso.

c) **Imagen corporal:** tanto la anoréxica como la bulímica exhiben una distorsión de la imagen corporal, el cuerpo se percibe erróneamente como más grande de lo que es en realidad, la distorsión de la anoréxica es más seria que la de la bulímica.

d) **El objetivo:** de la anoréxica es perder más peso y la meta de la bulímica es obtener un peso o figura ideal, casi siempre poco realista (Sherman y Thompson,1999 p.14).

La principal diferencia con las personas que comen bajo parámetros de normalidad y las Bulímicas se relaciona con la intensidad de las respuestas emocionales de las bulímicas antes, durante y después de comer. Es decir, por lo general las personas que comen con normalidad no sienten exceso de ansiedad, temor, culpabilidad o falta de control respecto a la comida (Sherman y Thompson, 1999).

Diferencias entre Bulimia y Anorexia	
Bulimia	Anorexia
*Rechaza la existencia de un problema ante los demás pero reconoce ante sí misma hábitos alimentarios anormales.	* Niega a los demás y a sí misma un problema o comportamiento de alimentación anormal.
*Su peso puede ser bajo, normal o tener sobrepeso.	* Siempre está falta de peso (por lo menos 15% abajo del recomendado).
*Distorsión de la imagen corporal	*Distorsión de la imagen corporal (se percibe a sí misma más grande gorda de lo que es).
*Meta: obtener un peso o figura ideal, poco realista.	* Meta: perder más peso.

Fuente: Sherman y Thompson (1999, p. 15).

Muchas Bulímicas han sido Anoréxicas previamente y muchas de aquellas que no han sido anoréxicas desean poder serlo, es decir, ser capaces de no comer.

Nuestra investigación está enfocada a la Bulimia Nervosa, la cual se ha estudiado junto con otros trastornos alimentarios como la Anorexia y la Obesidad. Por lo tanto revisaremos algunas definiciones.

1.2 BULIMIA NERVOSA

Toro (1996) refiere que según refleja la literatura ha merecido mucho menor atención que la anorexia, de hecho, hasta finales del siglo XIX e inicios del XX la bulimia sólo ocupaba una pequeña parte sobre los ahora llamados trastornos del comportamiento alimentario. Tradicionalmente, los atracones sólo merecían atención medica si eran considerados como síntomas de algún otro trastorno. La palabra Bulimia deriva del griego que significa "hambre de buey" y del latín que significa "hambre canina".

Galeno describe las palabras griegas "kynos orexia" o hambre canina como sinónimos de bulimia, para referirse a un estado de ánimo que provocaba un deseo exagerado de alimento y frecuentes ingestiones que podrían asociarse con vómitos y copiosos movimientos de vientre (Chinchilla, 1994).

James 1743 (citado en Holtz y Tena, 1995) empleo el termino "Boulimus" en asociación con "caninus appetitus" y "fames canina" para describir la forma en que la persona vomitaba como un perro para aliviar el estómago luego de ingerir demasiada comida. En el boulimus el paciente suele desmayarse.

En determinadas situaciones sociales y religiosas los griegos se entregaban a los vómitos de modo cuasi ritualizado. El banquete y el vómito fueron autenticas instituciones de las clases medias y altas de Roma. Los romanos preparaban grandes banquetes en los cuales los invitados ingerían grandes cantidades de alimento, y una vez que el estómago quedaba saciado estimulaban la garganta con plumas o ingerían eméticos con el único fin de vomitar, vaciar sus estómagos y reiniciar su glotonería (Fisher 1976, citado en Holtz y Tena 1995).

Durante la Edad Media el vómito constituyó una practica penitencial, donde el paciente mediante la émesis arrojaba de sí sus pecados, de esta manera también podían dominarse los apetitos sexuales más o menos desordenados.

En 1938, Trevisa utilizó por primera vez la palabra "Bulimia" que inicialmente sólo significaba apetito immoderado, no implicando vómitos ni otros procedimientos afines. Giannini (1993) señala que la historia del mundo occidental y la de Europa en particular, está salpicada de personajes, épocas y grupos sociales que practicaban asiduamente el atracón seguido de vómito, entre estos: Enrique VIII de Inglaterra, el papa Alejandro Borgia, el rey Eduardo de Inglaterra (citados en Toro, 1996).

En 1785 Montherby describe tres tipos de Bulimia: la de hambre pura, aquella en que el hambre acaba en vómito y la que asocia hambre a desmayos. En Francia en 1869, Blanchet señaló que el bulímico tiene el alimento como principal obsesión y preocupación. Su hambre puede persistir aun teniendo el estómago dilatado tras haber ingerido una gran cantidad de comida haciendo imposible su alimentación (citados en Toro, 1996).

A lo largo del siglo XIX se fue tomando conciencia gradualmente de la asociación entre anorexia nerviosa y sintomatología bulímica, y en 1894, Soltman describió la hiperorexia que podía ser de origen biológico o neurótico, se daba en muchachitas histéricas. Janet en 1903 describió pacientes anoréxicas como obsesivas, caracterizadas por persistentes sensaciones de hambre, una intensa aversión por el cuerpo e intensos pensamientos centrados en la comida y en el control de los mismos impulsos hacia la misma. Schottky en 1932, describió a un paciente que en vez de provocarse vómito, usaba una manguera para vaciar su estómago (Holtz y Tena, 1995).

Ya en el siglo XX en la década de los setenta se amplía la preocupación por parte de los médicos del fenómeno bulímico, pero la atención se limita a la bulimia de anoréxicos y obesos. Al final de la década empieza a valorarse como entidad nosológica autónoma la presencia de bulimia en personas de peso normal.

Russell en 1979 acuña el término "bulimia nerviosa" para describir un grupo de pacientes que, presentando episodios bulímicos, intentan mitigar los efectos de la sobreingesta a través de vómitos autoinducidos, abuso de laxantes y/o diuréticos, y muestran invariablemente una preocupación por el peso y las medidas corporales.

La bulimia ha recibido distintas denominaciones: Hiperorexia nerviosa, síndrome del caos dietético, síndrome de control anormal/normal del peso, síndrome de atracones, síndrome del gordo-delgado (Toro, 1996).

En 1980, en el DSM-III, se reconoce la categoría diagnóstica de la bulimia nerviosa y en 1987, en el DSM-III-R, se recoge por primera vez, lo que define auténticamente el síndrome bulímico, la asociación de dicha conducta y la preocupación mórbida por el peso y la figura corporal, así como la utilización de métodos para evitar el temido aumento de peso (Chinchilla, 1994).

Por otro lado, Stein y Laakso (1988) realizaron una revisión histórico-médica sobre la bulimia, concluyendo que durante cientos de años, la bulimia ha sido connotada tanto como síntoma cuanto como síndrome, su asociación con el vómito es patente en los escritos históricos, mientras el síntoma central (atracarse de comida) ha permanecido relativamente constante desde los inicios del siglo XVIII, los síntomas accesorios y la etiología de la bulimia han cambiado con el tiempo.

El DSM-IV (1995) establece que la **Bulimia Nerviosa** es un trastorno caracterizado por atracones y métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso, que deben producirse al menos en un promedio de dos veces por semana durante un período de tres meses. Las personas con este trastorno generalmente se sienten avergonzadas de su conducta e intentan ocultar los síntomas.

Para Sherman y Thompson (1999) la **Bulimia** es un trastorno alimentario caracterizado por períodos excesivos de ingestión de comida, a los cuales, generalmente, les sigue un proceso de purga.

Normalmente los episodios de comer en exceso consisten en ingerir grandes cantidades de alimentos -- con frecuencia, alimentos altos en calorías-. Por lo general se ingieren esos alimentos en secreto y esto puede ocurrir durante años sin que los demás se den cuenta de lo que está sucediendo.

La purga ocurre con más frecuencia por medio del vómito autoinducido, pero también puede incluir abuso de laxantes, diuréticos (píldora de agua), ayuno y ejercicio excesivo.

El propósito de la purga es "corregir" la ingesta excesiva en la comida, es un intento por aliviar la culpa por haber comido tanto y reducir el aumento de peso que puede presentarse generalmente como resultado de estos excesos.

Es probable que la purga sea más destructiva que excederse en la comida, por dos razones:

Primera, hay muchos peligros físicos y médicos asociados con la purga.

Segunda, la purga ayuda a justificar el exceso en la comida, es decir, que la purga propicia que se siga comiendo en exceso en el futuro.

Los episodios de ingestión alimentaria excesiva y voraz constituyen el elemento central de la sintomatología Bulímica.

1.2.1 DIAGNOSTICO

Según el DSM-IV los criterios de diagnóstico de la Bulimia Nerviosa son:

A.- Presencia de atracones recurrentes. Un **atrachón** se caracteriza por:

1.- Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias.

2.- Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o cantidad de la comida que se está ingiriendo).

B.- Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son:

Provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enema (medicamento líquido que se introduce por el ano para limpiar y descargar el vientre) 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 tres meses.

D.- La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y /o la silueta corporal.

E.- La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

La **Bulimia Nerviosa** se divide en :

1.- De tipo Purgativo: en la cual el sujeto practica el vómito o utiliza laxantes.

2.- De tipo no purgativo: donde el sujeto no utiliza laxantes ni se provoca el vómito (Crispo, Figueroa y Guelar, 1988 p.36).

1.3 PROBLEMAS MÉDICOS

Como cita Sherman y Thompson son varios los problemas médicos que pueden resultar de la Bulimia, los más comunes son:

Ciclo menstrual irregular. Las irregularidades menstruales o incluso la pérdida del ciclo menstrual (amenorrea) ocurren con más frecuencia cuando la persona está baja de peso, se presentan problemas similares incluso en personas bulímicas con un peso normal.

Problemas estomacales e intestinales. Puede incluir dolor por causado por el trauma físico del vómito, espasmos por abuso de laxantes o una expansión extrema del estómago por exceso en el consumo de comida. El estreñimiento y la diarrea son también problemas frecuentes.

Cutis seco. Resulta de la deshidratación o pérdida de agua debido al vómito, abuso de laxantes o de diuréticos.

Enfermedad dental y de las encías, incluyendo erosión del esmalte dental y aumento de caries. La causa de estos problemas es el ácido gástrico en la boca durante el vómito autoinducido

Desequilibrio de los electrolitos. Este es el problema o efecto colateral más grave, las purgas provocan una reducción del potasio, cloruro y del sodio de los electrolitos. Los electrolitos son iones cargados eléctricamente, necesarios para el adecuado funcionamiento de los principales sistemas del organismo. Si bien son muchos los problemas que pueden resultar de un desequilibrio electrolítico, los más graves son irregularidades cardíacas e incluso la muerte.

Tumefacción e inflamación (edema). La causa de la inflamación es la deshidratación ocasionada por las purgas seguidas por una retención de agua por "rebote". Por lo general esta inflamación es peor después de que ha terminado la purga.

Molestias en garganta y esófago. Ocasionados por el trauma físico del vómito autoinducido.

Inflamación de la glándula parótida (debajo de la mandíbula). El vómito también es la causa de esta inflamación, la cual algunas veces se asemeja a las paperas o da la apariencia de cierto tipo de ardilla.

Con excepción de la erosión dental, la mayoría de estos problemas pueden corregirse y son reversibles una vez que han cesado los comportamientos bulímicos (Sherman y Thompson, 1999, p. 22-23).

Consecuencias Físicas de la Bulimia Nerviosa.

La sintomatología que pueden presentar la mayoría de las pacientes bulímicas son: apatía, fatiga, irritabilidad, cambio del ritmo del sueño, pérdida del rendimiento laboral o escolar y el abandono del cuidado personal (Sherman y Thompson, 1999 pp. 22-23).

Trastornos Mentales asociados con la Bulimia DSM-IV (1995):

- Síntomas depresivos (baja autoestima).
- Trastorno distímico y depresivo mayor.
- Ansiedad (miedo a las situaciones sociales).
- Dependencia y abuso de sustancias (alcohol y estimulantes).
- Trastorno límite de la personalidad.

Estudios recientes han descubierto que la **Depresión** es el trastorno que más se ha relacionado con la Bulimia Nerviosa, sin embargo también se ha visto que estas pacientes registran escalas altas de ansiedad.

Existe una marcada discusión sobre si la depresión es consecuencia de un trastorno afectivo subyacente o si tan solo se trata de una depresión secundaria al trastorno de la alimentación (Turón, 1997).

La Bulimia generalmente inicia al final de la adolescencia o al principio de la vida adulta. Las pacientes bulímicas poseen una edad media de 24 años de edad, con una edad de inicio promedio de 16 a 18 años; sin embargo la bulimia puede aparecer en niñas que van desde los 11 años de edad hasta mujeres de 40 años (Crispo, Figueroa y Guelar, 1996).

1.4 ASPECTOS PSICOSOCIALES DE LA BULIMIA

Diversos estudios coinciden en que las bulímicas son más depresivas, más impulsivas y neuróticamente ansiosas en comparación con la gente "normal". Existe también una considerable insatisfacción e incluso un odio hacia un cuerpo que no logra contener sus afectos. La bulímica se muestra más sensible al rechazo, lo cual le produce sentimientos de incomodidad social y conductas inseguras (Connors, 1984).

Las pacientes bulímicas se crean grandes expectativas respecto a sí mismas, que tienen como resultado permanentes sensaciones de vergüenza y culpa, así como una excesiva autocrítica (Connors, 1984).

El ámbito familiar, el hogar, el medio social, el físico donde se realizan y socializan las comidas, siguen ritos, hábitos y normas pautadas familiarmente. Las dificultades que la persona bulímica muestra para identificar y articular diferentes estados internos se gestan desde los primeros años bajo la convivencia del niño con sus padres (Martínez-Fornés, 1994).

Las relaciones familiares facilitan el enganche con la persecución de la delgadez, en este sentido se ha encontrado que las madres de jóvenes bulímicas tienen más expectativas de éxito y que son más dominantes que las madres de jóvenes no bulímicas.

El estrés familiar a la hora de comer también puede tener una gran influencia (Zukerfeld, 1996).

Además la Bulimia ha sido fuertemente asociada con la falta de afecto de los padres, demasiada negatividad, hostilidad, patrones familiares desintegrados, impulsividad paternal, familiares alcohólicos y obesidad familiar incrementada (Strober y Humphrey, 1987).

También Humphrey 1988, ha propuesto que la Bulimia es el reflejo de un sentimiento profundo de no haber sido cuidado con amor y como un remedio al intenso dolor que causa el haberse sentido rechazado y solo.

5.-Depresión, Enojo y ansiedad.- son muchos los sentimientos tanto ocultos como manifiestos que puede experimentar. Por lo general la DEPRESIÓN es el más común, pero también puede ser el enojo, la ansiedad u otros sentimientos conflictivos o una combinación de ellos.

6.- Pensamientos extremistas.- para la bulímica no hay puntos intermedios, los sucesos son buenos o malos; se ve a sí misma gorda o flaca, generalmente gorda.

7.- Dificultad para expresar la emoción en forma directa.- nunca ha aprendido a expresar sus emociones directamente, además temen perder el control sobre estos o que desagraden a personas importantes en su vida.

8.- Hábitos y comportamientos alimentarios raros.- además del exceso de comida y del vómito, otros hábitos inusuales, como la hora del día en que come, la forma en que prepara los alimentos, con quién comerá o no comerá. Y que elimine grupos completos de alimentos o los coma sencillos (sin aderezos) (pp.19-22).

1.6 TRATAMIENTO

El tratamiento debe dirigirse a los aspectos Conductuales, Cognoscitivos y Emocionales del trastorno alimentario.

CONDUCTUAL

- En cuanto a la reducción de conducta de excesos en comidas y purgas.
- Reducción de otras conductas compulsivas (peso y forma de comer).
- Re-aprendizaje de conductas alimentarias más normales.
- Planeación de comidas y la instrucción dietética.

Consumir sólo alimentos bien preparados y nutritivos, en el lugar adecuado, sentándose a la mesa y con cubiertos. Un horario puede ser útil porque proporciona una estructura que indica a la persona que es hora de comer (Sherman y Thompson, 1999, p. 137).

COGNOSCITIVO

Reducción del menosprecio, insatisfacción y distorsión del cuerpo.

- Enseñarle a ver y pensar en su cuerpo con una actitud menos crítica.
- Transferir la importancia a otros aspectos de su vida realmente primordiales como la salud, la felicidad, las relaciones, la escuela y el empleo. La persona es mucho más que un cuerpo.
- Necesidad de estándares internos para la toma de decisiones (determinar que cree, piensa, quiere y no quiere).

- Enseñarle a reestructurar su pensamiento para que sea útil.
- Trastorno de control, enseñarle a la persona a usar su juicio para ayudarlo a tener más controles (Sherman y Thompson 1999, pp. 137-138).

EMOCIONAL O AFECTIVA

Este es el aspecto más importante y difícil de cambiar.

- Incremento de la expresión abierta de las emociones.
- La emoción que lleva a la Bulimia se compone por factores cotidianos de estrés que complican nuestra vida y tal vez de modo más importante, se relaciona con situaciones subyacentes que suelen incluir a la familia.
- Realizar esfuerzos continuos y concertados para incrementar la autoestima de la persona, mejorar el aspecto de cómo se siente consigo misma lo cual es muy importante (Sherman y Thompson, 1999, p. 138).

1.7 FACTORES DE RIESGO

Gómez Pérez-Mitré (2001) define los factores de riesgo como aquellos que influyen negativamente en el estado de salud del sujeto, así como de la sociedad y que contribuyen a un desequilibrio y facilita la probabilidad de desarrollar una enfermedad.

De acuerdo con la misma autora los Factores de Riesgo (FR) de los TCA se dividen en cuatro grupos que son:

- 1) **FR asociados con la imagen corporal .**
 - a) Satisfacción / insatisfacción.
 - b) Alteración de la imagen: subestimación / sobrestimación.
 - c) Preocupación por la comida.
 - d) Actitud hacia la obesidad / delgadez , autoatribución positiva / negativa.
 - e) Figura real, ideal e imaginaria.
 - f) Peso deseado.
 - g) Atractivo corporal (Gómez Pérez-Mitre, 2001).

Las investigaciones han diferenciado dos componentes de la imagen corporal que son:

- 1) La **percepción del cuerpo**, reflejado en la sobrestimación del tamaño del cuerpo.
- 2) El **concepto del cuerpo**, reflejado en la autoestima personal.

En un estudio realizado por Gómez Pérez-Mitré, Alvarado, Moreno, Saloma y Pineda, 2001, en una población total de 8673 sujetos prepúberes, púberes y adolescentes,

encontraron que los sujetos de estas poblaciones ya se encuentran influidos por los factores de riesgo asociados a TCA.

Las niñas más jóvenes ya han adoptado la actitud lipofóbica de su entorno y comparten con las chicas más grandes no sólo el deseo de una imagen corporal más delgada, sino que se muestran insatisfechas con su imagen corporal, percibiéndose con más peso del que tienen. No obstante, ser susceptible a los factores de riesgo no es garantía de que en el futuro se padecerá un TCA. Sin embargo es un indicio de que la ideología que gobierna nuestro tiempo está propiciando que los TCA aumenten.

2) FR asociados con la conducta alimentaria.

- a) Seguimiento de dieta restrictiva.
- b) Atracones.
- c) Conducta alimentaria compulsiva.
- d) Hábitos alimentarios inadecuados (ayunos, saltarse alguna comida principal del día).
- e) Distribuir o evitar alimentos considerados de alto contenido calórico (engordadores) y consumo de producto "light" (Gómez Pérez-Mitré, 2001).

Entre los factores de riesgo para el desarrollo de alteraciones de la conducta alimentaria el más ampliamente reconocido es el seguimiento de dietas para el control o reducción de peso. Diferentes investigadores como Herman y Polivy, 1980; Polivy y Herman, 1985; Striegel-Moore, Silbertein y Rodin, 1986, han encontrado que hacer dieta lleva a la deshidratación en el comer o a la sobrealimentación y que a ello precede el desarrollo de desórdenes del comer sin importar la edad del dietante (citado en Gómez y Avila, 1998). De acuerdo con Patton, Johnson-Sature, Wood, Manon y Wakeling (1990) el riesgo relativo de los dietantes de convertirse en casos clínicos a los 15 años, es ocho veces mayor que el de los no dietantes (citados en Gómez y Avila, 1998).

La prisa y el comer fuera de casa han sustituido en muchos casos a la comida familiar tradicional, lo que ha tenido consecuencias inmediatas en la cantidad y calidad de la alimentación con predominio de las grasas y azúcares. A esto se añade el abandono del horario de comidas, en particular en el caso de los adolescentes que asumen como un hecho natural el comer entre horas, o mientras se llevan a cabo otras actividades, como ver televisión o una película en el cine. Se ha impuesto así un estilo de comer de carácter errático e hipercalórico que favorecen no solo la obesidad sino también la Bulimia y la Anorexia como respuesta al aumento indeseado de peso.

Al modo anómalo de comer se une el significado emocional que adquiere la comida a lo largo del tiempo, que pasa a ocupar un lugar central en la vida del sujeto y se convierte en un auténtico modulador de las emociones, bien para compensar la frustración a base de atracones como sucede en la bulimia ó para conseguir un sentimiento de satisfacción y autocontrol absteniéndose de comer como sucede en la anorexia nerviosa (Mardomingo, 1994 citado en García, 2002).

En otro estudio de Singer y colaboradores (1992), la negativa a comer, los rituales con la comida, las conductas fóbicas frente a ciertos alimentos, la negativa a la

incorporación de nuevos sabores y los trastornos emocionales aparecen también como factores de riesgo (citado en García, 2002).

En estudios realizados el 50% de los adolescentes dijeron haber empezado antes de los 15 años a realizar dietas relacionadas con el control de peso según los resultados de Whitaker, Davies, Shaffer, Johnson, Abrams, Walsh y Kalikow (1989)(citado en Gómez y Avila, 1998).

También se ha encontrado entre las adolescentes prácticas alimentarias más extremas (formas anómalas de comer) tales como prácticas de evitación, ayunos, saltarse comidas, uso de inhibidores de hambre, ejercicio excesivo y prácticas de expulsión: como vómito autoinducido, uso de laxantes y diuréticos.

3) FR relacionados con el cuerpo biológico:

- a) Peso corporal.
- b) Talla o estatura.
- c) Madurez sexual: temprana / tardía y/o amenorrea (Gómez Pérez-Mitré, 2001).

Cualquier grupo que requiera un peso corporal bajo o una figura esbelta coloca a sus miembros en un riesgo más alto. Aquí se incluyen bailarinas y modelos (Gamer y Garfinkel, 1980), así como algunos atletas (Thompson y Sherman, 1993).

También integran este grupo los bailarines. A quienes se le exige el mantenimiento de un peso más bien bajo y en cifras que van lamentablemente en aumento, los modelos masculinos. Porque sin duda no es más que un preanuncio que a corto plazo, en el mundo masculino también aumentará la presión por una estética que pase más por la flacura que por un cuerpo proporcionado y fuerte (Crispo, Figueroa y Guelar, 1998).

Un número significativo de los varones con trastornos de la alimentación es homosexual lo que no significa que sea privativo de este grupo como ya lo vimos. Quizás esto tenga más que ver con que nuestra cultura no le pone tantas exigencias al hombre heterosexual en cuanto al cuidado de su presentación física. Más bien le exige que sea fuerte, situación para la cual algunos kilos de más no interfieren. En cambio, en el mundo gay masculino, la apariencia es un valor apreciado, al igual que en el mundo femenino.

4) FR relacionados a prácticas compensatorias:

- a) Ejercicio excesivo (10 horas o más a la semana).
- b) Uso de alguno de los siguientes productos para controlar el peso:
Inhibidores del hambre, laxantes, diuréticos y consumo excesivo de agua y/o fibra.
- c) Vómito autoinducido (Gómez Pérez-Mitré, 2001).

Turón (1947) Refiere como factores de riesgo en atletas el cambio de entrenador, períodos prolongados de dieta, lesiones, aumento en el grado de entrenamiento y recomendaciones del entrenador a tener un mejor rendimiento deportivo (citado en Toro, 1996).

Este grupo significativo entre los varones con trastornos en el comer que también sufren la presión de mantener un peso fijo por su actividad y se encuentran bajo control de una manera estricta. Es el caso de algunos deportistas bajo entrenamiento intensivo, el caso de los corredores de caballos (jockeys), los fisico-culturistas o los boxeadores obligados a ubicarse en una categoría inferior a aquella para la cual están físicamente mejor dotados.

1.8 BULIMIA, PREADOLESCENCIA Y ADOLESCENCIA

Los TCA se observan en todas las épocas de la vida y son una enfermedad de especial interés en la infancia. A lo largo de las últimas décadas, enfermedades como la Anorexia y Bulimia, consideradas como propias de los últimos años de la adolescencia y primeros de la juventud, han descendido en la edad de comienzo y afectan a personas cada vez más jóvenes.

Por otra parte se ha producido un incremento de conductas patológicas en relación con la alimentación en los niños y en los adolescentes, que pueden actuar como factores de riesgo para el desarrollo posterior de un trastorno. En esta nueva situación confluyen y se implican factores sociales y culturales, estilos de vida y valores del mundo actual, junto con factores genéticos, neuroquímicos y neuroendócrinos (Mardomingo, 1994 citado en García, 2002).

En varios estudios se reporta que la edad en que adquiere importancia los intereses relacionados con hacer dieta tiene lugar entre los 11 y 12 años (Hill, Weaver y Blundell, 1990; Gómez Pérez-Mitré, 1999). Los trastornos de la alimentación se desarrollan generalmente en el período que va desde la pubertad, pasando por la adolescencia, hasta la juventud. De hecho, es un período de numerosos cambios: a nivel físico, sexual, emocional y social (citado en García, 2002).

Cuando el niño crece y se acerca a la adolescencia, surge la necesidad de autonomía e independencia. Por lo general esto se inicia a los 14 años, la cual es también la época en que empiezan a desarrollarse muchos TCA. Durante este período, el adolescente necesita volverse más independiente y entablar relaciones fuera de la familia.

Cuando se ponen obstáculos a las necesidades de autonomía, la persona puede sentirse frustrada, enojada y deprimida. De este modo el TCA puede servir como medio para enfrentar estos sentimientos displacenteros. Si bien el trastorno puede presentarse en los primeros años de la adolescencia, tiende a persistir hasta que finalmente ocurre una saludable separación. Algunos jóvenes sienten que son poco hábiles para convivir con estos cambios, que no tienen recursos o que nadie los ayuda a transitarlos.

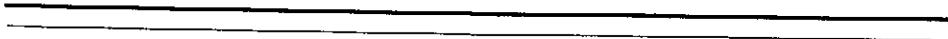
Si bien los trastornos de la alimentación se dan predominantemente en mujeres, están apareciendo también en hombres jóvenes cada vez más. El porcentaje de varones ha pasado de 5% al 10% en los últimos cinco años.

Este es un dato interesante, ya que ratifica que no hay nada en la anatomía o fisiología femenina que haga que las mujeres tengan el uso privativo de estas patologías. A su vez refuerza la hipótesis de la fuerte influencia que ejerce la presión del contexto sociocultural en la aparición de estos fenómenos.

Al igual que las mujeres que sufren de estos problemas, los hombres que desarrollan trastornos del comer también tienen (Crispo, Figueroa y Guelar, 1998, p.39):

- Historias de obesidad que los han convertido en objeto de burlas en algún momento; o
- La fuerte creencia de que si adelgazan serán más atractivos o más queridos; o
- La obligación de mantener un peso o figura específicos por su trabajo, etc.

CAPITULO II



ADOLESCENCIA

CAPITULO II

ADOLESCENCIA

2.1 ADOLESCENCIA

La palabra Adolescencia viene del latín ad: hacia y oléesele: forma de olere, crecer, lo que significa transición o proceso de crecimiento. Es un período de transición entre la niñez y la edad adulta, se considera que comienza entre los doce o trece años y termina alrededor de los diecinueve o veinte años, es un período de cambios físicos que afectan y se ven afectados por cambios psicológicos y también por cambios a nivel intelectual. En su fase biológica, el proceso comienza en la Pubertad, etapa que se extiende entre los diez y los doce o trece años y se pone en marcha por un mensaje endocrino que se acompaña de una verdadera explosión hormonal. El origen mismo de la palabra así lo confirma, ya que púber viene del latín, *pubes*, que refiere a los jóvenes que recién empieza a crecerle la barba. En las niñas, la etapa está asociada con el surgimiento de la *menarca*: llegado el tiempo de la madurez puberal se pone en marcha el circuito hormonal que se expresa mediante la primera menstruación (Guelar y Crispo, 2000).

La pubertad señala también el final de la infancia y se presenta a través de cambios biológicos, un rápido crecimiento y aumento de peso así como cambios en otras épocas y que debido al período de educación que exige la sociedad actual la adolescencia se prolonga y la edad adulta llega más tarde (Papalia y Wendkos, 1999).

Uno de los aspectos más visibles del período de la adolescencia es la tasa acelerada de crecimiento y cambio que ocurre justo antes de la pubertad y continua a tasa decreciente, a través de la segunda década de la vida (Horrocks, 1986).

2.2 CAMBIOS FÍSICOS

Durante la pubertad, las funciones reproductoras maduran, los órganos sexuales crecen y las características secundarias aparecen. Estos cambios se deben a la existencia de glándulas endocrinas específicas para este proceso, llamadas *pituitaria* y *gónadas*; siendo la pituitaria la más importante de todas las glándulas endocrinas. Se le ha llamado glándula maestra porque sus secreciones estimulan o inhiben la actividad de muchas otras. Las hormonas gonadotrópicas, las glándulas sexuales o gónadas, empiezan a segregar sus propias hormonas; la hormona andrógena, es la propia del sexo masculino. Las hormonas gonadales femeninas más importantes son el grupo estrógeno (McKinney, Fitzgerald y Strommen, 1986).

Este proceso empieza en las niñas a los nueve o diez años, antes que en los hombres. La pubertad comienza cuando la glándula pituitaria envía un mensaje a las glándulas sexuales, las cuales empiezan a segregar hormonas, en las niñas los ovarios empiezan a segregar estrógenos, esta hormona estimula el crecimiento de los genitales femeninos y el desarrollo de los senos. El principal signo de madurez sexual en las niñas es la menstruación. Este momento de madurez sexual parece estar determinado por la información genética, el ambiente y podría estar relacionado también con un nivel crítico de peso (Papalia y Wendkos, 1999).

En los niños los órganos sexuales crecen en desproporción al crecimiento general del cuerpo; es decir, el pene y el correspondiente conducto deferente, la glándula prostática y la uretra, al igual que los testículos y el escroto, todos crecen notablemente durante la pubertad. Junto con el desarrollo del pene sobrevienen emisiones nocturnas, es decir emisiones de semen, incluyendo células seminales espermáticas, durante el sueño. Estas secreciones pueden ocurrir por medio de la masturbación o del coito (Mc Kinney, Fitzgerald y Stromen, 1986).

Las características sexuales primarias y secundarias femeninas y masculinas son las siguientes:

CARACTERISTICAS SEXUALES PRIMARIAS:	CARACTERISTICAS SEXUALES SECUNDARIAS
Órganos Sexuales	

FEMENINOS	
Trompas de Falopio	Senos
Ovarios	Vello axilar
Útero	Aumento del ancho y la profundidad de la pelvis
Vagina	Cambios en la voz
	Cambios en la piel
	Vello púbico

MASCULINOS	
Testículos	Vello púbico
Pene	Vello axilar
Escroto	Vello facial
Vesículas seminales	Cambios de voz
Próstata	Cambios de piel
	Ensanchamiento de espalda

Fuente: Papalia y Wendkos, 1999, p. 362

La maduración y el crecimiento de las niñas y los niños en esta etapa suele evolucionar a diferentes ritmos de acuerdo a las diferencias individuales, sin embargo, se puede observar que los cambios suelen aparecer en cierta edad promedio. Al parecer las muchachas prefieren madurar al mismo tiempo que sus compañeras, las que maduran antes suelen ser menos sociables, expresivas y equilibradas, manifiestan una actitud negativa hacia la menarquia, además pueden tener un nivel de autoestima más bajo y suelen sentirse menos atractivas, debido a que sus nuevas formas curvas van en contra de los patrones culturales que igualan belleza con delgadez (Papalia y Wendkos, 1999).

**SECUENCIA
DE LOS CAMBIOS FÍSICOS EN LA ADOLESCENCIA**

CARACTERÍSTICAS DE LAS NIÑAS	EDAD DE APARICION
Crecimiento de los senos	8-13
Crecimiento del Vello púbico	8-14
Crecimiento del cuerpo	9.5-14.5 (promedio)
Menarquia	10-16.5 (promedio)
Vello axilar	Cerca de dos años después del vello púbico
Aumento de la producción de las glándulas sebáceas y sudoríparas	Casi al mismo tiempo que el vello axilar

CARACTERÍSTICAS DE LOS NIÑOS	EDAD DE APARICIÓN
Crecimiento de los testículos y el saco escrotal	10-13.5
Crecimiento de vello púbico	10-15
Crecimiento del cuerpo	10.5-16 (promedio 14)
Crecimiento del pene, próstata vesículas seminales	11-14.5(promedio 12.5)
Cambio de voz	Promedio 12.5
Primera eyaculación de semen	Promedio 13.5
Vello facial y axilar	10-15
Aumento de la producción de las glándulas sebáceas y sudoríparas (el cual puede producir acné)	Promedio 12.5

Fuente: Papalia y Wendkos, 1999. p. 362

Resulta particularmente desafortunado que la aceleración del crecimiento sobrevenga en una época en que el adolescente se encuentra en el proceso de lograr un concepto satisfactorio de sí mismo y cuando posiblemente se encuentra perturbado emocionalmente mientras se esfuerza por aprender nuevos papeles y se enfrenta al nuevo estatus y experimenta el advenimiento de la pubertad. Sin embargo a pesar de lo difícil que pueda resultar esa aceleración para un adolescente cuyo desarrollo es normal, el problema se complica si el crecimiento representa una desviación acentuada de lo que le sucede al resto del grupo de coetáneos, el crecimiento general excesivo o el desarrollo extremo de alguna región del cuerpo, como los senos o el pene. Tal desviación puede dar lugar a la pérdida de la autoestima, una conciencia desmedida de sí mismo, e incluso adaptaciones o esfuerzos malsanos en compensación (Horrocks, 1986).

Otro aspecto importante de la adolescencia es el interés por su apariencia física, los adolescentes se interesan más por este aspecto que en cualquier otro (Tordin-Richards, Boxer y Petersen 1983, citado en Papalia y Wendkos 1999). El cuerpo que una vez se definió como parte de uno mismo, permanece como una fuente de interés y explotación en toda la niñez y en la adolescencia. Este interés es perfectamente natural y de ninguna forma es mórbido o malo. Es tan sólo una parte del crecimiento y de reconocerse a uno mismo como tal. Si el niño crece en un ambiente en donde las

características físicas o la salud se consideran importantes, entonces el interés por su cuerpo tenderá a ser mayor. Al adolescente le resultara más difícil ajustarse a los cambios físicos que al adulto, ya que es probable que el joven esté preparado para los cambios o para reconocer el verdadero significado de esto. También está el factor adicional de que los valores del adolescente pueden ser tales que éste sobreestime la importancia de las cosas físicas y tenga menos deseos de aceptar los cambios (Horrocks, 1986).

Se ha encontrado que a la mayoría de los adolescentes no les gusta como se ven en el espejo, las niñas quieren ser bonitas y delgadas pero con buena figura, así como tener una piel y cabello hermosos. Las niñas tienden a sentirse menos satisfechas con su apariencia física que los chicos, esto se atribuye al mayor énfasis que da la cultura a los atributos físicos de las mujeres (Tordin-Richards, Boxer y Petersen 1983, citado en Papalia y Wendkos, 1999).

A causa de la maduración sexual que en la preadolescencia se alcanza, la sexualidad no es reprimida como en la etapa de latencia y los impulsos sexuales que en este período surgen son orientados por caminos socialmente aceptados, como son las relaciones heterosexuales con personas ajenas a la familia (Papalia y Wendkos, 1999).

Según Piaget, los cambios internos y externos en la vida de los adolescentes se combinan para llegar a la madurez cognoscitiva, esto es en la etapa de las operaciones formales, nivel de conocimiento que se alcanza generalmente a los 12 años de edad aunque existen personas que nunca alcanzan este nivel de madurez cognoscitiva durante toda su vida (Esparza, 2003).

2.3 ASPECTOS EMOCIONALES

La conmoción emocional que vive un joven durante la adolescencia, se manifiesta a través de sentimientos, emociones y actitudes muchas veces contradictorias que sacuden al chico y desconciertan a los adultos. Está íntimamente ligada a los intensos cambios corporales que se iniciaron en la pubertad, a los que se van añadiendo las modificaciones que se generan en el propio ámbito familiar y social (Crispo y Guelar, 2000).

Este tiempo de transiciones llevará al adolescente a reafirmar también sus valores, a elegir su forma de tomar responsabilidades, a alcanzar su autonomía y a establecer su identidad, objetivo fundamental de este momento vital. Las inseguridades, la inestabilidad, los malestares, los miedos y la incertidumbre son propios de este tiempo, así como el entusiasmo, la fuerza para vencer desafíos y aventurarse en caminos nuevos, el idealismo para forjar proyectos y esa energía que a veces cuesta tanto regular. La transición incluye, además al propio adolescente y sus vivencias más íntimas, sus vínculos familiares y sociales, por lo que se vuelven también los parámetros que regirán tanto la vida familiar como la interacción social del joven. Y sobre todo incluye el cuestionamiento radical de las ideas, valores, las reglas y cualquier definición existencial que hasta ese momento haya guiado su vida. Este es el contexto en el que se dan los cambios de carácter y la volubilidad de sus estados de ánimo, que son la consecuencia de la crisis que se está produciendo en su interior, del trabajo de adaptación a los nuevos requerimientos del entorno y del estado de reconstrucción en que se encuentra (Guelar y Crispo, 2000).

El adolescente se vuelve un tipo emocional, los cambios antes mencionados causan alteraciones radicales de su metabolismo, que al excitar su sistema neurovegetativo, acentúan esas sensaciones internas, cinestésicas, con el natural resultado de producir un continuo anhelo, una desconocida inquietud, una situación de expectativa, de ansiedad, como el que espera (temeroso o ilusionado). Para ellos el sentimiento de angustia y la mayor intensidad de su vida vegetativa producen una hiperfusión en la actividad hormonal de las suprarrenales y un aumento de adrenalina en la sangre de las hormonas sexuales, para algunos autores llamado erotismo de esta edad. Lo cierto es que este fenómeno tiene por base la necesidad de complemento afectivo, que siente el adolescente y su exaltada admiración hacia la belleza corporal y los valores auténticamente humanos. El erotismo es una necesidad para la formación del adolescente (Ballesteros, 1976).

El carácter del adolescente se muestra con una extrema **susceptibilidad**, se le llama la edad de la egolatría, en contraste con el egocentrismo infantil y el egoísmo adulto. El adolescente adquiere una superestimación de su propio valor, de sus capacidades, de su superioridad, especialmente respecto a los que hasta ayer consideraba como superiores. Otra característica es la **introspección**, quiere tener cosas propias, lugares reservados para sus secretos donde nadie pueda introducir su mirada, especialmente ordenar su vida, por sí mismo (Ballesteros, 1976). Este aislamiento es derivado por la fatiga del crecimiento rápido que lo lleva a esquivar toda actividad ruda y en parte a la timidez por la transformación del cuerpo (Hurlock, 1980).

Tiende a la crítica y al desprecio de todo lo que le dicen y hacen los más cercanos a él, rompe con frecuencia con todas sus amistades de la infancia. Es modesto no muestra sus cambios, prefiere cubrir su cuerpo lo más que puede. Disminuye la confianza en sí mismo que de niño desarrolló, creen que son inútiles que no vale la pena lo que hacen y dicen (Hurlock, 1980).

Para conformar su personalidad el adolescente necesita "probar personajes", pero este cambio constante de vestuario, es algo vivido en muchos momentos con angustia. Ya no es un niño, ni tampoco es un adulto para asumirse como independiente. Esta oscilación lleva al joven a sumarse a un grupo o buscar modelos de identificación, para subordinar sus tendencias a lo que considera un patrón homogéneo y funcionar de acuerdo con las características grupales, esto le brinda seguridad y apoyo, le permite tener una sensación de mayor estabilidad. Esta sería una de las bases del fenómeno de *pandillas*, en las que el adolescente participa de la actuación y responsabilidad grupales.

El sustento y apoyo que reciba de su entorno y de sus mayores que lo antecedieron en la experiencia serán para él fundamentales en este proyecto (Guelar y Crispo, 2000).

Un factor a tomar en consideración en algunos adolescentes es la conducta suicida. Ya que como se ha mencionado ésta es una etapa de cambios un tiempo lleno de desafíos en el que se tienen que adquirir habilidades para enfrentar la vida futura. En los adolescentes, los suicidios consumados son más frecuentes en varones mientras que en las mujeres tienen más intentos. Se ha encontrado que el suceso previo al intento suicida son los problemas familiares principalmente con la madre, las chicas con intento suicida reportan haber bajado mucho de peso (Lucio-Gómez, Loza y Durán, 2000, citado en Esparza, 2003).

Por lo cual se pone de manifiesto que la relación del adolescente con sus padres resulta crítica para su desarrollo emocional. En un estudio realizado por Wager, Cohen y Brook (citado en Esparza, 2003), se encontró que los adolescentes que perciben un relativo afecto de sus dos padres tienen una asociación más baja con eventos estresantes y síntomas depresivos, también se encontró que los adolescentes que perciben severidad por parte de ambos padres tenían altos niveles de depresión y estrés.

Los adultos pueden mantenerse al margen del camino, cuidándolos pero sin quitarles todos los obstáculos, comprenderlos y acompañarlos, dándoles la información necesaria y sobretodo apoyando los intentos de probarse a sí mismos con el mensaje claro de que no se les dejará de querer si se equivocan. Brindar este apoyo emocional constituye la mejor manera de transitar esta etapa con los hijos (Guelar y Crispo, 2000).

2.4 TEORIAS SOBRE LA ADOLESCENCIA

De acuerdo con la Teoría Freudiana, surge un conflicto sobre los deseos, por un lado de mantener sus lazos familiares a causa del resurgimiento de los conflictos edípicos; y por otro lado de abandonar esos lazos familiares, ya que así las tareas del desarrollo lo exigen. Según esta teoría el niño tiene que abandonar las relaciones inmaduras que lleva con sus padres y duplicar sus esfuerzos en la construcción de nuevas y firmes relaciones mientras va preparándose para la vida adulta (Horrocks, 1986).

Según la Teoría del Desarrollo propuesta por Erikson que consta de ocho etapas, al individuo se le presenta un conflicto en cada una de ellas y dependiendo de la manera en como el sujeto las maneje, solucionará el problema de manera exitosa o por el contrario resultará un fracaso, así cada etapa aporta influencias positivas o negativas en el desarrollo de su ego (Horrocks, 1986).

La quinta etapa propuesta por Erikson tiene la finalidad de que el individuo obtenga un logro de identidad y se presenta al inicio de la pubertad. El foco de atención en esta etapa es el sí mismo por lo que el preadolescente está muy interesado por la forma como él cree ser. Lo que se busca sobre todo en este periodo es una nueva seguridad y en esta búsqueda el adolescente revive nuevamente los conflictos de las etapas anteriores. Durante este tiempo el sujeto trabaja en la construcción del concepto de su yo y trata de adaptarse a sí mismo. Como el ego del púber está muy mal definido se da en esta etapa una confusión de roles y como consecuencia tiende a sobre-identificarse con los muchachos de su misma edad y con ídolos. El enamoramiento en esta etapa es un medio de proyectar la identidad difusa del ego sobre otra persona. En este periodo, los preadolescentes suelen ser poco tolerantes al hacer juicios sobre lo bueno y lo malo, lo correcto y lo incorrecto; es la época en la que el individuo, en muchas ocasiones no se identifica con nadie y cuando esto ocurre surge un sentimiento de ser ajeno a todo (Horrocks, 1986).

Hall menciona que la preadolescencia es un periodo de gran tensión y aflicción (Mc Kinney y cols., 1986). A pesar de que Hall considera que la pubertad es una etapa de grandes desajustes emocionales y desequilibrios, también pensó que este periodo tenía ciertos factores compensatorios (Horrocks, 1986).

Para Bandura, la pubertad no es un periodo tan tormentoso como suele considerársele, opina que esto es un mito, que es a causa de que los adultos les prestan gran atención a los aspectos de inconformidad y rebeldía y poco a las conformidades y alegrías del púber, que estos adoptan, este es un patrón elaborado por la sociedad adulta (Mc Kinney, Fitzgerald y Strommen, 1986). Así Bandura, entiende a la adolescencia como un producto del desarrollo y condicionamientos sociales anteriores, más que como un cataclismo repentino de origen biológico (Mc Kinney y cols., 1986).

2.5 SEXUALIDAD COMO FUNCIÓN DIFERENCIAL

Un fenómeno muy expresivo que caracteriza y diferencia la adolescencia es que el fenómeno de expansión o de crecimiento, sigue una marcha desigual en los dos sexos. Una primera etapa en la que ambos sexos se hallan igualados con pequeñas variaciones, que en parte favorecen a los hombres, en medidas antropométricas, la segunda que inicia en la adolescencia y que antecede a la pubertad, generalmente, en la niña primero iguala y supera después la talla, peso, perímetro, etc., del niño, una etapa definitiva, en la que el varón alcanza y luego supera el crecimiento femenino; hasta convertirse ese aumento en uno de los caracteres diferenciales entre sexos (Ballesteros, 1976).

Otra característica que ya habíamos abordado es la etapa de mutación física rápida y radical, es la lasitud, las tensiones y como consecuencia, la depresión y la irritabilidad son síntomas comprensibles concomitantes con este cambio físico. Parece que un desasosiego general es un fenómeno coincidente en las muchachas, especialmente poco antes de la primera menstruación (Ballesteros, 1976).

Estos hechos de origen psico-orgánico, tienen importantes consecuencias educativas. Una es la más sensible, sobre todo perceptible en los últimos años de la primaria y primero de la secundaria; consiste en que los alumnos, de uno y otro sexo caen en un principio de atonía, pereza, falta de interés en el estudio y de distracción que hacen pensar a los maestros que el niño se ha echado a perder.

Carlota Bühler dice es un periodo de conflictos a menudo prolongados durante varios años, entre adolescentes y su ambiente de familia, el odio y el desprecio hacia los padres y las dudas de sí mismo (Ballesteros, 1976).

En los últimos años, los estudios sobre sexualidad han evolucionado de manera importante, esto es ahora hablamos de sexo y género, que quiere decir; sexo se refiere a los mecanismos biológicos que determinan que una persona sea macho o hembra. El género es el conjunto de rasgos y características social y culturalmente considerados apropiados para el hombre y la mujer (Aguirre, 1996).

Ambas realidades, sexo y género, se implican y desarrollan paralelamente. A una asignación de sexo le corresponde una serie de características, roles y creencias que se juzgan apropiados. Esta asignación se configura socialmente ya antes del nacimiento del bebe, cuando se identifica su sexo biológico, atribuyéndole los estereotipos básicos sobre la masculinidad - feminidad. Desde los comienzos de la humanidad se han asignado diferentes roles a cada sexo: mientras el hombre quedaba vinculado al área laboral y productiva, a la mujer se le ha asignado el papel de la reproducción (instinto maternal, la crianza de los hijos y las labores domésticas). Desde su nacimiento, los niños y las niñas se hallan inmersos en un proceso de socialización a través del cual, por la presión social, van a desarrollar pensamientos, creencias y expectativas diferenciales

sobre los comportamientos apropiados para mujeres y varones construyendo, basados en ellos, su propia identidad de género que modula sus comportamientos diferenciales. Se percibe a los sujetos femeninos más cálidos, expresivos e interesados por los problemas personales, rasgos que son de gran utilidad en las relaciones interpersonales y en las interacciones sociales; mientras que los hombres son considerados más asertivos, racionales y más orientados hacia la actividad que hacia la gente. Pero la nueva concepción de la masculinidad y la feminidad, rompe la dicotomía entre sexo y género y abre nuevas perspectivas que exigen un replanteamiento de las concepciones tradicionales (Aguirre, 1996).

El amor y el sexo son para los chicos temas serios. Buscan información, quieren saber, conocer las reglas de la conquista amorosa, experimentar con esas sensaciones nuevas y ante todo, determinar su identidad sexual que les permitirá relacionarse con otros para amar y ser amados. El cuerpo que ha madurado, ya puede decodificar sensaciones propias. La búsqueda del amor y el descubrimiento del sexo son parte fundamental de la adolescencia. El enamoramiento apasionado, el crear vínculos intensos aunque muchas veces efímeros, son sentimientos y conductas propias de esta etapa. Las emociones a veces acompañan a las sensaciones de forma más o menos armónica y el adolescente se siente en condiciones de empezar a desarrollar recursos para el galanteo que lo conectarán con el otro sexo. Es preciso cuidar el ritmo en ese campo, ya que las primeras experiencias de cualquier índole se vuelven siempre muy significativas para futuras situaciones similares. (Guelar y Crispo, 2000).

La curiosidad por el otro sexo puede mantenerlos horas y horas en estado de ensoñación, llevarlos a hacerse todo tipo de preguntas y a imaginar e imaginarse en todo tipo de situaciones. El amor apasionado y las relaciones sexuales no estarán fuera de estas cuestiones. En la actualidad, la facilidad para que los chicos y chicas se conozcan, se besen y se acaricien, hace que muchas veces todo pueda empezar y terminar más rápidamente. Sin negar la tirantez emocional que aún suele separar el contacto entre los dos sexos, las inhibiciones y titubeos los rubores y tartamudéese por ambas partes, la relación entre los dos sexos aparece mucho más suelta y dinámica, más espontánea y de igual a igual (Guelar y Crispo, 2000).

Antes de la pubertad es probable que el chico haya comenzado a masturbarse sin eyaculación pero es después de la primera polución cuando pasada la sorpresa, las prácticas masturbatorias suelen volverse algo habitual. La masturbación tiene finalidad exploratoria de aprendizaje, de conocimiento de las sensaciones propias como preparación para la futura genitalidad y es un fenómeno normal de la adolescencia.

En las chicas, las prácticas masturbatorias suelen ser menos habituales y constantes. Muchas veces se inician después de haber tenido una primera relación sexual o son parte de un juego erótico iniciado con un compañero amoroso, que se continúa en la fantasía. En cualquier caso al igual que en el adolescente varón, son para las jóvenes un modo de explorarse y conocer el placer que pueden alcanzar (Guelar y Crispo, 2000).

Hoy en día hay métodos seguros de anticoncepción que ofrecen a los adolescentes una nueva posibilidad de conocerse íntimamente sin correr riesgos de un embarazo no deseado o de contraer una enfermedad. A los once años los niños ya saben que es una relación sexual y también están al corriente del SIDA, pero esta información debería

ser ampliada por un adulto confiable y significativo, incluyendo no sólo un listado de métodos anticonceptivos, sino hablar de la nobleza y el compromiso que significa hacer el amor, la procreación. Si se pueden conectar las relaciones sexuales con los cuidados y la responsabilidad que significa estar vivos, será más fácil que el adolescente entienda que un descuido, puede poner en riesgo la vida (Guelar y Crispo, 2000).

2.6 ADOLESCENCIA Y LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

El repentino crecimiento de los adolescentes está acompañado por un gran apetito, los adolescentes deberían evitar el consumo de grandes cantidades de comida chatarra". Las deficiencias minerales más comunes en los adolescentes son el calcio, hierro y zinc. Muchos de ellos se concentran en su peso, en especial las niñas que se esfuerzan más por reducir su peso y algunas adolescentes en mayor medida que los hombres, llegan a desarrollar trastornos de la alimentación: anorexia y bulimia, con el fin de alcanzar los estándares de la sociedad sobre la belleza en relación a la esbeltez (Papalia y Wendkos, 1999).

Los adolescentes luchan por adquirir un nuevo criterio, el cual obtienen rebelándose en contra de la autoridad de sus mayores, para lograr un ensayo de otra manera de ser. Esta rebeldía la llevan a todo, incluyendo lo relacionado con la *comida*, lo cual se manifiesta en: ausentarse o llegar tarde a la hora de la comida, rehusarse a comer ciertos platillos ó establecer dietas caprichosas. Realizar comidas fuera de casa, rápidas y escasas para aprovechar el tiempo en otros asuntos de moda. Debido a lo anterior en los adolescentes se generan desórdenes alimentarios por no seguir las costumbres adecuadas (Asociación Mexicana de Pediatría, 2000).

Sin embargo pueden existir ciertos jóvenes que a pesar de su deseo de mantener buenos hábitos alimentarios, no pueden hacerlo. Al incorporarse a otro tipo de escuela, combinarlo con trabajo, no puede mantener sus hábitos alimentarios por cumplir con los horarios impuestos por las actividades que ahora tiene; otro dato es que la mayoría de los estudiantes evaden con mayor frecuencia el desayuno, siguiéndole la comida del medio día que generalmente se suple con golosinas o productos chatarra (Asociación Mexicana de Pediatría, 2000).

Para Guelar y Crispo (2000), la función de alimentarse ha quedado distorsionada y comer puede ser una forma de calmar la ansiedad o desplazar incertidumbres propias del momento de cambio. Para ayudar en esto es útil llevar un registro de las emociones, el cuál es una herramienta para aprender a discriminarlas y de esta manera separar lo corporal de lo afectivo. Como las emociones están alojadas en el cuerpo y por lo general estos jóvenes han pasado largo tiempo obsesionados con él y con sus reacciones, les cuesta mucho descubrir que no es hambre lo que sienten cuando por ejemplo, por angustia o ansiedad se les produce "un nudo en el estómago". *Las personas con trastornos del comer muchas veces llegan a padecer depresiones profundas como consecuencias del mismo estado de desnutrición.*

En los trastornos de la alimentación ningún rasgo individual o característica familiar en sí son causa de un trastorno de este tipo, aunque sí puede predisponer a padecerlos. Es la combinación de algo personal y/o familiar, con otros factores del contexto sociocultural o de circunstancias vitales de la persona y a esto lo llamamos *multideterminación de los trastornos del comer*.

Se han identificado sin embargo ciertas características familiares comunes a muchas de las personas que han padecido algún trastorno alimentario:

- ♦ Escasa comunicación entre sus miembros.
- ♦ Incapacidad para la resolución de los conflictos que se presentan.
- ♦ Sobreprotección por parte de los dos padres.
- ♦ Aislamiento social.
- ♦ Rigidez y falta de flexibilidad para encarar las situaciones nuevas y para modificar las reglas familiares, adecuándolas a los cambios de la etapa.
- ♦ Ausencia de límites generacionales (por ejemplo: jóvenes con papel de madres).
- ♦ Expectativas demasiado altas de los padres respecto de sus hijos.
- ♦ Historias familiares que incluyen depresión y alcoholismo.
- ♦ Existencia en el seno de la familia de abuso sexual o físico.

Fuente: Guelar y Crispo 2000.

CAPITULO III

DEPRESIÓN

CAPITULO III

DEPRESION

3.1 ANTECEDENTES

La depresión es uno de los trastornos más comunes de diagnóstico erróneo en la medicina general, a veces se asocia a una alteración primaria como una endocrinopatía, neoplasmo o infección viral, pero suele ocurrir en el contexto independiente de enfermedades somáticas multisistémicas.

Es un síntoma neurótico y es la característica sobresaliente de tres psicosis: Psicosis maniaco-depresiva, melancólica evolutiva y reacción psicótica de depresión. Aunque en otros padecimientos, la depresión por lo general desempeña una parte significativa de la sintomatología y un foco principal de esfuerzo terapéutico (Marcelli, 1992).

La depresión acompaña regularmente a la enfermedad orgánica grave y puede considerarse una respuesta normal a las desventuras de la vida; es útil comparar la depresión patológica con la depresión normal, la tristeza, la aflicción, no es una enfermedad grave sino en contadas ocasiones, suele causar grandes sufrimientos al enfermo.

Constituye un serio problema para mucha gente, inclusive estados emocionales de tristeza, inutilidad, de culpabilidad, así como también percepciones negativas de sí mismo, del futuro y del mundo; distanciamiento de los demás, pérdida del sueño y del apetito.

Trastornos de la motivación como componente de síndromes; casi todos los síndromes psicopatológicamente importantes, van acompañados. Son ejemplos de la depresión (excesiva orientación por la situación, deficiente formación de deseos, falta de control de los deseos, de las intenciones y de la acción); la manía (formación de motivaciones irreflexivas, irracionales e inadecuadas a la realidad excesiva; formación de los deseos al mismo tiempo que es deficiente la trasposición a una acción persistente y encaminada a un fin).

La **Depresión** se describe generalmente como estados de infelicidad, sin embargo es algo más que malestar y se produce una y otra vez con regularidad cíclica. Se caracteriza por un humor triste, pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, disminución de la vitalidad que lleva a una reducción del nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo (Rozenzweig y Leiman, 1992). Otros síntomas comunes son:

- a) Disminución de la atención y concentración.
- b) Pérdida de la confianza en sí mismo y disminución de la autoestima.
- c) Ideas de culpa e inutilidad.
- d) Perspectiva sombría y pesimista del futuro.
- e) Pensamientos y actos de auto-agresión y suicidas.
- f) Trastornos del sueño.
- g) Pérdida del apetito (pp.664 -665).

El CIE-10 en su versión de 1996 clasifica los trastornos del Humor (afectivos) entre los que se encuentra la Depresión, de la siguiente forma:

- F32 Episodio depresivo.
 - F32.0 Episodio depresivo leve.
 - F32.00 Sin síndrome somático.
 - F32.01 Con síndrome somático.
 - F32.1 Episodio depresivo moderado.
 - F32.10 Sin síndrome somático.
 - F32.11 Con síndrome somático.
 - F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas somáticos.
 - F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas somáticos.
- F32.8 Otros episodios depresivos.
- F32.9 Episodio depresivo sin especificar.
- F33 Trastorno depresivo recurrente.
 - F33.0 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve.
 - F33.00 Sin síndrome somático.
 - F33.01 Con síndrome somático.
 - F33.1 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado.
 - F33.10 Sin síndrome somático.
 - F33.11 Con síndrome somático.
 - F33.2 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos.
 - F33.3 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos.
 - F33.4 Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión.
 - F33.8 Otros trastornos depresivos recurrentes.
 - F33.9 Trastorno depresivo recurrente sin especificar.
- F38 Otros trastornos del humor (afectivos).
 - F38.10 Trastorno depresivo breve recurrente (pp. 70-71).

Las formas atípicas son particularmente frecuentes en la Adolescencia, las mujeres somos dos o tres veces más propensas a sufrir Depresión .

Ledesma y Melero (1989) clasifican la depresión en: *síndromes orgánicos afectivos*, aquellos causados por una enfermedad orgánica cerebral, debido a tumoraciones y otras afecciones orgánicas cerebrales localizadas en la parte alta del tronco del encéfalo, o afectando al tálamo e hipotálamo. Otras veces la depresión puede ser exclusivamente *reactiva* ante acontecimientos psíquicos como pérdida de algo importante para el individuo como un ser querido u otra pérdida importante. Las demás depresiones forman parte de las *psicosis afectivas*, que son las más frecuentes, donde intervienen fundamentalmente factores endógenos, no debiéndose a factores exógenos, ni orgánicos, aunque se sumen muchas veces estos de modo menos relevante.

Síntomas posibles en una depresión

-**Anímicos** (alteraciones en el estado de ánimo): abatimiento, pesadumbre, tristeza, infelicidad, desesperanza, en ocasiones irritabilidad.

-**Motivacionales** (alteraciones en la motivación): anhedonia (incapacidad de disfrutar), apatía, indiferencia.

-**Cognitivos** (alteraciones en los procesos y contenidos del pensamiento): valoración negativa de uno mismo, (baja autoestima, sentimientos de inutilidad o culpa), del entorno y del futuro; disminución de la capacidad para pensar, concentrarse, o tomar decisiones; pensamientos repetidos de muerte o ideas suicidas.

-**Físicos** (alteraciones en las funciones biológicas): cambios en el sueño y alimentación, fatiga o pérdida de energía, molestias corporales difusas, disminución de la actividad y deseo sexual.

-**Interpersonales** (alteraciones en las relaciones con los demás): disminución del interés social, deterioro de las relaciones con los otros, aislamiento, a veces excesiva dependencia de las persona más próximas.

-**Conductuales** (alteraciones en la conducta externa): reducción general de la actividad; entecimiento generalizado de los movimientos, el habla, los gestos..., que en un extremo pueden llegar al mutismo e inactividad casi totales. Otras veces, aparece lo contrario, una sensación de "no poder parar".

Fuente: Hernangómez (2000 p.16).

Ledesma y Melero (1989) señalan que en el sujeto depresivo existen manifestaciones emocionales (tristeza, malhumor, ansiedad), trastornos del pensamiento como lentitud en el mismo, ideas delirantes de culpa, ruina e hipocondríacas, pesimismo e ideas de suicidio muy frecuentes. El suicidio se considera por estos autores como una forma de agresividad específicamente humana, y no sólo existe en la depresión sino también en otras enfermedades como en alcoholismo, drogadicción y esquizofrenia. Otras veces la autoagresividad se observa en los depresivos como formas de conducta de riesgo, como conducir coches temerariamente o muchas otras formas de correr riesgos. Parecen ser muy importantes los potenciales autoagresivos en los enfermos depresivos.

Las clasificaciones más comunes de la Depresión en la actualidad, según Hernangómez, son:

Depresión Psicótica.- se ha designado a depresiones muy graves o con síntomas psicóticos, que suponen un "cambio total", como una ruptura, en la persona. Algunos síntomas psicóticos que se dan en ocasiones son los delirios (alteraciones del pensamiento, por ejemplo, creerse responsable de la muerte de una persona a la que ni siquiera conoce) y las alucinaciones (alteraciones de la percepción, por ejemplo, oír voces que le dicen lo miserable o indigno que es).

Depresión Neurótica.- englobaría "el resto de depresiones, en las que se incluirían depresiones ligeras, estados depresivos crónicos.

Depresión Unipolar.- centrada en el ánimo triste y la dificultad para disfrutar de las cosas.

Depresión Bipolar o Trastorno Maniaco-depresivo.- el paciente atraviesa por etapas de manía o hipomanía, con un ánimo excesivamente elevado, autoestima exageradamente alta, aumento de la actividad en conjunto, unos síntomas totalmente contrarios a los que se padecen en la depresión, como si la persona hubiera ido al polo opuesto.

Siguiendo esta última clasificación, diferenciaríamos distintos trastornos dentro de cada grupo:

TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO.

-Depresivos:

- . Depresión mayor.
- . Distimia.
- . Otros (trastorno afectivo estacional ; trastorno disfórico premenstrual; depresión postparto; duelo complicado).

- Bipolares:

- . Trastorno Bipolar.
- . Ciclo

Fuente: Hernangómez (2000 p.23).

Depresión mayor.- se caracteriza por un período de al menos dos semanas en las que la persona presenta ánimo depresivo y/o anhedonia, junto con otros problemas como sentimientos excesivos de culpa o inutilidad, pensamientos de muerte, insomnio, disminución del apetito que interfieren profundamente en su vida. El trastorno depresivo mayor puede empezar a cualquier edad aunque la edad media de inicio son los 35 años.

Distimia o depresión crónica.- se diferencia de la depresión mayor en su duración más prolongada (mínimo dos años) y unos síntomas más leves (en número e intensidad), aunque puede superponerse con una depresión mayor, caracterizándose por la baja energía, una negatividad general y constante desesperanza.

Trastorno afectivo estacional.- la depresión parece coincidir con el comienzo del otoño o invierno, y remite en primavera-verano, pudiendo ser sustituido por una fase de "manía". Según se van haciendo los días más cortos, la persona se siente triste, fatigada con más necesidad de dormir (hipersomnio) y una "ansia" por consumir alimentos ricos en hidratos de carbono (dulces, pastas, papas, frutos secos). A esto le pueden acompañar otros síntomas depresivos (incapacidad de disfrutar de las cosas, disminución de las relaciones con los demás) que hacen que la persona no pueda llevar su vida de una forma "normal".

Trastorno disfórico premenstrual.- Se calcula que entre un 3 y un 8% de mujeres en sus años reproductivos sufren síntomas depresivos, irritabilidad o gran tensión, coincidiendo con la semana anterior a la menstruación. Las alteraciones del ánimo que se dan previas a la menstruación están relacionados con cambios hormonales y de otras sustancias de nuestro organismo, los que ocasionan sentirse baja de ánimo, abusar en ocasiones del chocolate o las pastas o estar más irritable, no se consideran patológicas.

La Depresión postparto- está relacionada con las hormonas femeninas y otros factores como el cambio de vida que supone tener un hijo, las alteraciones en la pareja, en como se ve uno a sí mismo y el aumento de responsabilidad.

Duelo complicado- la reacción emocional ante la pérdida de un ser querido, se asocia frecuentemente con una variedad de alteraciones psicológicas, e incluso físicas y en algunos casos llegan a una intensidad y duración que podrían ser etiquetadas "trastornos mentales". Es importante enfatizar que la depresión tras la pérdida de un ser querido no es necesaria ni "inevitable": las personas que presentan síntomas depresivos tras la pérdida afectiva no están necesariamente deprimidos, sino que están adaptándose a una situación vital nueva y dolorosa que conlleva a ciertos cambios en uno mismo.

Ciclotimia- consiste también en "Altibajos" del estado de ánimo de una forma más suave que el trastorno Bipolar, pero más constante. Se ha considerado durante mucho tiempo como "una forma de ser" caracterizada por la inestabilidad del humor. Este trastorno puede prolongarse durante toda la edad adulta, desaparecer temporal o permanentemente o evolucionar a alteraciones más graves del ánimo como el trastorno bipolar o la depresión mayor. Es frecuente entre los familiares de pacientes con trastorno Bipolar (Hernández, 2000 p.29).

El trastorno de ánimo en la depresión de niños y adolescentes lo define más adecuadamente el sentido literal de "deprimere" (apretar hacia abajo) o disforia (sensación de opresión o molestia) o una descripción general de la depresión como "humor de fondo determinado por sensaciones de desagrado debido al dolor psíquico". Los 10 síntomas más importantes de la depresión infantil Weinberg y Rutman consignan: 1) humor disfórico; 2) ideación de autodesaprobación; 3) comportamiento agresivo (agitación); 4) trastornos del sueño; 5) cambio del rendimiento escolar; 6) socialización reducida; 7) cambio de la actitud hacia la escuela; 8) molestias somáticas; 9) pérdida de la energía usual y 10) cambio insólito del apetito y/ o del peso. Cuando existen procesos depresivos de mediana gravedad y larga duración en la infancia, hay que contar que en el 60-70% de los casos persistirán en la juventud y en la edad adulta trastornos y afecciones crónicas emocionales, predominantemente de carácter depresivo (Acosta, Rey y Gutiérrez, citado en Ledesma y Melero, 1989).

3.2 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA DEPRESIÓN.

La Depresión como un nuevo jinete apocalíptico, se ha convertido en la enfermedad de nuestro siglo. Se estima que la mitad de las veces por las que las pacientes consultan al médico se debe a la presencia de una enfermedad depresiva o más o menos explícita o enmascarada. Desde el principio de la medicina se ha dado una especial atención a esta enfermedad que desde luego no tenía este nombre, se le han dado otros como: Melancolía, Frenitis y manía. La melancolía se caracteriza, por la versión Hipocrática, por aversión a la comida, irritabilidad, cansancio y somnolencia.

El término melancolía (palabra derivada del griego melas-negro y chole-bilis), se usó para designar a los pacientes que con frecuencia vomitaban bilis negra a causa de su irritabilidad y ansiedad (Calderón, 1987).

En tiempos de Hipócrates siglo IV a.c., por lo general se consideraba a la depresión y a la tristeza como sinónimos, un deprimido no es otra cosa que una persona triste cuya tristeza no tiene ninguna razón de ser. La tristeza que surge en ciertos tipos de depresión

es desde luego incomprensible y no tiene razón alguna y ningún motivo en concreto (Marcelli, 1992).

Durante la Edad media, filósofos destacados como Santo Tomás de Aquino sostenían que la melancolía era producida por demonios e influencias astrales. Esta creencia se comenzó a abandonar en 1630, Robert Burton publicó su famoso tratado "Anatomía de la Melancolía", obra que facilitó en mucho la identificación de los estados depresivos.

En 1896, Kraepelin estableció la diferencia entre Psicosis maniaco-depresiva y Demencia precoz, llamada más tarde Esquizofrenia. Después los estudios genéticos en Psiquiatría llevaron a considerar a los síndromes depresivos como parte de la psicosis maniaco-depresiva, situación que prevaleció durante las tres primeras décadas de este siglo. En consecuencia el deprimido era calificado de psicótico aunque sus síntomas fueran muy leves (Calderón, 1987).

Para el México prehispánico Martín de la Cruz escribió el libro "Códice Badiano" traducido al latín, en el cuál hablaba de un cuadro considerado como un problema médico, traducido como "Remedio para la sangre negra"; dando consejos de un tratamiento con yerbas y un jugo obtenido de flores de buen olor. El reconocimiento de la melancolía y su clasificación dentro de un grupo de enfermedades como la epilepsia, indican un alto adelanto en la medicina Azteca (Calderón, 1987).

Hoy en día, las estadísticas nos hablan que entre un 15 y un 25% de la población general sufrirá algún periodo o episodio depresivo grave a lo largo de su vida, hasta tal punto que la depresión ha llegado a ser conocida como el "resfriado" de los trastornos mentales (Hernández, 2000).

3.3 LAS DIFERENCIAS INDIVIDUALES, POSIBLES CAUSAS DEL ORIGEN Y MANTENIMIENTO DE LA DEPRESIÓN.

Las diferencias individuales tienen relevancia destacada en las distintas manifestaciones de la depresión y más cuando se intenta explicar sus causas. La Depresión no se puede explicar por un solo factor: lo más usual es que intervengan varios al mismo tiempo y que en cada persona adquieran mayor importancia diferentes factores.

La aparición de una depresión surge por la interacción de cierta vulnerabilidad o predisposición para este trastorno (predisposición por razones Biológicas, Psicológicas y Sociales, que interactúan entre sí) con la presencia de sucesos estresantes que "tocan" en los puntos vulnerables de la persona y "disparan" la depresión (Hernández, 2000).

Los modelos explicativos más complejos para los trastornos de la conducta alimentaria son los biopsicosociales, los cuales combinan variables biológico genéticas, psicológicas y sociales en una estructura causal biopsicosocial (Garner, Rockert, Olmsted, Johnson y Coscina, 1985) citado en Unikel, C. y Gómez Pérez-Mitré, (2004). La bulimia nerviosa parte de una etiología multicausal, al igual que la depresión, resultado de una compleja interacción de factores predisponentes (aquellos factores que combinados favorecen la aparición de la enfermedad), precipitantes (hechos desencadenantes del trastorno o que marcan el inicio del mismo) y perpetuantes (aquellos mantenedores del proceso que lleva a una cronicidad). Como vemos son las diferencias individuales y la vulnerabilidad de las personas las que propician o no la aparición de diversas enfermedades.

Hernangómez, (2000) hace una revisión de esos factores que enseguida se detallan:

a) Sucesos vitales estresantes.

No todas las personas desarrollan una depresión ante sucesos negativos, pero en más del 75% de los casos un acontecimiento estresante o un problema crónico contribuye a la aparición del trastorno. *No es la experiencia por sí misma la que provoca la depresión, sino el significado que le da la persona. Este factor precipitante puede ser:*

-Un hecho que por la peculiar interpretación que hace la persona, toca en su área "sensible" o de vulnerabilidad, facilitando la aparición de una depresión (Ej. una persona muy dependiente que es abandonada por su pareja).

-También puede tratarse de situaciones de malestar sostenido durante mucho tiempo, como discusiones constantes de pareja o dificultades en el ámbito laboral.

- Un suceso o cadena de sucesos que impliquen de algún modo una pérdida:

- De otras personas (ruptura de la relación, muerte de alguien querido).
- De alguna meta importante (fracaso académico o laboral).
- De un rol o papel que la persona consideraba fundamental (jubilación, paro).
- De la sensación de control de la propia vida (ancianidad), o
- De un ideal (fracaso de expectativas sobre uno mismo u otros conflictos familiares o de pareja, decepciones laborales, etc.)

Si tratamos de entender las experiencias del deprimido desde su propio punto de vista, al inicio de la Depresión le precede un duro golpe a cuestiones fundamentales para la vida y autoestima del paciente (Hernangómez, 2000 p.41).

b) Factores de vulnerabilidad.

La vulnerabilidad a la depresión está dada por diversos factores psicológicos, sociales y biológicos, que tienen mayor o menor peso en cada persona y que interactúan entre sí (se condicionan los unos a los otros, se influyen mutuamente).

Factores Psicológicos:

1.- Excesiva dependencia de aprobación y afecto de los otros. La persona le da significado a su vida a partir de los demás, las cosas que hace, su autoestima y su papel en el mundo depende si complace a los otros y de si estos le aprecian o no. Los padres son demasiado sobre protectores y no aprenden a "valerse por sí mismos", perdiendo cada vez más la confianza en sus capacidades o que recibiera apoyo y aceptación de sus padres o personas significativas solo si les contentaba de algún modo. Se va forjando una persona dependiente que se percibe como indefensa y débil, que teme la soledad y que evita todo conflicto y enfado para no perder la aprobación del otro (y la escasa autoestima que pueda tener). En este tipo de personas la depresión aparece en cuanto se percibe una pérdida o un rechazo en las relaciones sociales (fallecimiento de un ser querido o conflictos con amigos o compañeros de trabajo) (Hernangómez, 2000).

2.- La Excesiva autoexigencia. Otro tipo de personas vulnerables son aquellas que persiguen constantemente un ideal que no alcanzan nunca o casi nunca, criticándose constantemente por ello, con frecuentes sentimientos de fracaso y culpa. Suelen ser perfeccionistas, independientes, críticos y exigentes (con ellos mismos y con los demás), controladores y competitivos. En sus relaciones pueden buscar también la aprobación y aceptación, pero es más frecuente que mantengan pocas relaciones

interpersonales (están más implicados en el trabajo) y que las que tengan sean superficiales, distantes, con poca implicación emocional y frecuentes sentimientos de decepción, enfado y resentimiento. Los sucesos que desencadenan una depresión en este caso implican todas aquellas situaciones en las que la persona percibe un fracaso en sus objetivos o que no tiene control sobre determinados aspectos de su vida (Hernangómez, 2000).

3.- Modos de verse a uno mismo, pensar sentir y comportarse que pueden favorecer la aparición de una depresión:

- Al observarse una persona puede aprender *a prestar más atención a sus aspectos negativos que a los positivos*, lo cual se origina en la infancia con padres y maestros que solo atienden a lo que el niño hace mal, porque el buen comportamiento es lo que “debe ser” y no merece atención o alabanza. El adulto acaba también desestimando lo que hace bien porque “es su deber”.
- Al juzgar como es uno mismo, *la autocrítica se realiza por la comparación entre lo que uno piensa que es (Yo real) con dos representaciones que la persona tiene en su mente: el Yo Ideal (aspiraciones, metas expectativas y deseos de la persona) y el Yo Debería (reglas, normas, obligaciones y deberes que la persona considera debe cumplir)*. Cuando la *autocrítica es excesivamente dura o rígida* suele ser porque alguno de estos tres aspectos no funciona adecuadamente.
- También se origina en la infancia, *Culpabilizar en lugar de responsabilizar a la persona que comete algo negativo*. La responsabilidad implica el control sobre algo que se ha hecho en un momento y una circunstancia concreta frente a la Culpabilidad que implica una crítica al niño como persona, a la vez que se da el mensaje de que no va a poder controlarlo ni cambiar (Hernangómez, 2000).

Es importante diferenciar entre los elogios, alabanzas y premios, que hay que dar cuando hay un motivo, del AMOR y las expresiones de afecto y cariño que deben ser incondicionales. Si en la infancia y en la adolescencia no se cuenta con una consideración adecuada de las conductas positivas (que basta que se realice ocasionalmente cuando ya se ha convertido en un hábito), la persona puede aprender a no considerarse lo suficiente y solo “autocastigarse” cuando hace las cosas mal, lo que le hace vulnerable a la depresión. Cuando se sienten emociones tan intensas como en una depresión, la persona cree ciegamente que las cosas son tal y como le parecen o siente en ese momento, sin cuestionar la validez de sus percepciones (Hernangómez, 2000).

4.- Modos de manejarse con las propias emociones. *La escasa diferenciación de emociones*, “me encuentro mal” dice la persona deprimida y muy frecuentemente no somos conscientes de la variedad de sentimientos negativos que pueden estar implicados. *Distinguir* que emociones se encuentran detrás de ese malestar, contribuye a descubrir el origen de ese sentimiento, lo que supone el primer paso para afrontarlo. Poner en palabras lo que sentimos, además de la liberación emocional que puede suponer, ayuda a diferenciar emociones, poder tomar cierta distancia respecto a ellas, comprenderlas mejor e indagar su posible origen para encontrar una solución a esos sentimientos. No es lo mismo sentir pena que angustia, el origen de la emoción es diferente, conforme a lo citado por Hernangómez, (2000):

EMOCION	ORIGEN POSIBLE	EJEMPLOS
Pena	Pérdida de algo o alguien muy importante para la persona	Fallecimiento de un ser querido
Angustia	Temor a que suceda algo malo	Miedo a que finalice una relación de pareja
Culpa	La persona siente que ha roto una norma importante	"debería adorar a mis hijos pero en este momento tengo ganas de ahogarlos"
Ira / Rabia	La persona siente que otro ha roto una norma importante (que puede ser implícita)	Hombre enfadado con su pareja porque por motivos de trabajo ella no acude a una reunión con la familia de él - pero no se lo dice porque "ella ya lo debería de saber"-
Decepción	No se cumplen las expectativas que uno tenía sobre los demás o "la vida"	Mujer recién separada que esperaba que sus amigos continuaran llamándola todos los fines de semana "como en los viejos tiempos"
Desgana, desmotivación	La persona cree que no va a poder llegar al nivel "esperado" (por ella misma o por los demás) en determinada conducta	Joven recién independizada que no tiene ganas de aprender a cocinar, coser, planchar...porque "nunca lo va a hacer tan bien como su madre"
Hastío, aburrimiento	Habitación: la situación va perdiendo progresivamente su "encanto" (novedad)	Varón de 60 años que no quiere salir de paseo para ir al mismo bar que frecuentaba desde hace veinte años

Fuente: Hernangómez (2000 p.68).

5.- Modos de relacionarse con los demás, habilidades sociales. La influencia del entorno para explicar una depresión queda matizada por la *existencia o no de habilidades* para conseguir alcanzar o disfrutar las cosas positivas y evitar las negativas. Como las habilidades sociales: las conductas que hacen que una persona sea capaz de relacionarse bien con los demás. Cuando una persona no ha aprendido a tratar adecuadamente con los otros (es demasiado agresivo, invasivo o tímido) pierde una fuente importante de alegrías y apoyo (las relaciones sociales) y corre más riesgo de depresiones.

La Asertividad.- forma parte importante de las habilidades sociales y se refiere a la manera de hacer respetar los propios derechos teniendo en cuenta a la vez los de los demás. El equilibrio entre el respeto a uno mismo y el respeto a los demás es ser Asertivo: poder expresar los propios sentimientos (me ha dolido, me ha enfadado), reconociendo los del otro (comprendo que tu sientas..), para proponer soluciones constructivas y concretas (me gustaría que..) (Hernangómez, 2000 p. 70).

Factores Sociales:

El medio, las circunstancias que en ocasiones rodean a la persona deprimida; un ambiente con escasos acontecimientos positivos y/o muchos negativos o cambios en el entorno provocan pérdidas importantes a diferentes niveles, son considerados "razones suficientes para deprimirse. Sin embargo:

- a) No todas las personas que viven o han vivido situaciones negativas se deprimen: se necesitan otros factores de vulnerabilidad psicológicos y/o biológicos.
- b) La influencia de circunstancias sociales de presión se da también en situación contraria: una persona deprimida cada vez "funciona" peor en su entorno, con lo que progresivamente puede irse encontrando más problemas y menos aspectos positivos que contribuyan a mantener y agravar la depresión.

1.- Las dificultades económicas pueden contribuir a que la persona se deprima, pero especialmente cuando suponen además aislamiento o rechazo social (no tener amigos, no poder salir ni relacionarse) o el inicio o agravamiento de conflictos interpersonales. De los tres componentes de la felicidad (salud, dinero y amor) parecen ser más importantes la salud y sobretodo el amor. Tienen más riesgo de depresión las personas con problemas de salud y poco apoyo social, independientemente de los ingresos económicos que tengan.

2.- La depresión una reacción a cómo nos han tratado o nos tratan los demás.- Haber sufrido abuso físico y/o sexual, malos tratos, cuidados negligentes o conflictos importantes en la familia de origen son factores de vulnerabilidad para el desarrollo de un trastorno depresivo. Las dificultades para relacionarse con los demás, la ausencia de personas cercanas, las relaciones conflictivas, las frecuentes decepciones, son aspectos muy relacionados con la depresión (Hernangómez, 2000 p. 73).

Abuso Físico.- ocurre cuando una persona que está en una relación de poder respecto a otra, mayor en edad, en fuerza física, en medios, le inflige un daño no accidental, provocando lesiones internas, externas o ambas. El castigo crónico no severo también constituye un abuso. Algunas manifestaciones físicas son: síndrome del latigazo (cuando se sacude a una persona con mucha fuerza), lesiones en el esqueleto.

Abuso Emocional.- acción u omisión que dañe la autoestima del menor o de otra persona, que dañe su integridad emocional y el valor de sí misma o la posibilidad de desarrollar todo su potencial como ser humano.

Formas en que se manifiesta:

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Insultos constantes. ➤ No reconocimiento de aciertos. ➤ Ridiculización. ➤ Rechazos. ➤ Manipulación. ➤ Amenazas. ➤ Explotación . ➤ Comparaciones. ➤ Expectativas irreales. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Deprivación de afecto. ➤ Dejarle de hablar. ➤ Encerrarle en habitaciones. ➤ Gritos. ➤ Culpabilización. ➤ Creación de climas de miedo/ terror ➤ Promesas falsas. ➤ Destrucción de cosas personales. ➤ Impedimento para tener amigos.
---	---

Fuente: Avalon (2004).

Abuso Sexual.- todo acto en el que una relación de poder involucra a un menor o a otra persona a tener una actividad sexual que propicia su victimización y de la que el ofensor obtiene gratificación. Tales como: Tocamientos, exposición o participación no voluntaria en actos de pornografía, exhibicionismo (Avalon, 2004).

3.- Muchas veces se podría interpretar la Depresión como un mensaje interpersonal.-la única manera que ha encontrado el paciente para relacionarse o para expresar su malestar a los otros. El deprimido obtiene atención, apoyo y respuestas de cuidado y cariño de los demás cuando estos se enteran de su situación, lo que puede favorecer "estacionarse" en la posición de enfermo (Hernangómez, 2000).

En relación con los niños y adolescentes, dada la peculiar situación social y laboral de los padres, los niños están menos protegidos psicológicamente que antaño, la ausencia del padre por razones profesionales y la creciente emancipación de la madre, le obligan a desenvolverse y desarrollarse en diversas instituciones cuyo personal generalmente no está especializado en técnicas pedagógicas infantiles y cambia frecuentemente.

Las actitudes patógenas de los padres (represiva-autoritaria o relajada y excesivamente tolerante) son factores sociales que intervienen en la génesis de síndromes depresivos. También las expectativas creadas por los padres en cuanto a los resultados de la educación de sus hijos a través de notas escolares, comparación con otros niños, presiones para destacar, así como el estilo pedagógico que arroja información sobre una mayor frecuencia de síntomas depresivos en las formas de educación autoritaria que en las más liberales (Acosta, Rey y Gutiérrez, citado en Ledesma y Melero, 1989).

Factores Biológicos:

1.- Alteraciones en los Neurotransmisores.- estos son sustancias químicas de nuestro sistema nervioso que influyen en multitud de funciones de nuestro organismo. En la familia de las monoaminas, se han descubierto dos tipos (las catecolaminas-noradrenalina, adrenalina, dopamina y las indolaminas-serotonina-) que pueden estar influyendo en los trastornos del estado de ánimo.

2.- Alteraciones Hormonales.- las hormonas pueden contribuir al estado de ánimo debido a trastornos como el hipotiroidismo o alteraciones del ánimo que acompañan a períodos de cambio hormonales en la mujer.

3.- Genética- los desequilibrios bioquímicos pueden ocurrir como consecuencia de una enfermedad médica, consumo de sustancias, estrés, circunstancias externas y/o por alguna razón de tipo genético (Hernández, 2000).

c) Factores de Protección.

Ayudan a que la persona sea más resistente a la depresión a pesar de que le sucedan acontecimientos negativos:

- 1.- Autoestima autónoma- valorarse a uno mismo como persona independientemente de cuestiones externas, creer en la importancia de lo que uno mismo es y hace.
- 2.- Ser capaz de ver los aspectos positivos de uno mismo, de disfrutar de las propias capacidades y de alabarse por ello.
- 3.- Ser capaz de realizar una autocrítica constructiva de los aspectos negativos y errores que uno comete. Aceptar los propios límites.
- 4.- Ponerse metas apropiadas y realistas, sostener valores flexibles, que tengan en cuenta las propias necesidades y sentimientos.
- 5.- Disfrutar cosas positivas y desarrollar aficiones.
- 6.- Asumir la responsabilidad y control de los propios actos de un modo realista, sin extremismos, ni responsabilizar a los demás de lo que nos ocurre, ni culparse a uno mismo por cometer errores.
- 7.- Tolerar la complejidad y ambigüedad tanto intelectual como emocionalmente, contemplar el cambio como característica habitual de la vida y como una oportunidad para el crecimiento personal. Aceptar la ambivalencia de los propios sentimientos.
- 8.- Diferenciar y comunicar las diferentes emociones.
- 9.- Desarrollar habilidades para relacionarse con los demás de una forma positiva; implicarse afectivamente, establecer un límite cuando se necesita.
- 10.- Contar con personas en quienes confiar: amigos, pareja, familia (Hernández, 2000 p.76).

Navarro reporta que en los resultados de la investigación de Parker (1979), que aquellos pacientes que puntuaban alto en cuidado (prodigar atención afectiva) y bajo en sobreprotección, puntuaban bajo en depresión, presentaban una mayor autoestima, menos ansiedad y eran los que habían tenido menos episodios depresivos durante el año anterior (citado en Ledesma y Melero, 1989).

d) Funciones de la Depresión.

Funciones que pueden cumplir sus síntomas: La tristeza, síntoma fundamental de la depresión, esta emoción es como un motor que mueve a la persona a remediar el efecto del suceso negativo. También despierta:

- 1.- Respuestas de cuidado y preocupación de los demás, lo que puede convertirse en una ventaja importantísima de la depresión. La mejor forma que encontró la persona para comunicar su situación de soledad, incomunicación o dificultades para relacionarse.
- 2.- Puede ser una forma de comunicar que se vive una situación como injusta, protesta que no se puede o no se sabe expresar.

3.- Al no encontrar un remedio a una pérdida o acontecimiento sufrido, la inactividad propia de la depresión ofrece un período de adaptación, en el que está permitido alejarse un poco de la dura realidad para digerir pérdidas y cambios.

4.- Esta inactividad permite también evitar responsabilidades no deseadas que la persona no está en disposición de cumplir. Es importante plantearse porque la persona ha necesitado evitar esas responsabilidades (quizás eran excesivas o no sabía como afrontarlas) y porque ha tomado una vía tan dura como la depresión.

5.- La depresión puede servir también para postergar decisiones para las que la persona se encuentra bloqueada y justificar los fracasos (errores que no habría cometido si estuviera bien).

6.- El autoconcepto negativo se mantiene por evitar todo el esfuerzo mental que supondría cambiar las creencias que se tienen sobre el mundo, sobre los demás o incluso sobre sí mismo. La persona actúa consigo misma como si se cayera mal: cualquier cosa que hace la persona la interpreta como algo negativo y no tiene en cuenta sus aspectos positivos o nunca hace lo suficientemente bien para los demás. La persona prefiere evitar riesgos y posibles decepciones y mantenerse en un pesimismo defensivo (Hernández, 2000).

3.4 GÉNERO Y DEPRESIÓN

La depresión afecta a todas las razas y edades. Durante el curso de una vida, cerca de una de cinco mujeres sufrirá depresión mayor o distimia, en comparación con tan solo uno de cada 10 hombres. Se calcula que uno de cada 8 adolescentes puede tener depresión. Típicamente, el primer episodio ocurre entre los 25 y 44 años de edad.

Las tasas de depresión son menores entre gente casada, especialmente hombres casados, así como aquellos que mantienen relaciones íntimas a largo plazo. La depresión es más frecuente entre personas divorciadas y entre quienes viven solos. La depresión mayor, la distimia y los trastornos afectivos estacionales, son más comunes entre las mujeres. Los hombres y las mujeres tienen un riesgo similar de desarrollar un trastorno bipolar.

Estas diferencias entre los sexos pueden deberse, al menos en parte a causas biológicas, como por ejemplo, diferentes niveles de neurotransmisores y hormonas (vivirsindepresión.org, 2004).

Se deprimen aproximadamente el doble de mujeres que de hombres. Existen sin embargo, excepciones: en el trastorno bipolar no hay diferencias entre un sexo y otro; tampoco parecen ser tan marcadas las diferencias sexuales entre ancianos, estudiantes universitarios y algunas sociedades no modernas (Hernández, 2000).

La carencia de empleo está más relacionada con la depresión en los hombres que en las mujeres, siendo ésta la única condición en que los hombres aparecen como grupo más vulnerable. La combinación de una carencia de apoyo afectivo en la familia, junto con un ambiente muy controlador en el trabajo, incrementa seriamente las posibilidades de deprimirse (Navarro, citado en Ledesma y Melero, 1989).

Los estereotipos sexuales influyen en la petición de ayuda profesional y detección del problema, parece que continúan existiendo diferencias originadas por otros factores.

El estatus social de la mujer es otra de las condiciones que intervienen en la aparición de la depresión. El rol de la mujer en la sociedad con menos libertad, poder e

independencia que el hombre para dar cuenta de las diferencias sexuales en depresión. Al hecho de trabajar fuera de casa puede conllevar un conflicto entre los papeles que se cumplen en el trabajo "de fuera" y en el hogar que predisponga también al malestar psicológico, la mujer con esos dos roles cuenta con dos fuentes de satisfacciones y de autoestima, lo es en parte un factor de protección frente a la depresión (Hernández, 2000).

La clase social, también es un factor de vulnerabilidad para la mujer: las mujeres trabajadoras con hijos en casa, tiene cuatro veces más posibilidades de contraer depresión que sus homónimas de clase social media (Navarro, citado en Ledesma y Melero, 1989).

Una opinión dominante en las explicaciones psicosociales, es que la depresión surge en las mujeres por la autoaserción. Según este enfoque, las desigualdades llevan a la dependencia, baja autoestima y depresión (Instituto Nacional de la salud de Carolina del Norte, 1983; citado en Rosenzweig y Leiman, 1992).

La indefensión aprendida de la mujer entendida como sentimientos de impotencia y falta de control es otra de las causas que predisponen a la mujer a la depresión.

Desde la educación se fomenta un papel activo en los niños y dependiente en las niñas: mientras que los niños aprenden que sus conductas tienen efectos en su entorno, las niñas parecen aprender que para conseguir algo deben depender o recurrir a los demás. Ya en la edad escolar las niñas tienden a atribuir sus éxitos a la suerte o a la ayuda de otros y los fracasos a su incapacidad y a otras causas estables. El modo de respuesta de las mujeres al afrontar un ánimo negativo puede ser un factor importante al explicar las diferencias sexuales en depresión. Mientras que los hombres suelen afrontar la tristeza dedicándose a actividades que les distraigan y les hagan olvidar su estado de ánimo, las mujeres tienden más a "rumiar" y hacerse preguntas sobre las causas (y a veces también sobre las consecuencias) de su ánimo depresivo, con lo que tienden a prolongarlo y a hacerlo mayor (Hernández, 2000).

Otros investigadores han destacado diferencias sexuales en la fisiología endocrina, esto de observaciones de que las depresiones clínicas a menudo ocurren en relación con eventos del ciclo reproductor, por ejemplo, antes de la menstruación, al usar píldoras anticonceptivas, después de un nacimiento y durante la menopausia (Egeland y Hostetler, 1983; citado en Rosenzweig y Leiman 1992).

Las niñas que comienzan pronto la pubertad (menarquia a los 11 años o antes) tienen más probabilidad de experimentar depresión durante la adolescencia que las niñas que maduran más tarde; el trastorno disfórico premenstrual parece afectar al 3-8% de mujeres en años de reproducción, y entre un 8-15% de mujeres en los tres meses posteriores al parto. También la depresión ocurre a menudo cerca de la menopausia (Hernández, 2000).

Otro estudio sugiere la posibilidad de que el uso intenso del alcohol enmascare la depresión provocando la apariencia de que sufren depresión menos hombres que mujeres. Siendo otra diferencia principal de género que en este caso los más afectados son los hombres (Egeland y Hostetler, 1983; citado en Rosenzweig y Leiman, 1992).

3.5 DEPRESIÓN EN LA ADOLESCENCIA.

Diversos autores, como Ana Freud describen a la Depresión como el estado de duelo y melancolía, para algunos otros el "proceso en la adolescencia" se convierte en el hilo argumental, el eje de comprensión y punto de referencia primordial del conjunto de transformaciones halladas a esta edad.

En 1970 Haim, escribe: "como quien está embargado por el duelo, el adolescente permanece momentáneamente sumido en el recuerdo de los objetos perdidos y como él, la idea de la muerte le atraviesa el espíritu; pero al igual que la dinámica del duelo normal permite reemprender el trabajo, la de la adolescencia hace que todo continúe" (citado en Marcelli, 1992 p.2).

Estudios más recientes agrupan en tres razones clínicas la aparición de depresión en la adolescencia: 1) Consideran que la depresión es rara en la adolescencia porque no observan el cuadro semiológico característico del adulto. 2) Otros consideran que la depresión existe pero toma formas diferentes, fácilmente enmascaradas tras las conductas más frecuentes en la adolescencia. Estos autores tienden a opinar que ciertos trastornos como la anorexia mental, las conductas bulímicas, las diversas toxicomanías y algunas acciones impulsivas son testimonio de diversos grados de sufrimiento en el contexto de una depresión en la adolescencia. 3) Señalan modificaciones semiológicas menores, la existencia de episodios depresivos completamente típicos pero también detectan manifestaciones particulares que se deben considerar como el inicio precoz de un Trastorno Bipolar (Marcelli, 1992).

La prevalencia de la depresión en mujeres es superior a los hombres en proporción de 2 a 1. Detectando en algunos estudios que el trastorno depresivo en adolescentes con enfermedades médicas suele ser infradiagnosticada o recibir un tratamiento inadecuado. En adolescentes cuyos síntomas no cumplen los criterios DSM IV TR, para el diagnóstico de trastorno depresivo mayor, presenta síntomas subclínicos o síndrome de trastorno depresivo mayor (parcial) (Asociación Psiquiátrica Americana, 1995). La depresión mayor de inicio precoz está asociada a más recaídas, trastornos comórbidos y hospitalizaciones psiquiátricas (Greden, 2003).

Se ha estudiado que la depresión aparece a los doce años, al inicio de la pubertad y se deduce que las diferencias están asociadas a cambios biológicos y psicosociales; aunque no está claro como afectan las hormonas gonadales en la evolución de la depresión. En las chicas, los estrógenos intervienen en numerosos sistemas neurotransmisores implicados en la regulación afectiva. La llegada a la madurez física, la insatisfacción con el peso y la mayor presión evolutiva relacionada con la sexualidad puede ser variables que influyen en el inicio de la depresión en esta etapa del desarrollo. Los abusos sexuales pueden constituir un factor estresante devastador que conducirá a una depresión posterior (Greden, 2003).

La Adolescencia es un tiempo de transición y se vuelve uno de los momentos más inquietantes, inestables, difíciles de la vida de una persona, aunque también más ricos por su posibilidad de nuevas integraciones. Esta etapa está marcada por los cambios repentinos de humor, entre extremos de euforia y desaliento, y abundan las sensaciones de un poder infinito para realizar los proyectos, seguido de una gran inseguridad en los recursos que se poseen.

La tristeza y desazón suelen ser sentimientos habituales en la adolescencia y la depresión en los adolescentes con frecuencia se manifiesta como irritabilidad. De ahí que se vuelve importante diferenciar las explosiones o cambios bruscos de humor transitorios, habituales en esta etapa, de la irritabilidad persistente e intensa que forma parte del proceso depresivo (Guelar y Crispo, 2000).

Las señales que da un chico que está deprimido se manifiestan en una serie de conductas y actitudes diferentes de las habituales, premisa que resulta fundamental para poder hacer un diagnóstico. Se muestra sin ganas de cumplir con sus obligaciones y está apático, lo cual puede alterarse con explosiones de violencia. Aparece irritado, indiferente frente a lo que antes le interesaba y respondiendo con fastidio a cualquier pregunta, puede pasar mucho tiempo encerrado en su cuarto, aislado escuchando música. También, como uno de los síntomas de la depresión que padece, evidencia dificultad para sentir placer, cuando sale con sus amigos, no lo disfruta, está abstraído, aislado, en su mundo.

Las alteraciones del sueño son síntomas habituales de la depresión tanto en los adultos como en los adolescentes. Estas alteraciones se manifiestan de diversas maneras:

- * Durmiendo más de lo habitual más de lo normal sin un motivo identificable.
- * Teniendo dificultades para conciliar el sueño.
- * Despertándose durante la noche.
- * Despertándose antes de lo planeado.

Los adolescentes en general, tienden a dormir muchas horas. Cuando ese dormir está dentro de los parámetros esperables, el joven cuando está despierto suele estar muy activo. Pero si el chico pasa por largos períodos en los que está todo el día recostado en la cama, durmiendo, mirando la televisión, o escuchando música encerrado, ya no debe considerarse que es sólo parte normal de su proceso (Guelar y Crispo, 2000).

Las ideas de muerte suelen ser muy recurrentes en la adolescencia, están ligadas a la intensidad y la complejidad de sus sentimientos en ese momento, pero obedecen además a que la muerte ejerce una suerte de seducción en el adolescente, que hace que incluso algunos jóvenes se permitan acercarse peligrosamente a ella. Las ideas de suicidio también son frecuentes en adolescentes no deprimidos, en general como un producto de ese pensamiento todo o nada, típico de la edad frente a una situación frustrante o intolerable que los lleva a fantasear con la muerte como forma de "resolver el problema". Las ideas de suicidio deben tomarse siempre en serio y ser evaluadas cuidadosamente para determinar el nivel de riesgo real y tomar medidas necesarias. Y de ningún modo desafiar a un adolescente que manifiesta estas ideas, porque es muy probable que el chico suba la apuesta para dejar claro con qué seriedad lo está planteando. Está investigado y es alto el porcentaje de personas que en la semana o los días previos a suicidarse dieron indicios o señales o lo comentaron con alguien (Guelar y Crispo, 2000).

Al no tratarse adecuadamente la depresión en esta etapa, aparecen secuelas negativas, el suicidio es el más devastador. Las chicas adolescentes llevan a cabo un mayor número de intentos suicidas que los chicos, la proporción hombre-mujer de suicidios consumados en el grupo de edad de entre 15 y 24 años es aproximadamente de 5 a 1. En el aspecto psicosocial, la ausencia de relaciones sociales satisfactorias, el bajo rendimiento académico y embarazos durante la adolescencia son las complicaciones que se presentan asociadas a la depresión. Las cefaleas y dolor de estómago son síntomas físicos característicos de los adolescentes con depresión. También el abuso de

sustancias es un problema habitual entre los adolescentes con depresión, así como un inicio precoz de la misma, tiende a desarrollar el abuso y dependencia del tabaco y el alcohol en ambos sexos (Greden, 2003).

Hay razones psicopedagógicas para hacer recomendable la enseñanza y práctica de actividades deportivas para niños, adolescentes y jóvenes. Entre otras lograr que adquieran; autocontrol, autodisciplina, seguimiento de instrucciones y reglas, respeto hacia el rival, perseverancia, compañerismo, siempre y cuando se realicen en forma racional, es decir, sin excesos y acorde a la edad de la persona. Además tiene otras ventajas como se comprueba en diferentes investigaciones. Un estudio realizado con 147 adolescentes puso de manifiesto que la actividad física en esta edad, se asocia a menor estrés subjetivo y menores niveles de sintomatología depresiva (Norris, 1992). Este mismo estudio evidenció que un ejercicio físico aeróbico de alta intensidad (dos veces a la semana durante 10 semanas) reducía significativamente el estrés y conglomerado emocional "ansiedad/depresión/hostilidad". La actividad física puede moderar el impacto psicológico de los acontecimientos vitales estresantes (Toro, 1996).

Martinsen (1994) (citado en Toro, 1996) reportó, después de revisar una serie de estudios que relacionaban ejercicio físico con depresión, que la actividad física mejoraba tanto la depresión mayor como los trastornos distímicos o las puntuaciones en cuestionarios de depresión. Esos estudios también ponen de relieve la eficacia preventiva del ejercicio físico, y su similitud en cuanto a eficacia terapéutica del ejercicio físico solo o asociado a medicación antidepressiva. La práctica de una actividad física parece tener un efecto antidepressivo general, efecto que se desarrolla gradualmente a medida que una vez iniciada, prosigue el entrenamiento en la actividad en cuestión (Morris, 1990, citado en Toro, 1996).

El deporte llevado a cabo con regularidad y moderación tiene ventajas significativas, practicado intensamente supone evidentes riesgos para niños y adolescentes. Entre ellas, por esa dedicación forzosa, se reducen las ocasiones de tener relaciones sociales, dejar de hacer otras actividades, en ciertos deportistas se incrementan tendencias asociales o incluso antisociales. Otra, es el riesgo de padecer trastornos de conducta alimentaria. En los dos sexos, la práctica de ejercicio físico por razones de peso, tono muscular y atractivo personal, correlaciona positivamente con trastornos alimentarios y con insatisfacción a causa de la imagen corporal. Los trastornos del comportamiento alimentario parecen darse con mayor frecuencia en la práctica de deportes individuales que en deportes de equipo, más en deportistas de élite o que pretenden serlo que en practicantes corrientes; más en mujeres que en varones, y más en adolescentes que en adultos (Toro, 1996).

3.6 DEPRESIÓN Y TRASTORNOS DEL COMER

Para Guelar y Crispo existe una estrecha vinculación entre los trastornos de la alimentación y la depresión. Algunos de los signos más comunes de la depresión ya descritos, se encuentran presentes con las mismas características en las personas con otros trastornos en el comer. Podemos decir que:

- Es muy común encontrar depresión en personas con trastornos alimentarios.
- Existe un componente hereditario en la depresión y es frecuente encontrar antecedentes de depresión en los familiares directos de algunas jóvenes con trastornos en el comer.

Lo que no siempre queda claro es si la persona estaba deprimida desde antes de presentar un cuadro de anorexia o bulimia nerviosas o si la depresión apareció como consecuencia de la situación en la que cayó.

Existen varias hipótesis:

- 1- Que la depresión sea causa del trastorno del comer.
Muchas pacientes con bulimia nerviosa tienen historias personales o familiares de depresión, previas al desencadenamiento del trastorno alimentario.
- 2- Que los trastornos del comer provoquen entre sus múltiples consecuencias un estado depresivo.

En este caso decimos que la depresión es secundaria a un trastorno del comer. Significa que el estado depresivo comenzó y se mantuvo a partir de la pérdida de peso y/o del comportamiento alimentario caótico.

Es muy frecuente que muchas pacientes bulímicas mejoren de este estado depresivo con el simple recurso de normalizar la ingesta y de alcanzar el peso normal. En esos casos parece evidente que la depresión era consecuencia directa del estado de mala nutrición en que se encontraba a raíz de su desorden alimentario.

En síntesis es difícil saber que es la causa de qué, por eso es imprescindible comenzar por la re-nutrición de la persona afectada por un trastorno del comer para recuperar un buen nivel de alimentación lo más pronto posible. Una vez que la persona se ha normalizado a nivel orgánico, es posible ajustar el diagnóstico y definir cual es el tipo de terapia más conveniente para continuar el proceso de recuperación (Guelar y Crispo, 2000 pp. 237-241).

Según Sherman y Thompson, la depresión está relacionada con la Bulimia en varias formas:

- 1.- Algunas veces es resultado de una predisposición que puede atribuirse a la herencia. Esta depresión viene de un desequilibrio químico, proviene del interior de la persona (anteriormente llamada depresión endógena).
- 2.- La Bulímica también puede estar deprimida por razones Psicológicas o por algo que ocurre en el interior (llamada depresión endógena o reactiva).
- 3.- La bulimia genera una mayor depresión.- **la relación entre depresión y bulimia puede describirse mejor por el hecho de que la Bulimia empeora cuando se intensifica la depresión y viceversa**. Con el fin de que la persona se recupere es indispensable que se trate de superar la depresión, la parte emocional del problema (Sherman y Thompson, 1999).

La depresión en la bulímica.- la persona es infeliz consigo misma y con su vida y se siente impotente para cambiar esa situación. Se puede presentar una reducción general de la actividad, con excepción de comer y dormir, así como en la calidad de su desempeño. Los pensamientos suelen ser obsesivos, confusos y negativos, se disminuye la concentración. El malhumor puede ser resultado de cómo se siente emocionalmente después de un episodio de exceso y purga, culpable, deprimida y frustrada. Su estado de ánimo se restablecerá cuando se recupere de la bulimia (parte conductual del problema), la cual también se relaciona con la expresión emocional directa y un aumento de la autoestima (Sherman y Thompson, 1999).

3.7 TRATAMIENTOS PARA LA DEPRESIÓN.

Actualmente se cuenta con un amplio conocimiento sobre diferentes modos de afrontar la depresión eficazmente. Existen **tratamientos biológicos**.- aquellos que se centran en aliviar síntomas depresivos a través de cambios en el organismo, generalmente a través de fármacos. **Psicológicos o Psicoterapéuticos**.-aquellos que se centran en facilitar cambios en los pensamientos, sentimientos, conductas o personalidad del paciente que puede estar interviniendo en la depresión. Una **combinación de ambos** dependiendo de la valoración individualizada que haga el profesional de cada caso, es lo recomendable (Hernangómez, 2000).

Tipos de Psicoterapia:

-Terapia Electroconvulsiva.- estrategia terapéutica para el tratamiento de la depresión severa. La persona recibe una anestesia general ligera y tratamiento con relajantes musculares. Posteriormente se procede a administrar una corriente eléctrica que recorre el cerebro por alrededor de 1 a 3 segundos. El estímulo eléctrico provoca una convulsión controlada, la que generalmente dura entre 20 y 90 segundos. Después de 5 a 10 minutos, la persona despierta y permanece en reposos entre media y una hora. La mayoría de las personas requieren entre 6 y 10 sesiones de tratamiento.

Fototerapia.- puede ayudar en el caso del trastorno afectivo estacional, el tratamiento con un tipo especial de luz brillante, que suprime la producción de melatonina (neurotransmisor) puede ayudarlo a controlar los síntomas de este trastorno.

Terapia conductual.- centra el tratamiento en la conducta del paciente y sitúa el origen de la depresión en la ausencia o pérdida de experiencias positivas y/o predominio de experiencias negativas que generan una progresiva inactividad en la persona. Se le enseña al paciente como relacionarse adecuadamente con los demás. Está indicada para personas muy pasivas que prefieren un tratamiento rápido y concreto de sus síntomas.

Terapia Cognitiva.- centra el tratamiento en enseñar al paciente a identificar, examinar y sustituir los pensamientos distorsionados por otros más realistas y modificar las actitudes negativas que le predisponen a interpretar de un modo depresivo todas sus experiencias.

Terapias sistémicas.- se centra en los sistemas humanos, entendiendo por sistema la unidad (social y emocional) compuesta por dos (pareja) o más personas (familia) que se relacionan entre sí. Presta especial atención a la comunicación, el miembro de la familia que presenta el síntoma o problema (la depresión) se considera únicamente como una expresión de lo que "funciona mal" en el sistema familiar. Por lo tanto su objetivo es modificar los modos de relacionarse dentro del sistema familiar que resultan perjudiciales.

Terapias Psicodinámicas.- se derivan del psicoanálisis, fundado por Sigmund Freud caracterizado por la importancia dada al inconsciente y a la infancia y relaciones con los padres en la determinación de la personalidad y de los trastornos mentales. Se centra en lograr cambios a nivel de la personalidad y modos de relacionarse del paciente. Esta psicoterapia está limitada a pacientes con síntomas leves de depresión y una gran inquietud por ahondar en los aspectos conscientes e inconscientes de su vida psíquica que influyen en su forma de ser y comportarse. La terapia se mantiene durante un tiempo muy prolongado (Hernangómez, 2000).

La Terapia Familiar Sistémica, según menciona Navarro, hace dos aportaciones de gran interés, pone en relación la depresión con el ciclo evolutivo familiar y define el tipo de

juego entre el paciente y su entorno familiar (es decir el conjunto de conductas (secuencia) que ha desarrollado en su relación con las personas de su entorno). Se hacen varias recomendaciones: investigar la constelación de acontecimientos presentes en el momento de la caída depresiva, y no en los de la niñez remota, ayudar a crear una red psicosocial funcional y transformar el tipo de juego que el depresivo mantiene con su familia (Ledesma y Melero, 1989).

Terapias Psicodinámicas breves.- se sitúa en los conflictos o problemas centrales del paciente en el momento actual, generalmente se refieren a su manera de relacionarse con las personas más importantes de su vida y consigo mismo. Son más convenientes para personas con un buen nivel de comprensión y expresión verbal, así como con problemas y conflictos más fáciles de delimitar (Hernández, 2000 pp 79-87).

Recomendaciones para hacer frente a una depresión.

- *Acudir a un profesional a la brevedad posible.*
- *Tener paciencia con uno mismo.*- permitirse estar deprimido, descargarse de obligaciones y exigencias sociales y personales.
- *Posponer decisiones vitales importantes.*- la depresión, distorsiona los razonamientos y dificulta la resolución adecuada de problemas.
- *Limitar el tiempo dedicado a meditar sobre las causas y consecuencias de la tristeza.*- la reflexión excesiva puede ser perjudicial, ya que provoca que la persona se centre más en sí mismo y en su propio malestar.
- *Reconocerse los propios méritos.*- el esfuerzo que realiza para salir de la cama, vestirse.
- *Cuidar el estilo de vida.*-hacer al menos tres comidas al día, regular el horario de sueño, evitar tóxicos, hacer algo de ejercicio.
- *Procurar hacer actividades agradables.*- serán mejores cuanto más actividad supongan, cuando impliquen un grado de dificultad medio y sobre todo cuando se realicen con otras personas.
- *Poner palabras a los sentimientos.*- además del desahogo emocional, diferenciar unos afectos de otros ayuda a distinguir con más claridad cuál puede ser el origen del problema y facilitar la búsqueda de la solución.
- *Relativizar las normas o ideales.*- puede ser que algunas reglas de vida se asumieron de una forma rígida, excesiva y poco realista, ahora se pueden aceptar o rechazar en forma más objetiva.
- *Saltarse los deberes "irracionales" y recordarse a uno mismo los derechos legítimos que se tienen* (Hernández,2000 pp.97-102)

Recordarse a uno mismo los "derechos" que se tienen frente a los frecuentes "deberes" que uno mismo se impone y aprender a flexibilizar estos "deberes" permite una mejor relación basada en el respeto mutuo y no en la sumisión-dependencia en que muchas veces se encuentra una persona deprimida Algunos de estos deberes y derechos se resumen en la siguiente tabla:

"DEBERES"	"DERECHOS"
Debería anteponer las necesidades de los demás a las mías propias.	Tengo derecho a anteponer mis necesidades a las de los demás.
No debería cometer errores, debería haberlo hecho correctamente.	Tengo derecho a cometer errores.
Debería ser siempre lógico y consecuente.	Tengo derecho a cambiar de opinión: ¡rectificar es de sabios!
Debería guardarme las diferencias con los demás, porque podrían molestarse.	Tengo derecho a expresar mis opiniones y convicciones y a criticar lo que me disgusta.
No hay que hacer perder a los demás su tiempo con los problemas de uno.	Tengo derecho a pedir apoyo o ayuda.
No hay que amargar a los demás cuando uno se encuentra mal, es mejor callárselo.	Tengo derecho a expresar y a sentir dolor.
Debería seguir los consejos que los demás me dan.	Tengo derecho a ignorar los consejos de los demás y guiarme por mi propio criterio.
Debería hacer las cosas "como tienen que ser" y no enorgullecerme por ello.	Tengo derecho a recibir reconocimiento por lo que hago bien.
Debería adaptarme a los demás; si no, perdería su apoyo.	Tengo derecho a decir "no".
Debería ayudar a todos lo que tienen un problema.	Tengo derecho a no responsabilizarme de los problemas de los demás.
Debería estar pendiente de las necesidades y los deseos de los demás.	Tengo derecho a no anticiparme a las necesidades y deseos de los demás.

Fuente: Herangómez (2000 p. 102).

CAPITULO IV

MÉTODO

CAPITULO IV

M É T O D O

4.1 PROBLEMA GENERAL DE INVESTIGACIÓN

El propósito de este trabajo es investigar la relación que existe entre depresión y sintomatología bulímica en muestras de preadolescentes de ambos sexos.

4.2 PROBLEMAS ESPECÍFICOS

- Identificar a los preadolescentes que presenten depresión en un rango mínimo, leve y moderada, así como su relación con la sintomatología bulímica.
- Investigar la relación entre depresión y sintomatología bulímica en función del sexo de los preadolescentes.

4.3 DEFINICIÓN DE VARIABLES

1) DEPRESIÓN

a) Definición Conceptual

La depresión se describe generalmente como estados de infelicidad. Sin embargo es algo más que malestar y se produce una y otra vez con regularidad cíclica. Se caracteriza por humor triste, pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, disminución de la vitalidad que lleva a una reducción del nivel de actividad y un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. Otros síntomas comunes son: disminución de la atención y concentración, pérdida de la confianza en sí mismo y disminución de la autoestima, ideas de culpa e inutilidad, pensamientos y actos de autoagresión o suicidas. Perspectiva sombría y pesimista del futuro, trastornos del sueño, pérdida del apetito (Rosenzweig y Leiman, 1992, pp 664-665).

b) Definición Operacional

La depresión se determinará de acuerdo a los puntajes obtenidos en la escala de valoración Psiquiátrica de Beck para la Depresión; clasificando la depresión en Rango mínimo, leve, moderada y severa.

2) SINTOMATOLOGIA BULÍMICA

a) Definición conceptual

Aquellos síntomas característicos de la Bulimia tales como sobreingesta, vómitos, uso de laxantes, diuréticos, enema u otros fármacos, ayuno excesivo; pero sin considerarlos como un trastorno alimentario.

b) Definición operacional

Se denominará de acuerdo al puntaje obtenido en la Escala de Factor de Riesgo Asociado a Trastornos Alimentarios (EFRATA, Sección E).

3) SEXO

Definición conceptual

Condición orgánica que distingue al macho de la hembra.

Definición operacional

Identificación del sujeto a la pregunta del cuestionario Mujer u Hombre.

4.4 HIPÓTESIS

Existe relación estadísticamente significativa entre depresión y sintomatología bulímica.

4.5 TIPO DE ESTUDIO

Estudio correlacional, de campo y transversal.

4.6 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación se llevó a cabo de acuerdo a un diseño de tipo no experimental y exploratorio Expostfacto de seis grupos con observaciones independientes.

4.7 MUESTREO

Para la presente investigación se utilizó una muestra de tipo no probabilística, intencional, por cuota.

4.8 MUESTRA

Las características de los sujetos incluidos en la muestra fueron estudiantes de tercero de secundaria de ambos sexos. La muestra quedó conformada por una N= 210 preadolescentes subdivididos de la siguiente forma:

n1= 35 mujeres con rango mínimo de depresión

n2 = 35 mujeres con depresión leve

n3 = 35 mujeres con depresión moderada

n4 = 35 hombres con rango mínimo de depresión

n5= 35 hombres con depresión leve

n6 = 35 hombres con depresión moderada.

4.9 INSTRUMENTOS

1) Escala de Valoración Psiquiátrica de Beck (Beck y Steer, 1993).

La depresión se medirá con esta Escala y consiste en 19 síntomas y actitudes que son cuantificados con valores numéricos del 0 al 3, siendo el valor máximo que se puede obtener 57. La puntuación final es la suma de valores de cada reactivo. En el caso de que en el reactivo se hayan marcado dos respuestas, se contabilizará la más alta.

Las puntuaciones del 0 al 9 son consideradas dentro del rango mínimo de depresión, de 10 a 16 indican una depresión leve, de 17 al 29 una depresión moderada y de 30 a 57 depresión severa. Las puntuaciones mayores a 15 deberán ser tratadas como depresivas .

2) Escala de Factor de Riesgo Asociados a Trastornos Alimentarios (EFRATA) (Gómez Pérez-Mitré, 1993). La conducta alimentaria se medirá con la sección E de esta escala en sus versiones correspondientes para hombres y mujeres preadolescentes que detecta 7 factores de riesgo de los cuales se tomarán en cuenta tres para esta investigación que son: conducta alimentaria compulsiva; preocupación por el peso y la comida; y dieta crónica y restrictiva.

4.10 PROCEDIMIENTO

Se acudió a la Escuela secundaria diurna 222 "Tlaloc" solicitando a los directivos su autorización para llevar a cabo esta investigación y se les explicó la relevancia de ésta.

Una vez obtenido el permiso se procedió a la aplicación colectiva de los instrumentos, los cuales se aplicaron en los salones de clases de los alumnos.

Se les solicitó su colaboración para contestar los cuestionarios en forma voluntaria y anónima con el fin de obtener respuestas lo más verídicas posibles, explicándoles el trabajo de investigación que se realiza en la Facultad de Psicología de la UNAM sobre hábitos alimenticios y depresión en preadolescentes.

Se repartió a los alumnos un cuadernillo de preguntas y respuestas conteniendo ambos cuestionarios. Para el cuestionario de Beck se les dieron las siguientes instrucciones: "A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 19 apartados; señale con una cruz el círculo delante de la frase que mejor refleje su situación actual".

Para EFRATA se leyeron las siguientes instrucciones "En cada una de las siguientes afirmaciones selecciona la opción que describa mejor tu manera de ser y/o de pensar. Recuerda que el éxito de nuestra investigación depende de que tan sinceras sean tus respuestas. Recuerda que no hay respuestas buenas ni malas". Si tienen alguna duda consúltenla con la persona que les entregó los cuestionarios. Al terminar el grupo se recogieron todos los cuestionarios agradeciéndoles su colaboración.

CAPITULO V

ANÁLISIS Y RESULTADOS

CAPITULO V

ANÁLISIS Y RESULTADOS

El propósito de esta investigación fue conocer la relación que existe entre depresión y trastornos bulímicos en preadolescentes de tercero de secundaria de ambos sexos a los que se les aplicó la Escala de depresión de Beck y la Escala de factores de riesgo asociados a trastornos alimentarios para sintomatología bulímica (Gómez Pérez-Mitré, 1993). Se realizó el análisis estadístico de los datos con el paquete SPSS (Paquete Estadístico Aplicado a las Ciencias Sociales) en su versión 11 para Windows.

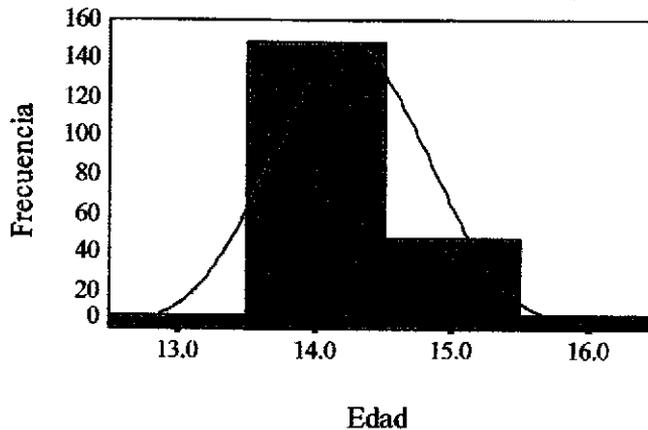
5.1 DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

Se seleccionó una muestra (N=210) de carácter no probabilística, intencional por cuota, de preadolescentes de ambos sexos con un grado escolar de tercero de secundaria, la cual quedó dividida en seis grupos:

- n1= 35 hombres con un rango mínimo de depresión
- n2= 35 hombres con depresión leve
- n3= 35 hombres con depresión moderada
- n4= 35 mujeres con un rango mínimo de depresión
- n5= 35 mujeres con depresión leve
- n6= 35 mujeres con depresión moderada

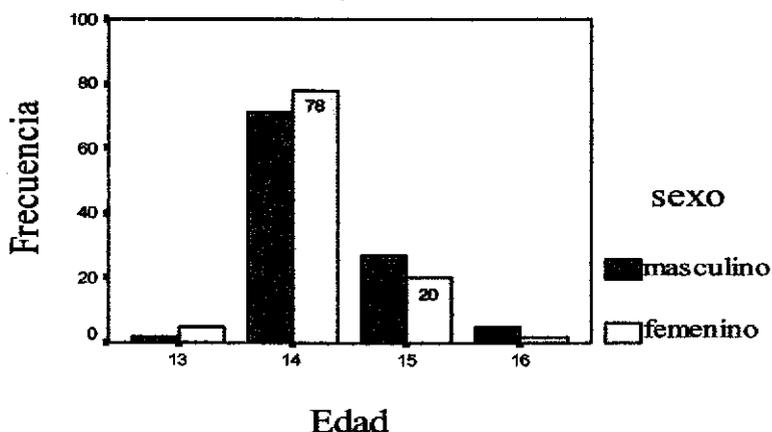
El rango de edades fluctuó entre los 13 y 16 años de edad, con una $\bar{x} = 14.3$ y una desviación estándar de .57 (ver figura1).

Figura 1 Distribución porcentual de la variable edad de la muestra completa



Al analizar los datos por género se observó que la media de edad de las mujeres fue de 14.1 y de los hombres fue de 14.3 (ver figura 2).

Figura 2 Distribución porcentual por sexo y edad



5.2 DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO

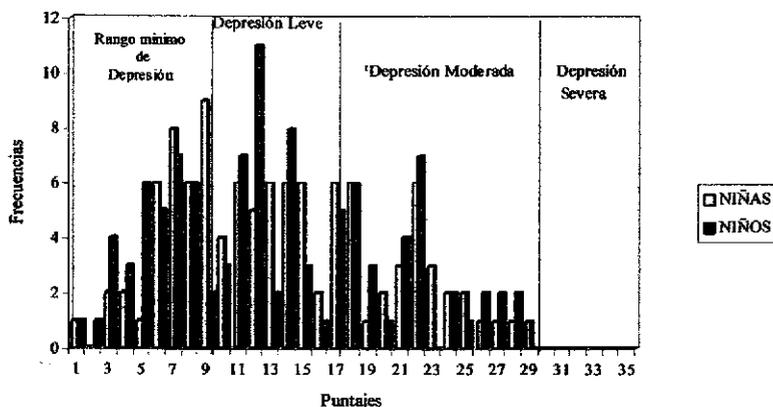
En la Escala de Valoración de Beck la puntuación final es la suma del valor de cada reactivo. Según la puntuación total se clasifica en las siguientes categorías:

- a) Rango mínimo de Depresión
- b) Depresión leve
- c) Depresión moderada
- d) Depresión severa

Inicialmente se incluyó en la muestra la categoría de depresión severa, sin embargo no se encontró en la población normal la muestra requerida, por lo que se decidió tomar las tres primeras categorías y eliminar esta última.

Los resultados obtenidos en la aplicación de esta escala a la población se observó que los puntajes de la suma total de depresión inicia en el puntaje cero y va hasta 29 puntos de calificación observándose una media de 13.4 y una desviación estándar de 6.61 (ver figura 3).

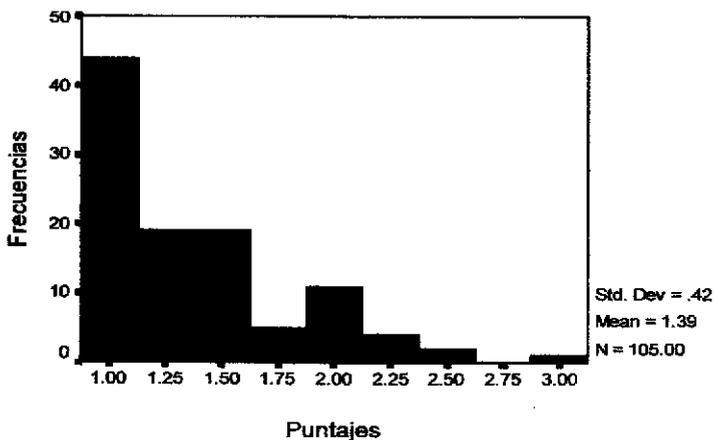
Figura 3 Distribución del puntaje total de la muestra por género



Para la descripción de las variables de sintomatología bulímica se consideraron los siguientes factores de riesgo (EFRATA): conducta alimentaria compulsiva; preocupación por el peso y la comida; y dieta crónica y restrictiva para ambos sexos.

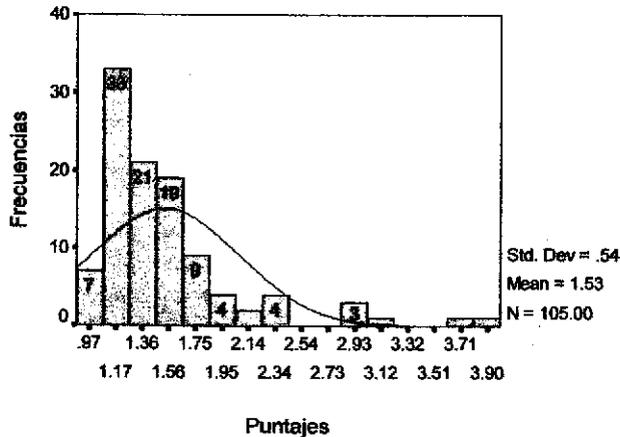
- a) *Conducta alimentaria compulsiva*, conforme a los puntos de corte (Gómez Pérez-Mitré, 1993) el puntaje límite sin riesgo es de hasta 3.33 para los hombres y de 3.1 para las mujeres; por arriba de estos límites el individuo se ubica en riesgo de padecer trastorno alimentario.

Figura 4 Conducta alimentaria compulsiva, hombres.



Observándose una media de 1.39 con una desviación estándar de .42 .Conforme a los resultados obtenidos por los hombres en este factor vemos que ningún caso se ubica en por arriba de ese puntaje límite.

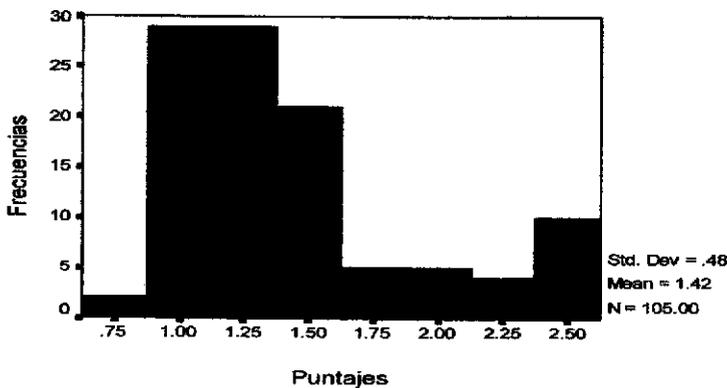
Figura 5 Conducta alimentaria compulsiva, mujeres.



Presentan una media de 1.53 y una desviación estándar de .54. Para las mujeres en este factor su valor límite es 3.1, observamos dos sujetos que rebasan el límite (3.77 y 3.85).

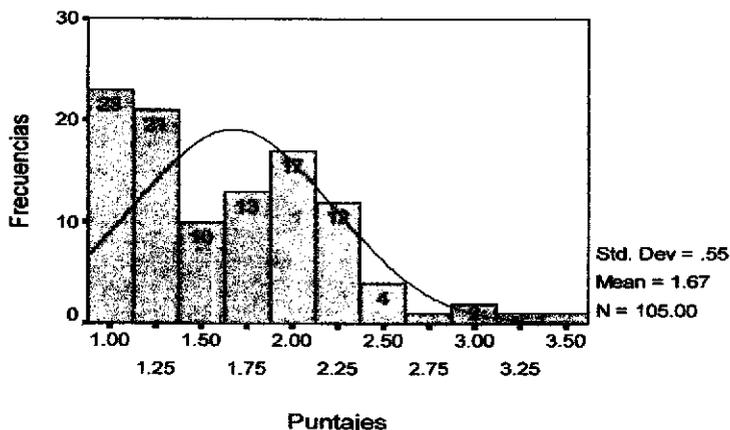
- b) *Preocupación por el peso y la comida*, de acuerdo a los puntos de corte (Gómez Pérez-Mitre, 1993) el puntaje límite sin riesgo para los hombres es de 2.83 y para las mujeres de 3.21; por arriba de estos límites el individuo se ubica en riesgo de padecer trastorno alimentario.

Figura 6 Preocupación por el peso y la comida, hombres.



Obtuvieron una media de 1.42 y una desviación estándar de .48. En este factor no se detecta ningún caso que rebase puntaje límite.

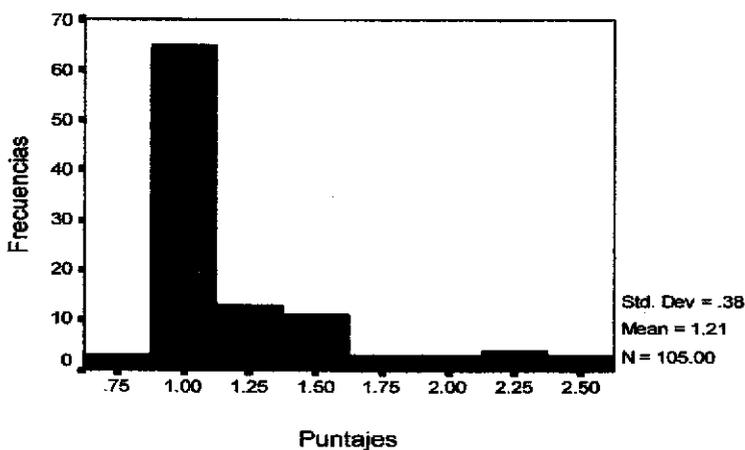
Figura 7 Preocupación por el peso y la comida, mujeres.



Obtuvieron una media de 1.67 y una desviación estándar de .55. En este factor se observan dos casos por arriba del puntaje límite marcado (3.22 y 3.44).

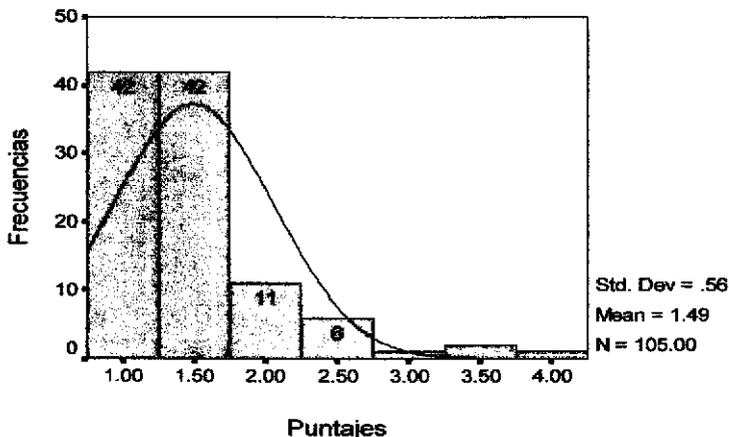
c) *Dieta crónica y restrictiva*, conforme a los puntos de corte (Gómez Pérez-Mitré, 1993) el puntaje límite sin riesgo para los hombres es de 3.03 y para las mujeres de 3.11, por arriba de estos límites el individuo se ubica en riesgo de padecer trastorno alimentario.

Figura 8 Dieta crónica y restrictiva, hombres.



Obtuvieron una media de 1.21 y una desviación estándar de .38. En este factor no se observa ningún caso que rebase el puntaje límite de riesgo.

Figura 9 Dieta crónica y restrictiva, mujeres.



Obtuvieron una media de 1.49 y una desviación estándar de .56. En este factor se observan tres casos que rebasan el puntaje límite (3.29, 3.57 y 3.86)

5.3 PRUEBA DE HIPÓTESIS

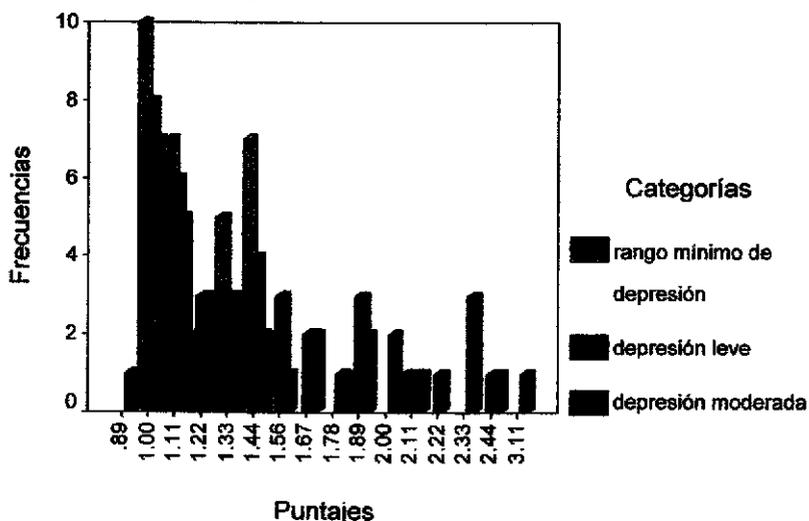
Con la finalidad de confirmar la hipótesis de trabajo planteada: "Existe relación estadísticamente significativa entre depresión y sintomatología bulímica.", se utilizó la correlación de Spearman para las variables de Depresión y factores de riesgo (sintomatología bulímica) y se observaron los siguientes resultados.

Tabla 1. Correlación de Factores de Riesgo y Depresión en Hombres

	Factores de Riesgo	Correlación	Nivel de Significancia	Sujetos
DEPRESIÓN	Conducta Alimentaria Compulsiva	.263	.007	105
	Preocupación Por el peso y La comida	.048	.629	105
	Dieta Crónica y Restrictiva	.207	.034	105

Como puede observarse en la tabla anterior, en el caso de los hombres existe una correlación estadísticamente significativa, aunque de poca intensidad, entre los factores: conducta alimentaria compulsiva y dieta crónica, con la depresión. Por lo tanto se confirma la hipótesis sobre la existencia de relación entre depresión y sintomatología bulímica, aunque en menor grado que en las mujeres.

Figura 10 Conducta alimentaria compulsiva y depresión, hombres.



Se observó que para los puntajes altos en este factor (figura 10), los sujetos no rebasan el puntaje límite (3.33) que los ubicaría en riesgo, sin embargo con relación a la calificación de depresión se registran en las categorías más altas que se tomó para esta investigación, es decir en las categorías de depresión leve y moderada.

Figura 11 Preocupación por el peso y la comida y depresión, hombres.

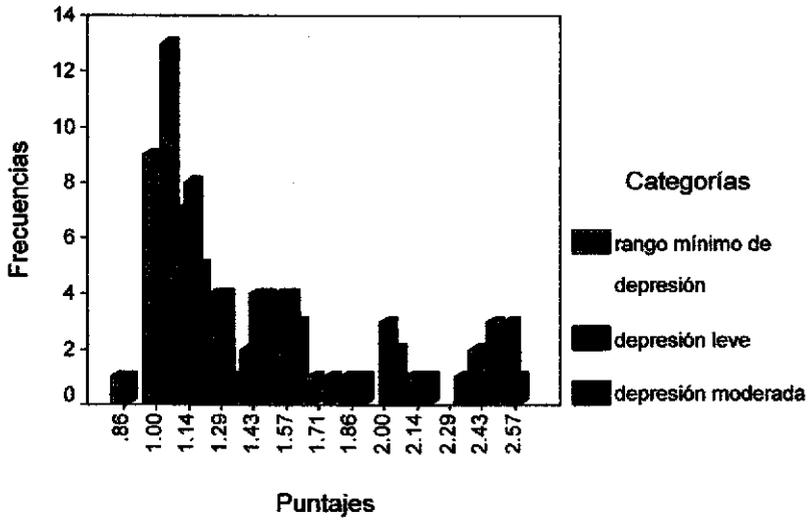
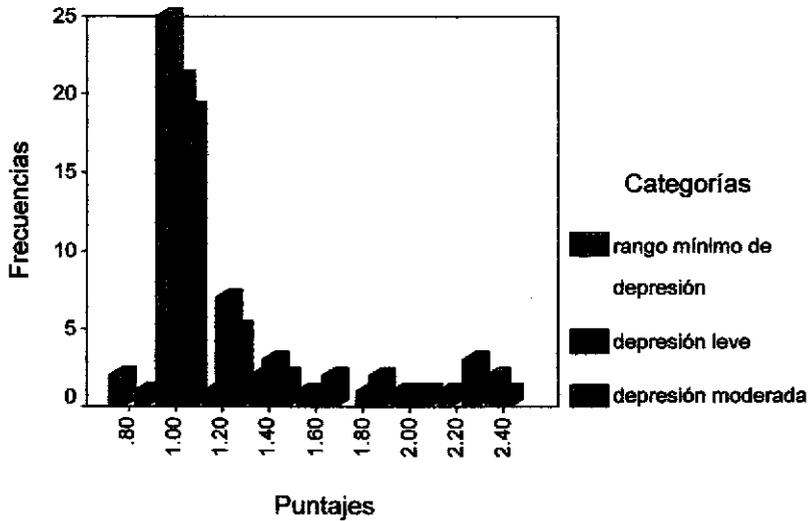


Figura 12 Dieta crónica y restrictiva y depresión, hombres.



Cómo se observa en las figuras 11 y 12 relacionadas con los factores de riesgo preocupación por el peso y la comida y dieta crónica y restrictiva, se encontró que no existe estadísticamente una correlación significativa con las categorías de depresión, ya que estas se distribuyen indistintamente dentro de la escala que abarcan los puntajes obtenidos para estos factores.

Tabla 2. Correlación de Factores de Riesgo y Depresión en Mujeres.

	Factores de Riesgo	Correlación	Nivel de Significancia	Sujetos
DEPRESION	Conducta Alimentaria Compulsiva	.297	.002	104
	Preocupación Por el peso y la Comida	.152	.022	105
	Dieta Crónica y Restrictiva	.298	.002	105

En lo que respecta a las mujeres, se observó que los tres factores de riesgo en la conducta alimentaria presentan una asociación estadísticamente significativa con la depresión, no obstante cabe destacar que la intensidad de dicha asociación es baja.

Por lo anterior, en el caso de las mujeres se acepta que existe relación estadísticamente significativa entre depresión y sintomatología bulímica.

Figura 13 Conducta alimentaria compulsiva y depresión, mujeres.

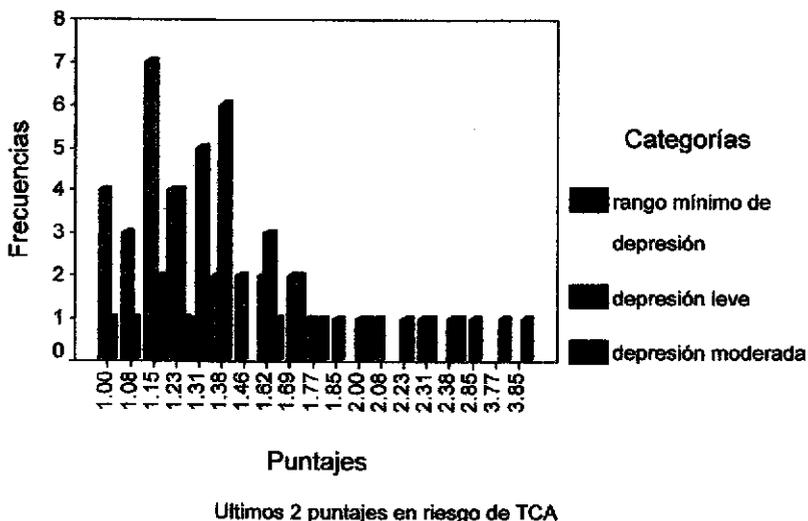


Figura 14 Preocupación por el peso y la comida y depresión, mujeres.

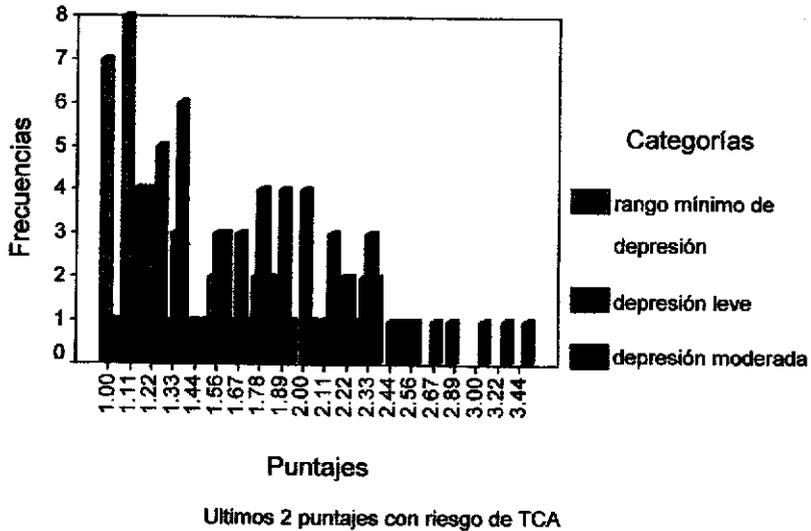
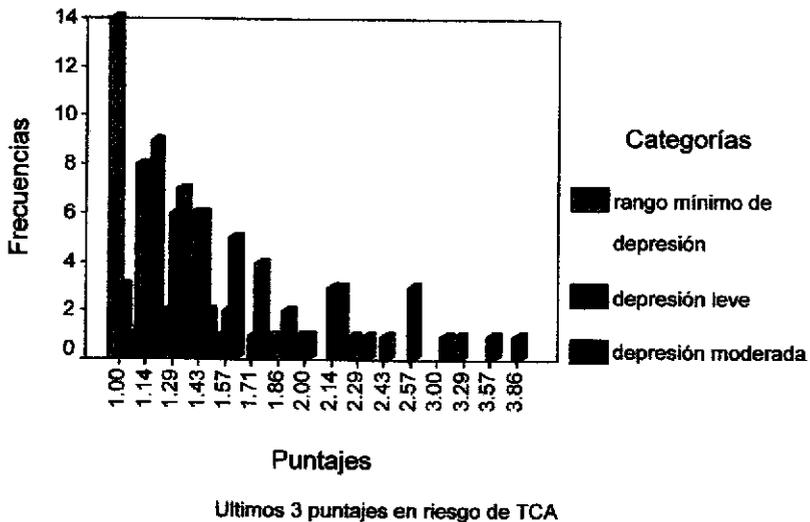


Figura 15 Dieta crónica y restrictiva y depresión, mujeres.



Se observó que para los puntajes altos en los tres factores para mujeres (figuras 13, 14 y 15), los sujetos si rebasan el puntaje límite establecido para cada uno, siendo respectivamente de 3.1 , 3.21 y 3.11 que los ubicaría en riesgo de padecer un TCA y con relación a la calificación de depresión se registran en las categorías más altas que se tomó para esta investigación, es decir en las categorías de depresión moderada los de Conducta alimentaria compulsiva y Preocupación por el peso y la comida y en depresión leve, Dieta crónica y restrictiva.

En base a estos resultados, la hipótesis de trabajo planteada “Existe relación estadísticamente significativa entre depresión y sintomatología bulímica”, se confirma parcialmente ya que sólo para las mujeres y en porcentaje bajo existe riesgo de TCA asociada con depresión, en cambio para los hombres, ningún caso aparece en situación de riesgo.

CAPITULO VI

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

CAPITULO VI

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En varios estudios se reporta que la edad en que adquiere importancia los intereses relacionados con hacer dieta tiene lugar entre los 11 y 12 años (Hill, Weaver y Blundell, 1990; Gómez Pérez-Mitre, 1999). Los trastornos de la alimentación se desarrollan generalmente en un período que va desde la pubertad pasando por la adolescencia, hasta la juventud (citado en García, 2002).

Tomando en cuenta la importancia del riesgo que representa esta etapa de la vida se realizó la presente investigación, cuyo objetivo fue determinar la relación que existe entre sintomatología bulímica y depresión en preadolescentes de tercero de secundaria, de sexo masculino y femenino con tres tipos de depresión; depresión leve, depresión moderada y rango mínimo de depresión.

La edad fluctuó entre los 13 y 16 años de edad siendo el promedio de 14 años, de acuerdo con Patton, John-Salure, Wood, Manon y Wakeling (1990) el riesgo relativo de los dietantes de convertirse en casos clínicos a los 15 años es ocho veces mayor que el de los no dietantes (citados en Gómez y Ávila, 1998). En estudios realizados el 50% de los adolescentes dijeron haber empezado antes de los 15 años a realizar dietas relacionadas con el control de peso según los resultados de Whitaker, Davies, Shaffer, Johnson, Abrams, Walsh y Kalikow (1989), (citado en Gómez y Ávila, 1998).

En este estudio se corroboró la edad de inicio de los preadolescentes para empezar a realizar dietas para controlar su peso, al reportar haber iniciado y/o realizado dietas al menos dentro de los seis meses anteriores a la aplicación de la escala de EFRATA, dentro del rango de edad de 13 a 14 años y en mayor proporción en las mujeres.

Si bien los trastornos de la alimentación se dan predominantemente en mujeres, están apareciendo también en hombres jóvenes cada vez más. El porcentaje de varones ha pasado del 5 al 10% en los últimos cinco años. Al igual que las mujeres que sufren de estos problemas, los hombres que desarrollan trastornos del comer también tienen la fuerte creencia que si adelgazan serán más atractivos o más queridos (Crispo, Figueroa y Guelar, 1998).

En la presente investigación aunque se detectaron hombres que reportaron haber realizado dietas, no se ubican dentro de los puntajes considerados de riesgo. En otras investigaciones se reporta que existen grupos como bailarines, deportistas, en los que probablemente si puedan detectarse casos en riesgo. En las mujeres si se detectaron casos que rebasaron el límite de riesgo para padecer un Trastorno de conducta alimentaria (tca).

En la actualidad los niños y adolescentes adoptan una cultura de delgadez influenciada por los medios de comunicación, la moda, los juguetes (como barbie), la falta de tiempo para la convivencia familiar, horarios establecidos destinados para las comidas, tipo de comida que consumen, grupos de amigos que critican su imagen, la cual influye en su aceptación dentro

del grupo; así como la situación económica de la familia que impide que exista una mayor atención y educación por parte de los padres para evitar la aparición de trastornos de conducta alimentaria, entre otros problemas.

Sherman y Thompson, (1999) definen como sintomatología bulímica a los episodios de ingestión alimentaria excesiva y voraz (atracones). Estas características están contempladas en los factores de riesgo que Gómez Pérez-Mitre (2001) reporta como aquellos que contribuyen a un desequilibrio del estado de salud del sujeto y facilitan la probabilidad de desarrollar una enfermedad. La autora los divide en cuatro grupos de los cuales para esta investigación se tomaron dos grupos:

- El primer grupo asociado a imagen corporal, de donde se consideró "preocupación por el peso y la comida, y
- Del segundo grupo asociados con conducta alimentaria, se tomó "conducta alimentaria compulsiva" y "seguimiento de dieta crónica y restrictiva".

En los resultados obtenidos por los hombres en la presente investigación no se detectó ningún caso ubicado en puntaje de riesgo de padecer tca en ninguno de los tres factores, es decir: Conducta alimentaria compulsiva, Preocupación por el peso y la comida y Dieta crónica y restrictiva. En cuanto a las mujeres los resultados reportan en Conducta alimentaria compulsiva dos casos en riesgo de tca, con respecto a Preocupación por el peso y la comida dos casos y en relación a Dieta crónica y restrictiva tres casos.

Chinchilla (1994) refiere que las adolescentes buscan como meta lo ideal, el arquetipo social de la moda, por lo que cualquier aumento de peso se sienten deprimidas, menciona que la depresión es reactiva, relacionada con el control de peso lo que les genera depresión.

Según Sherman y Thompson (1999), la bulimia genera una mayor depresión, la relación entre depresión y bulimia puede describirse mejor por el hecho de que la bulimia empeora cuando se intensifica la depresión y viceversa. Con el fin de que la persona se recupere es indispensable que se trate de superar la depresión, la parte emocional del problema.

Para Guelar y Crispo (2000), existe una estrecha vinculación entre los trastornos de la alimentación y la depresión. Algunos de los signos más comunes de la depresión se encuentran presentes con las mismas características en las personas con trastornos del comer. Es difícil saber qué es la causa de que, por eso es imprescindible comenzar por la re-nutrición de la persona afectada por un trastorno del comer para recuperar un buen nivel de alimentación lo más pronto posible. Una vez que se ha normalizado, es posible ajustar el diagnóstico y definir el tipo de terapia más conveniente para continuar el proceso de recuperación.

Los resultados obtenidos en el presente estudio con respecto a la comparación entre depresión y sintomatología bulímica, indican que en los hombres no hay sujetos con problemas de depresión relacionada con conducta alimentaria compulsiva; en cambio las mujeres con depresión moderada y leve son las que presentan riesgo de padecer un trastorno de tca asociado con depresión.

Para el factor de preocupación por el peso y la comida asociada a depresión las diferencias estadísticas son mínimas, en los hombres no hay ningún sujeto que esté en límite de riesgo. En cambio en las mujeres existen tres casos que rebasan el límite de riesgo de tca asociado a depresión ya que se ubican en los rangos de depresión leve y moderada.

En cuanto a dieta crónica y restrictiva y depresión, en los hombres no hay ningún caso que esté en el puntaje límite. En las mujeres se observan tres casos con puntaje de riesgo de tca y además se ubican en los rangos de depresión leve y moderada, es decir en los niveles de depresión más altos para esta investigación.

Por lo que se concluye lo siguiente:

- La hipótesis de trabajo "existe relación estadísticamente significativa entre depresión y sintomatología bulímica en preadolescentes", se confirma parcialmente, dado que en las mujeres encontramos casos en riesgo de padecer tca asociada a depresión y en los hombres no.
- Después de revisar la bibliografía se observa que aún cuando no hay todavía un consenso acerca de que provoca que, sí podemos concluir que existe una relación significativa entre depresión y bulimia.
- También hay diferencias entre los autores respecto a que tratar primero, algunos se inclinan por los tca y otros por la depresión.
- Se concluye que tanto los tca como la depresión puede presentarse por causas multifactoriales por lo que tendrá que evaluarse cada caso en particular para poder definir en que orden se seguirá un tratamiento terapéutico para estos padecimientos. Así como de acuerdo a cada terapeuta y paciente será el tipo de terapia que deberá seguirse.

Sugerencias y limitaciones de la investigación.

Para ampliar los resultados encontrados se sugiere que en investigaciones posteriores se trabaje con poblaciones de diferentes tipos de escuela y diferente nivel socioeconómico

Hacer investigaciones en escuelas primarias para conocer la situación en estudiantes mexicanos de este nivel.

Localizar y trabajar con poblaciones que presenten depresión severa asociada con bulimia dentro de instituciones de salud, dado que en la población normal es difícil detectarlos.

Crear y desarrollar programas de información y orientación relacionados con los trastornos de conducta alimentaria dirigidos a los alumnos de escuelas primarias, secundarias y nivel medio superior, para los maestros y padres de familia, dado que cada día se presentan a más temprana edad casos en que los niños se ocupan del control de su peso y apariencia, esto los ubica en riesgo de padecer entre otros problemas, un Tca .

REFERENCIAS

REFERENCIAS

- ❖ Aguirre, A. (1994) Psicología de la adolescencia. México : Alfaomega.
- ❖ Asociación de Pediatría en México (2000) El adolescente. México: McGraw-Hill.
- ❖ Asociación Psiquiátrica Americana. (1995). DSM-IV Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales. España: Masson.
- ❖ Avalon. Centro de tratamiento para la Mujer (2004). Depresión.
http://www.avalon.com.mx/nece_depresión.html.
- ❖ Ballesteros, A. (1976). La adolescencia. Ensayo de una caracterización de esta edad. México: Patria.
- ❖ Calderón, N. (1987). Depresión Causas manifestaciones y tratamiento. México: Trillas.
- ❖ Chinchilla, M.A. (1994). Anorexia y Bulimia Nerviosas. Madrid: Ergon.
- ❖ CIE-10 (1993). Trastornos mentales y del comportamiento. OMS. Madrid: Meditor.
- ❖ Conde C. (1976). Revisión Crítica de la Versión Castellana del cuestionario de Beck.
Revista de Psicología General . 31, (138), 8469-497.
- ❖ Conors M. , (1984) Treatment of bulimia with brief psychoeducational group therapy..American Journal of Psychology. 141 (12) 1521-1526.
- ❖ Crispo, R., Figueroa, E. y Guelar. D. (1998). Anorexia y Bulimia: lo que hay que saber. España: Gedisa.
- ❖ Esparza, L. (2003). Ansiedad, peso corporal y conducta alimentaria normal y anómala. Tesis de Licenciatura en Psicología , no publicada. UNAM. Facultad de Psicología.
- ❖ García, E. (2002). Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa y Obesidad. Barcelona : Masson.
- ❖ Gómez Pérez-Mitré, G.(1993). Escala de Factores de Riesgo asociados con trastornos alimentarios (EFRATA).
- ❖ Gómez Pérez-Mitré, G. (1993). Detección de anomalías de la conducta alimentaria en estudiantes Universitarios: Obesidad , Bulimia y Anorexia Nerviosa. Revista Mexicana de Psicología 10, (1), 17-26.

- ❖ Gómez Pérez-Mitré, G. y Ávila, E. (1998). ¿Los escolares mexicanos preadolescentes hacen dieta con propósito de control de peso? Psicología Iberoamericana. 6,(2), 37-45.
- ❖ Gómez Pérez-Mitré, G. (1999). Preadolescentes mexicanos y la cultura de la delgadez: figura ideal anoréctica y preocupación por el peso corporal. Revista Mexicana de Psicología 16 (1), 153-165.
- ❖ Gómez Pérez-Mitré, G. , Alvarado, H. Moreno, E., Saloma, G.S. y Pineda, G.G. (2001). Trastornos de la alimentación, factores de riesgo en tres diferentes grupos de edad: Prepubéres, púberes y adolescentes. Revista Mexicana de Psicología. 8, (3), 313-324.
- ❖ Gómez Pérez-Mitré, G. (2001) Factores de riesgo en trastornos de conducta alimentaria: teoría , práctica y prevalencia en muestras de mexicanas. Ponencia, 450 años de la Universidad Nacional Autónoma de México. México, D.F.
- ❖ Greden, J. (2003). Tratamiento de la depresión recidivante. España: Psiquiatría Editores.
- ❖ Guelar, D. y Crispo, R. (2000). Adolescencia y trastornos del comer. Barcelona: Gedisa.
- ❖ Hernangómez, L. (2000). ¿Por qué estoy triste? Guía para conocer y afrontar la Depresión. España: Algibe.
- ❖ Holtz, V. y Tena, A. (1995). Los trastornos de la alimentación en México. Psicología Iberoamericana 3 (2), 3-4.
- ❖ Horrocks, J.E. (1986) Psicología de la adolescencia. México: Trillas.
- ❖ Hurlock, E. (1980) Psicología de la Adolescencia. España : Paidós
- ❖ Ledesma, J. y Melero M. (1989). Estudio sobre las depresiones. España: Universidad de Salamanca
- ❖ Martínez-Fornés, S. (1994). La obsesión por adelgazar: anorexia y bulimia. México: Esparsa Calpe.
- ❖ Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) (1995). Barcelona : Masson.
- ❖ Marcelli, D. (1992). Adolescencia y Depresión. Un abordaje multifocal. España: Masso
- ❖ Mc. Kinney, J. P., Fitzgerald, H. E. y Strommen, E. A. (1986) Psicología del desarrollo: en edad adolescente. México: Manual Moderno.

- ❖ Nava, L.M. (2002). Conducta de riesgo y peso en preadolescentes. Tesis de licenciatura en Psicología, no publicada. Facultad de Psicología , UNAM.
- ❖ Papalia, D. E. y Wendkos, O. S. (1999) Desarrollo humano. México : Mc Graw-Hill.
- ❖ Rosenweig, R. y Leiman, A. (1992). Psicología Fisiológica. Madrid: McGraw-Hill.
- ❖ Russell, G. (1979). Bulimia nerviosa: an ominous of anorexia nervosa. Psychological Medicine, 9, 429-448.
- ❖ Saucedo-Molina, T. (1996). Factores de crianza e interacción familiar Predictores de Trastornos alimentarios. Tesis de Maestría, no publicada. Facultad de Psicología . UNAM.
- ❖ Sherman, R. y Thompson, R. (1999). Bulimia, Una guía para familiares y amigos. México: Trillas.
- ❖ Stein , D.M. y Laakson, W. (1988). Bulimia: a historical perspective. International Journal of Eating Disorders. 7 (2), 201-210.
- ❖ Strober y Humphrey (1987). Familial contributions to the etiology course of anorexia nerviosa and bulimia. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55, (5), 654-659.
- ❖ Toro, J. (1996). El cuerpo como delito. Anorexia, Bulimia, cultura y sociedad. Barcelona: Ariel.
- ❖ Turón, J., Fernández, F. y Vallejo, J. (1997). Anorexia nerviosa : Características demográficas y clínicas en 107 casos. Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona, 19, (1), 9-15.
- ❖ Unikel, C. y Gómez Pérez-Mitré. (2004). Validez del constructo de un instrumento para la detección de Factores de riesgo en los Trastornos de la conducta alimentaria en mujeres mexicanas. Salud Mental 27 (1), 38-49.
- ❖ Vivir sin depresión (2004) Depresión.
Vivirsindepresión.org/publico/condiciones_Médicas.asp.
- ❖ Zukerfeld, R. (1996). Acto Bulímico cuerpo y tercera tópica. Argentina: Paidós.

ANEXOS

ESCALA DE VALORACIÓN DE BECK

Iniciales _____ Edad _____ Sexo _____
Escuela _____ Grado escolar _____

INSTRUCCIONES:

A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 19 apartados; señale con una cruz el círculo delante de la frase que mejor refleje su situación actual.

1.

- Esta tristeza me produce verdaderos sufrimientos.
- No me encuentro triste.
- Me siento algo triste y deprimido.
- Ya no puedo soportar esta pena.
- Tengo siempre como una pena encima que no me la puedo quitar.

2.

- Me siento desanimado cuando pienso en el futuro.
- Creo que nunca me recuperaré de mis penas.
- No soy especialmente pesimista, ni creo que las cosas me vayan a ir mal.
- No espero nada bueno de la vida.
- No espero nada. Esto no tiene remedio.

3.

- He fracasado totalmente como persona (padre, marido, madre, hijo, profesional, etc.)
- He tenido más fracasos que la mayoría de la gente.
- Siento que he hecho pocas cosas que valgan la pena.
- No me considero fracasado.
- Veo mi vida llena fracasos.

4.

- Ya nada me llena.
- Me encuentro insatisfecho conmigo mismo.
- Ya no me divierte lo que antes me divertía.
- No estoy especialmente insatisfecho.
- Estoy harto de todo.

5.

- A veces me siento despreciable y mala persona.
- Me siento bastante culpable.
- Me siento prácticamente todo el tiempo mala persona y despreciable.
- Me siento muy infame (perverso, canalla) y despreciable.
- No me siento culpable.

6.

- Estoy descontento conmigo mismo.
- No me aprecio.
- Me odio (me desprecio).
- Estoy asqueado de mí.
- Estoy satisfecho de mí mismo.

7.

- No creo ser peor que otros.
- Me acuso a mí mismo de todo lo que me va mal.
- Me siento culpable de todo lo malo que ocurre.
- Siento que tengo muchos y muy graves defectos.
- Me critico mucho a causa de mis debilidades y errores.

8.

- Tengo pensamientos de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo.
- Siento que estaría mejor muerto.
- Siento que mi familia estaría mejor si yo muriera.
- Me mataría si pudiera.
- No tengo pensamientos de hacerme daño.

9.

- No lloro más de lo habitual.
- Antes podía llorar, ahora no lloro ni aún queriéndolo.
- Ahora lloro continuamente. No puedo evitarlo.
- Ahora lloro mas de lo normal.

10.

- No estoy más irritable que normalmente.
- Me irrito con más facilidad que antes.
- Me siento irritado todo el tiempo.
- Ya no me irrita ni lo que antes me irritaba.

11.

- He perdido todo mi interés por los demás y no me importan en absoluto.
- Me intereso por la gente menos que antes.
- No he perdido mi interés por los demás.
- He perdido casi todo mi interés por los demás y apenas tengo sentimientos hacia ellos.

12.

- Ahora estoy inseguro de mí mismo y procuro evitar el tomar decisiones.
- Tomo mis decisiones como siempre.
- Ya no puedo tomar decisiones en absoluto.
- Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda.

13.

- Puedo trabajar tan bien como antes.
- Tengo que esforzarme mucho para hacer cualquier cosa.
- No puedo trabajar en nada.
- Necesito un esfuerzo extra para empezar a hacer algo.
- No trabajo tan bien como lo hacía antes.

14.

- Duermo tan bien como antes.
- Me despierto más cansado por la mañana.
- Me despierto una o dos horas antes de lo normal y me resulta difícil volver a dormir.
- Tardo una o dos horas en dormirme en la noche.
- Me despierto sin motivo en mitad de la noche y tardo en volver a dormirme.
- Me despierto temprano todos los días y no duermo más de cinco horas.
- Tardo más de dos horas en dormirme y no duermo más de cinco horas.
- No logro dormir más de tres o cuatro horas.

15.

- Me canso más fácilmente que antes.
- Cualquier cosa que hago me fatiga.
- No me canso más de lo normal.
- Me canso tanto que no puedo hacer nada.

16.

- He perdido totalmente el apetito.
- Mi apetito no es tan bueno como antes.
- Mi apetito es ahora mucho menor.
- Tengo el mismo apetito de siempre.

17.

- No he perdido peso últimamente.
- He perdido más de 2 ½ kilos.
- He perdido más de 5 kilos.
- He perdido más de 7 1/2 kilos.

18.

- Estoy tan preocupado por mi salud que me es difícil pensar en otras cosas.
- Estoy preocupado por dolores y trastornos.
- No me preocupa mi salud más de lo normal.
- Estoy constantemente pendiente de lo que me sucede y de cómo me encuentro.

19.

- Estoy menos interesado por el sexo que antes.
- He perdido todo mi interés por el sexo.
- Apenas me siento atraído sexualmente.
- No he notado ningún cambio en mi atracción por el sexo.

Puntuación total _____.

SECCION E1.

Sexo Masculino.

INSTRUCCIONES:

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

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

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

21. No me gusta comer con otras personas. (A) (B) (C) (D) (E)
22. Soy de los que se preocupan constantemente por la comida (porque siento que como mucho; porque temo engordar). (A) (B) (C) (D) (E)
23. No como aunque tenga hambre. (A) (B) (C) (D) (E)
24. Sostengo verdaderas luchas conmigo mismo antes de consumir alimentos "engordadores". (A) (B) (C) (D) (E)
25. Procuro estar al día sobre lo que debe ser una dieta adecuada. (A) (B) (C) (D) (E)
26. Cuido que mi dieta contenga un mínimo de grasas. (A) (B) (C) (D) (E)
27. Siento que como más de lo que la mayoría de la gente come. (A) (B) (C) (D) (E)
28. No soy consciente (no me doy cuenta) de cuanto como. (A) (B) (C) (D) (E)
29. Siento que no puedo parar de comer. (A) (B) (C) (D) (E)
30. Como sin medida. (A) (B) (C) (D) (E)
31. Me asusta pensar que pueda perder el control sobre mi forma de comer. (A) (B) (C) (D) (E)
32. Me deprimo cuando como de más. (A) (B) (C) (D) (E)
33. Siento que los problemas lejos de quitarme el apetito me lo incrementan. (A) (B) (C) (D) (E)
34. Siento que mi forma de comer sale de mi control. (A) (B) (C) (D) (E)
35. Prefiero la sensación de estómago vacío que la de estómago lleno. (A) (B) (C) (D) (E)
36. Siempre estoy a dieta, la rompo y vuelvo a empezar. (A) (B) (C) (D) (E)
37. Me sorprendo pensando en la comida. (A) (B) (C) (D) (E)
38. Suelo comer masivamente (por ejemplo, no desayuno, no como, pero ceno mucho). (A) (B) (C) (D) (E)
39. Como a escondidas. (A) (B) (C) (D) (E)
40. Disfruto cuando como con otras personas. (A) (B) (C) (D) (E)
41. Como hasta sentirme inconfortablemente lleno. (A) (B) (C) (D) (E)
42. No tengo horarios fijos para las comidas, como cuando puedo. (A) (B) (C) (D) (E)
43. Siento que como más rápido que la mayoría de la gente. (A) (B) (C) (D) (E)
44. Paso por períodos en los que siento que podría comer sin parar. (A) (B) (C) (D) (E)
45. Como con moderación. (A) (B) (C) (D) (E)
46. Dificilmente pierdo el apetito. (A) (B) (C) (D) (E)
47. Tengo problemas con mi forma de comer. (A) (B) (C) (D) (E)
48. Si no veo la comida me la puedo pasar sin comer. (A) (B) (C) (D) (E)

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

31. Me asusta pensar que pueda perder el control de mi forma de comer. (A) (B) (C) (D) (E)
32. Me deprimó cuando como más. (A) (B) (C) (D) (E)
33. Siento que los problemas lejos de quitarme el apetito me lo incrementan. (A) (B) (C) (D) (E)
34. Siento que mi forma de ser sale de mi control. (A) (B) (C) (D) (E)
35. Prefiero la sensación de estómago vacío que la de estómago lleno. (A) (B) (C) (D) (E)
36. Siempre estoy a dieta, la rompo y vuelvo a empezar. (A) (B) (C) (D) (E)
37. Me sorprende pensando en la comida. (A) (B) (C) (D) (E)
38. Suelo comer masivamente (por ejemplo, no desayuno, no como, pero ceno mucho)... (A) (B) (C) (D) (E)
39. Como a escondidas. (A) (B) (C) (D) (E)
40. Disfruto cuando como con otras personas. (A) (B) (C) (D) (E)
41. Como hasta sentirme inconfortablemente llena. (A) (B) (C) (D) (E)
42. No tengo horarios fijos de comidas, como cuando puedo. (A) (B) (C) (D) (E)
43. Siento que como más rápido que la mayoría de la gente. (A) (B) (C) (D) (E)
44. Paso por periodos en los que siento que podría comer sin parar. (A) (B) (C) (D) (E)
45. Como con moderación. (A) (B) (C) (D) (E)
46. Dificilmente pierdo el apetito. (A) (B) (C) (D) (E)
47. Tengo problemas con mi forma de comer. (A) (B) (C) (D) (E)
48. Si no veo la comida me la puedo pasar sin comer. (A) (B) (C) (D) (E)

GRACIAS POR TU PARTICIPACIÓN

