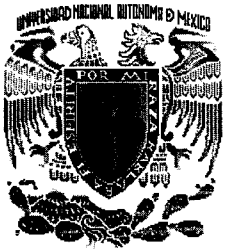


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO EN PSICOLOGIA

AMBIENTE FAMILIAR, ALIMENTACION Y TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

DOCTOR EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A :

CECILIA SILVA GUTIÉRREZ

TUTOR:

DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA

COMITÉ TUTORAL:
DRA. ISABEL REYES LAGUNES
DRA. ROXANA VALDÉS RAMOS
DRA. EMILIA LUCIO GÓMEZ-MAQUEO
DR. BERNARDO HERNÁNDEZ PRADO
DRA. AMADA AMPUDIA RUEDA
DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS

Ciudad Universitaria 2006

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

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.

A casi todos los miembros de mi comité tutoral los conozco desde que empecé mi formación profesional, por lo que les agradezco no sólo el tiempo empleado en la revisión de este trabajo si no por el tiempo que en diferentes momentos me han dedicado en todos estos años.

Al Dr. Bernardo Hernández Prado debo agradecer su constante disposición y ayuda. Es un buen ejemplo a seguir.

Muy especialmente agradezco a mi tutor, el Dr. Juan José Sánchez Sosa porque de una forma o de otra, ha estado cerca de mí, ayudándome siempre, desde que me inicié en estos menesteres hace casi 18 años. Gracias Juan!

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.
NOMBRE: Cecilia G. Silva Gutiérrez
FECHA: 28/Septiembre/2006
FIRMA:

Vaya un especial agradecimiento:

A la Universidad Nacional Autónoma de México. Uno de mis grandes amores. Uno de mis grandes orgullos. *Mi Alma Mater.*

A mamá y a todos los miembros de la familia que han estado conmigo y que me han apoyado. Especialmente a Polo, que además de haber sido fundamental en mi desarrollo académico y profesional, se ha convertido en el papá que ya no está conmigo.

A los sobrinos que me quieren y que creen en mí.

A la familia Diego por haberme aceptado como uno más de ellos, particularmente a Toño y Anita, siempre alegres, siempre dispuestos a ayudar.

A las amigas de toda la vida, con las que ahora comparto la tarea más difícil y también la más divertida: la maternidad.

A Rigo, que siempre está cerca para recordarme quién soy.

A Ara, porque sin su cariño y su infinita paciencia, esto hubiera sido mucho más difícil.

A papá *In Memoriam*

Concentrarme en este trabajo y dedicarle el tiempo necesario algunas veces fue muy difícil, pues vivo con cuatro hombres que ocupan cada minuto de mi día y también de mis noches; que son dueños de toda mi atención y que le dan sentido a cada momento. A esos hombres que me hacen sentir tan importante, tan necesitada y tan querida, dedico éste y todos mis esfuerzos, pues espero que algún día se sientan tan orgullosos de mí como yo de ellos.

A Juan Carlos. Siempre bondadoso, siempre cariñoso, siempre con un detalle. Porque con su gran amor, su esfuerzo y su lucha constantes, me ha enseñado que siempre se puede ser mejor.

A Federico. A veces un dolor de cabeza, siempre un consuelo. Porque es simpático, sensible, ocurrente y dulce, y porque siempre tiene un beso y un abrazo cuando me hacen falta.

A Gonzalo. De risa fácil. Mi eterno enamorado. Por su fortaleza a pesar de su aparente fragilidad, y porque me hace pensar que, en realidad, todo es más fácil.

A Juan José. La mejor de las sorpresas. Con esa sonrisa que lo ilumina todo, por su alegría, por sus grandes besos y porque dicen que estoy en sus ojos.

A los cuatro, todo mi amor siempre. Los quiero!

INDICE

Resumen

Abstract

Introducción i

Antecedentes 1

Epidemiología y demografía 7

Síntomas y signos 14

Factores relacionados con los trastornos de la alimentación 23

Alimentación saludable 44

Fase I

Metodología

Planteamiento del problema 62

Justificación 63

Objetivos 64

Participantes 65

Instrumentos 67

Procedimiento 70

Resultados

1. Descripción de la muestra 72

2. Análisis estadísticos 75

2.1 Ambiente familiar 76

2.2 Disponibilidad de alimentos 82

2.3 Creencias acerca de los alimentos 86

Fase II

Metodología

Justificación 93

Objetivos 94

Procedimiento 95

Folleto 1 96

Folleto 2 104

Evaluación de los documentos

Participantes 115

Folleto final 122

Discusión 160

Conclusiones 183

Comentarios y sugerencias 188

Referencias 193

Anexos 204

INDICE DE TABLAS Y GRÁFICAS

Antecedentes

Condensación de criterios diagnósticos
para los trastornos de la alimentación 22

Fase I

Tabla 1. Distribución de la muestra 72
Tabla 2. Distribución del grupo clínico 73
Tabla 3. Análisis factorial de ambiente familiar 77
Tabla 4. Análisis factorial alimentación 78
Tabla 5. Puntajes de las medias del grupo clínico
y el de contraste para el análisis factorial 79
Tabla 6. Correlación entre factores 80
Tabla 7. Matriz de la estructura del análisis
Discriminante 81
Tabla 8. Lista de alimentos por grupo 83
Gráfica 1. Medias en la disponibilidad de
alimentos por grupo 84

Tabla 9. Medias de los grupos respecto a
la disponibilidad de alimentos 85
Tabla 10. Porcentaje de respuesta por grupo 86
Respecto a creencias y consumo 88
Gráfica 2. Porcentaje de respuestas por grupo 88
Gráfica 3. Porcentaje de respuestas por diagnóstico 90
Tabla 11. Porcentaje de respuestas en creencias
y consumo: grupo clínico 91

Fase II

Tabla 1. Porcentaje de respuestas por reactivo 116

RESUMEN

A fin de explorar la relación entre el ambiente familiar, la disponibilidad de alimentos y las creencias sobre éstos con los trastornos de la conducta alimentaria, se reunió a un total de 100 mujeres, 50 con problemas alimentarios documentados y 50 exentas de ellos. A todas se les aplicó un instrumento que evalúa ambiente familiar, disponibilidad y creencias sobre los alimentos. Los resultados revelaron cinco factores asociados a los trastornos alimentarios: ambiente proveedor de seguridad y respeto, calidad de la relación con el padre y con la madre, importancia de la apariencia física, disciplina y alimentación. El grupo clínico consumió una variedad más reducida de alimentos a partir de creencias específicas sobre su efecto en la figura, mientras que la dieta del grupo de contraste resultó más variada al estar menos regulada por tales creencias. La disponibilidad de alimentos no arrojó datos significativos. Los resultados sugieren que los trastornos de la conducta alimentaria pueden estar más relacionados con la importancia que la familia le da al peso y la figura y con la forma en la que se establecen reglas respecto a la alimentación, que con un ambiente familiar en general. Asimismo, se construyó un documento de información general dirigido a padres de familia que tiene por objetivo ayudarles a prevenir, detectar y manejar posibles trastornos alimentarios en sus hijos.

PALABRAS CLAVE: Trastornos de la alimentación, Prácticas de alimentación, Ambiente familiar.

ABSTRACT

In order to explore the relationship between eating disorders, family environment, food accessibility and family beliefs regarding body shape and weight, a total of 100 women participated in the present study, 50 of the participants had been formally diagnosed with eating disorders and 50 did not. All participants were given a family environment inventory, a food accessibility questionnaire and a checklist on beliefs regarding food. Results revealed five relevant factors: physical appearance as an important value among family members, discipline and eating patterns, quality of interaction with the mother, quality of interaction with the father and a supportive an secure family environment. The clinical group showed a comparatively reduced variety of food intake associated to the belief that food invariably leads to weight gain. The control participants' diet was more varied and diverse, and tended to base their food intake on direct preferences rather than on their beliefs. Findings suggest that eating disorders could be more related to family beliefs about weight, body shape and body appearance than to an overall adverse family environment. Also, a general information document directed to parents, was constructed in order to provide help to prevent, detect and handle possible eating dirorders in their children.

KEY WORDS: Eating disorders, Food intake practices, Family environment.

INTRODUCCION

A lo largo de la historia, en diferentes momentos y de muy diversas maneras, se han observado alteraciones en menor o mayor medida importantes con respecto a la conducta alimentaria. Las distintas formas que estos trastornos han tomado y sus motivaciones, varían a lo largo de las diferentes épocas; han estado, por ejemplo, relacionados con las costumbres, las creencias religiosas, las presiones sociales y los roles asignados a los individuos que los presentan, sobretodo las mujeres. Algunas formas están relacionadas con la coerción para cumplir deseos personales o para reflejar los diferentes estatus de la mujer a través de la historia y los roles sociales potencialmente disponibles para ellas.

Aún así, las alteraciones que constituyen trastornos alimentarios fueron consideradas como patologías dignas de estudio hasta la segunda mitad del siglo XX por haberse convertido en un problema importante en el campo de la salud pública ante el inminente aumento de casos ya no sólo entre las mujeres pues, conforme la presión ha alcanzado a los hombres, estos también han empezado a presentar, cada vez con mayor frecuencia, diversos padecimientos de índole alimentario.

Los trastornos de la alimentación no implican únicamente la restricción del insumo de alimentos, también incluyen rituales, conductas compulsivas y purgativas respecto a la comida, que tienen por objetivo final no ganar peso o conservar el actual y, en el caso de los comedores compulsivos, disminuir la ansiedad. En términos generales se

caracterizan, principalmente, por la inanición, los atracones, las conductas compensatorias (como vómito, ejercicio excesivo, uso de laxantes, purgas y diuréticos) y/o la preocupación exagerada por el peso y la imagen corporal; se observan principalmente en mujeres adolescentes, aunque también pueden presentarse en personas de mayor edad y, como se ha visto en los últimos años, cada vez son más comunes en poblaciones infantiles.

Aunque existen diferentes tipos de padecimientos sus formas más comunes son la anorexia, la bulimia y el comer compulsivo, mismos que parecen tener un origen multifactorial pues ni los aspectos genéticos, fisiológicos, neuropsicológicos, neuroquímicos, del desarrollo, o socioculturales dan cuenta, por sí solos, del establecimiento de la problemática, por lo que resulta complicado establecer su patogénesis de manera precisa a pesar de que en la actualidad los avances médicos y tecnológicos han permitido estudiar de manera más contundente aspectos que anteriormente eran difíciles de investigar por ser inaccesibles a la observación.

Como ya se dijo, aunque también se presentan en los hombres, la incidencia más alta es en las mujeres. Su inicio, la mayor parte de las veces en la adolescencia y su aparición principalmente en sociedades occidentales, ha hecho suponer que factores tales como la identificación con el género, las características específicas de personalidad, el sistema familiar, los hábitos alimenticios y de actividad física, así como los cánones de belleza y la imagen corporal culturalmente establecidos, pueden jugar un papel fundamental en la aparición de tales trastornos.

Sin embargo, aunque muchas mujeres comparten un mismo contexto cultural y están expuestas al mismo tipo de información y de presiones sociales, no todas desarrollan estos padecimientos, lo cual nos hace pensar que la cultura aunque puede funcionar como factor de riesgo, no actúa por sí misma y de manera directa sobre los individuos. Es decir, los contenidos culturales al ser transmitidos sufren una transformación y llegan a cada individuo tomando diversos valores. Así, no es posible enfatizar únicamente el papel que juega la cultura como factor de riesgo para desarrollar trastornos de la conducta alimentaria, si no que es necesario estudiar la forma en que la familia (el núcleo social más cercano al individuo, y el responsable de la transmisión de valores culturales, hábitos y costumbres), funciona como intermediario en la producción de los trastornos de la alimentación.

Por otra parte, si la manifestación más evidente de los trastornos de la conducta alimentaria radica en la relación que los sujetos establecen con la comida, habría que poner énfasis en el significado que ésta adquiere y en la forma en la que los jóvenes aprenden a vincularse con ella.

Dado lo anterior, la presente investigación tiene por objetivo dilucidar la forma en que el ambiente familiar, la disponibilidad de alimentos en la familia, y las creencias que se generan sobre éstos, se relacionan con los trastornos de la conducta alimentaria, a fin de obtener información para difundirla entre los padres de familia, para facilitarles la prevención, la detección temprana y el manejo de este tipo de problemáticas.

ANTECEDENTES

Investigaciones recientes sobre los trastornos de la alimentación realizadas en diferentes partes del mundo, han favorecido la comprensión de estos11 padecimientos ya que describen de manera cada vez más detallada las peculiaridades fisiológicas (Kaye, Gendall & Kye, 1998; Kearfott & Hill, 1997; Krieg, Lauer & Pirke, 1989), cognitivas (Kingston, Szmucler, Andrewes, Tress & Desmond, 1996; Lauer, Gorzewski, Backmund, & Zihl, 1999), y de personalidad (Gendall, Joyce, Sullivan & Bulik, 1998; Matsunaga, Kaye, McConaha, Plotnicov, Pollice & Rao, 2000; Silva, 2001; Kane, Loxton, Staiger & Dawe, 2004) asociadas con estas enfermedades.

También existe un buen número de estudios respecto a la influencia de la familia como factor de riesgo para producir trastornos de la alimentación (Dominy & Johnson, 2000; Goldman, 1989; Herzog, Kronmuller & Hartmann, 2000; Holston & Craig, 2000; Schwartz, Tantleff & Thomson, 1999; Twamley & Davis, 1999); y sobre las influencias sociales y culturales sobre los mismos (O'Dea & Abraham,1999; Pinhas, Toner, Ali, Garfinkel & Stuckless, 1999; Thompson & Heinberg, 1999; Thomsen, McCoy & Williams, 2001; Wegner, Hartmann & Geist, 2000; Judaa, Campbell & Crawford, 2004).

Incluso, Becker y cols., (1999), Bemporad (1996) y Ziolko (1996), entre otros, han planteado la existencia de una vulnerabilidad hereditaria, que aunada a rasgos de personalidad específicos, las presiones culturales y las experiencias individuales y familiares adversas, podrían contribuir a estos trastornos que, una vez iniciados, dan lugar a múltiples desórdenes, algunos de los cuales pueden contribuir a perpetuar el padecimiento y dificultan su manejo.

Los principales trastornos alimentarios son la bulimia, la anorexia, y el comer compulsivo, pero también podemos observar trastornos no especificados, es decir manifestaciones que no completan uno u otro síndrome, y algunos otros que se han acuñado recientemente y cuya inclusión en los manuales diagnósticos aún está pendiente, como por ejemplo la vigorexia (que implica la ejercitación excesiva como conducta compensatoria) o la ortorexia (comer tan sano y ortodoxo que se reduce de manera importante la ingesta calórica).

De estos padecimientos, probablemente el que más preocupación produce por ser el más peligroso, es la anorexia nervosa, que además se encuentra entre los padecimientos psiquiátricos más frecuentes entre las mujeres y que se atribuye a la exagerada práctica de las dietas, motivadas en un intento por seguir los cánones de belleza, y puede llegar a tener consecuencias devastadoras.

El primer caso de anorexia fue reportado, según Walsh y Devlin (1998) hace 300 años, aunque durante toda la historia de la humanidad abstenerse de comer fue considerado una forma de expresión

espiritual adoptada por los individuos como un medio de purificación y muestra de gran devoción, ya que se veía como una manifestación del control que se puede ejercer sobre el alma y sus tentaciones a través del sometimiento de las funciones y necesidades corporales. Actualmente, incluso, en las religiones orientales el ayuno voluntario muestra la completa separación del mundo material y, por tanto, un acercamiento a la sabiduría, por lo que se sigue practicando (Bemporad, 1996).

Según la revisión de Bemporad antes mencionada, durante la época medieval y el renacimiento el ayuno excesivo fue tomado como signo de posesión demoníaca o enfermedad mental, a pesar de lo cual el trastorno persistió e incluso tomó otro matiz, convirtiéndose en la característica de algunas mujeres que clamaban poder subsistir sin la necesidad de alimentarse, diciéndose "milagrosas" y siendo calificadas como tales. Después, durante la revolución industrial, se creó un nuevo tipo de familia y un nuevo estatus para la mujer, y los desórdenes en la alimentación empezaron a estar dominados por síntomas histéricos producto del conflicto de la mujer entre su antiguo rol y las nuevas exigencias hacia ella, pues entonces era cada vez más aceptada en el área laboral y de la producción en masa, pero no pudo abandonar sus antiguas obligaciones como esposa y madre. De hecho, esa época parece haber sido el antecedente de una posterior asociación entre la esbeltez con el éxito, la sofisticación y el autocontrol femenino.

Según Strada (2002) fue hasta 1873, aproximadamente, que el síndrome fue descrito por primera vez por el psiquiatra francés Ernest Laségue, quien publicó un artículo titulado *De la Anorexia Histérica.* Lucas (1996) coincide en que la anorexia nervosa fue formalmente descrita como *inanición por causas psicológicas* durante la segunda mitad del siglo XIX, cuando Gull y Lasègue establecieron que es una patología psiquiátrica diferente a la histeria, debido a su característica de presentarse sin dolor.

Sin embargo, de a cuerdo con Bemporad (1996) fue hasta los años 60's que la psiquiatría empezó a tomar interés en el padecimiento cuando Lesser en 1960 y Blitzer y sus colaboradores en 1961, comenzaron a reportar varios casos encontrados en los Estados Unidos, concluyendo que el desorden era producto de diversas patologías; y que también en 1960 Lois-Victor Mare escribió sobre la anorexia como un trastorno, al describir a un grupo de mujeres que tenían la idea delirante de que podían vivir sin comer y que morían de desnutrición; mencionaba, incluso, que para que fuera posible su recuperación, era importante sacarlas de su entorno familiar, pues ahí era donde empezaba el trastorno. No obstante, la perspectiva de una psicopatología específica fue presentada por Crisp hasta 1965, por Russell en 1970 y Bruch en 1973 (citados por Lucas, 1996).

Por otra parte, un trastorno alimentario que parece estar cobrando cada vez más importancia es la bulimia nervosa, misma que se ha pensado como una característica del estilo de vida moderno, aunque Lucas (1996) afirma que ya se había observado a finales del siglo XIX

e incluso antes, pues médicos de la antigua Grecia describieron un padecimiento caracterizado por un apetito excesivo, refiriéndose a él como "bolismos," es decir, como un poderoso apetito, en tanto que Galeno se refirió a "bulimos" como el deseo irresistible de comer seguido por debilidad, dolor abdominal, pulso débil y vómito como consecuencia de la presión estomacal ocasionada por la gran cantidad de comida ingerida. De hecho, Ziolko (1996) coincide en que el primer reporte clínico de hambre extrema fue hecho por Diocles de Karystos en el siglo IV a.c., aunque este padecimiento generalmente aparecía como un síntoma de la anorexia, por lo que la información

relativa a la bulimia aporta pocas referencias a periodos históricos. Así, el autor afirma que fue hasta 1979 que Rusell identificó la bulimia nervosa como un síndrome diferente de la anorexia, tomando en cuenta la cercana relación entre ambas, pero permitiendo establecer una diferenciación entre ellas.

El comer compulsivo, por otra parte, ha sido considerado como trastorno alimentario hasta hace muy poco, pues durante mucho tiempo fue visto únicamente como "comer de más." Así, según Striegel-Moore y Franco (2003), es hasta hace unos 50 años, que este problema se convirtió en foco de sendos estudios epidemiológicos y clínicos, ya que atrajo el interés científico al observarse una incidencia cada vez mayor a la obesidad, pero no por sí mismo. De hecho, fue introducido como trastorno psiquiátrico al manual diagnóstico y estadístico (DSM) hasta su versión IV en el año de 1994, como un trastorno alimentario específico y distinto a la bulimia y a los trastornos

no especificados, lo cual elicitó el aumento en la literatura durante la última década de estudios relacionados con este padecimiento en términos de un problema de salud mental y no únicamente nutricional (Walsh & Devlin, 1998).

De hecho, aún hoy en día existe una importante controversia acerca de si el comer compulsivo cuenta con los criterios necesarios y suficientes para ser considerado una entidad diagnóstica y si constituye un síndrome clínico significativo. Sin embargo, después de una revisión exhaustiva, Wilfley, Wilson y Agras (2003) concluyen que la literatura existente apoya el concepto del comer compulsivamente como una patología importante y diferente al resto de los trastornos de la conducta alimentaria, aunque, obviamente, comparte similitudes con ellos, como su co-ocurrencia con trastornos físicos y mentales así como una pobre calidad de vida y dificultades en su funcionamiento social.

Dado lo anterior, podemos decir que los trastornos de la conducta alimentaria, de una u otra forma, han existido a lo largo de la historia y, que, lo que parece haber variado es la forma en que se han conceptualizado en las diferentes épocas conforme las distintas motivaciones subyacentes a la conducta: puede ser una manipulación del medio, un intento por alcanzar el ideal culturalmente establecido, el reflejo de una compleja conflictiva personal, o el resultado de alguna disfunción orgánica determinada. Pero independientemente de cómo se ha estudiado, y de lo mucho que falta por descubrir al respecto, lo cierto es que durante los últimos años, los trastornos alimentarios se

han convertido en un importante foco de atención entre la comunidad científica y el público en general, debido a lo devastadores que pueden llegar a ser, y al alarmante aumento de su frecuencia.

EPIDEMIOLOGÍA Y DEMOGRAFÍA

En nuestro país no existen datos epidemiológicos consistentes acerca de los trastornos de la alimentación, pero las investigaciones realizadas parecen indicar que aún no representan un problema de la magnitud en la que se presenta en otros países (Gómez, 1995; Gómez & Acosta, 2000). No obstante, según Unikel, en 1998 se observó un aumento en la demanda de tratamiento en centros especializados como es el Instituto Nacional de la Nutrición, en donde 4 de cada 10 llamadas telefónicas que mensualmente se recibían solicitando tratamiento para algún trastorno de la conducta alimentaria, se corroboraban con diagnóstico de anorexia o bulimia nervosa.

También Barriguete (citado por Ríos, 2005), sostiene que una de cada nueve niñas tienen anorexia y tres de cada siete bulimia. Asimismo, afirma que estos trastornos empiezan a presentarse en varones de entre ocho y trece años. En este mismo sentido, según los datos de los Servicios Educativos en el Distrito Federal dados a conocer en 2005 alrededor del 15% de las jóvenes de nivel secundaria presentan

algún tipo de trastorno alimentario. Esto es, de un aproximado de 407 mil alumnas de secundaria (de entre 12 y 15 años), 61,050 padecen tales trastornos (Sánchez, 2005).

En otros países se ha realizado un mayor número de estudios al respecto. Por ejemplo, Becker y sus colaboradores, reportan que hasta 1999, en los Estados Unidos, los trastornos de la alimentación afectaban a un estimado de 5 millones de mujeres cada año. La tasa de mortandad asociada sólo con la anorexia es de 0.56% anual, 12 veces más alta que la tasa de mortandad entre mujeres jóvenes en la población general, y usualmente ocurren en adolescentes o mujeres jóvenes, aunque del 5 al 15% de los casos aparecen en niños y hombres. Un estimado del 3% de las mujeres tienen estos trastornos, y aunque generalmente se desarrollan en la adolescencia, pueden aparecer después de los 40 años y cada vez son más comunes en niños pequeños. Cerca de la mitad de los pacientes que sufren de anorexia o bulimia se recuperan totalmente, aproximadamente el 30% tienen una recuperación parcial y el 20% no tienen mejoría substancial en los síntomas. Asimismo, de acuerdo con Norman (1996), tres cuartas partes de los pacientes diagnosticados con bulimia desarrollan por lo menos un trastorno afectivo y, sobretodo, padecen de depresión con el consecuente riesgo de suicidio.

Lucas (1996) encontró que tanto en Europa Occidental como en Estados Unidos las estadísticas mostraron un incremento del 0.5 por 100,000 en 1950, a un 5 por 100,000 en 1980; y que la tasa de mujeres de 10 a 19 años que padecen esta enfermedad, aumentó un 36% cada 5 años en el periodo de 1950 a 1984.

También en los Estados Unidos y en Europa Kaplan y Sadock (2000), Lucas (1996), Norman (1996), Steiner y Lock (1998) y Steinhausen (1994), observaron que la prevalencia tanto de la bulimia como de la anorexia es mucho mayor en mujeres que en hombres y que, a diferencia de la anorexia, la bulimia es más común en adolescentes tardíos y adultos.

En países sudamericanos también se cuenta con poca información al respecto, pero según bases estadísticas argentinas especializadas (véase http://www.bace.com.ar), la prevalencia de la Bulimia y la Anorexia en Argentina fluctúan entre el 12 y el 15%. El 90% de los pacientes son mujeres y el 10% restante hombres, aunque esta última cifra se está incrementando. La bulimia se presenta con mayor frecuencia (69%) y se teme que el problema esté subestimado, pues muchas personas con bulimia son capaces de ocultar sus síntomas (no así los jóvenes anoréxicos que son perceptiblemente más delgados). Es más frecuente que la bulimia se diagnostique después de los 18 años y la anorexia coincide con la primera menstruación y el decimoquinto aniversario, aún así, se han observado estas enfermedades en todos los grupos de edades, incluyendo ancianos y niños pequeños. También se reporta que desde 1960 hasta el año

2000, la incidencia de la Anorexia se incrementó más del 300% en ese país, y que los porcentajes de aparición y prevalencia son iguales para todas las clases sociales.

Así, aunque los datos epidemiológicos y los hallazgos científicos coinciden en que los trastornos de la alimentación aparecen con mayor frecuencia en las mujeres, tal como lo confirman Crispo, Figueroa y Guelar (1998) ha aumentado la población masculina que presenta estas perturbaciones, pero su inicio es más tardío que en las mujeres y en general tienen una ocupación en la que el control del peso es importante (bailarines, jockeys, fisicoculturistas, boxeadores, modelos, etc.). De hecho, los trastornos alimentarios en hombres parecen manifestarse más mediante el exceso en la actividad física en un intento por mantener la figura o por bajar de peso, que a través de prácticas alimenticias específicas, por lo que se ha acuñado el término de *machismo nervoso o vigorexia* (Connan, 1998), como una variante de la bulimia, en tanto que el ejercicio constituye una conducta compensatoria. Sin embargo, este padecimiento todavía no aparece identificado dentro de los manuales diagnósticos y, por lo tanto, aún no se considera como un trastorno de la conducta alimentaria.

Crosscope-Happel, Hutchins, Getz y Hayes, (2000) citan a Halperin, quien en 1996 sugirió que a diferencia de las niñas, los niños forman una imagen de sus cuerpos a partir de su participación en los deportes como una actividad de socialización importante para ellos y que refuerza la aceptación de sí mismos, y a Kearney-Cooke y Steichen-Asch (1990) que encontraron que desde su nacimiento, los niños son

adoctrinados en el sentido de que los hombres deben cumplir con ciertas conductas y actitudes como demostrar independencia, competitividad, fuerza física, agresividad y coraje y que, cuando tienen dificultad para alcanzar estas metas, se aíslan socialmente y manifiestan conductas problemáticas. Así, cuando los hombres exhiben un perfil psicológico análogo al de las mujeres en cuanto a inefectividad interpersonal e inhabilidad para controlar sus emociones pueden, también, producir trastornos en la conducta alimentaria.

Crosscope-Happel y cols. (2000) sugieren que, entonces, los hombres con trastornos de la alimentación, fluctúan entre el ejercicio para compensar la distorsión en su imagen corporal, y el logro de los estándares de atractivo personal y social, y hacen hincapié en la necesidad de encontrar criterios de evaluación para los hombres análogos a los utilizados para las mujeres. Por ejemplo, proponen que la reducción en la producción de testosterona, puede ser el síntoma correspondiente a la amenorrea. Eliot y Baker (2001) también sostienen la necesidad de establecer criterios específicos para los hombres, pues la falta de ellos produce errores diagnósticos importantes y omisiones de los mismos.

Por otra parte, cabe destacar que estos padecimientos están relacionados principalmente con la cultura occidental. Steinhausen (1994), por ejemplo, basándose en una serie de estudios realizados alrededor del mundo, afirma que se han encontrado pocos casos de trastornos de la alimentación entre negros Americanos, Británicos y

Africanos, lo mismo que en Japón y en China, a excepción de algunos reportes en Hong Kong (ciudad que, al haber sido colonia Inglesa, es más occidentalizada en comparación a las anteriores).

Respecto a la etinicidad en relación con los trastornos de la alimentación y, particularmente con la imagen corporal, Grogan (1999) coincide en que los afro-americanos y los británicos afro-caribeños tienen el ideal de un cuerpo más pesado y fuerte en comparación con los americanos y los británicos blancos quienes, además, se sienten más insatisfechos con sus cuerpos que los primeros. Asimismo, informa que existe evidencia de que los asiáticos, a pesar de vivir en culturas occidentales, también están más satisfechos con su imagen corporal, aunque advierte que cada vez más mujeres de los grupos antes mencionados se están sintiendo insatisfechas con su figura como resultado de la influencia de los prejuicios culturales, propios de los blancos, acerca del sobrepeso. Así, López, Blix y Gray en 1995 (citado por Demarest & Allen, 2000), encontraron que las mujeres hispanas, lo mismo que las blancas, se sienten más insatisfechas con sus cuerpos que las Afro-americanas aunque estas últimas también presentaron inconformidad al respecto.

Entonces, en términos generales, los Afro-americanos, están menos centrados en la figura corporal, de hecho, Harris, Walters y Waschull (1991), encontraron que era más fácil que los hombres negros aceptaran salir con mujeres con sobrepeso que los blancos, aunque los hombres y mujeres, blancos y negros, lo mismo que los hispanos, no difieren en que una figura corporal atractiva es delgada.

También es importante mencionar que la relación que, según Bemporad (1996), Lucas (1996) y Steinhausen (1996) existe entre los trastornos de la conducta alimentaria y el nivel socioeconómico es baja por lo menos en los Estados Unidos; aunque como otros autores afirman (Becker & cols., 1999; Bemporad, 1996; Walsh, & Devlin, 1998), la aparición de estos padecimientos se incrementa en las sociedades occidentales e industrializadas en comparación con las naciones en desarrollo.

Por ejemplo, Raich y cols. (2001) realizaron un estudio transcultural con estudiantes universitarias de México y España, y encontraron más síntomas de un posible trastorno de la alimentación en las españolas que en las mexicanas. No obstante, según Álvarez y cols. (1999), la sintomatología entre las poblaciones de estos países es muy similar, lo cual se corrobora en un estudio de Gómez y Acosta (2000) en el que encontraron que ambos grupos presentan tasas similares de insatisfacción con las partes de su cuerpo y con su imagen corporal.

SÍNTOMAS Y SIGNOS

Algunos síntomas asociados con los trastornos alimentarios incluyen piel seca, lanugo, acrocianosis, atrofia de los senos y pérdida de dentina en el caso de la anorexia, y abrasiones en el dorso de la mano en el caso de la bulimia debido a los vómitos auto-inducidos, entre otros.

En particular en el caso de la anorexia, algunos autores (Delvenne & cols., 1997; Joiner, Katz, & Heatherton, 2000; Kearfott & Hill, 1997; Lucas, 1996; Norman, 1996; Paxton, 1998; Pryor & Wiederman, 1998; Smeets, Smit, Panhuysen & Ingleby, 1998; Steinhausen, 1994; Stewart & Samoluk, 1997; Walsh & Devlin, 1998) han encontrado que el problema se manifiesta mediante disturbios conductuales, psicológicos y fisiológicos, y que se caracteriza por un miedo excesivo a ganar peso, además de una obsesión por la delgadez; manifestando una preocupación excesiva por el peso y la tendencia a llevar a cabo una medición meticulosa de los alimentos, además de que, quienes los padecen, poseen una percepción errónea de los indicios corporales internos, por lo que se consideran obesos y sienten vergüenza de su cuerpo, lo cual los lleva a disminuir drásticamente la ingestión de alimentos. En un principio, sólo retiran los alimentos que consideran de alto contenido calórico y paulatinamente continúan eliminando el resto de los alimentos, hasta llegar a hacer de la alimentación una conducta ritual, pues la ingestión de comida empieza a realizarse de manera oculta, en horas determinadas y, en algunas

ocasiones, en situaciones específicas. Algunos sujetos también presentan atracones acompañados de vómito autoinducido, utilizan laxantes o diuréticos y realizan ejercicio excesivo aunque padezcan de anorexia y no de bulimia. Son personas excesivamente delgadas, con pómulos prominentes, ojos hundidos, torso delgado, clavículas y costillas muy visibles; manos y pies azules y fríos, pelo y piel seca, padecen de caries, deshidratación, anemia, insomnio y en caso de desnutrición avanzada aparece lanugo en cara, extremidades y tronco.

Por otra parte, estudios realizados por diversos autores (Joiner & cols., 2000; Kaplan & Sadock, 2000; Lucas, 1996; Norman, 1996; Pryor & Wiederman, 1998; Steinhausen, 1994; Walsh & Devlin, 1998) respecto a la bulimia nervosa, concluyen que tales pacientes se caracterizan por presentar atracones durante los cuales no suelen tener hambre, y que no dejan de comer cuando están saciados deteniéndose, generalmente, hasta que aparece dolor abdominal y nauseas. El fin de los atracones se acompaña con sentimientos de culpa y de incontrolabilidad, lo cual elicita el vómito autoinducido (el vómito después de un tiempo, en algunas ocasiones se puede realizar a voluntad) u otras conductas compensatorias, como el uso de diuréticos, laxantes, enemas, ayuno y ejercicio excesivo; además, en esta ingesta desmedida existe una alteración de los estados de conciencia donde el paciente está fuera de control en su comportamiento. Los atracones se realizan en secreto pudiendo durar desde unos minutos hasta varias horas; su frecuencia varía dependiendo del paciente pero pueden presentarse muchos en un día o sólo dos en un mes; la cantidad de alimento que se ingiere es de 3 a

27 veces la cantidad diaria recomendada y generalmente son precedidos por estados depresivos, ansiosos, de tensión y soledad. A diferencia de los anoréxicos, los bulímicos suelen tener un peso normal aunque variable; a pesar de esto, la preocupación por el aspecto físico, el peso corporal y el temor a caer en la obesidad es una idea siempre presente, asociada con la depresión. Por lo anterior, los individuos que padecen estos trastornos suelen ser reservados, niegan sus síntomas y se resisten al tratamiento, pero en el examen mental se observan sujetos alertas, con amplios conocimientos sobre nutrición, y preocupados por la comida y el peso.

Por otra parte, en la Harvard Mental Health Letter de octubre de 2004 (www.health.harvard.edu), se propone el comer compulsivo como un padecimiento psiquiátrico relacionado con la obesidad aunque no todos los comedores compulsivos son obesos aunque la mayoría lo son, pues también personas con peso normal lo padecen (Picot & Lilenfeld; 2003). Al igual que el resto de los trastornos de la alimentación, se presenta más en mujeres que en hombres aunque la incidencia de estos últimos es mucho mayor que su incidencia a la anorexia o la bulimia, pues por cada 2 mujeres existe 1 hombre que lo presenta. Se presenta mayormente en jóvenes, y se caracteriza por comer una gran cantidad de alimento (hasta provocar malestar), muy deprisa, de manera aislada y cuando no se tiene hambre, sintiéndose a disgusto o culpable después de comer. Este padecimiento, según Stunkard y Costello (2003) está caracterizado por episodios recurrentes de atracones asociados con indicadores subjetivos y conductuales de falta de control y un evidente malestar por el mismo,

que difiere de los hábitos cotidianos de alimentación pero, a diferencia de la bulimia, sin presentar conductas purgativas. Sin embargo, no podemos dejar de considerar que la bulimia también se presenta en su forma *no purgativa*, lo cual puede representar una problemática importante para diferenciarla del trastorno por atracones. Es por ese motivo que Cooper y Fairbum (2003) hacen hincapié en que los episodios de atracones del comedor compulsivo son claramente diferenciables de otras formas de hiperfagia, pues deben estar acompañados por la sensación de absoluta pérdida de control sobre la ingesta, además de que tienen que ocurrir en ausencia de una restricción alimenticia diseñada para el control del peso corporal es decir, el comedor compulsivo no se encuentra a dieta, ni se muestra preocupado por controlar su peso o su figura, y los sentimientos de culpa subsecuentes no están directamente relacionados con la ansiedad acerca de la imagen corporal.

El atracón, entonces, es un síntoma compartido por la bulimia y el comer compulsivo, y la diferencia radica en que en la primera, el atracón debe seguirse por conductas purgativas específicas, generalmente el vómito, pero, en algunos casos, el uso de laxantes o el ejercicio excesivo, mientras que, cuando la hiperfagia no se acompaña por conductas purgativas específicas, se constituye un síndrome diferente: *el comer compulsivo o trastorno por atracones*.

Para llevar a cabo un buen diagnóstico, Becker y cols. (1999) proponen que es importante medir el peso y la estatura del paciente, observando la relación entre estos con la edad y el sexo en función del

índice de masa corporal (el peso en kilogramos dividido entre el cuadrado de la estatura en metros). Asimismo, es importante explorar los factores psicológicos, sociales y familiares que pueden intervenir.

En el caso de los trastornos alimentarios, son comunes los retrasos entre la aparición de los síntomas y la realización del diagnóstico y, con frecuencia, las personas que sufren de patologías de este tipo no prestan la suficiente atención a los síntomas o pueden incluso contender con ellos por falta de conciencia de sus efectos en la salud, por ignorancia de los tratamientos disponibles, pena ante la necesidad de exponer su padecimiento, o falta de un deseo real por mejorar pues saben que ello implica subir de peso. Es por ello que aunque existen muchas y muy variadas formas de intervención para tratar estas enfermedades, es posible que la ayuda sea tardía o que, incluso los pacientes peligrosamente enfermos, no acepten el tratamiento apropiado.

Por otra parte, la adolescencia parece ser el momento más susceptible para el desarrollo de las enfermedades de la conducta alimentaria. En Estados Unidos, por ejemplo, Norman (1996) encontró que la anorexia se presenta en un promedio de edad de entre 10 y 30 años y que más de la mitad de la población empieza antes de los 20; algunos presentan el trastorno después de los 25 años, y sólo el 10% en la premenarquia. Lucas (1996), Steinhausen (1994) y Walsh y Devlin (1998), coinciden en que el hecho de que el trastorno se presente en esta etapa crucial puede producir un retraso importante en el desarrollo y el crecimiento.

O'Dea y Abraham (1999) atribuyen el hecho de que la mayor parte de las mujeres norteamericanas que sufren de anorexia comenzaron con el padecimiento después de la menarca a que, después de tal evento, las jóvenes incrementan sus expectativas personales, siendo común que se muestren insatisfechas con los cambios de volumen y forma del cuerpo, por lo que también desean reducir su peso, incrementándose los sentimientos de inadecuación y pérdida de control, y decrementándose la autoestima, por lo que las mujeres más desarrolladas y que ya han pasado por la menarca, son más susceptibles que sus pares premenárquicas a desencadenar un trastorno alimentario.

Así, los autores antes mencionados postulan que el hecho de que la pubertad sea una etapa critica en cuanto a retos para las mujeres norteamericanas, las coloca en riesgo de una baja autoestima y de insatisfacción con la forma de sus cuerpos. Geist, Heinmaa, Katzman y Stephens (1999) y Joiner y cols. (2000), proponen que para los hombres adolescentes, por lo menos en los Estados Unidos, parece que la pubertad es una experiencia más positiva. A este respecto, han encontrado entre grupos de jóvenes con trastornos en la conducta alimentaria, al comparar las poblaciones femeninas con las masculinas, que los hombres presentan menos preocupación por la delgadez y menor insatisfacción con el cuerpo que las mujeres, aunque presentan más desconfianza y perfeccionismo.

Al trabajar con poblaciones normales en México (niños y niñas de 10 a 11 años de edad), Gómez (1997) no encontró discrepancias entre los sexos en cuanto a la imagen corporal ideal y la real de los sujetos, pero las niñas supusieron que una persona atractiva es significativamente más delgada que la señalada por los niños, lo cual puede explicar que las mujeres están más insatisfechas con su imagen corporal

Desde el punto de vista psicodinámico, Wechselblatt, Gurnick y Simon (2000) afirman que parece existir una falla en el desarrollo de la autonomía del individuo, lo cual ya había sido planteado por Palazzoli (1978, citado por Kearney, 1996), quien propone que esto se puede deber a que los padres no son emocionalmente responsivos, tienden a ser muy demandantes y tratan al niño como un complemento de sus propias necesidades. Además, en la adolescencia se manifiestan cambios tanto psicológicos como físicos, que hacen que exista un conflicto entre las nuevas demandas y la relación que se tenía anteriormente con los padres, lo cual se trata de solucionar controlando el desarrollo físico, manteniéndose delgado, en un intento por prolongar la infancia.

Desde el punto de vista del desarrollo Steinhausen (1994) lo mismo que Pryor y Wiederman (1998), sugieren que los trastornos alimentarios surgen por los cambios físicos que ocurren en la adolescencia y por la necesidad de cumplir las demandas socioculturales. Además, como en la adolescencia existe un aumento en el índice de masa corporal, las adolescentes se preocupan por

controlar y/o mantener su peso, por lo que recurren a dietas desde moderadas hasta excesivas. De hecho, autores como Brusset (1990) y Crispo y cols. (1998), proponen que en los pacientes con estos trastornos aparece un intenso miedo de llegar a convertirse en personas física y emocionalmente maduras, presentando una constante sensación de ser ineficaces, y produciendo dificultades para comportarse de manera autónoma y ejercer dominio sobre sus propios cuerpos. De niños presentaron pocos o ningún problema educativo antes del comienzo del trastorno, aunque pudieron estar presentes algunos problemas digestivos o un trastorno alimentario temprano.

A manera de resumen, diremos que cuando se presenta un problema de la conducta alimentaria, los síntomas que deben ser tomados en cuenta para el establecimiento de un diagnóstico son los siguientes según la edición de 1998 del Manual Diagnóstico Estadístico (DSM-IV):

Condensación de criterios diagnósticos para los trastornos de la conducta alimentaria

ANOREXIA	BULIMIA	COMER COMPULSIVO	TRASTORNO NO ESPECIFICADO
Rechazo a comer con el objetivo de bajar de peso	Atracones seguidos de conductas compensatorias	Atracones y pérdida de control sobre la ingesta	Atracones sin conductas compensatorias, ni pérdida de control.
Miedo intenso a ganar peso incluso estando por debajo del peso normal.	Provocación del vómito, uso de laxantes, diuréticos, y/o enemas. Ayuno y ejercicio excesivo.	Se come rápido y hasta sentirse incómodo pero sin hambre.	Conductas compensatorias después de ingerir pequeñas cantidades de comida
Alteración en la percepción del peso o la silueta. Se niega el peligro que conlleva el bajo peso.	Atracones y conductas compensatorias al menos dos veces a la semana durante tres meses.	Atracones en solitario seguidos de sentimientos depresivos y de culpa.	Atracones y conductas compensatorias menos de 2 veces por semana.
Amenorrea (al menos tres ciclos menstruales consecutivos).	Autoevaluación exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.	No existe preocupación por el peso o la figura, a pesar de su insatisfacción con la misma.	Se cumplen todos los criterios para la anorexia pero no se presenta la amenorrea.
Pérdida ponderal de hasta un 15% del esperado	La alteración no aparece sólo en la anorexia nervosa.	No necesariamente se relaciona con la obesidad.	Se cumplen los criterios para anorexia pero el peso es normal.
Restrictiva: no se recurre a purgas. Compulsivo purgativa: se recurre a ellas.	Purgativa: se recurre al vómito, laxantes o diuréticos. No purgativo: se hace ejercicio o ayuno.	No se recurre a ningún tipo de conducta purgativa compensatoria.	Masticar y expulsar la comida sin tragarla.

FACTORES RELACIONADOS CON LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

Son muchos y muy diversos los factores que intervienen en el establecimiento y permanencia de los trastornos alimentarios. Algunos de ellos, como por ejemplo los *biológicos* (Delvenne & cols., 1995; 1997; Dolan, Mitchell, & Wakeling, 1988; Kaye, 1998; Joiner & cols., 2000; Gorwooda, Kipmana & Foulonc, 2003; Randerson, 2003; Seppa, 2003, entre otros) y los *cognitivos* (por ejemplo, Green, Elliman, Wakeling, & Rogers, 1996; Kingston & cols., 1996; Laessle, Bossert, Hank, Hahlweg, & Pirke, 1990; Palazidou, Robinson, & Lishman, 1990) no han sido suficientemente investigados e implican una serie de dificultades metodológicas por lo que, aunque se sabe que existen alteraciones a estos niveles, no ha sido posible establecer si forman parte de las causas o de las consecuencias propias de las alteraciones en la conducta alimentaria.

Un factor probadamente determinante es el de la *imagen corporal* de hecho, la distorsión de la imagen constituye un criterio importante asociado con el establecimiento del diagnóstico de los trastornos de la alimentación. Sin embargo, aunque esta disfunción es parte fundamental del síndrome, su naturaleza precisa y distintiva aún no es clara (Garner & Garfinkel, 1981; Cash & Brown, 1987; Cash & Deagle, 1997; Stice, Hayward, Cameron, Pillen, & Taylor, 2000).

Por otra parte, existe evidencia de que los factores *psicosexuales* pudieran ser también una de las causas de la anorexia y la bulimia, y constituye un factor que comenzó a investigarse debido a las claras diferencias epidemiológicas entre hombres y mujeres y a las evidencias existentes en poblaciones de homosexuales y transexuales (Murnen & Smolak, 1997; Kenardy & Ball, 1998; Surgenor & Fear, 1998; Deep, Lilenfeld, Plotnicov, Pollice, & Kaye, 1999; Doyle, Frank, Saltzman, McMahon, & Fieldman, 1999; Grogan, 1999; Ludwig & Brownelm, 1999; Rudd & Herzberger, 1999; Matsunaga & cols., 2000; Joiner & cols., 2000).

El aspecto psicosexual también está relacionado con los *roles de género*, y los *medios de comunicación*. Grogan (1999), por ejemplo, hace hincapié en la forma en que la sociedad occidental ha promovido la delgadez tanto para los hombres como para las mujeres, y en la importancia de los factores culturales en determinar qué es atractivo qué no lo es convirtiendo, desde hace algunos años, la delgadez en un valor muy apreciado por la sociedad.

Por otra parte, el hecho de que los trastornos de la alimentación afecten más a las mujeres que a los hombres y que, según Smith, Thomson, Raczynski y Hilner (1999), las mujeres se sientan menos satisfechas con el tamaño y con la apariencia general de su cuerpo que los hombres, podría estar relacionado con el rol que cada uno desempeña en la sociedad y con las creencias que los jóvenes generan respecto a su apariencia física, factor que según O'Dea y

Abraham (1999) suponen como fundamental para su atractivo romántico y su felicidad, ocasionando que el deseo por tener el cuerpo ideal sea una gran presión que colabora en el incremento de la susceptibilidad a los trastornos de la alimentación.

Así, parece claro que los factores sociales y culturales tienen influencia en la forma en que se experimenta el propio cuerpo (Grogan, 1999; O'Dea & Abraham, 1999; Thompson & Heinberg, 1999) por lo que, tomando en cuenta la importancia de la apariencia, las características femeninas del rol y la importancia de la aprobación social, parece ser que las presiones socioculturales en una persona vulnerable, juegan un papel fundamental en la aparición de los trastornos alimentarios.

No obstante, el entorno social por sí mismo no explica la génesis de los trastornos alimentarios, por lo que debemos tomar en cuenta la importancia del componente psicógeno de estos padecimientos, pues la recuperación es posible si el paciente puede disuadirse de su rechazo a comer, y porque los hallazgos en las autopsias no revelan patologías orgánicas claramente asociadas con el problema (Bemporad, 1996; Ziolko, 1996), por lo que resulta indispensable interpretarlos con formulaciones psicológicas.

En la mayoría de los casos, Matsunaga y cols. (2000), Rosen y Ramírez, (1998) y Steiner y Lock (1998) en Europa y Estados Unidos, encontraron que la anorexia se acompaña de otros trastornos afectivos como por ejemplo ansiedad y baja autoestima, además de

sentimientos de desamparo e ineficiencia; en algunos casos se acompaña por síntomas de trastornos psiquiátricos como depresión, pensamientos obsesivos acerca de la comida, y acciones compulsivas en los rituales alimentarios, y es frecuente que los pacientes actúen en respuesta a las demandas de los demás.

En México, Silva (2001) reporta que en un grupo de 100 pacientes bulímicas y anoréxicas, también se observó una alta incidencia a la ansiedad y la depresión, así como la existencia de conductas rígidas, tendencia a la somatización y un uso exacerbado de la fantasía, lo cual sustenta la posibilidad de que los trastornos de la alimentación pertenezcan al espectro de los trastornos por ansiedad, fluctuando de manera muy cercana a los trastornos obsesivos y generándose ideas casi delirantes respecto a la delgadez y a la figura corporal, por lo que no es de extrañar que al análisis cualitativo de los perfiles de personalidad, se hayan observado rasgos de personalidad de tipo límite.

En un estudio longitudinal de cuatro años (Stice, Hayward, Cameron, Killen, & Taylor, 2000) se observó que debido a la importancia que ha tomado la apariencia física como dimensión evaluativa en las mujeres occidentales, la insatisfacción con el propio cuerpo contribuye a la depresión y a las restricciones alimentarias, mismas que al fallar conducen también a la depresión. De igual modo, la patología bulímica puede contribuir al incremento de la incidencia de la depresión en las niñas durante la adolescencia, debido a la vergüenza y la culpa resultantes de las conductas propias de la enfermedad.

La evidencia de que los síntomas bulímicos predicen el inicio de la depresión, aunado con el hallazgo de que los desórdenes afectivos predicen el inicio de la patología bulímica, sugiere que puede haber una relación recíproca entre estos constructos, retroalimentándose mutuamente, de manera que para regular sus afectos, las adolescentes comienzan con atracones y purgas, lo que a su vez resulta en un mayor desorden afectivo.

Al realizarse estudios de personalidad, se ha demostrado que este aspecto resulta relevante para la comprensión de los trastornos de la alimentación. Matsunaga y cols. (2000) piensan, de hecho, que alguna patología premórbida de la personalidad podría jugar un papel importante en la etiología de los trastornos de la alimentación dado que influye en la forma específica del desorden que se desarrolla. Incluso Steinhausen (1994) afirma que la historia clínica a menudo revela un patrón premórbido de personalidad de conformismo, perfeccionismo y dependencia.

Así, desde que los trastornos de la conducta alimentaria fueron conceptualizados como tal, se ha intentado caracterizarlos en función de los supuestos trastornos de personalidad que les subyacen. Por ejemplo, Brusset (1990) y Goldman (1989) sostienen que la anorexia puede aparecer en comorbilidad con rasgos obsesivos compulsivos, histriónicos, ansiosos e hipocondríacos, en tanto que las pacientes bulímicas tienden a ser lábiles emocionalmente y cohibidas en su

conducta, misma que puede llegar a producir sensaciones de culpa y de tristeza, y pueden presentar también un pobre control de impulsos, abuso de substancias, automutilación, y gestos e intentos de suicidio.

Recientemente, en estudios como los realizados por Goldner, Srikameswaran, Schroeder, Livesley y Girmingham (1999) y Matsunaga y cols. (2000) se han utilizado los criterios del Manual Diagnóstico Estadístico (DSM) en sus diferentes versiones, lo mismo que pruebas psicométricas específicas, encontrando que, por lo general, los pacientes que sufren de algún problema alimentario, reúnen criterios para uno o más trastornos de la personalidad. En este caso, al evaluar a las pacientes una vez recuperadas de peso, los rasgos de personalidad patológicos parecen persistir, pues aunque se atenúan con el tratamiento, están ligados directamente a los pacientes, lo cual genera la propuesta de que los padecimientos psiquiátricos comórbidos son previos al trastorno de la alimentación y que, esto último, junto con la mala nutrición, puede producir que se exacerben las conductas relacionadas con el humor inestable, pero que no lo producen por sí mismos.

Algunos otros como Pryor y Wiederman (1998) y Goldner y cols. (1999) han sugerido, incluso, que los pacientes con trastornos de la alimentación podrían agruparse de acuerdo al tipo y a la severidad de la patología de personalidad que los acompaña, siendo el problema más común el de la personalidad evitativa.

En general, los investigadores (Joiner & cols., 2000; Lucas, 1996; Norman, 1996; O'Dea & Abraham, 1999; Pryor & Wiederman, 1998; Smith & cols., 1999; Steinhausen, 1994; Walsh & Devlin, 1998; Silva, 2001), concuerdan en que los pacientes con trastornos de la alimentación son personas irritables, volubles, y que pueden presentar rasgos obsesivos y compulsivos; labilidad; insatisfacción consigo mismos y una fuerte necesidad de aprobación; perfeccionismo y control extremo; por lo que suelen ser compulsivos e impulsivos. Además, son personas que regularmente piden ayuda y que suelen hablar acerca de sus síntomas.

Los trastornos de la conducta alimentaria también se han estudiado en función de la disatisfacción corporal, pues parece que tal factor está relacionado con tipos no adaptativos de organización (Showers & Larson, 1999). Rosenberg en 1985 (citado por Chubb, Fertman, & Ross, 1997) también encontró correlaciones entre un pobre autoconcepto y la ansiedad, la insatisfacción, el resentimiento, la irritabilidad y la depresión.

Por otra parte, algunos hallazgos indican que los obesos que presentan atracones, en general muestran una psicopatología específica que no se observa en los obesos que no comen compulsivamente. La literatura también sugiere (p. e. Telch & Agras, 1994; Mussell & cols., 1995) que la compulsividad al comer entre los obesos, está relacionada con sintomatologías psiquiátricas y con trastornos psicológicos. Picot y Lilenfeld (2002) sostienen que las patologías más comunes comórbidas al comer compulsivo, son el

trastorno por evitación y el obsesivo compulsivo, mismos que subyacen a la dificultad de elaborar estrategias de afrontamiento al relacionarse con los otros, lo cual les hace sentir socialmente inadaptados. Estos rasgos de personalidad, aunados a otra serie de factores, como abuso en la infancia, depresión de los padres y la baja autoestima, pueden condicionar la aparición de trastornos por atracones (Fairburn & cols., 1998).

Finalmente, cabe hacer hincapié en el hecho de que una vez delimitados los factores que influyen en el establecimiento de los trastornos de la alimentación, es necesario conocer de qué manera interactúan y establecer cuál de ellos tiene mayor influencia y con ello obtener más datos para la conformación de planes preventivos eficaces.

En este caso, el factor que nos ocupa es el familiar. Twamley y Davis (1999) sugieren que el ambiente familiar y personal tienen una gran relevancia en el desarrollo de los trastornos alimentarios, debido a que el ideal de delgadez y la disatisfacción corporal son mediadores de la relación entre la exposición de las normas de delgadez y la patología conductual de comer, además de las dificultades por parte de los padres de estos pacientes para ver a sus hijos como individuos, lo que los lleva a tratarlos como algo que complementa sus propias necesidades.

Goldman (1989) ha propuesto, incluso, que estos padecimientos son el resultado de una disfunción de las interacciones familiares, y que al integrante de la familia que desarrolla el trastorno se le ve como el medio de preservar el estado de cosas en la familia permitiendo que ésta se mantenga unida, comprometida, rígida, sobreprotectora e incapaz de afrontar los conflictos de manera abierta, facilitándole a los padres encontrar la satisfacción de sus propias necesidades de dependencia.

También Schwartz y cols. (1999) mostraron una relación significativa entre la retroalimentación familiar y la satisfacción corporal para las mujeres pero no para los hombres en los Estados Unidos, esto significa que la influencia familiar es mayor en las mujeres.

Asimismo, parece existir una falla en la separación física y cognitiva de los padres, debido a la relación posesiva de los mismos de hecho, Kearney (1996), Lucas (1996) y Steinhausen (1994) en las revisiones realizadas, encontraron que en Norteamérica, los pacientes reportaban que sus madres eran poco cuidadosas y afectivas, y que en las familias de los pacientes, en general, hay una interacción y comunicación fracturada debido a que se caracterizan por ser familias desestructuradas, conflictivas, con poca cohesión entre sus integrantes y con escasas ligas emocionales, además de que existen disturbios entre los padres, están más alejados de sus hijos y tienden a padecer más problemas de salud.

Holston y Cashwell (2000) sostienen que la disfunción familiar refuerza los trastornos de la conducta alimentaria debido a que el deterioro, la ausencia de una relación positiva y de apoyo con los padres, la inseguridad emocional, así como la disminución del sentido de individuación están claramente correlacionados con tales padecimientos.

Mujtaba y Furnham (2001), por otra parte, hacen hincapié en la relevancia que tiene para la producción de trastornos de la conducta alimentaria el conflicto que se establece entre padres e hijos, pues se ha observado que las pacientes, independientemente de su contexto cultural, perciben a sus padres como sobreprotectores y autoritarios y que no les permiten independizarse, reportando que desearían que sus padres tuvieran actitudes más liberales en cuanto al matrimonio, la socialización y los roles sexuales. Por lo cual, tales padecimientos pueden aparecer cuando las mujeres sienten que deben tener control sobre sus vidas, siendo su único recurso implementarlo mediante su cuerpo.

Holston y Cashwell (2000) concuerdan también en que la cohesión familiar parece estar relacionada con los padecimientos propios del comer y sostienen que los pacientes provenientes de familias con problemas de comunicación severos y un exceso de control por parte de los padres, tienen un peor pronóstico que aquellos de familias con mejores habilidades de comunicación y, por tanto, mejor funcionamiento.

En este mismo sentido, McGrane y Carr (2002) observaron que un grupo de mujeres jóvenes con riesgo a desarrollar trastornos de la alimentación, reportan mayores dificultades familiares en áreas como solución de problemas, manejo de roles, responsividad afectiva y funcionamiento en general. También reportaron que sus madres mostraban más problemas de somatización, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, enojo, hostilidad e ideación paranoide, en tanto que sus padres mostraban problemas de depresión, enojo y hostilidad.

Velasco (1998) también encontró que el estilo coercitivo de familia resulta el más estresante de todos, por lo que induce a más emociones negativas y a que los adolescentes resientan más el conflicto marital, principalmente si tal conflicto incluye su propia conducta. Minuchin, Rosman y Baker (1978, citado por McGrane & Carr, 2002) también caracterizaron las familias de las adolescentes con anorexia como rígidas y fuertemente sobreprotectoras, con dificultades para solucionar conflictos y en las que los niños quedan involucrados en los conflictos parentales.

Cortés, Flores, Carrillo y Reyes (1998), adicionalmente, sostienen que el desarrollo de las actitudes, creencias y valores depende en gran medida del medio sociocultural en el que los individuos crecen y se desarrollan, encontrando que a mayor percepción de apoyo, de comunicación y de aceptación, los niños tienden a percibirse como más alegres, divertidos, cariñosos, tiernos, calmados y tranquilos, honrados y honestos, y menos rencorosos enojones y rebeldes.

De hecho, la autoestima y el autoconcepto, se han considerado predictores importantes en los trastornos de la alimentación, y son rasgos que también aparecen como consecuencia del funcionamiento familiar. De acuerdo con Espinosa y Reyes (1998), "la percepción del contexto familiar con el autoconcepto resulta de suma importancia toda vez que ambos aspectos cumplen un papel relevante en el proceso de socialización" (p. 143), por lo que los estilos de comunicación que se establecen al interior de las familias, tienen influencia sobre la conformación de los rasgos de personalidad de sus miembros.

Así, no es sólo la familia inmediata la que tiene incidencia en la producción de los problemas alimentarios sino también influye la historia familiar previa. Por ejemplo, Henderson (2000) estudió un grupo de madres con hijos entre 12 y 37 meses de edad respecto a los problemas en el proceso de alimentación de los mismos, y reportó haber encontrado que las madres de los niños con problemas para ser alimentados, mostraban una mayor inseguridad respecto a las relaciones con sus propios padres que las madres de niños sin problemas en su conducta alimentaria. Sin embargo, los propios hábitos de alimentación no variaban, es decir, no existían diferencias en las actitudes alimentarias entre las madres de niños con problemas y de niños sin problemas. Parece que lo crucial, en este caso, resultó ser la combinación entre la experiencia de las madres en relación con el temperamento de sus hijos, lo cual es predictor de un severo conflicto durante la alimentación y el peso de los niños, estableciendo la posibilidad de que desarrollen trastornos futuros en la conducta

alimentaria. No podemos olvidar, además que, como lo plantean Cooper y Burrows (2001), los asuntos concernientes al peso, la figura y la comida son transmitidos de padres a hijos, y particularmente de madres a hijas.

Así, los estudios se han centrado en la importancia del funcionamiento patológico del sistema familiar en la etiología y mantenimiento de los trastornos de la alimentación, y los modelos que estudian las interacciones familiares han considerado factores concernientes al ajuste social de la familia, su estructura, roles que juegan sus miembros y los estilos de comunicación y de afrontamiento utilizados. Pero autores como Latzer, Hochdorf, Bachar y Canetti (2002) van más allá y sostienen que tales factores están estrechamente relacionados con los estilos de apego que pueden establecerse entre padres e hijos. De esta forma, el ambiente familiar incapaz de proveer un sentido de seguridad y que no responde a las necesidades de los niños, contribuyen al desarrollo de problemas en la separación e individuación, lo cual, según los teóricos del apego (Bowlby, 1985) caracteriza a un gran número de enfermedades mentales.

Desde este punto de vista, la anorexia y la bulimia, particularmente, han sido relacionadas a un sistema conductual de apego disfuncional, sugiriendo una relación entre el apego inseguro y los trastornos de la alimentación, y entre el ambiente familiar y el apego. De hecho Bruch en 1973 (citado por Latzer y cols, 2002), ya postulaba la hipótesis de que una de las características centrales de la psicopatología de la anorexia es el fracaso del adolescente para desarrollar su autonomía y

para separarse de las figuras parentales, particularmente de la madre, lo cual es congruente con la idea antes expuesta de que en la anorexia la intrusión y el control maternal son típicos de la relación madre-hija.

En suma, si bien no se han podido tipificar las familias de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, parece que provienen de familias en las que existe una alteración en la comunicación y en los patrones de interacción, por lo que autores como por ejemplo Serrato (2000), hacen hincapié en la importancia de trabajar con la familia a la par del trabajo terapéutico con el paciente, además de que el apoyo y la cooperación de padres y hermanos, puede resultar un factor determinante en el pronóstico de recuperación .

Otro factor menos estudiado, pero no por eso menos importante pues, por razones obvias, tiene que estar relacionado con los trastornos de la conducta alimentaria, es el concerniente a los hábitos de consumo y a las creencias respecto a la comida. Sobre este tema existe mucha información generada por médicos y nutriólogos, pero no desde el punto de vista psicológico.

A saber, y como ya se comentó anteriormente, la etiología de los trastornos alimentarios no se fundamenta únicamente en aspectos concernientes al individuo, si no que también existen muchos factores ambientales que influyen en su génesis. Uno de esos factores está conformado por la alimentación misma, (hábitos, costumbres, patrones de consumo) y por la comida (creencias al respecto, usos,

disponibilidad), por lo que es importante no sólo estudiar los elementos que subyacen a los trastornos y que constituyen entidades psicológicas y psiquiátricas si no también el origen de conductas alimentarias desajustadas, pues la marcada preocupación por la alimentación y la comida, debe constituirse en etapas tempranas del desarrollo.

En este sentido, Longbottom, Wrieden y Pine (2002) encontraron que la dieta de los niños está estrechamente relacionada con la de sus madres, pues son ellas quienes presentan la comida y eligen las formas de consumo de sus hijos es decir, establecen los patrones a seguir e inducen la conformación de los hábitos alimenticios desde que sus hijos son pequeños, por lo que después es difícil modificarlos. Así, para promover una buena alimentación en los niños es necesario entender la forma en la que la familia selecciona sus alimentos y, sobretodo, los motivos en los que basa su selección, pues eso determina el consumo de los niños.

Por otra parte, Neumark-Sztainer, Wall, Story, y Fulkerson, (2004) observaron que la hora de la comida no sólo permite la creación de patrones de alimentación, si no que posibilita las relaciones sociales entre los miembros de la familia, lo que permite reforzar hábitos alimentarios saludables y prevenir conductas alimentarias problemáticas o, por el contrario, podríamos pensar que favorece el establecimiento de creencias erróneas o la asociación entre emociones negativas y la alimentación. Por ejemplo, los adolescentes que reportan comidas familiares frecuentes, con un ambiente familiar

positivo, tienen un bajo riesgo para llevar a cabo conductas de control de peso patológicas, y entre mejor la atmósfera, presentan menos conductas de control de peso. Además tener el hábito de ir juntos a la mesa les permite a los padres detectar si sus hijos se están alimentando adecuadamente.

En México, Menella, Turnbull, Ziegler y Martínez, (2005) observaron que la comida que consumen las madres determina lo consumido por sus hijos tanto en términos de hábitos transmitidos, como por familiaridad con los sabores experimentados a edades tempranas. De hecho, parecería ser que los alimentos que consume la madre durante el embarazo y la lactancia son mejor aceptados por los niños. Así, el cuidado y la alimentación pueden estar determinados por la cultura.

Sin embargo, muchas madres no se dan cuenta de que su propia relación con la comida modela la de sus hijos, por lo que, según Mason (2001) con frecuencia presentan tendencia a establecer reglas que generan malos hábitos. Por ejemplo, no dejar que los niños coman comida "chatarra" de vez en cuando, hace que estos alimentos sean más deseados, creando una mayor necesidad de este tipo de comestibles. Insistir en el consumo de comidas "no engordantes," o cuidarse a sí mismas de este tipo de alimentos, puede hacerle pensar a los niños que lo que engorda es malo y que las personas con sobrepeso también lo son. Prohibir que coman entre comidas puede causar que se sobre-alimenten a la hora de la comida, y prácticas como hacer que se coman todo lo que está en el plato convierte la

comida en un enemigo, en una forma de castigo, además de que puede generar la idea de que comer de más o comer aún cuando no se tiene hambre es normal.

De acuerdo con Bruch (1973, citado por Caroli & Lagravinese, 2001), el problema de la obesidad, incluso las más severas, empieza durante el primer año de vida, debido a la incapacidad de la madre para entender las diferentes necesidades reales del niño. Al no diferenciar entre las necesidades físicas de alimentación y las emocionales, las biológicas u otras necesidades, tienden a utilizar la comida como la única herramienta para satisfacer todas las necesidades del bebé y para mantenerlo quieto. Como consecuencia, el niño no es capaz de diferenciar sus emociones, sentimientos y necesidades y responderá siempre a las situaciones negativas o displacenteras con una sola conducta: comer. Por ello, no se debe usar la comida como forma de gratificación, premio o consolación para todos los sentimientos y situaciones negativos.

Además, Tiggeman y Lowes (2002) establecen que el dominio excesivo que ejercen los padres respecto a la alimentación de sus hijos, les impide el desarrollo del autocontrol por lo que resulta confuso cuándo se debe empezar y cuándo terminar de comer, pues cuando los padres presentan altos niveles de restricción o presión sobre la conducta alimentaria de sus hijos, también se observa una deficiente habilidad para controlar el consumo por parte de los niños. Así, el control de los padres está relacionado con un pobre autocontrol,

mismo que muchas veces se refleja en el peso de los hijos, sobretodo en casos de obesidad.

De la misma forma, y de acuerdo con Duke, Bryson, Hammer y Agras (2003), las conductas y las actitudes de los padres hacia la comida están relacionadas con la forma de comer de sus hijos, también la insatisfacción corporal de los padres se relaciona con el ejercicio de una mayor presión sobre las conductas alimentarias de los niños, tanto hombres como mujeres.

Entonces, si los hábitos alimentarios de los padres están relacionados con los de sus hijos, la forma en que se establece la dieta familiar y las costumbres para comer resultan importantes para la prevención, detección temprana y tratamiento de los trastornos de la alimentación. Es por ello que autores como Wardle, Carnell y Cooke (2005) enfatizan la importancia de llevar a cabo investigaciones sistemáticas sobre las asociaciones entre los estilos de alimentación parental y los hábitos dietéticos de los niños.

En este sentido, habría que generar una resemblanza familiar sobre la comida y su consumo de nutrientes para explicar la etiología de los trastornos relacionados con factores dietéticos de riesgo, ya que la familia provee el contexto más significativo en que el niño se acerca a la alimentación. Proporciona la primera experiencia con la comida, y permite desarrollar las creencias acerca del cuerpo y de los alimentos.

De hecho, la influencia de los padres en este sentido, como en todos los demás, es determinante, y sus actitudes, creencias e, incluso, temores son transmitidos hacia los hijos, pues son los padres quienes determinan la comida que se les ofrece a los niños, cuáles alimentos están prohibidos, dónde y cuándo comer, así como el ambiente que reina cuando están reunidos alrededor de la mesa o cuando los niños son alimentados. Esta influencia, según Tiggeman y Lowes (2002) se puede transmitir directamente mediante instrucciones y comentarios verbales, o indirectamente mediante aprendizaje vicario y reforzamiento, pero sea cual sea la forma, lo cierto es que los patrones de dieta de los padres, particularmente de las madres, predice el consumo de sus hijos, y en las prácticas de alimentación de los hijos las madres pueden expresar sus propias preocupaciones e inseguridades acerca de la comida.

Cooper y Burrows (2001) concuerdan en lo anterior, pues encontraron que las madres de niñas obesas obtienen puntajes más altos en una medida de preocupación general por su peso, figura y alimentación, que las madres de niñas con peso promedio. El grupo de madres de niñas obesas, también presentaban creencias características de los trastornos de la alimentación y con facilidad producían preocupaciones en sus hijas.

Así, y aunque no ha sido posible establecer una relación significativa entre trastornos alimentarios de las madres y sus hijas, se sabe que la hora de la comida es particularmente difícil para las madres con trastornos alimentarios (Johnson & Birch, 1994, citado por Patel,

Wheatcroft, Park, & Stein, 2002), pues se eleva su angustia al aparecer su preocupación por controlar la comida que consumen sus hijos, además de que se sienten incómodas cuando comen con otras personas.

Y es que la hora de la comida y la alimentación de los hijos constituyen aspectos sumamente importantes de la relación ya que se llevan la mayor parte del día de la vida de un bebé y establecen el primer vínculo de la madre con su hijo. De esta forma, alimentar al bebé es el primer reto al que se enfrentan los padres al ser la responsabilidad más evidente y porque es uno de los más importantes medios de comunicación entre padres e hijos.

También, según Patel y cols. (2002) cuando el niño es alimentado puede desarrollar capacidades para experimentar con la auto gratificación, la autonomía y los alimentos nuevos, por lo cual el proceso de alimentación evoluciona con los intentos del niño por obtener independencia.

Por eso, de acuerdo con Patel, y cols. (2002), los hijos de madres controladoras del consumo de comida de sus hijos, provocan que los niños muestren menos habilidad para autorregular la ingesta Además de que el conflicto entre madre e hijo puede ser de suma importancia para entender ciertas formas de rechazo a la comida en los niños, lo cual se relaciona con que los padres se involucran con exageración en el proceso de alimentación de sus hijos generando niveles importantes

de ansiedad y frustración porque sus hijos comen poco, y los niños, a su vez, recurren a comer poco como enfrentamiento ante su conflicto entre autonomía y libertad.

Por último, Gibson, Wardle y Watts (1998) observaron que a mayor nivel educativo de las madres, se incita un mayor consumo de frutas en los niños, por presentar un mejor conocimiento sobre nutrición así como actitudes más positivas hacia la ingesta de ciertos alimentos, incluso en términos de los nutrientes necesarios para la prevención de algunas enfermedades. En estos casos, el conocimiento sobre nutrición de los niños está relacionado con el de sus madres. Además, en muchas ocasiones el nivel educativo está relacionado con el nivel socio cultural y económico, lo cual aumenta la probabilidad de que estén disponibles un mayor número de alimentos, y la exposición a los mismos es importante para su consumo.

ALIMENTACIÓN SALUDABLE

Es posible que los trastornos de la conducta alimentaría no sólo estén relacionados con *cómo* se come (hábitos), o con *para qué* se come (manejo de la ansiedad o la depresión) si no también con *qué* se come, y el *qué* puede estar relacionado con las creencias, muchas veces erróneas, y los conocimientos, muchas veces insuficientes, acerca de las propiedades de la comida.

Aunque es importante que las personas se alimenten correctamente también es cierto que no siempre se cuenta con los conocimientos, hábitos y costumbres adecuados para que esto sea posible. Muchas veces tampoco se cuenta con la posibilidad para cubrir las necesidades dietéticas más elementales. Aún así, Según Gibson, Wardle y Watts (1998), durante la infancia se determinan las preferencias y las rutinas relacionados con la comida que tienden a mantenerse en la vida adulta, por lo que es importante intentar instituir hábitos adecuados y modificar las elecciones de alimentos si es que ésta no es la correcta, para lo cual los padres deben estar suficientemente preparados. En este sentido, como en muchos otros, la tarea no es fácil, pues el comportamiento dietario de un individuo llega a convertirse en una entidad compleja que puede estar influenciado por numerosos factores ambientales y psicológicos (Wansink, 2004).

Aunque el desarrollo cognitivo es el factor principal para la conciencia que adquieren los niños acerca de la comida y la nutrición, los padres son la principal influencia externa, pues forman modelos importantes de salud para sus hijos (Hart, Bishop & Truby, 2002). Sin embargo, durante la adolescencia el poder parental sobre la comida es desplazado debido a otra serie de factores que pueden influir en su conducta alimentaria, como la presión de los congéneres, sus creencias y conocimientos sobre nutrición, los medios masivos de comunicación y los hábitos dietéticos de los padres (Pirouznia, 2001).

Estudios como el de Packman y Kirk (2001) han sugerido que los conocimientos sobre nutrición influyen en la elección de la comida y en las conductas dietéticas, y que el nivel de conocimiento nutricional juega un rol central para el cambio dietario, pues la información, o la falta de la misma, produce actitudes hacia los alimentos, generando su consumo aunque no sean saludables.

En este mismo sentido, el conocimiento nutricional de las madres según Gibson y cols. (1998) esta fuertemente relacionado con el consumo de sus hijos, y Turrel (1997) encontró que las mujeres tienen más conocimientos acerca de comida, nutrición, salud y sus interrelaciones que los hombres. Saben más de los beneficios nutricios y fisiológicos de la comida, los diferentes tipos de grasas, y la relación entre dieta y enfermedad. Las mujeres también presentan actitudes y creencias más positivas hacia la comida y la salud. Tienen más disponibilidad para hacer cambios en su conducta alimentaria, y una predisposición negativa a las grasas, por lo que es más probable que

crean que las guías nutricionales pueden ser importantes. También es cierto que presentan mayor preocupación física que los hombres, están significativamente más insatisfechas con su imagen corporal y son más propensas a hacer dieta y a describirse como pasadas de peso. Aún así, es más probable que adopten conductas dietéticas saludables en parte, para mantener el peso deseado.

Así, los conocimientos de nutrición pueden tener impacto sobre la conducta alimentaria, y la percepción de la importancia de la nutrición por parte de los padres, especialmente de las madres, tiene una fuerte influencia en el conocimiento de nutrición de sus hijos. Entonces, aunque muchos otros factores como las necesidades psicológicas, la percepción de la imagen corporal, las preferencias y las prácticas alimentarias, la presión de los congéneres, los medios masivos de comunicación, las normas sociales y las experiencias personales, inciden en la elección de alimentos (Pirouznia, 2001), el conocimiento que se tiene sobre ellos y sus nutrientes, es determinante para la elección de la comida y, por tanto, para el establecimiento de una dieta saludable.

Desafortunadamente, como lo sostienen Hart y cols. (2002), la necesidad de los adolescentes de tomar el control sobre los alimentos que ingieren no necesariamente va acompañada de habilidad y conocimiento para realizar elecciones sanas. Además, adquieren información nutricional de fuentes informales y probablemente poco

precisas pues gran parte de la información sobre lo que se supone es una dieta sana, se proporciona por medio de la radio, la televisión y las revistas, y proviene, muchas veces, de personas sin entrenamiento ni comprensión de la ciencia de la nutrición (McLaren, 1993).

Por otra parte, los padres no siempre poseen conocimientos precisos sobre la alimentación pues incluso los adultos tienen deficiencias en este sentido, presentan conocimientos nutricionales pobres y pueden estar confundidos acerca de los principios básicos de una dieta saludable y balanceada. En un estudio de Greene y cols. (1992, citado por Packman, 2001) por ejemplo, se observó que el 70% de los participantes consideraban llevar dietas bajas en grasas cuando en realidad, el 49% de ellos las consumían en grandes cantidades.

Así, y a pesar del creciente número de estudios sobre nutrición, la mayor parte de la gente lleva a cabo una serie de prácticas apoyadas en creencias mal fundamentadas, por lo que en muchos países se le ha dado prioridad a lograr hábitos saludables de alimentación entre la población en general (Assema, Martens, Ruiter & Drug, 2001).

Según la Norma Oficial Mexicana para la promoción y educación para la salud en materia alimentaria, publicada en enero de 2006, en la que se establecen los criterios generales para alimentarse correctamente de acuerdo a las necesidades y posibilidades de la población mexicana, la alimentación constituye un: "conjunto de procesos biológicos, psicológicos y sociológicos relacionados con la ingestión de alimentos mediante el cual el organismo obtiene del medio los

nutrimentos que necesita, así como las satisfacciones intelectuales, emocionales, estéticas y socioculturales que son indispensables para la vida humana plena" (p. 34)

Además, una alimentación correcta implica una "dieta [conjunto de alimentos y platillos que se consumen cada día, y constituye la unidad de la alimentación] que de acuerdo con los conocimientos reconocidos en la materia, cumple con las necesidades específicas de las diferentes etapas de la vida, promueve en los niños y las niñas el crecimiento y el desarrollo adecuados, y en los adultos permite conservar o alcanzar el peso esperado para la talla y previene el desarrollo de enfermedades" (p. 34 y 35)

Por otra parte, la nutrición es un proceso por medio del cual el organismo utiliza los nutrimentos del alimento (McLaren, 1993), y el estado nutricional del organismo resulta del equilibrio entre el suministro de nutrimentos por un lado y el gasto del organismo por el otro. El proceso de la nutrición, además, incluye ingestión, absorción, transporte, almacenamiento, metabolismo y eliminación de los constituyentes de los alimentos. Todo esto tiene como propósito la conservación de la vida, el crecimiento, la reproducción, el funcionamiento normal de los órganos y la producción de energía.

Un nutrimento, según la Norma Oficial Mexicana, es toda sustancia presente en los alimentos que juega un papel metabólico en el organismo. Existen dos tipos básicos de nutrientes los macro (carbohidratos, grasas y proteínas) y los micro (vitaminas y minerales).

Es muy difícil hallar un alimento que contenga un solo nutriente. Los primeros representan el grueso de cualquier dieta, son fuente de energía, abarcan la mayor parte de la estructura corporal y ninguno es esencial para el organismo por sí solo si no por el efecto que produce en la digestión. Los micronutrientes son compuestos orgánicos que no producen energía, se encuentran de manera natural en los alimentos y son necesarios para la salud (McLaren, 1993).

Por lo anterior, los macronutrientes son sustancias que el organismo necesita en grandes cantidades. Los hidratos de carbono constituyen la principal fuente de energía. Las grasas proporcionan energía en una forma más concentrada y aportan al organismo ácidos grasos esenciales para el crecimiento, la reparación de tejidos y la síntesis de mensajeros químicos (prostaglandinas). Las proteínas proporcionan los materiales (aminoácidos) que el organismo precisa para su crecimiento y reparación. Además, en ciertas circunstancias, pueden también ser una fuente de energía. Los micronutrientes son sustancias que el organismo necesita en cantidades relativamente pequeñas (o mínimas), como las vitaminas y los minerales. Las primeras intervienen en una gran variedad de procesos entre los que destacan la producción de energía intracelular y el crecimiento y la división de la célula. Los segundos son elementos químicos que el cuerpo necesita para el crecimiento o para facilitar procesos corporales esenciales (Dieta y Nutrición. Biblioteca Médica Familiar, 1991).

Los procesos gracias a los cuales el cuerpo puede aprovechar los nutrientes se denominan *metabolismo*. El metabolismo tiene dos aspectos principales, catabolismo y anabolismo. Mediante el catabolismo los compuestos químicos complejos se degradan en sustancias más simples o liberan energía para el funcionamiento de las células. Mediante el anabolismo, el organismo elabora los componentes estructurales para el almacenamiento de energía y el crecimiento y reparación de sus tejidos.

Los macronutrientes proporcionan la mayor parte del combustible necesario para el catabolismo y lo bloques de construcción para los procesos anabólicos. El organismo necesita pequeñas cantidades de 13 vitaminas para crecer y poner en marcha sus mecanismos de reparación. Aparte de estas vitaminas, existen 126 minerales diferentes que desempeñan un papel esencial como facilitadores de los procesos metabólicos; algunos (como el calcio y el fósforo) aportan además la materia prima para diversos procesos, como la formación del hueso. Las vitaminas y los minerales que ingerimos están destinados a reemplazar las pérdidas normales que se producen por las excreciones, el sudor y las pérdidas sanguíneas (Dieta y Nutrición. Biblioteca Médica Familiar, 1991).

Otros dos componentes esenciales de la dieta son la fibra y el agua. La fibra facilita la función del sistema digestivo. El agua sirve para reemplazar los líquidos que continuamente pierde el organismo en forma de sudor y orina. La descomposición o digestión de los alimentos tiene lugar en el estómago y los intestinos; el proceso libera

los nutrientes que entonces pueden ser absorbidos por el torrente sanguíneo. La degradación mecánica de los alimentos se inicia en la boca, en el estómago se continúa la degradación mecánica y se inicia la digestión de proteínas y grasas. Los principales procesos digestivos y la absorción de todos los nutrientes y el agua, tienen lugar en el intestino delgado. Parte del agua y las sales se absorben y pasan al torrente sanguíneo desde el intestino grueso. La fibra pasa a través de intestino delgado y, sin sufrir ninguna transformación o parcialmente fermentada, forma parte de las heces fecales.

La unidad estándar de energía en nutrición es la caloría (cantidad de energía necesaria para elevar la temperatura de 1 ml. de agua en 1 grado centígrado. Sin embargo, 1 caloría representa una cantidad extraordinariamente pequeña de energía, por lo que la caloría a la que la mayoría de las personas se refieren designa en realidad una kilocaloría, 1,000 calorías (Dieta y Nutrición, Biblioteca Médica Familiar, 1991).

El alimento, entonces, es el combustible que hace que funcione la máquina humana. Al igual que un motor, cuando el cuerpo humano funciona, gasta energía (calorías); se necesita energía para respirar, para caminar, para ponerse en pie, para mover un dedo, incluso para pensar. El hombre obtiene esa energía de los alimentos que consume y la quema. La energía que dan los alimentos determina la cantidad de éstos que necesita el cuerpo así, el valor en calorías de un alimento indica la cantidad de energía de calor contenida teóricamente en él (Sebrell & Haggerty, 1989).

Cuando el alimento está digerido y los principios nutritivos listos para la absorción, las células asimilan estos principios y gracias al metabolismo celular, los aprovechan como combustible para obtener energía o como material para la fabricación de productos químicos y tejidos orgánicos. Dentro de cada célula, toda una serie de enzimas catalizan las reacciones metabólicas y regulan la rapidez de las reacciones. Para producir energía, las células recurren a los carbohidratos y grasas a fin de obtener combustible, aprovechando así la energía que originalmente provenía del sol. El cuerpo humano invierte el proceso mediante el cual se almacenó la energía, pues al asimilar un azúcar simple, la célula se oxida, se quema, los cual el principio nutritivo para liberar energía (Sebrell & Haggerty, op.cit.).

De acuerdo con McLaren, (1997), de los 92 elementos químicos naturales, más de 50 se encuentran en tejidos y líquidos corporales humanos. Cuatro de ellos, oxígeno, hidrógeno, carbono y nitrógeno, constituyen el 96% del peso corporal. Más de la mitad de este porcentaje es oxígeno, que en conjunto con hidrógeno forma agua, y representa las tres cuartas partes del peso. El restante 4% está compuesto por elementos esenciales, gran parte de los cuales son minerales. El cuerpo adulto promedio está constituido por proteínas (16%), grasas (18%), carbohidratos (0.7%), agua (60%) minerales (5.2%) y huellas de vitaminas. La mayor parte de las grasas se almacenan y en la obesidad pueden llegar a representar hasta el 70% del peso corporal. El porcentaje de grasas es casi el doble en mujeres

que en varones; el esqueleto y la musculatura de la mujer son relativamente más ligeros y el almacenamiento de hierro es mucho menor en la mujer.

Sebrell y Haggerty (1989) sostienen que hace apenas 100 años, los científicos comprendieron que la necesidad de alimento está compuesta de dos exigencias entrelazadas. Por grande que sea la cantidad, los alimentos no mantendrán vivo a un hombre si no es de la calidad adecuada, es decir, si no contiene ciertos ingredientes químicos; y el alimento de alta calidad tampoco lo sostendrá a no ser que, simultáneamente, satisfaga las exigencias en cuanto a la cantidad. Así, el equilibrio de los principios nutritivos es tan complejo que se deben tomar en cuenta, incluso, los estados emocionales del individuo, pues el estado emocional afecta el tiempo que tarda el estómago en vaciarse.

El reconocimiento de la necesidad de comer es instintivo; el niño llora de hambre sin que se le enseñe a hacerlo, pero el instinto no puede hacernos comprender las razones de esa necesidad ni darnos las maneras eficaces de satisfacerla. Al principio, el ser humano se alimentó de hojas, frutas, bayas, raíces, nueces y cortezas. La cacería se desarrolló después, como medio para obtener pieles de animales para cubrirse, así como de alimento. La mayoría de los seres humanos son omnívoros, aún así, en años recientes las restricciones dietéticas son cada vez más frecuentes y han ganado mucha popularidad (McLaren, 1993) pero también se han vuelto cada vez más peligrosas.

La historia de la dieta, plantea Gifford (2002), comienza cuando la primera madre le dijo a su hijo qué comer y qué no. Recibimos información acerca de la dieta por medio de la televisión, las revistas, los periódicos, la radio, los libros, los médicos, los gobiernos, las compañías de alimentos y los amigos. Pero, probablemente, los primeros criterios dietarios en América, los estableció W. O. Atwater en 1894, y ya especificaba la cantidad de proteínas y calorías de una buena dieta, pero no especificó la división entre calorías, grasas y carbohidratos que constituyen una dieta balanceada.

El trabajo de Atwater siguió la línea del químico británico William Prout quien en 1827 concluyó que los humanos necesitamos al menos tres clases de alimentos, a los que llamó sacarina, aceite y albúmina. Algunos años después, en 1846 el químico alemán Justus von Leibig probó que Prout estaba en el camino correcto y que los cuerpos humanos necesitaban tres clases de componentes grasas (de las plantas y los animales); carbohidratos (principalmente de las plantas) y proteínas (provenientes principalmente de los animales pero también de algunas plantas).

Para 1902 Atwater había difundido su trabajo en Estados Unidos haciendo científica la relación entre la comida y su composición y la salud dijo "... los demonios del exceso en la ingesta pueden no sentirse enseguida, pero tarde o temprano con seguridad aparecen – tal vez en una excesiva cantidad de tejido graso, tal vez en debilidad general, tal vez en una enfermedad real." Añadió que "los alimentos comunes... hacen una buena dieta y el punto central es usarlos en las

proporciones y los tipos acorde a las necesidades reales del cuerpo". Aunque Atwater no hizo ninguna guía, creía que fuentes caras de energía como los productos frescos y la carne, podían suplantarse por los panes y cereales.

Silvestre Graham (1794-1831, citado por Gifford, 2002) fue un ministro que predicaba la buena nutrición e instaba a la gente a evitar el consumo de carne, pan blanco, café, te y alcohol. Para el siglo XIX el doctor John Harvey Kellog revolucionó la vida en Estados Unidos al establecer el Sanatorio de Battle Creek, donde promovía que la buena salud y la figura dependían de una buena alimentación, el ejercicio, una buena postura, aire fresco y no fumar. Escribió 50 libros y junto con su hermano inventó las hojuelas de maíz para los internos de su sanatorio, lo cual pronto se convertirían en un prominente negocio.

En 1916 se empezaron a difundir las guías alimentarias en Estados Unidos, y hasta 1960 se establecieron las normas de nutrición y alimentación. Las primeras determinan los macro y los micro nutrientes en la comida que son esenciales para una vida saludable, y las políticas de alimentos determinan qué comidas deben ser consumidas por los humanos para satisfacer los requerimientos de las normas de nutrición.

Por otra parte, es posible observar una creciente preocupación por la relación entre dieta y salud, lo cual ha cambiado de manera veloz los hábitos del consumidor, habiendo un incremento en la demanda de alimentos saludables y de ciertas propiedades como bajo en grasas,

bajo en calorías o productos "light," por lo que, en la pasada década, la producción mundial de productos bajos en calorías se expandió de tal modo que se convirtió en una industria multi-billonaria debido a la expansión de la popularidad de estos productos y a la velocidad con la que ingresaron a las dietas, aunque comprender las razones de su selección constituye, hoy en día, un aspecto importante de la salud pública.

Según Krystallis, Arvannitoyanis y Kapirti (2003), la necesidad de reducir la ingesta de grasas y colesterol no es simplemente un sentimiento popular bien establecido, si no que algunas organizaciones importantes (como la OMS) han hecho recomendaciones de reducir el 30% de la ingesta diaria de calorías para limitar la ingesta de ácidos grasos saturados. Estos factores han resultado en una excesiva ingesta de productos light, y han resultado en una importante confusión entre los consumidores entre *bajo en grasas, reducido en grasas, saludable, light...* y estas clasificaciones no siempre se sostienen en definiciones claras de los cambios en la composición que tales denominaciones implican. Además, al ser percibidos como productos más saludables, deberían ofrecer atributos de buena calidad, que en principio, deben ser por lo menos los mismos que aquellos de los productos regulares (enteros en grasas) a los que los consumidores están acostumbrados.

Para McLaren (1993), las modas alimentarias han producido regímenes sumamente deficientes y que ponen en riesgo la salud, por lo que el rápido ascenso del interés y la preocupación del público por

la comida sana ha sido bienvenido aunque la mayoría de las personas no reconocen la relación que existe entre la enfermedad por deficiencia nutricional y la confianza excesiva en un alimento que no es nutritivo.

En los diferentes países existen patrones de salud y enfermedad relacionados con la nutrición. Incluso en las comunidades más ricas del mundo existen notables diferencias en cuanto al tipo de enfermedades que sufren sus habitantes relacionadas con la dieta, y que van desde cardiopatías coronarias y la hipertensión a ciertos tipos de cáncer. Las dietas presentan enormes diferencias de unas regiones del mundo a otras y con respecto a las de nuestros antepasados. Las tendencias actuales implican controlar lo que se consume, pero en ocasiones los intentos por comer adecuadamente pueden crear desequilibrios dietéticos (Dieta y nutrición, 1991).

Ninguna persona o grupo de personas consume todo el material del que dispone. La clasificación de los productos comestibles en alimento no-alimento ha surgido como resultado de muchos factores complejos, sociales, religiosos y económicos. Incluye una arraigada faceta de cada modelo cultural, que se aprende por imitación en la niñez temprana y es muy resistente al cambio (McLaren, 1993). De hecho, los niños pequeños (desde los 5 o 6 años) tienen un conocimiento considerable acerca de los alimentos y las dietas. Según León-Sánchez (2005) la primera clasificación que realizan es entre alimentos "buenos" (aquellos que sirven para obtener o mantener la salud) y "malos" (los que enferman), y pueden dar explicaciones

amplias acerca de los nutrientes de los alimentos. Las vitaminas se toman en tabletas y son para la salud; relacionan los minerales con las vitaminas en tanto elementos saludables. Asocian las grasas con la obesidad y consideran que la sal y el azúcar son sustancias que mejoran el sabor de los alimentos; y parecería ser que con los conceptos que más se les dificultan son los de *proteínas* y *fibra*. Estos conocimientos se fundamentan en una serie de creencias, algunas veces erróneas, y pueden llegar a determinar la dieta de los adolescentes, como ya se había mencionado.

Puesto que las comidas siguen un patrón recurrente, constituyen la dieta y es esto lo que determina en gran parte el estado nutricional de las personas y de las comunidades. El patrón de las comidas varía en forma considerable, algunos grupos comen casi sólo una o dos veces por día y las familias suelen comer por lo menos el alimento principal estando reunidas.

Según la Norma Oficial Mexicana, una dieta correcta es aquella en la que se incluyen 3 grupos: leguminosas y alimentos de origen animal, Frutas y verduras, y Cereales y tubérculos en partes iguales. Además, una buena dieta tendría que cumplir con las siguientes características:

- Completa: que contenga todos los nutrimentos.
- Equilibrada: que los nutrimentos guarden las proporciones adecuadas entre sí.

- Inocua: que su consumo habitual no implique riesgos para la salud porque está exenta de microorganismos patógenos, toxinas y contaminantes y se consuma con moderación.
- Suficiente: que cubra las necesidades de todos los nutrimentos, de tal manera que el sujeto adulto tenga una buena nutrición y un peso saludable y en el caso de los niños, que crezcan y se desarrollen da manera correcta.
- Variada: que incluya diferentes alimentos de cada grupo en las comidas.
- Adecuada: que esté acorde con los gustos y la cultura de quien la consume y ajustada a sus recursos económicos, sin que ello signifique que se deban sacrificar sus otras características.

Sin embargo, e independientemente del grupo cultural, parecen existir clasificaciones tácitas aunque específicas de los alimentos. Por ejemplo, McLaren (1993) propone que estas clasificaciones, suelen no tener relación con el valor nutritivo y que, por lo general, los alimentos se clasifican en algunas de las siguientes categorías:

1. Superalimentos culturales. Todas las culturas tienen uno o muchos de ellos. Con frecuencia constituyen el producto básico y la fuente principal de energía. Tienen un valor emocional especial.
2. Alimentos de lujo: se reservan para fiestas y ceremonias, son costosos y ricos en proteínas.

3. Alimentos con imagen corporal: en ciertas ideologías de la India, en el Cercano Oriente y en Latinoamérica, la fisiología corporal se divide en "humores" y en especial "caliente" y "frío". Los alimentos y las enfermedades se clasifican de la misma manera.
4. Alimentos mágicos: por semejanza, acerca de estos alimentos se cree que la función mágica de su apariencia puede afectar a quien los ingiere.
5. Alimentos del grupo fisiológico. Los alimentos pueden reservarse para ciertos grupos pero con más frecuencia se les limita la ingestión de ciertos alimentos.

Así, son muchos los factores de índole biológicos, psicológicos y sociales que tienen influencia en la elección y consumo de alimentos. El papel de la dieta en prevención primaria y secundaria así como en el tratamiento de diversas enfermedades se considera esencial. Sin embargo, es posible que no se le de importancia a la educación nutricional, por lo que se ha intentado promover este aspecto.

Según Bacardi-Gascon (2002), un componente esencial de los programas de nutrición es la comunicación eficaz de cómo elegir los alimentos y seguir guías establecidas. Una guía es un instrumento que simplifica y enfatiza la información sobre la buena nutrición para ayudar en la selección de alimentos y sus combinaciones para obtener una buena salud. Una guía también debe ser sensible culturalmente al proveer recomendaciones nutricias y de alimentación. La población mexicana es muy diversa en hábitos, condiciones de salud y disponibilidad de alimentos, y en México por lo general, son las

mujeres quienes hacen las compras y eligen y preparan los alimentos, habría que dirigir las intervenciones dietarias hacia la madre como el miembro de la familia, generalmente, responsable de comprar y preparar la comida, lo cual puede ser una forma efectiva para mejorar los hábitos alimentarios de toda la familia, aunque otros de sus miembros influyan también en las decisiones que se toman.

Por ultimo, debemos considerar que aunque no existe evidencia clara y suficiente para afirmar que los patrones de alimentación influyen en el establecimiento de los trastornos de la conducta alimentaria, es importante tomarlos en cuenta pues probablemente las falsas creencias, usos y costumbres relacionados con el proceso de la alimentación pueden, si no poner en riesgo a los jóvenes, si constituirse como un factor que entorpezca el proceso de curación.

FASE I

METODOLOGÍA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Aunque los trastornos de la alimentación constituyen un tema difícil de abordar, se han logrado identificar dos grandes grupos de variables (además de los posibles componentes genéticos) que constituyen los principales factores asociados con el problema: el cultural y el de personalidad. En ambos casos, la familia juega un papel determinante. Es por ello que se propone revisar los componentes del ambiente familiar que están relacionados con los trastornos de la conducta alimentaria y establecer qué tan importante es cada uno de ellos. Además, retomaremos un aspecto que aunque parece obvio, no ha sido estudiado: la influencia de los hábitos alimenticios en el establecimiento de estos trastornos, y las creencias de las jóvenes respecto a la comida como posibles factores predisponentes o de riesgo. Todo esto con el objetivo de generar información que se dirigirá a padres de familia sobre las prácticas de crianza que resultan protectoras y así, puedan prevenir los trastornos de la conducta alimentaria, además de facilitarles la información necesaria para la detección temprana y manejo de los mismos.

Así, se plantea la siguiente:

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Existe una relación significativa entre el ambiente familiar, la disponibilidad de alimentos y algunas creencias sobre los mismos, y los trastornos de la conducta alimentaria?

JUSTIFICACIÓN

El presente estudio surge de la necesidad de desarrollar planes preventivos y de tratamiento eficaces para los trastornos de la alimentación, y dado que no basta con afirmar que son problemáticas de origen multifactorial, sino que es necesario describir las relaciones entre los factores que les da origen, se pretende establecer si existe una relación entre el ambiente familiar, los patrones de alimentación, las creencias sobre la comida y los trastornos de la conducta alimentaria.

Para contestar la pregunta de investigación, se propone llevar a cabo un estudio de casos y controles, de corte transversal y de tipo exploratorio.

Objetivo General:

Observar de qué manera se asocian el ambiente familiar, la disponibilidad de alimentos en la familia y algunas creencias sobre la comida con los trastornos de la conducta alimentaria, para construir un manual dirigido a padres de familia que les provea de información que les permita prevenir, identificar y manejar los trastornos de la conducta alimentaria.

Objetivos Específicos:

Explorar:

1) La relación entre el ambiente familiar y los trastornos de la conducta alimentaria.

2) La posible relación entre la disponibilidad de alimentos en la familia y los trastornos de la conducta alimentaria.

3) Las creencias de las jóvenes respecto a si la comida engorda o no engorda y si, en función de ello, la consumen o no.

Participantes

Se evaluaron las respuestas de un total de 100 jóvenes elegidas de manera intencional no probabilística; 50 formaron parte del grupo clínico y 50 del grupo de contraste.

El grupo clínico se reunió en el Departamento de Salud Mental y Psiquiatría de la Universidad Nacional Autónoma de México y en el Centro de Atención Psicológica de la Facultad de Psicología de la misma universidad. Quedó conformado por 14 mujeres con diagnósticos confirmados de anorexia, 13 de bulimia, 12 de trastorno compulsivo del comer y 11 de trastornos no especificados. Los diagnósticos fueron establecidos por los médicos tratantes según los criterios del DSM-IV, y ellos mismos pusieron a sus pacientes en contacto con los experimentadores.

En el grupo de contraste se incluyeron 50 mujeres sin trastornos de la conducta alimentaria, aparejadas con las participantes del grupo clínico en edad (± 6 meses), escolaridad y nivel socioeconómico según la clasificación del INEGI. Para su selección se visitaron las zonas de residencia de donde provenían las participantes del grupo clínico y se buscaron personas que cumplieran con los criterios de edad y escolaridad.

Criterios de inclusión al grupo para el grupo I (Casos):

1. Edad entre 15 y 30 años
2. Tener un diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria realizado por el equipo a cargo.
3. No presentar estados mórbidos diferentes (como trastornos depresivos) al momento de la evaluación según la apreciación del médico a cargo

Criterios de exclusión al grupo I:

1. Presencia de entidades afectivas en comorbilidad con el trastorno de la conducata alimentaria
2. Presencia de daño orgánico
3. Presencia de trastornos de la personalidad en comorbilidad con el trastorno de la alimentación

Criterios de inclusión al grupo II (controles):

1. Edad entre 15 y 30 años
2. No presentar padecimientos de la conducta alimentaria
3. No presentar estados mórbidos al momento de la evaluación

Criterios de exclusión al grupo:

1. Encontrarse bajo tratamiento psiquiátrico o neurológico en el momento de la evaluación por presentar entidades mórbidas.
2. Presentar daños orgánicos evidentes

INSTRUMENTOS

1) **Inventario de Salud Estilos de Vida y Comportamiento (SEViC)**: es un instrumento que consta de un total de 178 reactivos con formato de escala de intervalos con seis opciones de respuesta cada uno. El inventario fue creado por Sánchez-Sosa y Hernández-Guzmán (1993) y está conformado por dos secciones. La primera evalúa el deterioro de la adaptación o salud psicológica, y la segunda sirve para recolectar datos sobre variables de interacción familiar, expresión del afecto, aplicación de reglas de comportamiento familiar, calidad de las relaciones interpersonales, experiencias de la niñez y experiencias emocionalmente relevantes. Durante la construcción de los reactivos se utilizaron aquellos que hubieran mostrado una documentación confiable en la literatura de investigación y, a lo largo de varias versiones sucesivas del cuestionario, se buscó un grado de consistencia interjueces independientes del 80% como mínimo. La consistencia de la agrupación factorial, con base en el análisis de las respuestas del grupo de construcción, arrojó valores Alfa de Cronbach que oscilan

entre .68 y .80. Para efectos de este estudio, se utilizaron únicamente los reactivos de la segunda sección, mismos que se agrupan (según Santos, Bohon, & Sánchez-Sosa, 1998) en los siguientes factores:

a) Relación madre-hijo (alpha = .83)
b) Relación padre-hijo (alpha = .84)
c) Conflicto familiar (alpha = .80)

A esta segunda sección, se le agregó la ficha de identificación y 12 preguntas sobre aspecto físico y hábitos de alimentación.

2) **Instrumento de Dieta para Adolescentes**, desarrollado por Hernandez (1998) en el Instituto Nacional de Salud Pública, consiste en un listado de 90 alimentos pertenecientes a cinco categorías: cereales y tubérculos, leguminosas y alimentos de origen animal, frutas y verduras, grasas y azúcares. En la encuesta se presentan seis opciones de respuesta de medida intervalar y fue construido con el objetivo de evaluar el consumo total de energía de los sujetos y de establecer vectores alimenticios, adoptando el formato del *Youth Food Frequency Questionnaire* (Rockett, 1997, citado por Hernández & cols., 1999). Fue validado con niños y adolescentes de la Ciudad de México y de Cuernavaca basándose en un cuestionario de frecuencia de alimentos para Adultos Mexicanos (Hernández-Ávila & cols., 1998), e incluye los alimentos de consumo frecuente en tales poblaciones. En este estudio, el

interés se restringe a la frecuencia en la que se presentan los alimentos (su disponibilidad), y no se analizaron datos respecto a vectores alimenticios ni a consumo energético ni calórico.

3) **Cuestionario de Actitudes ante la Alimentación** (EAT-40, por sus siglas en inglés). Este instrumento fue incluído en la batería para corroborar que no existen actitudes patológicas hacia la alimentación entre las participantes del grupo de contraste, y para confirmar el diagnóstico del grupo de casos. Se trata de un cuestionario creado por Garner y Garfinkel en 1979 (citado por Álvarez & cols., 2000) que consta de 40 preguntas que evalúan síntomas y preocupaciones característicos de los trastornos de la alimentación. Su validación en México fue realizada por Álvarez (2000), quien propone siete factores que se mostraron válidos para predecir la presencia o ausencia del trastorno: 1) Motivación para adelgazar, 2) Evitación de alimentos engordantes, 3) Preocupación por la comida, 4) Presión social percibida, 5) Obsesiones y compulsiones, 6) Patrones y estilos alimentarios, y 7) Conductas compensatorias.

4) Por último, se conformó una lista en la que se incluyeron los alimentos del Instrumento de Dieta para Adolescentes. En ella, las participantes debieron marcar si creían que el alimento que se les presentaba engordaba, no engordaba y si solían comerlo o no.

PROCEDIMIENTO

Las participantes del grupo clínico fueron canalizadas por su médico tratante quien les solicitaba su participación en el estudio. Después de acordar una cita para presentarles la prueba, se les recibía y se les explicaba en qué consistía el estudio y los beneficios que podía aportar para otros en su misma situación, haciendo hincapié en la importancia de la veracidad de las respuestas y en el absoluto anonimato del cuestionario. Las participantes del grupo de contraste fueron abordadas intencionalmente en su zona de residencia (afuera de escuelas y en centros comerciales),

De todas las participantes se obtuvo el consentimiento informado y posteriormente se les entregó un sobre cerrado con el cuestionario, la hoja de respuestas y un lápiz.

A todas las participantes se les aplicaron los instrumentos antes mencionados, a manera de una sola prueba (Ver Anexo 1). El resultado es un compendio que consta de tres partes. Después de una descripción general del cuestionario y de una introducción para invitar a las participantes a participar, asegurándoles que el cuestionario era completamente anónimo, aparece la primera parte en donde aparece el EAT-40, que se contesta en la hoja en la que se presenta. En la segunda parte, se incluyó el SEViC seguido por la lista de alimentos del Instrumento de Dieta para Adolescentes; esta parte se contesta en

una hoja de respuestas especialmente diseñada para ser leída por un lector óptico. Finalmente, la tercera sección está constituida por la lista de verificación de alimentos y también se contesta en las hojas en las que se presenta. El cuestionario es de autoaplicación y se lleva un aproximado de 35 minutos.

Antes de iniciar la aplicación de los cuestionarios, se le pidió a un grupo de 45 mujeres cuyo promedio de edad fue de 18.63 años que contestara la prueba para asegurarnos de que las instrucciones fueran claras y de que no se requiriera demasiado tiempo para responder. En todos los casos las jóvenes reportaron que les había sido sencillo responder al cuestionario, no se mostraron cansados y sólo cuatro de ellos hicieron algunas acotaciones respecto a la redacción de las instrucciones. Ninguno hizo comentarios acerca de los reactivos.

RESULTADOS

1. Descripción de la muestra

El grupo quedó conformado por 100 sujetos (*N = 100)*, 50 en el grupo clínico y 50 en el de contraste, distribuidos de la siguiente manera en función de los criterios de inclusión (Edad, Escolaridad, y puntajes obtenidos en la prueba de actitudes hacia la comida *EAT*)

Tabla 1
Distribución de la muestra

	Edad		**Escolaridad**		**EAT**	
	X	***DS***	***X***	***DS***	***X***	***DS***
Grupo clínico	22.92	4.64	16.10	2.72	57.5	4.8
Grupo de contraste	23.04	4.81	15.52	2.51	12.5	1.6

Como se puede observar, los grupos son muy similares entre sí en cuanto a edad y escolaridad, lo cual era obvio toda vez que los sujetos del grupo de contraste fueron elegidos en función de las características de los del grupo clínico; únicamente se observan diferencias en los puntajes del EAT lo cual corrobora la presencia o ausencia de un trastorno alimentario.

El grupo clínico se distribuyó de la siguiente manera:

Tabla 2
Distribución del grupo clínico

	Edad		Escolaridad		EAT	
	X	*DS*	*X*	*DS*	*X*	*DS*
Anorexia	22.3	5.2	15.5	3.4	63	5.3
Bulimia	24	3.9	16.3	2.5	52.8	12.8
Comer compulsivo	24.8	4.3	17.5	2.1	50.5	8.4
Trastorno no especificado	20.1	3.9	15	1.9	42.2	8.3

Llama la atención por un lado, que los puntajes en el EAT de los sujetos con anorexia, se eleva considerablemente probablemente por ser la patología con trastornos de personalidad y síntomas psiquiátricos más evidentes (Silva, 2001). Por otro lado, se puede observar que los sujetos de menor edad son aquellos con trastornos

no especificados, esto podría, tal vez, deberse a que los problemas alimentarios suelen pasar por una fase de indefinición, antes de establecerse como tales.

En cuanto a la zona de residencia, hubo una variabilidad tal que ni siquiera es posible realizar un análisis de frecuencias, sin embargo, los sujetos fluctuaron entre el nivel medio y medio bajo y quienes formaron parte del grupo de contraste pertenecen a la misma zona sociodemográfica que los del grupo clínico según el mapa de clasificación socioeconómica del INEGI.

2. Análisis estadísticos

El instrumento que se empleó constó de un total de 297 reactivos (40 del EAT, 77 del SEViC, 90 para disponibilidad y 90 para creencias). Inicialmente, se llevaron a cabo los análisis descriptivos de cada reactivo para conocer el comportamiento de la muestra en cada uno de los ítems comprendidos en el instrumento, lo cual permitió evaluar el número de casos ausentes por reactivo y observar el comportamiento de la muestra en su totalidad y posteriormente por grupos.

Inmediatamente después, se tomó la decisión de dividir el análisis en dos momentos para facilitar el manejo de los datos. Así, primero se trabajó *ambiente familiar* y, posteriormente, *disponibilidad de alimentos y creencias sobre los mismos.*

2.1 Ambiente familiar

Inicialmente se llevaron a cabo análisis de frecuencias para cada uno de los reactivos que conforman el SEViC y se eliminaron aquellos que no fueron contestados por 90 o más de las participantes por no aplicarse a su caso. Estos reactivos hacían referencia a la muerte o ausencia de los padres durante la infancia.

Tras comprobar que las variables se distribuían normalmente, se compararon las respuestas del grupo clínico y del contraste para cada uno de los reactivos restantes mediante la prueba *t* para muestras independientes ($p < .05$) con el objetivo de conocer los reactivos que diferenciaban a los grupos y eliminar aquellos que no indicaran diferencias significativas entre los mismos. Los reactivos eliminados no están estrechamente relacionados con los trastornos de la conducta alimentaria según la literatura y hacen referencia a aspectos tales como el número de hermanos, nivel escolar de los padres, conflictos generados por problemáticas escolares, etc.

En total se eliminaron 39 de los 77 reactivos que conforman esta parte del instrumento. De los 38 reactivos restantes, 12 hacen referencia a actitudes, prácticas y creencias relacionadas con la alimentación, la figura y el peso. Los otros 26 están relacionados con el funcionamiento familiar.

A fin de obtener datos más precisos, se extrajo de la muestra original (representativa de la población) del estudio de Hernández y Sánchez-Sosa (1993) un total de 355 sujetos que cumplían con las características de edad, sexo y escolaridad de las participantes en este estudio con el afán de obtener una mayor consistencia en los resultados. Se obtuvieron las medias de los puntajes de cada uno de los 26 reactivos referentes al funcionamiento familiar de los 355 sujetos y se compararon con las medias de las respuestas de las 50 participantes del grupo de contraste mediante una prueba *t* para muestras independientes ($p < .05$). Los valores obtenidos fluctuaron entre .051 y .573 indicando que no había diferencias significativas entre las respuestas de ambos grupos.

Una vez comprobado que la ejecución de los 50 participantes del grupo de contraste y la de los 355 sujetos de la muestra original del SEViC era similar, los 26 reactivos de funcionamiento familiar fueron sometidos a un análisis factorial con rotación ortogonal en el que se incluyeron las respuestas de los 405 sujetos. Aunque se contaba con el análisis factorial de la versión original del instrumento, se realizó uno nuevo pues en este estudio no se incluyeron todos los reactivos que conforman dicha versión.

Los factores resultantes de la agrupación de reactivos fueron los siguientes:

Tabla 3

Análisis factorial de ambiente familiar

Factor	Variable	Carga factorial
I. Ambiente proveedor de seguridad y respeto (32.62% de la varianza explicada)	Mi madre me apoyaba	.918
	Reconocían mis esfuerzos	.888
	Mi madre se interesaba en mis opiniones	.880
	Mis padres no peleaban usando violencia física	.825
	Podía decidir el uso de mi tiempo libre	.812
	Tenía confianza en mi madre	.810
	Mi madre no ordenaba de modo duro ni ofensivo	.787
	Mi padre me apoyaba	.767
	Mis padres no amenazaban con divorciarse	.758
	Mi padre no ordenaba de modo duro ni ofensivo	.756
	Mi padre me castigaba con razón	.641
	Mi madre me castigaba con razón	.634
II. Calidad de la relación con el padre (14.02% de la varianza explicada)	Mi padre no peleaba discutiendo ni gritando	.801
	Mis padres no peleaban frente a mi o mis hermanos	.754
	Mi padre no me comparaba negativamente	.637
	Mi padre me mostraba su afecto y cariño	.623
	Con mi padre platicaba como amigos	.422
	Mi padre no aplicaba el castigo físico	.404
III. Calidad de la relación con la madre (11.57% de la varianza explicada)	Mi madre no aplicaba el castigo físico	.725
	Mi madre no me comparaba negativamente	.617
	Me permitían escoger a mis amigos	.614
	Mi madre mostraba su afecto y cariño	.480

Total de la varianza explicada: 58.19%

Los 12 reactivos referentes a alimentación fueron también sometidos a un análisis factorial con rotación ortogonal utilizando las respuestas de los 100 participantes de este estudio. Ya que dichos reactivos no aparecen en la versión original del SEViC, no se pudo utilizar la muestra de 355 sujetos. En este caso, se obtuvo lo siguiente:

Tabla 4

Análisis factorial alimentación

Factor	Variable	Carga factorial
I. Importancia de la apariencia (34.13% de la varianza explicada)	En mi familia está mal visto estar pasado de peso	.838
	De más joven no me sentía contenta con mi aspecto	.773
	Mi madre hacía comentarios molestos respecto a mi aspecto	.747
	En mi familia es muy importante la apariencia física	.635
	Mi madre exageraba en preocuparse por mi apariencia	.572
	Mi madre hacía comentarios negativos respecto a su aspecto	.569
	Mi madre exageraba en la importancia que le daba a su apariencia	.486
II. Disciplina y alimentaciónde (31.5% de la varianza Explicada)	Mi madre insistía en que comiera más o menos lo que yo comía	.856
	Mi madre estaba demasiado al pendiente de lo que yo comía	.707
	Me obligaban a comer aunque no me gustara la Comida	.654
	Me regañaban por la cantidad de comida que ingería	.552

Total de la varianza explicada: 65.63%

Posteriormente, y tomando en cuenta los cinco factores resultantes (3 de ambiente familiar y 2 de alimentación) se compararon las medias del grupo clínico y del de contraste utilizando una prueba *t* para muestras independientes ($p < .05$), encontrando lo siguiente:

Tabla 5

Puntajes de las medias del grupo clínico y el de contraste para el análisis factorial

Factor	Grupo	Media	DE	Significancia
Ambiente proveedor de seguridad y confianza	Clínico	26.11	9.01	.000
	Control	19.26	7.48	
Relación con el padre	Clínico	10.73	3.70	.001
	Control	8.37	3.29	
Relación con la madre	Clínico	6.04	3.09	.000
	Control	3.70	1.83	
Importancia de la apariencia física	Clínico	15.40	5.89	.000
	Control	9.22	3.81	
Disciplina y alimentación	Clínico	10.12	3.77	.000
	Control	6.76	2.97	

Como puede observarse, las diferencias entre los grupos son significativas y las medias del grupo clínico son más altas en todos los casos, lo cual indica ambientes, relaciones y conductas de mayor riesgo y/o condiciones menos favorables en las dimensiones evaluadas.

Por otro lado, con una prueba de correlación de Pearson, se encontró, como se observa a continuación, que aunque existe una correlación significativa entre todos los factores, las correlaciones más fuertes (p <.01) se establecen entre *importancia de la apariencia física* y todos los demás, y que las correlaciones más débiles son aquellas en las que aparece el factor *relación con el padre.* Los únicos factores que no correlacionan son *calidad de relación con el padre y calidad de relación con la madre.*

Tabla 6

Correlación entre factores

	Apariencia Física	Conducta y alimentación	Ambiente seguro	Relación padre	Relación madre
Importancia de la Apariencia física	1.000	.525**	.497**	.416**	.529**
Conductas relacionadas con la alimentación	.525**	1.000	319**	.212*	.403**
Ambiente proveedor de seguridad y confianza	.497**	.319**	1.000	.532**	.722**
Calidad de la relación con el padre	.416**	.212*	.532**	1.000	.193
Calidad de la relación Con la madre	.529**	.403**	.722**	193	1.000

**Correlación significativa al 0.01

*Correlación significativa al 0.05

Finalmente, se llevó a cabo un Análisis Discriminante a fin de dilucidar cuál factor cobra más peso en la caracterización de los grupos y se obtuvieron los siguientes datos: Lambda de Wilks = .647 Chi-cuadrada = 41.648, gl = 5.

En la matriz de la estructura resultante de este análisis se observa que el factor *Importancia de la apariencia física* es el más importante en la caracterización del grupo clínico, seguido por *disciplina y alimentación, calidad de la relación con la madre, ambiente proveedor de seguridad y respeto y calidad de la relación con el padre.*

TABLA 7

Matriz de la estructura del análisis discriminante.

Factor	**Valor de la función**
Importancia de la apariencia física	.850
Disciplina y alimentación	.677
Relación con la madre	.628
Ambiente proveedor de seguridad y confianza	.565
Relación con el padre	.460

En la tabla anterior se presentan los valores de la correlación absoluta entre cada variable y la función discriminante. En este caso, las variables relacionadas con la importancia que se le da a la apariencia y la alimentación parecen ser las más características del fenómeno, siendo el papel del padre la variable que menor peso adquiere.

2.2 Disponibilidad de alimentos

En este segundo momento, se analizaron los datos obtenidos con la tercera parte del instrumento, que consiste en un listado de alimentos divididos en 5 grupos alimenticios (leguminosas y alimentos de origen animal; frutas y verduras; azúcares; grasas y cereales y tubérculos) todos ellos productos de consumo frecuente en la dieta de los adolescentes y jóvenes de las ciudades de México y de Cuernavaca.

Originalmente, el instrumento es capaz de medir vectores alimenticios mediante una entrevista rigurosa, alimento por alimento, de la frecuencia en el consumo, por lo que incluyen opciones como la comida de restaurantes o fondas y la comida rápida (como pizzas). Sin embargo, como el propósito del presente estudio no fue evaluar vectores y dado que tales alimentos son inclasificables en cuanto a su composición, esas opciones fueron eliminadas del listado, cuya conformación final se presenta en la tabla a continuación:

Tabla 8

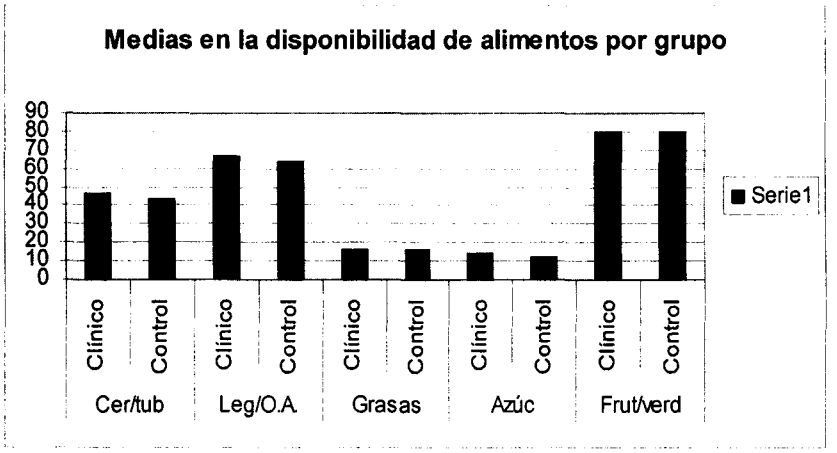
Lista de alimentos por grupo

Leguminosas y alimentos de origen animal	**Grasas**	**Frutas y verduras**	**Cereales y tubérculos**	**Azúcares**
Leche Queso oaxaca Queso manchego o chihuahua Yogurt Queso fresco o cottage Frijoles Chícharos Lentejas o garbanzos Huevos Pollo Jamón Carne de res Carne de cerdo Pescados o mariscos Salchicha Hígados de res o de pollo Chorizo o longaniza Carnitas Barbacoa Tacos Sopes o quesadillas Hamburguesas Hot dogs Sándwiches Tortas	Queso crema Margarina Mantequilla Aguacate Chicharrón De cerdo Chocolates	Plátano Naranja Melón Manzana Sandía Piña Papaya Pera Mango Mandarina Fresas Durazno y/o chabacano Uvas Tuna Ciruelas Mamey Jitomate en salsa o guisado Jitomate crudo Zanahorias Lechuga Espinacas Calabazas o chayotes Nopales Flor de calabaza Coliflor Brócoli Ejotes Elote Salsa o chile	Papa o camote Pizzas Tortillas Tamales Pan bimbo Bolillos o teleras Pan dulce Arroz Sopa de pasta Avena Hot cakes Pan francés Atole Pasteles Frituras Helado Gansitos, submarinos, etc. Galletas Palomitas de maíz	Refrescos de cola Frutsi o boing Ate, miel mermelada, cajeta o leche condensada

Inicialmente, se intentó medir la disponibilidad de alimentos preguntando a las participantes, mediante un listado de 90 comidas de consumo frecuente en la Ciudad de México, con qué frecuencia, en un periodo de un año, se sirven esos alimentos en sus hogares, siguiendo los principios del *Youth Food Frequency Questionnaire* (Rockett, 1997, citado por Hernández & cols., 1999).

En este caso no se encontraron diferencias significativas entre los grupos, pues las medias de ambos eran a simple vista similares, como se puede comprobar a continuación. No obstante, se aplicó una prueba *t* para muestras independientes ($p < .05$), y los valores encontrados fluctuaron entre .059 y .999, corroborando que, efectivamente, no existían diferencias entre las medias de los grupos.

Gráfica 1



No obstante, se pueden observar ligeras variaciones en leguminosas y alimentos de origen animal, azúcares y cereales y tubérculos, donde las medias del grupo clínico son más elevadas, lo que indicaría una mayor disponibilidad de este tipo de alimentos.

Tabla 9

Medias de los grupos respecto a disponibilidad de alimentos

Alimentos	Grupo	Media	Desviación
Leguminosas/ Origen animal	Clínico	66.94	14.21
	Control	64.06	12.08
Grasas	Clínico	16.12	4.98
	Control	16.08	3.86
Frutas/Verduras	Clínico	79.69	18.81
	Control	79.68	19.81
Cereales/tubérculos	Clínico	46.10	12.20
	Control	43.39	8.35
Azúcares	Clínico	13.96	4.65
	Control	12.53	3.77

En esta sección, en la que se intentó evaluar la disponibilidad de alimentos, probablemente se cometió un error de medición pues tal vez la forma de interrogar a los sujetos no fue la adecuada.

Por lo anterior, tampoco fue posible obtener un criterio para evaluar si los patrones de alimentación reportados podían considerarse como "saludables" pues para ello hubiera sido preciso evaluar la disponibilidad por vectores alimenticios, para lo cual es necesaria una entrevista directa y meticulosa, alimento por alimento.

Por otro lado, es posible que la percepción del sujeto al respecto sea poco confiable; también cabe la posibilidad de que fuera más veraz una entrevista que un cuestionario de autoaplicación, o tal vez valdría la pena modificar las opciones de respuesta. Sea cual fuera la solución, lo cierto es que es necesario desarrollar nuevas técnicas que evalúen de manera confiable la influencia de la disponibilidad de alimentos sobre el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria pues es una variable que debe ser estudiada a profundidad antes de descartar su asociación con estas patologías.

2.3 Creencias acerca de los alimentos

Por último se trabajó el listado de alimentos en función de las creencias y el consumo. Inicialmente, se analizó la frecuencia de respuestas para cada alimento tanto en el grupo clínico como en el de contraste en cuatro categorías: *a) engorda y lo como b) engorda y no lo como c) no engorda y lo como d) no engorda y no lo como*, y se observó que las participantes del grupo clínico suelen consumir un número menor de alimentos y que consideran como "engordantes" un número mayor de ellos que las participantes del grupo de contraste.

Un análisis también de frecuencias, pero agrupando los alimentos en los cinco conjuntos que constituyen el listado, sirvió para comparar mediante la prueba de *chi cuadrada* las respuestas de ambos grupos para cada conjunto de alimentos.

Como se verá a continuación, según los porcentajes de respuesta de las participantes, se considera que el alimento que más engorda, aunque lo consumen, son los cereales y los tubérculos, seguidos por las grasas, las leguminosas y los alimentos de origen animal, y finalmente las frutas y las verduras. También se observa que prefieren evitar las grasas en primer lugar, después los azúcares, luego los cereales y tubérculos y finalmente las leguminosas y los alimentos de origen animal, siendo las frutas y verduras los alimentos de mayor consumo en ambos grupos. En todos los casos, las diferencias de frecuencia en las respuestas entre el grupo clínico y el contraste, son significativas según la prueba de *chi cuadrada* ($p < .05$) con un puntaje de 42.86 y 6 grados de libertad.

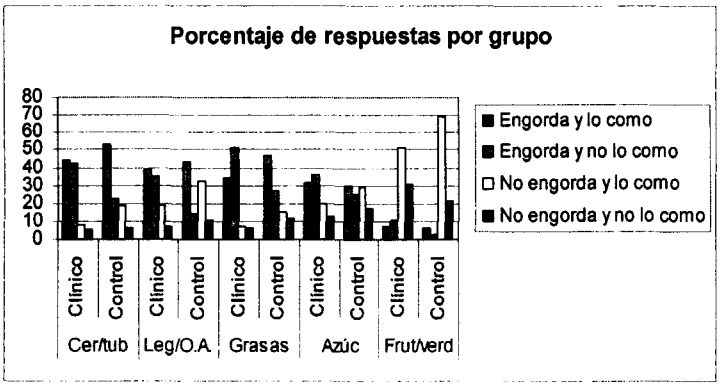
En la tabla a continuación, podemos observar los porcentajes de respuesta por grupo respecto a las creencias sobre los alimentos. Como puede comprobarse, en el grupo clínico son mayores las frecuencias de la opciones "no lo como" y "engorda"

Tabla 10

Porcentaje de respuesta por grupo respecto a creencias y consumo

Alimentos	Grupo	Engorda y lo como	Engorda y no lo como	No engorda y lo como	No engorda y no lo como
Cereales y tubérculos	Clínico	44.01	42.43	8.53	5.03
	Control	52.68	22.42	19.05	5.85
Leguminosas/ Origen animal	Clínico	38.7	35	19.3	7
	Control	42.7	14.6	32.2	10.4
Grasas	Clínico	34.4	51.5	7.4	6.7
	Control	46.5	26.6	15.5	11.4
Azúcares	Clínico	31.3	35.7	20.1	12.9
	Control	29.3	25.3	28.5	16.8
Frutas y Verduras	Clínico	7.4	10.8	51.6	30.3
	Control	6.0	3.1	68.8	22.0

Gráfica 2



En esta gráfica se observa que para ambos grupos los alimentos que más engordan son los cereales y los tubérculos. Sin embargo, llama la atención que el grupo clínico presenta un porcentaje alto en respuestas en cuanto a que consumen tales alimentos. Esto se puede deber a que son las comidas que, por lo general, las bulímicas y las comedoras compulsivas prefieren para los atracones. Sin embargo, el consumo sigue siendo mayor parra los sujetos del grupo de contraste, pues el grupo clínico responde más en las opciones que implican *no lo como.* Así, los sujetos del grupo de contraste reportan un mayor consumo de alimentos independientemente de que engorden o no.

Por otra parte, la mayor parte de los sujetos consideran que las grasas engordan, con la diferencia de que es más común que los sujetos de contraste las consuman, a pesar de ello, que los clínicos. El grupo alimenticio que parece ser el preferido por todos los sujetos de este estudio es el de las frutas y las verduras pues, en general, consideran que no engordan, aún así, se puede observar que los sujetos del grupo de contraste reportan un mayor consumo que los del grupo clínico.

Tanto en el grupo de cereales como en el de azúcares las respuestas se concentran en los apartados de "engorda," y nuevamente podemos observar una mayor frecuencia de consumo entre los sujetos del grupo de contraste que entre los del grupo clínico.

Consistentemente, entonces, las respuestas de "engorda y no lo como" son aportadas con mayor frecuencia por el grupo clínico, así como las respuestas de "engorda pero lo como" se concentran en el grupo de contraste, excepto en frutas y verduras y azúcares, en tanto que el grupo clínico considera como "engordantes" un mayor número de frutas y de verduras.

Al llevar a cabo el análisis de la distribución de respuestas al interior del grupo clínico se observaron variaciones en las creencias y el consumo dependiendo del diagnóstico:

Gráfica 3

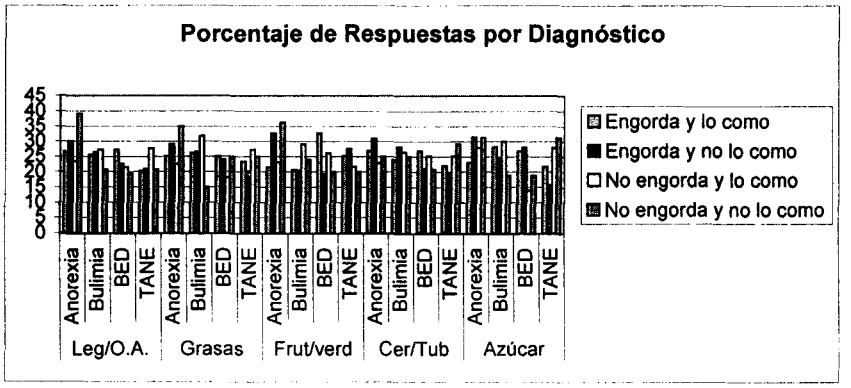


Tabla 11

Porcentaje de respuestas en creencias y consumo: grupo clínico

		Engorda y lo como	Engorda y no lo como	No engorda y si lo como	No engorda y no lo como
Leguminosas Origen animal	Anorexia	26.7	30.1	23.5	39
	Bulimia	25.6	26.5	27.3	20.7
	BED	27.3	22.6	21.4	19.5
	TANE	20.4	20.9	27.7	20.7
Grasas	Anorexia	25.2	29.2	22.7	35.0
	Bulimia	26.2	26.6	31.8	15.0
	BED	25.2	24.0	18.2	25.0
	TANE	23.3	20.1	27.3	25.0
Frutas Verduras	Anorexia	21.5	32.7	23.1	36.3
	Bulimia	20.6	20.5	29.1	24.0
	BED	32.7	19.2	26.1	19.9
	TANE	25.2	27.6	21.7	19.9
Cereales y Tubérculos	Anorexia	27.1	31.0	22.9	25.0
	Bulimia	23.9	28.3	26.5	25.0
	BED	26.9	21.0	25.3	20.8
	TANE	22.1	19.7	25.3	29.2
Azúcares	Anorexia	23.1	31.5	28.0	31.3
	Bulimia	28.2	24.7	30.0	18.8
	BED	26.9	28.1	14.0	18.8
	TANE	21.8	15.7	28.0	31.3

En este caso, vuelve a evidenciarse que las respuestas se concentran en "engorda" excepto en frutas y verduras que en general no se consideran "engordadoras," mientras que por diagnóstico la distribución parece bastante regular, y probablemente las mayores diferencias se encuentren entre las anoréxicas y las comedoras compulsivas, lo cual resulta coherente si tomamos en cuenta los síntomas de los padecimientos que, por cierto, parecen estar polarizados.

FASE II

METODOLOGÍA

Justificación

Los trastornos de la conducta alimentaria constituyen un problema complejo y de difícil manejo para los padres de familia y para la gente en general, en tanto que existe un profundo desconocimiento de la problemática.

Una de las principales dificultades a las que se enfrenta el clínico es que los pacientes suelen buscar ayuda cuando la enfermedad está muy avanzada lo cual entorpece el proceso de tratamiento y hace que el pronóstico no sea tan favorable como se desearía. Esto se debe, en muchos casos, a que los padres de familia no se dan cuenta a tiempo de que las preocupaciones hacia el peso y la figura de sus hijos dejan de formar parte del proceso normal de su ajuste como adolescentes.

Además, una vez iniciado el tratamiento, es común que éste se vea frecuentemente obstaculizado por la falta de apoyo del entorno inmediato al paciente y, la mayor parte de las veces, el motivo de ello es que en el seno de la familia sigue sin comprenderse que quien sufre un trastorno alimentario realmente padece una enfermedad. Por lo general, la creencia popular es que comer o dejar de comer, vomitar

o no, es un problema simplemente de voluntad y que, por tanto, los síntomas desaparecerían si el joven se decidiera a alimentarse normalmente.

Este estudio, entonces, pretende generar un documento de sencilla lectura que apoye a los padres de familia con hijos adolescentes que les permita comprender, prevenir, detectar tempranamente y/o manejar las patologías alimentarias, tomando en cuenta los hallazgos de la Fase I del trabajo.

Objetivo general:

Dotar a los padres de familia de información básica sobre los trastornos de la conducta alimentaria y de algunas sencillas estrategias de prevención, reconocimiento y manejo de dichos trastornos.

Objetivos específicos

1) Que el lector adquiera conocimiento acerca de los trastornos de la conducta alimentaria para que sea capaz de identificar las conductas y actitudes propias de los mismos.
2) Proveer al lector de recomendaciones para evitar situaciones de riesgo para sus hijos.
3) Que el lector reciba información sobre cómo manejar a personas con trastornos alimentarios.

Procedimiento

Se construyeron dos folletos dirigidos a padres de familia. El primero sobre prevención y el segundo sobre detección y tratamiento de los trastornos alimentarios. Ambos folletos se pusieron a consideración de un grupo de padres con hijos de diferentes edades con el afán de recoger las opiniones de un grupo lo más variado posible en cuanto a edad, escolaridad y zona de residencia. Los padres fueron divididos en dos grupos: quienes tenían hijos menores de 11 años y los que tenían hijos mayores de esa edad. A los primeros (con hijos menores de 11) se les dio el folleto referente a prevención y a los segundos (hijos mayores de 11) se les dio el correspondiente a detección y tratamiento. Posteriormente, se analizaron las opiniones recogidas y se reelaboraron los documentos resultando en un solo folleto como se verá más adelante.

Ambos folletos quedaron conformados por tres secciones:

1) *Información general*: donde se planteó qué son los trastornos alimentarios y sus principales síntomas.
2) *Preguntas frecuentes*: buscando responder a las inquietudes del lector.
3) *Consejos y recomendaciones*: en la que se pretende aportar, de manera accesible y sencilla, estrategias cognitivas y conductuales que favorezcan la prevención y el manejo de los trastornos alimentarios.

FOLLETO 1

¿CÓMO EVITO QUE MIS HIJOS DESARROLLEN UN TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA?

Aunque los trastornos de la conducta alimentaria son más comunes entre los adolescentes que en los niños, durante la infancia de nuestros hijos podemos tomar algunas precauciones para evitar que desarrollen conductas y hábitos que más adelante pudieran convertirse en un problema.

Los trastornos de la alimentación son enfermedades que cualquier niño puede desarrollar y que cada día son más frecuentes. Aparecen, por lo general, durante la adolescencia (entre los 12 y los 20 años) pues es una etapa particularmente vulnerable. Sin embargo, cada día es más común observar estas problemáticas en niños pequeños y en adultos.

Además, aunque aparecen más en mujeres, también los pueden sufrir los hombres, por lo que es importante poner atención a nuestros hijos de ambos sexos.

En términos generales, los trastornos alimentarios consisten en una serie de alteraciones en la forma de comer y en la manifestación de conductas anormales relacionadas con el peso y la imagen corporal. Los más comunes son la anorexia, la bulimia y el comer compulsivo.

A continuación presentaremos brevemente en qué consiste cada uno de ellos:

ANOREXIA

Las personas que tienen anorexia no comen por temor a engordar. No importa cuán flacas sean, creen que están gordas o que tienen que bajar de peso "un poco más". Por lo general, empiezan haciendo una dieta, ya sea que la necesiten o no y, cuando la terminan, no vuelven a comer de todo, siguen cuidándose, comen poco y no comen aquellos alimentos que suponen que engordan. Conforme pasa el tiempo, comen cada vez menos y adelgazan cada vez más. Como no se alimentan adecuadamente, se debilitan, se ven tristes, callados y enojados, pues aunque no quieren comer sí tienen hambre y se les antoja la comida.

Algunas veces son capaces de engañar a la gente que está cerca de ellos haciéndole creer que comen, pero pueden llegar al extremo de esconder la comida o tirarla. Siempre tienen una

explicación de por qué no comen: "se sienten mal", "desayunaron mucho", "no les gusta lo que les ofrecen", "tienen prisa", "están muy llenos", etc.

Cuando la anorexia no se descubre a tiempo, o no se inicia el tratamiento adecuado, puede producir deficiencias importantes como irregularidades o desaparición de la menstruación en el caso de las mujeres y alteraciones hormonales en el caso de los hombres. Se observan también desmayos, mareos, dolores de cabeza y de estómago, caída del cabello, piel seca, y aparición de vello en el cuerpo.

A quienes la padecen les cuesta trabajo recordar cosas y poner atención, dejan de tener energía para llevar a cabo las actividades diarias, se alejan del grupo de amigos, se les ve tristes, irritados, ojerosos y su piel adquiere el tono grisáceo característico de la anemia y la desnutrición. Esta enfermedad, en su grado más grave, puede incluso provocar la muerte, casi siempre debido a paros cardiacos.

BULIMIA

Las personas que sufren de bulimia por lo general están en su peso o un poco por arriba de él. Esta enfermedad también puede empezar con una dieta pero, en este caso, cuesta mucho trabajo dejar de comer, por lo que se busca la forma de seguirlo haciendo pero sin engordar.

Quienes la padecen suelen ser personas que no tienen mucho control sobre lo que hacen, por lo que algunas veces comen cantidades normales pero, otras veces, generalmente a escondidas, comen muchísimo más de lo que la mayoría de la gente podría comer en ese mismo tiempo. Esto les hace sentir culpables pues no quieren engordar, y se enojan por no haber podido contener las ganas de comer, por lo que se sienten en la necesidad de hacer algo para que esa comida no les engorde. Así, los atracones pueden estar seguidos por el uso de laxantes, diuréticos o por hacer ejercicio de manera exagerada, todo para "bajar" la comida y no engordar. La bulimia, entonces, no nada más significa comer y vomitar, si no comer muchísimo y luego hacer cosas para no engordar. Sin embargo, lo más evidente es el vómito. Al principio, se vomita sólo de vez en cuando, ya que es perfectamente controlable, pero poco a poco se va volviendo tan frecuente, que llega un momento en que ya no hace falta que lo provoquen, pues el estómago termina por rechazar la comida aún cuando no exista el deseo de vomitar.

Aunque quienes tienen bulimia no adelgazan tanto como con la anorexia también llegan a tener problemas de salud importantes. Igualmente, son personas mal alimentadas porque el vómito, el exceso de ejercicio y/o los laxantes, no dejan que lleguen suficientes nutrientes al cuerpo; sufren de dolores de estómago y de garganta frecuentes, se vuelven muy irritables, impulsivas y agresivas, tienen dificultad para poner atención y para hacer amigos. La bulimia puede provocar daños importantes en el estómago y el esófago y puede llevar también a la muerte, por lo general, debido a estallamiento de vísceras.

Muchas veces, quienes padecen trastornos alimentarios de este tipo pueden pasar por periodos de anorexia y otros de bulimia, pero independientemente de la forma en la que se presenten, tienden a deprimirse, se sienten angustiados y ansiosos, y se deterioran sus relaciones con los otros de manera importante.

COMER COMPULSIVO

Los comedores compulsivos suelen estar pasados de peso y no tienen deseos de adelgazar aunque tampoco están contentos con su figura. Son personas que se sienten insatisfechas con muchos aspectos de su vida y que encuentran en la comida un falso consuelo.

El comer compulsivo se caracteriza por los atracones frecuentes. Un atracón implica comer sin control, cantidades de comida mucho mayores a las que pueden consumir otras personas en el mismo lapso. Puede durar unos cuantos minutos o incluso varias horas, y puede terminar por producir dolores estomacales.

Suelen recurrir a la comida sin tener hambre y cuando se sienten tristes, enojados, culpables, nerviosos, etc., pues comer les hace sentir mejor por un momento, aunque se sienten culpables y angustiados tornándose irritables, depresivos y ansiosos.

Físicamente pueden llegar a tener problemas importantes pues el comer compulsivo está muy relacionado con la obesidad, y los obesos sufren de las rodillas, los tobillos, la cadera y la espalda; tienen dolores gástricos y presentan problemas circulatorios y cardiacos.

Cabe aclarar que no todos los obesos son comedores compulsivos y que no todos los comedores compulsivos son obesos, por lo menos en la primera etapa de la enfermedad.

Todos estos trastornos son muy delicados, por lo que no debemos restarle importancia a su prevención. Justo cuando nuestros hijos son pequeños podemos enseñarles hábitos de

alimentación sanos y dotarlos de elementos que los protejan de desarrollar enfermedades de este tipo.

NO QUIERO QUE MIS HIJOS DESARROLLEN TRASTORNOS ALIMENTARIOS: ¿QUÉ PUEDO HACER?

Se sabe que los trastornos de la alimentación se originan por diferentes razones: psicológicas, sociales, culturales, familiares, etc., por lo que su estudio y tratamiento puede resultar complicado. Aún así, hay alguna cosas sencillas que los padres podemos hacer para tratar de evitar que nuestros hijos desarrollen un trastorno de la alimentación.

El propósito de este escrito es proporcionarle algunos consejos para ayudarle a crear en su hogar un ambiente que proteja a sus hijos de la anorexia, la bulimia, o el comer compulsivo

1. *Trate de no hablar despectivamente del físico de las personas frente a sus hijos. Al hacerlo, sus hijos pueden aprender, erróneamente, que el aspecto es lo más importante de una persona y que a usted le molestaría o le avergonzaría que la apariencia de ellos no fuera impecable.*
2. *Enséñele a sus hijos a valorar a los otros. Recuérdeles que existen características (como ser buena persona, ser inteligente, noble, etc.) mucho más importantes que estar delgado o ser guapo.*
3. *Evite criticar a sus hijos frente a ellos. Es importante que se sientan aceptados y queridos independientemente de sus características o de sus conductas.*
4. *Ponga límites pero también de a sus hijos libertad. Aunque es fundamental estar al pendiente de los hijos, es importante recordar que no se puede ni se debe tener control absoluto sobre ellos, permita que tomen sus propias decisiones en algunos asuntos simples.*
5. *No le de excesiva importancia a la apariencia física de sus hijos. Aunque no le guste la forma de vestir de sus hijos, o no tengan el cuerpo que usted cree que deberían tener, deje que ellos decidan qué ponerse, cuándo hacer ejercicio o si hacen o no una dieta. No se preocupe sin motivo.*

6 *No sirva demasiada comida a sus niños. Se sabe que los niños pequeños son propensos a comer de más, por lo que es mejor que les sirva pequeñas cantidades y que ellos vuelvan a pedir hasta sentirse saciados.*

7 *Permita que sus hijos decidan cuánto deben comer. Cada niño tiene sus ritmos y sus necesidades. Si cree que sus hijos comen poco, o que comen demasiado, procure darles alimentos más nutritivos y saludables. No lo olvide, sólo ellos pueden saber cuánta comida necesitan. Si están creciendo y subiendo de peso adecuadamente, y si no están pasados de peso, entonces no hay de qué preocuparse*

8 *Respete los horarios de las comidas en medida de lo posible. Todos nosotros necesitamos cierto orden en la alimentación para que nuestro organismo funcione adecuadamente. Es por ello que deben existir horarios establecidos para desayunar, comer y cenar. Como los niños hacen mucho ejercicio y están creciendo, necesitan comer un lunch entre el desayuno y la comida y otro entre la comida y la cena. Este lunch debe tener también horario y debe estar constituido por comida nutritiva.*

9 *Enséñele a sus hijos a tranquilizarse con otras cosas y no sólo con la comida. Es común ofrecerle comida a los niños cuando lloran o están inquietos, pero es importante hacer otro tipo de cosas como darles juguetes o distraerlos, que no aprendan que la única forma de obtener bienestar es la comida.*

10 *Procure disponer los alimentos en forma balanceada. Para tener salud y lograr una buena apariencia, el secreto está en comer de manera equilibrada. Usted puede consultar a un especialista para conseguirlo, o puede recurrir uno de los muchos libros disponibles sobre nutrición.*

11 *Recuerde que sus hijos tienen su propias preferencias. Igual que los adultos, los niños prefieren algunos alimentos y rechazan otros. Trate de que pruebe de todo, incluso lo que a usted no le gusta, pero permítale elegir. No lo obligue a comer algo que le disgusta.*

12 *No haga comer al niño si no tiene hambre. Algunas veces, darle un dulce o una galleta al niño lo mantiene tranquilo. Otras veces le ofrecemos comida atractiva como helados o pasteles y el niño, aunque no tenga hambre, va a comer. No olvide*

que debemos comer única y exclusivamente cuando tenemos hambre. Deje que el niño pida la comida, no le enseñe a comer por comer.

13 No obligue al niño a comer. Los niños no pueden comer lo que nosotros queremos y la cantidad que nos parece adecuada. No debemos forzarlo a que coma más de lo que desea o alimentos que no le gustan, sobretodo si son niños sanos, en peso y talla correspondientes a su edad. Sólo el pediatra puede determinar si la alimentación de su hijo está siendo insuficiente.

14 Demuéstrele a sus hijos su afecto y cariño. Haga que sus hijos se sientan queridos, apoyados y escuchados. Esto mejorará notablemente su relación con ellos y los protegerá de estos y otros trastornos.

15 Muestre interés en las opiniones de sus hijos. Es muy importante que ellos se sientan importantes e inteligentes, pero sobretodo es importante que les demuestre que le interesan, que los escucha y que se preocupa por ellos. Con esto conseguirá que su hijo le comunique sus temores, preocupaciones y problemas.

16 Fomente que sus hijos hablen de sus sentimientos. Es importante que los niños aprendan a identificar lo que sienten y que sepan que pueden hablar de ello para sentirse mejor.

17 Reconozca los esfuerzos de sus hijos. Los niños hacen muchas cosas para conseguir nuestra atención y nuestro cariño. También necesitan de nuestra aprobación para aprender qué está bien y qué no lo está. Festejar sus logros les da seguridad en sí mismos.

18 Confíe en sus hijos. Confíe también en usted y en la forma como los ha educado. Platique con ellos y gane su confianza. No los espíe ni trate de saber absolutamente todo lo que hacen. Ellos también, aunque pequeños, necesitan privacidad.

19 Regáñelos con firmeza pero con amor. Evite utilizar frases como "eres un tonto," "no haces nada bien," "ya no te quiero," etc. Los niños deben aprender que aunque se equivoque o aunque usted se enoje, son queridos y pueden reparar el error.

20 Cuando hagan algo bien, reconózcaselo. Es importante que los niños sepan que no se les pone atención sólo cuando se portan mal o se equivocan, si no que las cosas buenas son más valiosas.

PREGUNTAS FRECUENTES

¿Los niños pequeños pueden tener trastornos de la alimentación?

Sí, aunque no es lo más común. Por lo general, los trastornos alimentarios comienzan hasta la pubertad o la adolescencia, pero sí es importante prevenirlos desde la infancia.

Mi hijo es gordito ¿eso es malo?

Estar pasado de peso nunca es saludable aunque los niños se vean bonitos o "simpáticos." Si es el caso de su hijo(a), sería bueno que consultara a su médico, pues puede tener algún desorden a nivel físico, puede ser que sus hábitos de alimentación no sean adecuados, que necesite más actividad física o, incluso, que padezca un trastorno alimentario.

¿Cómo se qué cantidad de comida debo darle a mis hijos?

En realidad, los únicos que saben cuánta comida necesitan, son ellos mismos. Hay niños que necesitan comer más y otros que necesitan comer menos. También debemos recordar que los niños pasan por etapas en las que tienen más hambre y otras en las que comen poco. Si la comida que se les ofrece es balanceada y si su pediatra considera que están creciendo y ganando peso conforme a su edad, permita que coman la cantidad que ellos prefieran. Eso sí, deben comer de manera balanceada y con horarios establecidos. Es mejor ofrecerles cantidades pequeñas y que ellos mismos pidan más, que acostumbrarlos a comer mucho.

¿Son buenos los complementos alimenticios?

Son buenos pero sólo si son necesarios. Nada es mejor que un buen plato de fruta, una buena carne, etc. Lo que es importante es que no se recurra a ningún complemento ni a ningún medicamento para abrir el apetito de sus hijos si no fueron recetados por su médico.

Mi hijo no quiere comer ¿lo obligo?

Obligar a los niños a comer no es una buena idea. Recuerde que su hijo puede estar pasando por un periodo de poca hambre o puede sentirse mal. Es mejor que trate de acordar con él "dos cucharadas y ya," "come sopa y te doy postre," etc., pero no permita que sustituya la comida por dulces o pasteles, no basta con comer, lo importante es comer bien. Si su hijo

pasa un periodo largo (más de dos semanas) presentando poco apetito, conviene consultarlo con su pediatra.

La hora de la comida es una lucha constante, ¿qué puedo hacer?

La hora de la comida es un momento socialmente importante y los niños lo saben. También saben que pueden obtener el control sobre las emociones de mamá, pues es fácil sacarla de quicio si no come o si se porta mal al hacerlo. Es por ello que, primero que nada, no le muestre su enojo al niño, si no come, no se mortifique, no le va a pasar nada malo por un día o dos de no comer bien. En segundo lugar, ponga las reglas claras, si el niño hace "porquerías" o juega con la comida, bájelo de su silla, y dele un "tiempo muerto" (llevarlo a su cuarto o a un lugar alejado; se recomienda 1 minuto por año de edad), vuélvalo a sentar y repita la operación hasta que el niño aprenda a comer como usted espera. Cante y juegue, convierta la hora de la comida en un momento familiar para compartir, no en un campo de batalla.

Si desde pequeños inculcamos en nuestros hijos buenos hábitos, cuando sean mayores les será mucho más sencillo vivir de manera saludable, pero tengamos siempre presente que lo más importante para un niño es crecer sabiéndose querido y en un ambiente organizado, con horarios y reglas claras. Confíe en su instinto y tomará las decisiones correctas, pero si se siente desorientado(a) no dude en consultar a un especialista de su confianza. Existen también muchos libros y páginas de internet en los que puede apoyarse y conseguir, con ello, mayor tranquilidad en su actuar como padre o madre.

Para dirigirse a la autora de este documento, escribir a la siguiente dirección electrónica: trast_alimentacion@terra.com.mx

FOLLETO 2

¿PUEDEN MIS HIJOS TENER UN TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA?

Hoy en día los jóvenes están más preocupados que nunca por estar delgados. Mucha gente hace dietas y cada vez hay más alimentos light; hacer ejercicio está de moda y nadie quiere estar pasado de peso, pero aunque cuidar de nuestra apariencia es una buena costumbre, es posible que los jóvenes lleven este deseo al extremo y que se pongan en riesgo de sufrir un trastorno de la alimentación.

Las personas que tienen un trastorno alimentario tienen problemas con su forma de comer ya sea porque comen de más, porque comen de menos, o porque llevan a cabo ciertas conductas que les pueden resultar dañinas y que están relacionadas con el miedo a engordar y la angustia que ese temor produce. Así, los problemas de alimentación no tienen que ver nada más con la nutrición y la comida, si no que tienen su origen en una compleja problemática a nivel psicológico. Algunas veces se debe a una baja autoestima, otras a la sensación de falta de control o a depresiones y angustias. Lo importante es que quede claro que NADIE tiene la culpa, que es una enfermedad como hay muchas y que cualquier persona puede desarrollarla.

Los principales trastornos alimentarios son la bulimia, la anorexia, y el comer compulsivo. Suelen aparecer entre los 12 y los 20 años y se dan más en mujeres que en hombres, pero también pueden sufrirlos los niños pequeños y los adultos jóvenes. La bulimia y la anorexia se fundamentan en el miedo a engordar y en el deseo de enflacar, por lo que dejar de comer o vomitar después de comer se convierte en una "buena idea" para conseguir tales propósitos. El comer compulsivo, en cambio, implica un descuido total de la figura y una aparente indiferencia al engordar o al comer en grandes cantidades, con el objetivo de obtener bienestar y satisfacción.

A continuación hablaremos de cada uno de ellos:

ANOREXIA

Las personas que tienen anorexia dejan de comer por temor a engordar. No importa cuán flacas sean, creen que están gordas o que tienen que bajar de peso "un poco más". Por lo general, los jóvenes empiezan haciendo una dieta, ya sea que la necesiten o no y, cuando la terminan, no vuelven a comer de todo, siguen cuidándose, comen poco y no comen aquellos alimentos que suponen que engordan. Conforme pasa el tiempo, comen cada vez menos y adelgazan cada vez más. Como no se alimentan adecuadamente, se debilitan, se ven tristes, callados e irritables, pues aunque no quieren comer sí tienen hambre y se les antoja la comida.

Algunas veces son capaces de engañar a la gente que está cerca de ellos haciéndole creer que comen, pero pueden llegar al extremo de esconder la comida o tirarla. Siempre tienen una explicación de por qué no comen: "se sienten mal", "desayunaron mucho", "no les gusta lo que les ofrecen", "tienen prisa", "están muy llenos", etc.

Cuando la anorexia no se descubre a tiempo, o no se inicia el tratamiento adecuado, puede producir deficiencias importantes como irregularidades o desaparición de la menstruación en el caso de las mujeres y alteraciones hormonales en el caso de los hombres. Se observan también desmayos, mareos, dolores de cabeza y de estómago, caída del cabello, piel seca, y aparición de vello en el cuerpo. A quienes la padecen les cuesta trabajo recordar cosas y poner atención, dejan de tener energía para llevar a cabo las actividades diarias, se alejan del grupo de amigos, se les ve tristes, irritados, ojerosos y su piel adquiere el tono grisáceo característico de la anemia y la desnutrición. Esta enfermedad, en su grado más grave, puede incluso provocar la muerte, casi siempre debido a paros cardiacos.

BULIMIA

Las personas que sufren de bulimia por lo general están en su peso o un poco por arriba de él. Esta enfermedad también puede empezar con una dieta pero, en este caso, cuesta mucho trabajo dejar de comer, por lo que se busca la forma de seguirlo haciendo pero sin engordar.

Quienes la padecen suelen ser personas que no tienen mucho control sobre lo que hacen, por lo que algunas veces comen cantidades normales pero, otras veces, generalmente a escondidas, comen muchísimo más de lo que la mayoría de la gente podría comer en ese

ANOREXIA

Las personas que tienen anorexia dejan de comer por temor a engordar. No importa cuán flacas sean, creen que están gordas o que tienen que bajar de peso "un poco más". Por lo general, los jóvenes empiezan haciendo una dieta, ya sea que la necesiten o no y, cuando la terminan, no vuelven a comer de todo, siguen cuidándose, comen poco y no comen aquellos alimentos que suponen que engordan. Conforme pasa el tiempo, comen cada vez menos y adelgazan cada vez más. Como no se alimentan adecuadamente, se debilitan, se ven tristes, callados e irritables, pues aunque no quieren comer sí tienen hambre y se les antoja la comida.

Algunas veces son capaces de engañar a la gente que está cerca de ellos haciéndole creer que comen, pero pueden llegar al extremo de esconder la comida o tirarla. Siempre tienen una explicación de por qué no comen: "se sienten mal", "desayunaron mucho", "no les gusta lo que les ofrecen", "tienen prisa", "están muy llenos", etc.

Cuando la anorexia no se descubre a tiempo, o no se inicia el tratamiento adecuado, puede producir deficiencias importantes como irregularidades o desaparición de la menstruación en el caso de las mujeres y alteraciones hormonales en el caso de los hombres. Se observan también desmayos, mareos, dolores de cabeza y de estómago, caída del cabello, piel seca, y aparición de vello en el cuerpo. A quienes la padecen les cuesta trabajo recordar cosas y poner atención, dejan de tener energía para llevar a cabo las actividades diarias, se alejan del grupo de amigos, se les ve tristes, irritados, ojerosos y su piel adquiere el tono grisáceo característico de la anemia y la desnutrición. Esta enfermedad, en su grado más grave, puede incluso provocar la muerte, casi siempre debido a paros cardiacos.

BULIMIA

Las personas que sufren de bulimia por lo general están en su peso o un poco por arriba de él. Esta enfermedad también puede empezar con una dieta pero, en este caso, cuesta mucho trabajo dejar de comer, por lo que se busca la forma de seguirlo haciendo pero sin engordar.

Quienes la padecen suelen ser personas que no tienen mucho control sobre lo que hacen, por lo que algunas veces comen cantidades normales pero, otras veces, generalmente a escondidas, comen muchísimo más de lo que la mayoría de la gente podría comer en ese

mismo tiempo. Esto les hace sentir culpables, pues no quieren engordar y se enojan por no haber podido contener las ganas de comer, por lo que se sienten en la necesidad de hacer algo para que esa comida no les engorde. Así, los atracones pueden estar seguidos por el uso de laxantes, diuréticos o por hacer ejercicio de manera exagerada, todo para "bajar" la comida y no engordar. La bulimia, entonces, no nada más significa comer y vomitar, si no comer muchísimo y luego hacer cosas para no engordar.

Sin embargo, lo más evidente es el vómito. Al principio, se vomita sólo de vez en cuando, ya que es perfectamente controlable, pero poco a poco se va volviendo tan frecuente, que llega un momento en que ya no hace falta que lo provoquen, pues el estómago termina por rechazar la comida aún cuando no exista el deseo de vomitar.

Aunque quienes tienen bulimia no adelgazan tanto como con la anorexia también llegan a tener problemas de salud importantes. Igualmente, son personas mal alimentadas porque el vómito, el exceso de ejercicio y/o los laxantes, no dejan que lleguen suficientes nutrientes al cuerpo; sufren de dolores de estómago y de garganta frecuentes, se vuelven muy irritables, impulsivas y agresivas, tienen dificultad para poner atención y para hacer amigos. La bulimia puede provocar daños importantes en el estómago y el esófago y puede llevar también a la muerte, por lo general, debido a estallamiento de vísceras.

Muchas veces, quienes padecen trastornos alimentarios de este tipo pueden pasar por periodos de anorexia y otros de bulimia, pero independientemente de la forma en la que se presenten, tienden a deprimirse, se sienten angustiados y ansiosos, y se deterioran sus relaciones sociales de manera importante.

COMER COMPULSIVO

Los comedores compulsivos están pasados de peso y no tienen deseos de adelgazar aunque tampoco están contentos con su figura. Son personas que se sienten insatisfechas con muchos aspectos de su vida y que encuentran en la comida un falso consuelo.

El comer compulsivo se caracteriza por los atracones frecuentes (un atracón implica comer sin control cantidades de comida mucho mayores a las que pueden consumir otras personas en el mismo lapso. Un atracón puede durar unos cuantos minutos o incluso varias horas, y puede terminar por producir dolores estomacales.

Los comedores compulsivos suelen recurrir a la comida sin tener hambre y, por lo general, cuando se sienten tristes, enojados, culpables, nerviosos, etc., pues comer les hace sentir mejor por un momento, pero después del atracón se sienten culpables y más angustiados por haber perdido el control, lo que los torna irritables, depresivos y ansiosos.

Físicamente pueden llegar a tener problemas importantes pues el comer compulsivo está muy relacionado con la obesidad, y los obesos sufren de las rodillas, los tobillos, la cadera y la espalda; tienen dolores gástricos y presentan problemas circulatorios y cardiacos. Cabe aclarar que no todos los obesos son comedores compulsivos y que no todos los comedores compulsivos son obesos, por lo menos en la primera etapa de la enfermedad. Como prácticamente cualquier enfermedad, cuando los trastornos de la alimentación son detectados en sus fases tempranas el pronóstico es mucho mejor y su tratamiento más sencillo. Sin embargo, no importa qué tan desarrollado este el padecimiento, existen varias alternativas para solucionar exitosamente estas problemáticas.

En todos los casos, es importante realizar una evaluación inicial para asegurarse de que la sintomatología en efecto constituye un trastorno de la conducta alimentaria, y diseñar un plan específico para cada individuo. La forma de trabajar depende del profesionista a cargo, y es una cuestión personal es decir, no todos los especialistas trabajan de la misma manera. Lo importante es que usted encuentre a una persona que le de confianza y con cuya forma de trabajar se sienta cómodo. Las principales formas para tratar los trastornos de la alimentación son las siguientes:

Psicoterapia individual

Consiste en un trabajo dirigido por un psicólogo, en el que el paciente se enfrenta a sus miedos y preocupaciones, busca sus causas y la forma en que se relacionan con su forma de comer. Bajo este enfoque, las alteraciones alimentarias constituyen una manera errónea de expresar un profundo malestar. Cuando se ha trabajado correctamente, da muy buenos resultados.

Farmacoterapia

Dirigida SIEMPRE por un psiquiatra, consiste en proporcionar medicamentos que disminuyan la angustia del paciente para que, estando tranquilo, pueda resolver su problemática y ajustar sus conductas alimentarias. Por lo general, se usan medicamentos

para tratar la depresión y la ansiedad. Estos fármacos no causan dependencia ni tienen efectos secundarios de importancia, pero el tratamiento debe estar constantemente monitoreado por el médico.

Apoyo nutricional

Las personas que tienen trastornos de la alimentación tienen miedo a comer o comen de más, lo que produce deficiencias en el cuerpo como debilidad y malestar, es por ello que resulta importante que aprendan a comer adecuadamente. Al acudir a un nutriólogo, la persona puede obtener un plan alimenticio y de ejercicio específicamente diseñado para ella. En las fases iniciales de la enfermedad, resulta un apoyo importante.

Psicoterapia de grupo

Hay quien cree que compartir experiencias y preocupaciones con otras personas que sufren de lo mismo, puede resultar reconfortante para los enfermos. En estas terapias la gente habla de cómo se siente y de las cosas que hace para tratar de ayudarse entre todos bajo la dirección de uno o más psicólogos.

Psicoterapia familiar

Cuando en la familia hay una persona con un trastorno de la alimentación, es común que empiece a haber problemas entre los otros miembros de esa familia debido a que puede resultar molesto, es preocupante, muchas veces no se sabe cómo actuar, etc. Esto produce que el enfermo se sienta poco apoyado o culpable, generando aún más conflictos. Cuando toda la familia asiste a una terapia en la que puede hablar de sus molestias e inquietudes, se favorece la recuperación del enfermo y la armonía entre sus miembros.

En cualquier caso, es MUY IMPORTANTE que un experto en la materia, realice la evaluación y dirija el tratamiento. Esta persona será quien haga las recomendaciones pertinentes sobre el tipo de ayuda que el paciente debe recibir.

SEÑALES DE ALERTA

Existen algunas conductas y actitudes típicas en los jóvenes que padecen o que pueden padecer un trastorno de la conducta alimentaria. Es muy importante que pongamos atención en estas señales pues todos nuestros hijos están expuestos a desarrollar estas enfermedades. Si puede describir la conducta de su hijo(a) con cinco o más de las siguientes

frases, valdría la pena buscar la opinión de un profesional, ya que puede estar en riesgo de padecer uno de estos trastornos.

Mi hijo(a):

1 *Dice que está gordo(a), pero yo lo(a) veo delgado(a)*
2 *Lleva varios meses a dieta*
3 *Come poco, pero dice que se llena*
4 *Muchas veces, después de comer, se levanta de la mesa y se va al baño, donde permanece varios minutos*
5 *Está irritable y/o triste*
6 *Come sólo determinados alimentos, pues dice que los otros no le gustan o engordan*
7 *Es poco tolerante y frecuentemente tiene problemas con la gente*
8 *Creo que come demasiado*
9 *Suele sufrir de estreñimiento y/u otros problemas estomacales*
10 *Mi hija tiene irregularidades menstruales*
11 *Se le ve cansado(a) constantemente*
12 *Está irritable*
13 *Cuando empieza a comer, da la impresión de que no puede parar*
14 *Se pone nervioso(a) cuando es hora de comer*
15 *Come con desesperación*
16 *Cuando tiene algún problema, come en exceso o deja de comer*
17 *Está francamente pasado(a) de peso*
18 *Suele usar ropa holgada, no le gusta enseñar su cuerpo*
19 *Se esconde para comer*
20 *La gente le suele decir que está demasiado delgado(a)*
21 *Después de que ha comido, se le nota enojado(a)*
22 *Se le ve triste y desganado(a)*
23 *Dice que está estreñido(a) y toma laxantes con frecuencia*
24 *Hace ejercicio por 45 minutos o más por lo menos cuatro días de la semana*

25 *Si un día no puede hacer ejercicio, al día siguiente hace el doble*

26 *Tiene cambios de humor repentinos*

27 *Parece distraído(a), le cuesta trabajo concentrarse*

28 *Prefiere comer solo(a) que acompañado(a)*

Si sospecho que mi hijo(a) tiene un trastorno de la alimentación

¿QUÉ PUEDO HACER?

A continuación, encontrará algunos sencillos consejos que le pueden servir si sospecha que su hijo(a) tiene un trastorno alimentario. Estos pequeños consejos también le pueden ayudar para que, en caso de que inicie un tratamiento, éste funcione mejor.

1 *Póngase en cuanto antes en contacto con un especialista*

2 *Recuerde que no es un problema de falta de voluntad. No basta con que su hijo(a) se proponga comer o no vomitar o no comer de más. Necesita ayuda.*

3 *Procure NO hacer comentarios respecto a la comida o a la forma de comer de su hijo(a)*

4 *No lo(a) critique ni se avergüence de el(ella)*

5 *No trate de obligarlo(a) a comer*

6 *Trate de distraerlo(a) con actividades interesantes o divertidas. Que no piense todo el tiempo en la comida*

7 *Hágale sentir que le preocupa pero no lo(a) vigile*

8 *No le haga comentarios acerca de su cuerpo como "estás gordo(a)" o "estás muy flaco(a)"*

9 *No haga comentarios acerca de su arreglo personal, la ropa que usa, cómo se peina, etc.*

10 *Permita que tome algunas decisiones siempre y cuando estas no se contrapongan al tratamiento*

11 *No se enoje, lo que su hijo(a) hace no es para molestar*

12 *Tenga mucha paciencia, recuerde que en estos casos, es común que los jóvenes estén irritables y/o deprimidos*

13 *Apoye su tratamiento. Si no está de acuerdo con algo, háblelo con el especialista a cargo.*

14 *Procure no faltar a las citas médicas o terapéuticas*

15 *Acuerde con su hijo(a) los alimentos que prefiere para que los compre y estén siempre disponibles*

16 *Deje que coma lo que él(ella) quiera. Conforme avance su tratamiento irá comiendo cada vez mejor.*

17 *Procure que en casa se sienta tranquilo(a) y relajado(a)*

18 *Trate de platicar con él(ella) pero no insista.*

19 *Repítale constantemente cuánto lo(la) quiere y su deseo de ayudarle.*

20 *Si es el caso, esté al pendiente de que tome sus medicamentos*

21 *Demuéstrele con pequeños detalles cuánto lo(a) quiere*

22 *Respete la privacidad de su hijo(a), no quiera que le hable de sus terapias o de otros asuntos personales*

23 *Recuerde que el tratamiento de los trastornos alimentarios no es sencillo, se requiere de mucho apoyo y paciencia por parte de los padres, pues son procesos largos y con recaídas frecuentes.*

24 *No olvide que su hijo(a) está sufriendo, que no puede controlar lo que le sucede y que eso le hace sentir peor.*

PREGUNTAS FRECUENTES

¿Qué hago si sospecho que mi hijo(a) tiene un trastorno de la alimentación?

Lo primero, es pensar que si su hijo(a) tiene un problema con su forma de comer, puede estar enfermo(a). Los trastornos de la alimentación NO son una necedad ni se curan tratando de convencer al joven de modificar su forma de comer. Es muy importante que consulten a un experto y que se inicie un tratamiento lo antes posible para no permitir que avance la enfermedad.

Mi hijo(a) no quiere comer, ¿lo(a) obligo?

No. Cuando se tiene un problema de la alimentación, la gente no puede pensar más que en la comida, si usted insiste en ello, sólo va a conseguir aumentar la angustia y la preocupación al respecto. Trate de acordar con su hijo(a) los alimentos que prefiere, y procure tenerlos disponibles. No insista en que coma y trate de distraer su atención, que deje de pensar sólo en la comida.

Mi hijo(a) come demasiado y está muy gordo(a) ¿qué hago?

Cuando la comida se convierte en una forma de sentirse mejor, se puede comer sin control. Por lo general, se prefieren comidas de las que llamamos "engordantes" como pasteles, chocolates, frituras, etc. Cuando esto sucede, es importante hablar con su hijo(a), convencerlo(a) de buscar ayuda profesional, pues la obesidad, sea cual sea su causa, puede convertirse en un problema de salud importante. Mientras tanto, procure que en su cocina haya suficiente comida saludable, y disminuya la compra de alimentos "chatarra."

¿El tratamiento para este tipo de problema es costoso?

Existen posibilidades para todos los bolsillos, lo importante es buscar ayuda.

¿Cómo sé si los vómitos y los problemas estomacales de mi hijo(a) se deben a un trastorno de la alimentación o a una enfermedad del estómago?

La diferencia entre una y otra, es que los trastornos de la alimentación aparecen por el gran miedo a engordar o por el deseo de adelgazar, otro tipo de malestares se presentan sin estar relacionados con el peso o la figura. Aún así, si los malestares son recurrentes, consulte a un médico.

Mi hijo(a) está a dieta y está muy preocupado(a) por no engordar, pero yo creo es normal a su edad. ¿Cómo se si es un problema?

Efectivamente, muchos jóvenes están preocupados por verse delgados y también es cierto que puede ser parte de un proceso normal, pero si además de querer adelgazar ha notado un cambio en el carácter de su hijo(a) (como estar serio(a), irritable o triste, o si sus dietas ya duraron más de 6 meses, sería bueno consultar a un especialista.

¿Los hombres también pueden padecer anorexia o bulimia?

Sí, aunque es menos frecuente que en las mujeres, los hombres también pueden sufrir estas enfermedades. Un síntoma específico en algunos hombres es que suelen hacer ejercicio de

manera exagerada, pero también pueden comer de más, dejar de comer, vomitar o usar laxantes.

Hacer ejercicio es una buena costumbre. Me gusta que mi hijo(a) se ejercite. ¿Qué tiene eso de malo?

Efectivamente es una costumbre muy sana siempre y cuando no se exagere con la cantidad de ejercicio que se realiza. Si su hijo(a) no es un deportista de alto rendimiento e insiste en ejercitarse con exageración pues no quiere engordar o porque no le gusta la forma de su cuerpo, aunque coma bien puede tener un problema alimentario relacionado con su imagen corporal.

¿En qué consiste el tratamiento para la gente que tiene trastornos de la alimentación?

Depende en gran medida de la forma en la que se trabaje. Como ya se mencionó, existen diferentes maneras de ayudar a estos pacientes. La estrategia que se sigue, por lo general depende del grado de avance de la enfermedad.

¿Cuánto tiempo dura el tratamiento?

Depende de cada paciente, de lo avanzado de la enfermedad y de la forma en la que se aborda el problema es decir, el tipo de tratamiento que se elige. Pero en cualquier caso, es necesario tener paciencia, pues suelen ser procesos largos, la problemática es compleja y no se puede resolver de un día para otro.

¿Los trastornos de la alimentación desaparecen completamente?

Sí, pero aunque la recuperación sea total, existe siempre la posibilidad de una recaída, por lo que debemos ser cuidadosos.

Ante todo, es importante que si su hijo(a) tiene un trastorno de la alimentación, usted permanezca tranquilo. Existen muchas posibilidades de éxito en el tratamiento de estas enfermedades. No olvide que aunque el principal apoyo de los hijos son sus padres, no siempre podemos resolver todos sus problemas, por ello le proporcionaremos algunas opciones por si necesita ayuda:

- *Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán*
  Tel: 54 87 09 00 y 55 73 06 11
  www.innsz.mx

2 *Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente*

Tel: 56 55 28 11

www.inprf@org.mx

3 *Instituto Nacional de Pediatría*

Tel: 10 84 09 00

www.pediatria.gob.mx

4 *Clínica Avalon*

Tel: 52 45 83 21

www.avalon.com.mx

5 *Clínica Juval Ellen West*

Tel: 55 20 52 42 y 55 40 02 33

www.juval.com.mx

Para dirigirse a la autora de este documento, escribir a la siguiente dirección electrónica: trast_alimentacion@terra.com.mx

Evaluación de los documentos

Dadas las limitaciones prácticas del estudio para evaluar el impacto de los manuales como intervención psico-pedagógica, sólo se realizó un piloteo entre padres de familia para valorar la efectividad en la construcción de los mismos.

Participantes

Los manuscritos fueron puestos a consideración de 205 padres de familia (170 mujeres y 35 hombres), con una media de edad de 41.17 años y una desviación estándar de 7.79, seleccionados intencionalmente en diversas zonas geográficas de la Ciudad de México y áreas conurbadas. El número de hijos varió entre 1 y 4, y sus edades fluctuaron entre los 2 y los 30 años.

A los participantes se les explicó en qué consistían los documentos y se les pidió que los leyeran para después dar su opinión al respecto, haciendo hincapié en que los evaluarían y aportarían comentarios para mejorar el material, para que sus opiniones estuvieran basadas en una actitud más crítica.

Las opiniones fueron recogidas en un formato de evaluación conformado por dos secciones. Primero, se presentaron 16 afirmaciones del tipo "el documento me pareció claro" con cuatro

opciones de respuesta: *nada, poco, regular* y *mucho*. En una segunda sección se les dio la oportunidad a los lectores de manifestar sus dudas y de hacer comentarios al respecto (Ver anexo 2).

Todos los sujetos participaron voluntariamente y fueron elegidos de manera intencional. La mitad de los folletos fueron repartidos entre los padres cuyos hijos tuvieran menos de 11 años por tratarse del material concerniente a prevención. La otra mitad se le hicieron llegar a padres con hijos de más de 11 años pues el contenido del folleto era sobre la detección y el manejo de los trastornos alimentarios.

A continuación se presentan los datos obtenidos:

Tabla 1

Porcentaje de respuestas por reactivo

	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO
El documento es claro			9.75	90.24
El documento es fácil de leer			9.75	90.24
La información es comprensible			7.31	92.68
La información es interesante			7.31	92.68
Es aburrido	78.04	14.63	7.31	
La información me parece útil			2.43	97.56
Los consejos me parecen útiles			4.87	95.12
Los consejos son fáciles de llevar a cabo		2.43	26.82	70.73
Vale la pena leerlo			2.43	97.56
Vale la pena recomendarlo			2.43	97.56

	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO
Aprendí sobre los trastornos de la alimentación		4.87	17.07	78.04
Me queda claro en qué consiste cada trastorno		2.43	14.63	82.92
Creo que me puede ayudar ahora o en el futuro			17.07	87.80
Me quedaron dudas		19.51	21.95	58.53
Cambiaría cosas	51.21	29.26	19.51	
Me gusta la presentación del documento	4.87	36.82	24.39	43.90

Como se puede observar, en términos generales a la gente que se le pidió su opinión le gustaron los documentos y les parecieron útiles, interesantes, claros, comprensibles y fáciles de leer. Algunos comentarios al respecto son los siguientes:

"El folleto es muy claro y conciso, cubre de una manera sencilla toda la información necesaria sobre el tema"

"Está muy bueno y vale la pena leerlo"

"Me parece que es muy buen trabajo"

"Me gusta y me interesó por lo que casi no me tardé en leerlo, aunque es importante que lo vuelva a leer con más cuidado para entender todavía mejor"

"Es un folleto interesante y fácil de leer me ayudó a conocer acerca de temas que hoy en día se comentan mucho pero en realidad poco se conoce de ellos. Esto es importante que se haga llegar a más personas."

"Me parece que es muy buen trabajo y un buen método para que los padres pongan atención a sus hijos(as) sobre todo a nivel básico."

Sin embargo, a todos los sujetos, en menor o mayor medida les quedaron dudas. Al realizar el análisis cualitativo de la evaluación se observó que tales dudas radicaban en la necesidad de recibir más información. Como respuesta a la pregunta *Si le quedaron dudas, ¿cuáles son?* se recibieron comentarios como, por ejemplo:

"Los trastornos que ocasiona cada enfermedad deberían ser más explícitos. El folleto debería contener más detalles"

"Me gustaría que hubiera más información"

"Quisiera que la información fuera más completa y que pueda convencer a las personas de la magnitud de estos problemas"

"Que de más información sobre este problema que está invadiendo a los adolescentes en la vida actual. Gracias"

"Quedan algunas preguntas no muy claras. Es difícil saber todas las actitudes de cada uno. Necesitamos más orientación sobre estos problemas."

Por otra parte, en lo relativo a la necesidad de cambiar algunas cosas (*Si cambiara algo qué sería*), los comentarios se refieren básicamente a la presentación del documento, misma que en términos generales, no le gustó a la gente. Esto era de esperarse pues la información se les hizo llegar a los sujetos sin haber pasado por un trabajo de diseño gráfico, únicamente se organizó la presentación del texto.

"El folleto debería contener más detalles y sobretodo ilustraciones"

"Quizá podría colocar alguna imagen, para ejemplificar cada caso"

"La información es buena, precisa e interesante pero a la presentación le hacen falta dibujos"

"Me gustaría que tuviera dibujos o ilustraciones"

"Cambiaría la presentación; más que nada la portada. La sugerencia es que tenga color en la portada para que llame más la atención del público"

"Para difundirlo masivamente, sería conveniente darle una presentación más atractiva en cuanto al diseño gráfico"

Por último, y para corroborar que, en términos generales, el material fue bien recibido, se encontró que los comentarios giraban alrededor de lo importante que a los padres de familia les parece tener información sobre este tipo de temas y acerca de su inquietud por adquirir un mayor conocimiento al respecto.

"Este folleto es importante que se les proporcione o los temas que contiene los traten en escuelas primarias o antes pre-primarias, a los padres principalmente y a los maestros y alumnos"

"Me gustaría que esta información también se le diera a los jóvenes que no saben el peligro que corren y los podría concienciar de estas enfermedades."

"Nos hace falta más comunicación o información con respecto a estos temas, le agradezco su interés por el apoyo y el conocimiento de sus temas, son de mucha utilidad para el mejor funcionamiento de la familia. Debemos actuar con mucho amor, paciencia y audacia. Gracias por esta visión."

"Son temas que conocemos, pero a la vez carecemos de información, sería muy bueno que se impartiera en las escuelas, como parte de los talleres para padres de familia"

"Me pareció muy claro, espero tener un folleto para repartirlo entre mis amistades ya que necesitamos mucha información de todo tipo. Gracias."

Tomando en cuenta las sugerencias, los comentarios y la evaluación del material, se tomó la decisión de ampliar la información cuidando de que siguiera siendo sencilla y breve. También se decidió construir un solo cuadernillo en el que se incluyeran tanto las conductas preventivas como las de detección y manejo, pues las personas a las que se les proporcionó el folleto sobre prevención expresaban dudas sobre detección y tratamiento, y a quienes se les dio el segundo folleto expresaban dudas acerca del establecimiento y la prevención.

El documento final se presenta a continuación y su contenido final es el siguiente:

a) Introducción
b) En qué consisten los principales trastornos de la conducta alimentaria? (anorexia, bulimia y comer compulsivo)
c) Por qué se desarrollan los trastornos de la conducta alimentaria?
d) No quiero que mis hijos desarrollen estos trastornos. ¿Qué puedo hacer?
e) ¿Cómo se si mi hijo(a) ya tiene un trastorno de la alimentación?

f) ¿Qué tipo de ayuda debo buscar si creo que mi hijo(a) tiene un trastorno de la conducta alimentaria?
g) Creo que mi hijo(a) tiene un trastorno alimentario, ¿Qué debo hacer?
h) Preguntas frecuentes
i) Lugares donde buscar ayuda

FOLLETO FINAL

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: PREGUNTAS Y RESPUESTAS

Hoy en día los jóvenes están más preocupados que nunca por estar delgados. Mucha gente hace dietas y cada vez hay más alimentos *light;* hacer ejercicio, tomar mucha agua y alimentarse "sanamente" está de moda y es una prioridad pues nadie quiere estar pasado de peso.

Particularmente, los jóvenes están interesados en verse bien para conseguir amigos y parejas sentimentales. Por lo general no les gusta lo que ven en el espejo y quisieran ser mejores de lo que son. Su juventud, por otro lado, no les permite considerar las cosas que son verdaderamente importantes como la inteligencia, la bondad, la honestidad, la lealtad, etc. y creen que lo más importante es la forma en la que se ven y no la forma como son.

Aunque es cierto que es importante cuidar de nuestra apariencia y aunque es una buena costumbre que debemos inculcarle a nuestros hijos desde pequeños (cuidar de su aseo personal, vestirse adecuadamente, etc), es posible que, al llegar a la

adolescencia, o a veces un poco después, los jóvenes lleven al extremo el deseo de verse bien y que se pongan en riesgo de desarrollar un trastorno de la alimentación.

Los trastornos de la alimentación SON ENFERMEDADES cuyos síntomas están centrados en la comida, la figura y el peso. Así, las personas que tienen un trastorno alimentario tienen problemas con su forma de comer ya sea porque comen de más, porque comen de menos, o porque llevan a cabo ciertas conductas que les pueden resultar dañinas (como vomitar, usar laxantes o hacer ejercicio en exceso) y que están relacionadas con el miedo a engordar, con la angustia que ese temor produce y con lo inconforme que se está consigo mismo y con la figura.

Entonces, los problemas la de alimentación no tienen que ver nada más con la nutrición y la comida, si no que alteran los estados emocionales de quienes los sufren, producen angustia, depresión, irritabilidad e inconformidad. Por lo general tienen su origen en una compleja problemática a nivel psicológico. Algunas veces se deben a una baja autoestima, otras a la sensación de falta de control o a la imposibilidad para relacionarse adecuadamente con los otros. Lo importante es tener claro que NADIE tiene la culpa, que son enfermedades como hay muchas y que cualquier persona puede desarrollarlas independientemente de su edad, sexo o condición social.

Los principales trastornos alimentarios son la bulimia, la anorexia, y el comer compulsivo. Aparecen, por lo general, durante la adolescencia (entre los 12 y los 20 años) porque es una etapa particularmente vulnerable, y pueden sufrirse sólo una temporada o permanecer durante periodos muy largos e, incluso, durante toda la vida. También es posible que empiecen desde la infancia o que surjan pasada la adolescencia, pues aunque son más comunes entre los jóvenes, también podemos observarlos en niños pequeños y en personas mayores. Se dan más en mujeres que

en hombres pero éstos últimos también los padecen. Son enfermedades que se presentan en todos los círculos sociales, en todos los niveles económicos y cada día son más comunes.

En términos generales, estas enfermedades se manifiestan con una serie de alteraciones en la forma de comer y en la manifestación de conductas anormales relacionadas con el peso y la imagen corporal. Debemos siempre recordar que para poder decir que existe un problema alimentario, el comer de más o de menos y las cosas que se hacen por adelgazar, TIENEN que estar relacionadas con el disgusto que se siente uno mismo y con la figura. Por ejemplo, podemos dejar de comer o comer de más porque estamos preocupados o tristes y no por eso tenemos anorexia o somos comedores compulsivos.

Así, la bulimia y la anorexia se fundamentan en el miedo a engordar y en el deseo de enflacar, por lo que dejar de comer o vomitar después de comer se convierte en una "buena idea" para conseguir tal propósito. El comer compulsivo, en cambio, implica un profunda insatisfacción con la figura pero una aparente indiferencia al engordar, por lo que se come en grandes cantidades con el objetivo de obtener bienestar y satisfacción aunque el resultado es sentirse aún peor.

Además de la anorexia, la bulimia y el comer compulsivo, existe otro grupo constituido por los *trastornos no especificados*. En este último grupo se clasifican los problemas alimentarios confusos o sea, aquellos que no podemos decir, con toda certeza, que pertenecen a uno o a otro.

¿En qué consisten los principales trastornos de la conducta alimentaria?

ANOREXIA

Por lo general, la anorexia empieza cuando los jóvenes están, o suponen estar pasados de peso y deciden hacer una dieta pues no están conformes con su apariencia. Querer adelgazar no es malo, tampoco es malo ponerse a dieta, el problema inicia cuando una vez que se bajan los kilos que se querían o se necesitaban bajar, el joven continúa sintiéndose inconforme, cuidándose en exceso y haciendo cada vez más y más dietas, o comiendo cada vez menos variedad de alimentos.

Las personas que tienen anorexia dejan de comer por temor a engordar. No importa cuán flacas sean, creen que están gordas o que tienen que bajar de peso sólo "un poco más". Como ya se dijo, los jóvenes empiezan haciendo una dieta, ya sea que la necesiten o no y, cuando la terminan, no vuelven a comer de todo, siguen cuidándose, comen poco y no comen aquellos alimentos que suponen que engordan. Conforme pasa el tiempo, comen cada vez menos y adelgazan cada vez más, pero en la medida que adelgazan se les nota más a disgusto con su apariencia pues sienten que no adelgazan lo suficiente o que fácilmente suben de peso, por lo que empiezan a generar un profundo temor hacia la comida y aunque tengan hambre o antojo, se privan de los alimentos. Esto los vuelve irritables, impacientes e intolerantes además, como no se alimentan adecuadamente, se debilitan, se ven tristes, callados y enojados. En estas condiciones, se refuerza la idea de que tienen que adelgazar, pues generan la creencia de que su infelicidad se debe a su supuesta gordura, y están convencidos de que el adelgazar les hará conseguir la felicidad que tanto anhelan.

Es importante recalcar que durante este proceso de dieta continua, quienes tienen anorexia sufren mucho pues aunque no quieren comer sí tienen hambre, se les antoja la comida pero se sienten incapaces de autodisciplinarse lo suficiente o de demostrar la fuerza de voluntad necesaria para no subir de peso. Algunas veces son capaces de engañar a la gente que está cerca de ellos haciéndole creer que comen, pero pueden llegar al extremo de esconder la comida o tirarla. Siempre tienen una explicación de por qué no comen más: *"se sienten mal", "desayunaron mucho", "no les gusta lo que les ofrecen", "tienen prisa", "están muy llenos", "les cayó pesado", "comieron en la escuela" etc.*

Desde que se empiezan a hacer dietas hasta que la salud queda en riesgo suelen pasar sólo unos cuantos meses. Por lo general se empiezan a retirar alimentos uno a uno hasta que la variedad se reduce al mínimo. Los alimentos se retiran en función de las creencias que tiene la gente acerca de sus propiedades calóricas. Esto es, quienes tienen anorexia dejan de comer algunos alimentos porque creen que engordan y terminan por desayunar, comer y cenar sólo unas cuantas comidas. Lo más común es que empiezan por quitar el pan y las tortillas, los dulces y las grasas; quieren comer únicamente pollo, pescado, verduras y algunas frutas, llegando a reducir tanto la variedad, que consumen sólo algunas verduras (como lechuga, pepinos o calabazas), algunas frutas (como piña, manzana y naranja) y algunos productos lácteos bajos en grasas como yogurts y queso fresco o los derivados de la soya. Se preocupan constantemente por contar calorías y por conseguir en el mercado productos que les gusten pero que "no engorden."

Muchas veces, quienes tienen anorexia se ven obligados a abandonar sus actividades debido a la extrema debilidad que sufren pues están desnutridos; también sus relaciones sociales disminuyen considerablemente pues se sienten siempre en desventaja frente a los otros, incluso frente a sus amigos. Creen que son feos y que están gordos en comparación con los demás, y prefieren no estar en

situaciones en las que los puedan molestar con cosas como *"qué mal te ves!" "estás enfermo?" "deberías comer más..."*, etc. Es por ello que prefieren aislarse y no ver a nadie y, como por lo general están deprimidos, no sienten ganas de platicar ni de arreglarse. Prefieren usar ropa gruesa y muy floja para disimular su supuesta gordura y no enseñar su figura o para que nadie note que han adelgazado, y porque la temperatura de sus cuerpos baja debido a la falta de calorías, por lo que siempre tienen frío.

Llegan a suponer que se ven mal, que la gente no los quiere y que no les salen las cosas porque están gordos; identifican lo "desagradable" de sus cuerpos como el motivo de que nada sea como ellos esperaban. Suponen, además, que si no consiguen bajar de peso todo lo que quisieran es porque les falta disciplina y fuerza de voluntad, porque *"ni para eso sirvo"* y piensan que todo sería mejor si estuvieran flacos. Todo esto hace que se sientan enojados y pueden llegar a buscar formas de auto-castigo que van desde privarse de actividades que les gustan hasta lastimarse cortándose, rasguñándose, quemándose o golpeándose.

Una vez que se establece la anorexia, y en la medida que avanza, desaparece la menstruación o se presentan irregularidades en el ciclo en el caso de las mujeres, mientras que los hombres presentan alteraciones hormonales menos evidentes pero igualmente importantes que los pueden hacer sentir faltos de energía, irritables o que pueden producir cambios en su piel o su sudoración.

Obviamente, esta enfermedad puede producir deficiencias metabólicas importantes por la falta de nutrientes. Algunas de las consecuencias más comunes son los desmayos, los mareos, los dolores de cabeza y de estómago; caída del cabello, piel seca, y aparición de vello en el cuerpo. Se rompen las uñas, se maltrata el esmalte de los dientes (incluso pueden caerse) y el cuerpo, en su totalidad, se vuelve muy frágil. Como el sistema inmunológico está debilitado, se contraen

enfermedades con mucha facilidad, y cualquier malestar menor como resfriados, infecciones virales leves, etc., provocan grandes molestias y el proceso de recuperación es más lento de lo normal. La apariencia de las personas con estados de anorexia avanzados también se altera: suelen ser ojerosos, sus facciones se vuelven angulosas, los ojos se ven "saltones" y su piel adquiere el tono grisáceo característico de la anemia y la desnutrición. Esta enfermedad, en su grado más grave, puede incluso provocar la muerte, casi siempre debido a paros cardiacos.

También las habilidades de pensamiento se afectan. A quienes padecen anorexia les es difícil recordar cosas, poner atención, concentrarse y hacer operaciones mentales de cualquier tipo, por lo que es común que los jóvenes dejen la escuela o que los adultos tengan dificultades en sus trabajos. Esto se debe a que el cerebro se deshidrata y a que no le llega suficiente glucosa, por lo que funciona con lentitud, además de que las personas con anorexia suelen ocuparse en pensar en la comida, sus consecuencias, el exceso de peso y su apariencia, y se olvidan de poner atención a otro tipo de asuntos.

Anímicamente se les ve mal pues dejan de tener energía para llevar a cabo las actividades diarias, se alejan del grupo de amigos porque sienten que no los comprenden, se sienten tristes, están irritables, enojados, decepcionados, inconformes e insatisfechos, y pueden pasar por periodos en los que aparentemente todo está bien y en los que se sienten extremadamente contentos aunque en realidad se siguen sintiendo mal consigo mismos.

El manejo de los pacientes con anorexia es mucho más complicado cuando empieza a tratarse una vez establecida, por lo que es importante detectarla en sus primeras fases y buscar ayuda. Es decir, como cualquier otra enfermedad, si es detectada cuando empieza a desarrollarse se cura con más facilidad y es menos probable que haya recaídas. No obstante, e independientemente de cuándo

empiece el tratamiento, los pacientes deben atravesar por un proceso largo y difícil, por lo que es importante que estén en manos de un experto y, aunque se cura, siempre existe el riesgo de una recaída. Aún así, todas las alteraciones que se producen (físicas, emocionales, cerebrales, etc.) como consecuencia de la anorexia suelen corregirse cuando los pacientes se curan y vuelven a alimentarse.

Es MUY importante recordar que se puede disminuir la ingesta de alimentos e, incluso, dejar de comer por muchos motivos, por ejemplo, cuando estamos deprimidos o enfermos, y eso no quiere decir que tenemos anorexia. Dejar de comer es un trastorno de la conducta alimentaria si y sólo si, se deja de comer por miedo a engordar, para bajar de peso o porque no se está conforme con la forma del cuerpo.

BULIMIA

En el caso de la bulimia también está presente el deseo de adelgazar y el miedo de engordar, pero las personas que la sufren por lo general están en su peso o un poco por arriba de él. Esta enfermedad también puede empezar con una dieta pero, como en este caso a quienes la padecen les cuesta mucho trabajo dejar de comer, buscan la forma de seguirlo haciendo pero sin engordar. En este caso, entonces, no se retiran alimentos de la dieta cotidiana ni se disminuye la ingesta y, por contradictorio que parezca, a pesar del miedo a engordar se aumenta el consumo de los alimentos considerados como "engodantes" (pasteles, galletas, pan, etc.). Esto sucede porque al tratar de no comer y no conseguirlo, se enojan tanto que empiezan a comer justamente aquello que creen que más les va a engordar a manera de castigo y como una forma de decir "no me importa, yo como todo lo que quiero." Sin embargo, después de comer de más se sienten muy mal por no haber controlado el "antojo" y "las ganas de comer."

Así, podemos decir que las personas bulímicas suelen ser impulsivas, es decir, no tienen control sobre lo que hacen, por lo que algunas veces comen en cantidades normales pero, otras veces, generalmente a escondidas, comen muchísimo más de lo que la mayoría de la gente podría comer en ese mismo tiempo. Comer excesivamente, de manera rápida y sin parar y en un lapso corto, es lo que se llama "atracón." Comer de más, comer mucho o comer sin hambre no es un atracón, sólo lo es si se hace rápido, con desesperación, a escondidas y si se ingiere más de lo que cualquier persona podría comer.

Cuando la persona siente que comió mucho, o sabe que se dio un atracón, se siente culpable, pues sabe que la cantidad de comida ingerida la va a hacer engordar y es lo que menos quiere, por lo que después de comer mucho, quienes la padecen se enojan por no haber podido contener las ganas de comer, y se sienten en la necesidad de hacer algo, cualquier cosa, para que esa comida no les engorde. Así, los atracones están seguidos por el uso de laxantes, diuréticos o por hacer ejercicio de manera exagerada, todo para "bajar" la comida y no engordar. La bulimia, entonces, no nada más significa comer y vomitar, si no comer muchísimo y luego hacer cosas para no engordar, aunque lo más común es el vómito.

A vomitar, usar laxantes, diuréticos o hacer ejercicio en exceso se le llama "conducta compensatoria" entonces, la bulimia implica comer (ya sea de manera normal o en forma de atracón) y después llevar a cabo conductas compensatorias para anular el efecto "engordante" de la comida y no subir de peso y, si es posible, adelgazar.

Cuando empieza la enfermedad, se llevan a cabo conductas compensatorias sólo de vez en cuando por lo que parecen ser perfectamente controlables, pero poco a poco es necesario realizar este tipo de acciones con más frecuencia, hasta que llega un momento en que deja de ser controlable. Por ejemplo, en el caso del vómito

(que como ya dijimos es la conducta compensatoria más común) los pacientes suelen estimularse introduciendo los dedos en la boca o tomando brebajes desagradables pero llega un momento en que se empiezan a vomitar tan seguido (incluso varias veces al día), que finalmente ya no hace falta provocarlo, pues el estómago termina por rechazar la comida aún cuando no exista el deseo de vomitar. En fases avanzadas, el vómito llega con sólo agacharse y después de alimentarse ya sea si se come mucho o se come poco. También el consumo de diuréticos y laxantes se vuelve cada vez mayor porque dejan de surtir efecto.

Cuando se tiene bulimia, entonces, no se puede dejar de comer, pero hacerlo produce muchísima ansiedad y culpa, por lo que, quienes la padecen deben luchar constantemente contra su deseo de comer, sus impulsos y su necesidad de adelgazar, y viven tan enojados consigo mismos y con su situación que muchas veces pueden también lastimarse. Aunque con la bulimia no se adelgaza tanto como con la anorexia (es posible incluso que ni siquiera se adelgace) también se llegan a tener problemas de salud importantes. Igualmente, son personas mal alimentadas porque el vómito, el exceso de ejercicio y/o los laxantes, no dejan que lleguen suficientes nutrientes al cuerpo, pudiéndose producir estados graves de anemia; sufren de dolores de estómago y garganta frecuentes debido a la acidez del vómito, misma que puede provocar daños importantes en el estómago y el esófago tales como gastritis y úlceras gástricas. Presentan también debilidad, desgano, dolores de cabeza, palidez, resequedad de piel y uñas y caída del cabello. Provoca problemas dentales graves pues el vómito desgasta el esmalte. A veces se pueden observar laceraciones en los dedos y el dorso de las manos y puede llevar también a la muerte, por lo general, debido a estallamiento de vísceras o porque se revientan las úlceras gástricas.

El carácter y el estado de ánimo de estos pacientes también se modifica, ya que se vuelven muy irritables, impulsivos y agresivos. Tienen dificultad para hacer amigos y para continuar con sus relaciones sociales. Se angustian, se ponen ansiosos y se deprimen pues sienten que no son comprendidos y, por tanto, que no "encajan" en ninguna parte. Es por ello que algunas veces se forman, de manera natural, "grupos para vomitar," ante la necesidad de estar con personas que comprendan esta acción y que no la critiquen, pues para la mayoría de la gente vomitar es un acto más bien desagradable, por lo que se deterioran sus relaciones con los demás de manera importante.

Asimismo, como consecuencia a la bulimia se pueden observar alteraciones de pensamiento considerables. Las más evidentes son la falta de atención y la impulsividad para responder y para solucionar problemas, lo que frecuentemente les hace fallar. La memoria también disminuye lo mismo que la concentración y la facultad para analizar y comprender la información.

Muchas veces los pacientes pasan por periodos de anorexia y otros de bulimia, y el diagnóstico se establece según el tipo de síntomas que resultan más frecuentes. Otras veces no predominan síntomas de ninguna de las dos enfermedades o no se cumple con todas las condiciones para decir que se trata de uno u otro padecimiento, estos casos son diagnosticados como *Trastornos No Especificados* y es posible que el paciente acabe por padecer anorexia o bulimia o que, si es tratado a tiempo, desaparezca el desorden por completo.

COMER COMPULSIVO

Los comedores compulsivos suelen estar pasados de peso y aunque tienen deseos de adelgazar tratan constantemente de aparentar que no les importa y que están conformes con su figura. Son personas que se sienten insatisfechas con muchos aspectos de su vida y que encuentran en la comida un falso consuelo.

El comer compulsivo se caracteriza por atracones frecuentes. Como ya dijimos, un atracón implica comer sin control cantidades de comida mucho mayores a las que pueden consumir otras personas en el mismo lapso, y puede durar unos cuantos minutos o incluso varias horas. Por lo general, se prefieren comidas de las que llamamos "engordantes" como panes, chocolates, frituras, etc. es decir, los comedores compulsivos optan por los alimentos considerados como "prohibidos" en los regimenes para adelgazar pues al igual que en la bulimia, es un intento por aparentar que en realidad no les importa y porque son alimentos que suelen considerarse los más "sabrosos", lo cual causan una sensación de bienestar que en realidad dura sólo unos cuantos minutos.

Los comedores compulsivos pueden ingerir una cantidad tan grande de comida que en muchas ocasiones el atracón termina sólo cuando empiezan a producirse calambres y dolores estomacales. Dado que la característica del comer compulsivo son los atracones, también recibe el nombre de *trastorno por atracones*. La gran diferencia entre el comer compulsivo y la bulimia es que en el primero no se lleva a cabo ningún tipo de conducta compensatoria.

Es importante, por otro lado, dejar claro que se puede comer en exceso y, por tanto, ser obeso y no por eso padecer un trastorno alimentario de este tipo. Sólo se puede considerar a una persona como comedora compulsiva si recurre a los atracones

para sentir bienestar cuando se siente mal anímicamente. Así, no todos los obesos son comedores compulsivos ni todos los comedores compulsivos son obesos (por lo menos al principio), pues también personas con peso normal lo padecen y si no llegan a la obesidad es porque los atracones no se presentan con la frecuencia necesaria para producir un aumento importante de peso. No obstante, lo más común es que tarde o temprano, el padecimiento lleve al exceso de peso y la obesidad.

El comedor compulsivo suele recurrir a la comida sin tener hambre y, por lo general, cuando se sienten tristes, enojados, culpables, nerviosos, etc., pues la comida se convierte en una forma de falso consuelo y bienestar, pero después del atracón se sienten culpables y más angustiados por haber perdido el control, lo que los torna irritables, depresivos y ansiosos. Los atracones se dan en la soledad y a escondidas debido a lo vergonzoso que resultan y a que la gente no quiere exponerse a los comentarios de los demás al respecto. Además, cuando son obesos deben enfrentarse a las críticas y al rechazo por parte de los otros, a las miradas de los extraños y a escuchar constantes comentarios acerca de su peso, su figura y lo bueno que les resultaría hacer una dieta y bajar unos cuantos kilos, lo cual los deprime aún más y los vuelve más ansiosos e irritables al sentirse incomprendidos, pues los demás por lo general no saben que quien come de más sufre una problemática interior importante y que, por tanto, no basta con fuerza de voluntad para comer de manera moderada.

Cuando sus capacidades de pensamiento se alteran generalmente se observa falta de concentración, atención y memoria, pero a diferencia de la bulimia y la anorexia, en este caso no son problemas ocasionados por el peso o el funcionamiento metabólico como tal, si no que se deben a la depresión y la ansiedad que por lo general sufren.

Evidentemente, si es un trastorno por atracones, las personas que lo sufren tienen poco control sobre sí mismo, esto es, al igual que las personas con bulimia, los comedores compulsivos son impulsivos, pero no suelen ser violentos o agresivos, porque por lo general su estado de ánimo está disminuido tendiendo a la depresión aunque cuando están con los otros suelen ser muy expresivos aunque superficialmente comunicativos. Tratan constantemente de aparentar que son felices para que no los molesten con el asunto del peso o de su forma de comer pero en realidad se sienten mal con su figura e insatisfechos con su apariencia, característica que se comparte con la bulimia y con la anorexia. La diferencia radica en que el comedor compulsivo no hace nada por adelgazar pues cree que no tiene la suficiente fuerza de voluntad o porque se niega a abandonar el placer que le produce comer ante la idea de que es lo único realmente grato en su vida. Además, cuando intenta hacer dietas las rompe con facilidad, lo que refuerza su idea de que no es capaz de hacer nada para comer menos. Entonces, como se siente impotente se "abandona" a la comida aunque sabe que eso, a la larga, se reflejará en su peso y le hará sentir mal. Suelen pensar que engordar "un poco más" no hará ninguna diferencia.

Físicamente pueden llegar a tener problemas importantes pues el comer compulsivo, como ya se dijo, está muy relacionado con la obesidad, y los obesos sufren de las rodillas, los tobillos, la cadera y la espalda; tienen dolores gástricos y presentan problemas diabéticos, circulatorios y cardiacos importantes.

¿PÓR QUÉ SE DESARROLLAN LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA?

Son muchos y muy diversos los factores que pueden influir para que se establezca un trastorno de la conducta alimentaria, y por lo general están asociados a una importante sensación de ineficacia, de impotencia y de malestar.

Aunque desde la infancia pueden establecerse patrones de alimentación poco saludables, en la pubertad y la adolescencia, es decir entre los 11 y los 18 años de edad, se presenta el momento de mayor riesgo para desarrollar este tipo de padecimientos, y por lo general se establecen debido a que los jóvenes se sienten inconformes, insatisfechos, incomprendidos, y suponen que la causa de todo su malestar es que no son lo suficientemente atractivos y que, por tanto, no se gustan a sí mismos y mucho menos a los demás. Esto les hace pensar que si bajan de peso o tienen determinado aspecto físico alcanzarán la felicidad y la tranquilidad que tanto necesitan, y no se dan cuenta de que esto es completamente falso y que su insatisfacción se debe a otro tipo de problemáticas.

Esta idea algunas veces proviene de la información que constantemente se recibe a través de los medios de comunicación y, otras veces, de lo que los jóvenes aprenden y escuchan en casa. Dado que la delgadez se ha convertido en un valor muy apreciado en las sociedades actuales, tanto para los hombres como para las mujeres, y ya que el entorno cultural determina qué es atractivo y qué no lo es, la influencia de los mensajes que recibimos a través de nuestro entorno social, son determinantes y, en este caso, por ejemplo, es frecuente que se nos presente la idea de que la apariencia resulta fundamental para el atractivo romántico y para alcanzar el éxito profesional y la felicidad, ocasionando que el deseo por tener el

cuerpo ideal sea una gran presión, lo que aumenta la probabilidad de que una persona vulnerable desarrolle un trastorno de la conducta alimentaria.

También el ambiente familiar y personal son importantes. Algunas veces se pueden observar problemas en las interacciones familiares, ocasionadas por la dificultad de los padres para aceptar que sus hijos han crecido (lo cual es muy común) o por la incapacidad que se siente cuando los hijos empiezan a hacerse mayores. Conforme los hijos crecen los padres deben adaptarse a cada una de las etapas por las que atraviesan y muchas veces los cambios producen confusión. Es difícil saber cómo actuar, qué decir, cómo ejercer la disciplina, etc. Además, cuando los hijos empiezan a volverse independientes los padres se sienten temerosos al pensar en todos los riesgos que pueden correr cuando no están bajo su cuidado y supervisión.

Las preocupaciones acerca del manejo de los hijos y de los peligros (supuestos o reales) que corren los hijos son normales en todos los padres, y si se saben manejar pueden resultar en muchos beneficios para la familia, pero llevados al extremo pueden resultar en una serie de actitudes sobreprotectoras, que provocan en los jóvenes una profunda sensación de incapacidad para afrontar los conflictos de manera abierta e independiente, volviéndose temerosos y poco eficaces.

En contraste, es posible que las familias olviden que sus hijos adolescentes, aunque hayan crecido, todavía necesitan mucho apoyo, cariño, guía y protección, y es posible que se vuelvan poco cuidadosas y afectivas. Esta actitud, lo mismo que la antes descrita, puede entorpecer el proceso de comunicación en la familia, lo que genera conflictos y poca unión entre sus integrantes.

También es posible, cuando existe una mala relación entre los padres, que se focalicen tanto en sus problemas que se alejen de los hijos y que éstos padezcan

problemas tanto psicológicos como de salud, pues las relaciones familiares se deterioran, dejando a los hijos en una situación en la que se sienten poco apoyados, nerviosos y preocupados por el futuro de su familia.

También debemos tomar en cuenta que existen características psicológicas individuales que no tienen que ver necesariamente con el funcionamiento de la familia, pero que pueden convertir a las personas en seres más vulnerables para desarrollar este tipo de padecimientos. En la mayoría de los casos, los trastornos de la alimentación aparecen en personas que presentan un exceso de ansiedad, que son aprensivas y que se sienten inseguras de las acciones que llevan a cabo o de las decisiones que toman. También se sabe que tienden a la depresión, la impulsividad, el perfeccionismo y la búsqueda constante de la aprobación de los demás. Todo esto, constituye una serie de rasgos de personalidad que pueden condicionar a la gente a presentar una mayor preocupación por la imagen corporal y por el peso.

Tampoco podemos olvidar que desde que nacemos y sin darnos cuenta, vamos constituyendo una serie de hábitos respecto a la comida. Comemos en ciertos horarios, ciertos alimentos, bajo ciertas circunstancias, etc. Mientras estos hábitos se establecen también vamos generando algunos conocimientos acerca de la comida como qué debemos comer, qué hace daño, qué es saludable... y, sobretodo, llega un momento en que aprendemos (casi siempre de manera errónea) qué engorda y qué no. De esta forma, cuando llegamos a la adolescencia, y la alimentación deja de estar bajo la supervisión directa de nuestros padres lo que nos permite elegir qué comemos, cuándo y cómo, es posible que establezcamos patrones de alimentación poco saludables, es decir, que comamos de más, que comamos de menos o que no comamos de manera equilibrada, esto significa que algunas veces no comemos las proporciones correctas de cada grupo de alimentos

y que comemos con mucha más frecuencia algunos alimentos que otros. Por ejemplo, podemos ingerir muchos más cereales que verduras.

Por otra parte, debemos tomar en cuenta que la adolescencia es una etapa especialmente difícil tanto para los padres como para los hijos. El conflicto, en casi todos los casos, se debe a que los jóvenes creen que sus padres son sobreprotectores, autoritarios y que no les permiten independizarse, en tanto que los padres suponen que sus hijos son rebeldes y difíciles de manejar; muchas veces algunos padres también llegan a exagerar en el control que ejercen sobre sus hijos al creer que son infalibles y que conocen perfectamente sus deseos, gustos y necesidades. Este conflicto, como ya se había mencionado, produce dificultades en la comunicación, sobreprotección y necesidad por parte de los jóvenes de demostrar que son capaces aunque al mismo tiempo creen que en realidad no lo son. Esto produce en los adolescentes la sensación de que no tienen ni tendrán control sobre sus vidas pues son tontos e inútiles y que, en todo caso, la única forma de ejercer sobre sí mismos ese control que tanto desean es a través de su cuerpo y de la comida que ingieren. Así, para los jóvenes decidir sobre la forma en que se alimentan (aunque sea una forma poco saludable), se convierte en un logro y, por tanto, en la forma de sentirse satisfechos consigo mismos aunque esta sensación de satisfacción sea momentánea.

En el caso de los comedores compulsivos el problema radica en que de alguna manera y en algún momento mientras se establecían sus hábitos alimentarios, aprendieron erróneamente que comer es una buena forma para sentirse tranquilos y contentos. Si además, entre sus rasgos de personalidad existe impulsividad, dificultad para afrontar los problemas y para relacionarse con los otros, baja autoestima y tendencia a la depresión, es posible que tengan una sensación constante de inadaptación social, lo cual les hace encontrar en la comida "una buena compañía."

En resumen, se tienen que conjugar una serie de factores sociales, familiares y personales para que alguien desarrolle un trastorno alimentario. Es por ello que no vale la pena culparse ni buscar culpables. Este tipo de enfermedades simplemente se producen y muchas veces no están en nuestras manos. Lo importante, en todo caso, es tratar de evitar hacer cosas que pueden aumentar el riesgo de que nuestros hijos desarrollen problemas alimentarios o, si es el caso, poner atención en los detalles para detectar estas enfermedades a tiempo y poder tratarlas con prontitud. Procurar que la familia se comunique y apoye a sus miembros para que los hijos desarrollen una buena autoestima y un autoconcepto adecuado al aprender que hay cosas mucho más importantes que el aspecto o la figura.

NO QUIERO QUE MIS HIJOS DESARROLLEN TRASTORNOS ALIMENTARIOS ¿QUÉ PUEDO HACER?

Durante la infancia de nuestros hijos podemos tomar algunas precauciones para reducir la probabilidad de que desarrollen conductas y hábitos que más adelante puedan convertirse en un problema. Si, como ya dijimos, lo trastornos de la alimentación se originan por razones psicológicas, sociales, culturales, familiares, etc., su estudio y tratamiento puede resultar complicado, pero, aún así, hay algunas cosas sencillas que los padres podemos hacer para tratar de evitar que nuestros hijos desarrollen un trastorno de la alimentación.

A continuación le proporcionaremos algunos consejos para ayudarle a crear en su hogar un ambiente que proteja a sus hijos de la anorexia, la bulimia, o el comer compulsivo. Aunque crea que son consejos difíciles de seguir, es más sencillo de lo que parece. Inténtelo y verá que es posible.

- *No sirva demasiada comida a sus niños.* Se sabe que los niños pequeños son propensos a comer sin hambre, por lo que es mejor que les sirva pequeñas cantidades y que ellos vuelvan a pedir hasta sentirse saciados.
- *Permita que sus hijos decidan cuánto deben comer.* Cada niño tiene sus ritmos y sus necesidades. Si cree que sus hijos comen poco, o que comen demasiado, procure darles alimentos más nutritivos y saludables. No lo olvide, sólo ellos pueden saber cuánta comida necesitan. Si están creciendo y subiendo de peso adecuadamente, y si no están pasados de peso, entonces no hay de qué preocuparse. Sólo su pediatra puede determinar si tienen un problema de nutrición.
- *Respete los horarios de las comidas en medida de lo posible.* Todos nosotros necesitamos cierto orden en la alimentación para que nuestro organismo funcione adecuadamente. Es por ello que deben existir horarios establecidos para desayunar, comer y cenar. Como los niños hacen mucho ejercicio y están creciendo, necesitan comer un lunch entre el desayuno y la comida y otro entre la comida y la cena. Este lunch debe tener también horario y debe estar constituido por comida nutritiva.
- *Enséñele a sus hijos a tranquilizarse con otras cosas y no sólo con la comida.* Es común ofrecerle comida a los niños cuando lloran o están inquietos, pero es importante hacer otro tipo de cosas como darles juguetes o distraerlos, que no aprendan que la única forma de obtener bienestar es la comida.
- *Procure disponer los alimentos en forma balanceada.* Para tener salud y lograr una buena apariencia, el secreto está en comer de manera equilibrada. Usted puede consultar a un especialista para conseguirlo, o puede recurrir uno de los muchos libros disponibles sobre nutrición. Según la norma oficial de nutrición, debemos incluir en cada una de nuestras comidas alimentos de los diferentes grupos: frutas y verduras, cereales y tubérculos y leguminosas y alimentos de origen animal. Para obtener mayor información, puede

consultar en el Diario Oficial de la Federación o acceder a la Norma Oficial por medio de internet.

- *Recuerde que sus hijos tienen sus propias preferencias.* Igual que los adultos, los niños prefieren algunos alimentos y rechazan otros. Trate de que prueben de todo, incluso lo que a usted no le gusta, pero permítales elegir. No los obligue a comer algo que les disgusta. Recuerde, deben aprender a disfrutar de la comida no a rechazarla o temerle.
- *No haga comer al niño si no tiene hambre.* Algunas veces, darle un dulce o una galleta al niño lo mantiene tranquilo. Otras veces le ofrecemos comida atractiva como helados o pasteles y el niño, aunque no tenga hambre, va a comer. No olvide que sólo debemos comer cuando tenemos hambre. Deje que el niño pida la comida, no le enseñe a comer por comer.
- *No lo obligue a terminarse la comida del plato.* Es mejor que le sirva cantidades pequeñas, pues obligarlo a terminar todo lo que se le sirve puede resultar en que su hijo vea la comida como un castigo. También recuerde que es normal que algunos días tengamos menos hambre que otros.
- *Procure no excederse en el consumo de productos "light".* Además de que los niños tienen requerimientos nutricionales específicos, si nosotros consumimos demasiados productos bajos en calorías, podemos enseñarles a nuestros hijos, de manera indirecta, que el resto de la comida es de alguna forma mala o peligrosa.
- *No hable constantemente de cuánto engorda la comida.* Los niños pueden aprender que engordar es malo o que ciertos alimentos son perjudiciales. Recuerde que es importante que los niños disfruten la comida y que no generen juicios erróneos sobre sus cualidades.
- *No obligue al niño a comer.* Los niños no pueden comer lo que nosotros queremos y la cantidad que nos parece adecuada. No debemos forzarlo a que coma más de lo que desea o alimentos que no le gustan, sobretodo si son niños sanos, en peso y talla correspondientes a su edad. Una vez más,

recuerde que sólo el pediatra puede determinar si la alimentación de su hijo está siendo insuficiente.

- *No le permita comer golosinas únicamente.* Algunas veces, permitimos que los niños sustituyan las comidas balanceadas por dulces y golosinas. No podemos evitar que los niños consuman ese tipo de productos, pero si podemos procurar que lo hagan después de sus alimentos.
- *Demuéstrele a sus hijos su afecto y cariño.* Haga que sus hijos se sientan queridos, apoyados y escuchados. Abrácelos, béselos y dígales cuánto los quiere. Esto mejorará notablemente su relación con ellos y los protegerá de estos y otros trastornos.
- *Muestre interés en las opiniones de sus hijos.* Es muy importante que ellos se sientan importantes e inteligentes, pero sobretodo es importante que les demuestre que le interesan, que los escucha y que se preocupa por ellos. Con esto conseguirá que su hijo le comunique sus temores, preocupaciones y problemas.
- *No olvide que los hijos pueden tener cosas importantes que decir.* Algunas veces suponemos que los niños o los adolescentes "no saben lo que dicen" pero si los escuchamos con atención, podemos observar que en realidad tienen cosas muy interesantes que decir.
- *Fomente que sus hijos hablen de sus sentimientos.* Es importante que los niños aprendan a identificar lo que sienten y que sepan que pueden hablar de ello para sentirse mejor. Se vale estar molestos, tristes o enojados, lo importante es saber de dónde provienen esas sensaciones y qué hacer con ellas.
- *Póngale nombre la los sentimientos y a las sensaciones de sus hijos.* Los niños sienten una serie de cosas, algunas agradables y otras desagradables y muchas veces no saben qué es lo que están sintiendo y eso puede hacerlos sentir nerviosos. Ayúdeles con comentarios como *"lo que pasa es que estás enojado," "tienes sueño, si te duermes se te quita," etc.*

- *Hable con sus hijos de sus propios sentimientos.* Enséñele a sus hijos que usted también puede estar triste, enojado, alegre, nervioso, etc. y que no pasa nada ni hay que esconderlo. Eso también les ayudará a aprender a manejarse cuando ellos mismos se sientan de tal manera.
- *Reconozca los esfuerzos de sus hijos.* Los niños hacen muchas cosas para conseguir nuestra atención y nuestro cariño. También necesitan de nuestra aprobación para aprender qué está bien y qué no lo está. Festejar sus logros les da seguridad en sí mismos.
- *No se dirija a ellos sólo cuando hacen algo mal.* Es común que se ponga más atención a los errores que a los aciertos. Regáñelos cuando sea necesario, pero cuando se estén portando bien o hagan algo como usted se los ha pedido, hágales saber que está contento y orgulloso de ellos.
- *Confíe en sus hijos.* Confíe también en usted y en la forma como los ha educado. Platique con ellos y gane su confianza. No los espíe ni trate de saber absolutamente todo lo que hacen. Ellos también, aunque pequeños, necesitan privacidad.
- *Regáñelos con firmeza pero con amor.* Evite utilizar frases como "eres un tonto," "no haces nada bien," "ya no te quiero," etc. Los niños deben aprender que aunque se equivoquen o aunque usted se enoje, son queridos y pueden reparar el error.
- *Hágales saber que se siente orgulloso de ellos.* Es importante que los niños sepan que no se les pone atención sólo cuando se portan mal o se equivocan, si no que las cosas buenas son más valiosas y que esas cosas buenas que llevan a cabo lo hacen sentir muy contento.
- *Trate de no hablar despectivamente del físico de las personas frente a sus hijos.* Al hacerlo, sus hijos pueden aprender, erróneamente, que el aspecto es lo más importante de una persona y que a usted le molestaría o le avergonzaría que la apariencia de ellos no fuera impecable.

- *Enséñele a sus hijos a valorar a los otros.* Recuérdeles que existen características (como ser buena persona, ser inteligente, noble, etc.) mucho más importantes que estar delgado o ser guapo, y que todas las personas tienen características que valen la pena.
- *Evite criticar a sus hijos frente a ellos.* Es importante que se sientan aceptados y queridos independientemente de sus características o de sus conductas. Si hay algo que le molesta, háblele directamente y hágales ver que a pesar de eso los quiere y que también ve en ellos las cosas positivas.
- *Ponga límites pero también de a sus hijos libertad.* Aunque es fundamental estar al pendiente de los hijos, es importante recordar que no se puede ni se debe tener control absoluto sobre ellos, permita que tomen sus propias decisiones en asuntos que en realidad no los afecta a ellos ni a la familia pero que para sus hijos son importantes.
- *Permita que tengan privacidad.* Es importante que los jóvenes cuenten con un espacio propio y que se respeten sus propiedades. Permítales tener un cajón con llave o un espacio que les pertenezca sólo a ellos. Deje que estén solos cuando lo necesiten.
- *Permita que se equivoquen.* A pesar de que los padres quisieran que nada les saliera mal a sus hijos, es necesario que de vez en cuando tomen decisiones aunque los resultados no sean los más convenientes para que puedan aprender de sus errores. No podemos evitar que se equivoquen pero si podemos apoyarlos cuando eso sucede o prevenirlos para que no les pase.
- *No espere que sean perfectos.* No pretenda que sus hijos consigan las calificaciones perfectas, la apariencia perfecta o un comportamiento perfecto pues para nadie es posible alcanzar la perfección. Es mejor motivarlos para ser lo mejor que puedan y para que disfruten de las cosas que hagan.
- *Haga que sus hijos cumplan con sus responsabilidades, pero NO los presione con sus exigencias.* Cuando los niños se sienten presionados, se angustian y se sienten culpables por no alcanzar las expectativas de sus padres. Sea firme

pero recuerde que tanto los niños como los adolescentes no han madurado lo suficiente como para adquirir responsabilidades importantes ni para mostrarse estables en su actuar.

- *No le de excesiva importancia a la apariencia física de sus hijos.* Aunque no le guste la forma de vestir de sus hijos, o no tengan el cuerpo que usted cree que deberían tener, deje que ellos decidan qué ponerse, cuándo hacer ejercicio o si hacen o no una dieta. No se preocupe sin motivo, todas las modas pasan.

Si desde pequeños inculcamos en nuestros hijos buenos hábitos (en este y en todos los sentidos), cuando sean mayores les será mucho más sencillo vivir de manera saludable y ser felices, pero tengamos siempre presente que lo más importante para un niño es crecer sabiéndose querido, apreciado y escuchado; que es importante crear un ambiente organizado, con horarios y reglas claras. Confíe en su instinto y tomará las decisiones correctas, pero si se siente desorientado(a) no dude en consultar a un especialista de su confianza. Existen también muchos libros, páginas de internet e incluso programas de televisión muy serios y bien informados, en los que puede apoyarse y conseguir, con ello, mayor tranquilidad en su actuar como padre o madre.

¿CÓMO SE SI MI HIJO(A) YA TIENE UN TRASTORNO DE LA ALIMENTACIÓN?

Existen algunas conductas y actitudes típicas en los jóvenes que padecen o que pueden padecer un trastorno de la conducta alimentaria. Es muy importante que pongamos atención en estas señales pues todos nuestros hijos están expuestos a desarrollar estas enfermedades. Si puede describir la conducta de su hijo(a) con cinco o más de las siguientes frases, valdría la pena buscar la opinión de un profesional, ya que puede estar en riesgo de padecer un trastorno de la alimentación.

Mi hijo(a):

1. Dice que está gordo(a), pero yo lo(a) veo delgado(a)
2. Lleva varios meses a dieta
3. Come poco, pero dice que se llena
4. Procura pasar mucho tiempo fuera de casa
5. Muchas veces, después de comer, se levanta de la mesa y se va al baño, donde permanece varios minutos
6. Está irritable y/o triste
7. Come sólo determinados alimentos, pues dice que los otros no le gustan o le hacen daño
8. Es poco tolerante y frecuentemente tiene problemas con la gente
9. Creo que come demasiado
10. Se molesta mucho cuando digo algo referente a su forma de comer
11. Se molesta mucho cuando hablo acerca de su peso
12. Suele sufrir de estreñimiento y/u otros problemas estomacales
13. Se le ve cansado(a) constantemente
14. Está irritable
15. Ha sufrido de mareos y/o desmayos
16. Cuando empieza a comer, da la impresión de que no puede parar
17. Se pone nervioso(a) cuando es hora de comer
18. Come con desesperación
19. Cuando tiene algún problema, come en exceso o deja de comer
20. Está francamente pasado(a) de peso
21. Creo que está extremadamente delgado(a)
22. Suele usar ropa holgada, no le gusta enseñar su cuerpo
23. Se esconde para comer
24. La gente le suele decir que está demasiado delgado(a)

25. Después de que ha comido, se le nota enojado(a)
26. Se le ve triste y desganado(a)
27. No le gusta comer en compañía de otros
28. Dice que está estreñido(a) y toma laxantes con frecuencia
29. Realiza una serie de "ritos" extraños a la hora de comer como acomodar la comida en el plato, partirla en trozos muy pequeños, come en cierto orden, etc.
30. Hace ejercicio por 45 minutos o más por lo menos cuatro días de la semana
31. Si un día no puede hacer ejercicio se molesta y/o al día siguiente hace el doble
32. Tiene cambios de humor repentinos
33. Parece distraído(a), le cuesta trabajo concentrarse
34. Ha disminuido notoriamente su desempeño escolar
35. Prefiere comer solo(a) que acompañado(a)
36. Con frecuencia menciona que está gordo
37. Mi hija tiene irregularidades menstruales
38. He notado que la comida algunas veces "desaparece"
39. He encontrado comida en la basura o escondida en otros lugares
40. Está subiendo de peso notoria y rápidamente

¿QUÉ TIPO DE AYUDA DEBO BUSCAR SI CREO QUE MI HIJO TIENE UN TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA?

Aunque no esté seguro de que su hijo(a) tiene un trastorno de la conducta alimentaria, si existe la duda, por ligera que sea, es mejor plantearle sus inquietudes a un experto ya que, como prácticamente cualquier enfermedad, cuando estos trastornos son detectados en sus fases tempranas el pronóstico es mucho mejor y su tratamiento más sencillo, pero no se preocupe pues aún en el

caso de que el padecimiento haya progresado, existen varias alternativas para solucionar exitosamente estas problemáticas.

En cualquier caso, es importante realizar una evaluación inicial para asegurarse de que la sintomatología en efecto constituye un trastorno de la conducta alimentaria, y diseñar un plan específico para cada individuo. Por lo general, los jóvenes suelen adoptar conductas desafiantes, insisten en que se percatan de su estado, y que son totalmente capaces de controlarse y de cuidarse por sí mismos, pero en realidad se sienten ineficaces e inseguros y, obviamente, no son capaces de curarse sin ayuda profesional, así que es importante que usted insista en que sea atendido por un experto. Una buena estrategia es pedirle al joven que asista a consulta sólo unas cuantas veces y que se le ofrezca la posibilidad de suspender si no se siente cómodo, a condición de que asista a algún tratamiento. Esto es, se debe partir de que la asistencia al tratamiento no está sujeta a discusión pues es indispensable, pero se debe comprender que no todos los médicos o psicólogos son para todos los pacientes, y si no se establece una buena relación con uno puede intentarse con otro. En este caso es muy importante que el joven se sienta cómodo con el especialista a cargo y dependerá de este último generar en el paciente una actitud positiva hacia el tratamiento.

Existen diferentes formas de trabajar estas problemáticas y depende del profesionista a cargo el plan que se establezca. Se debe considerar que no todos los especialistas trabajan de la misma manera y que incluso la intervención puede variar considerablemente. Tenga en cuenta que la decisión final es suya y que debe de tomarse en función de sus creencias respecto a las diferentes posibilidades terapéuticas pues es de suma importancia que usted confíe en el tratamiento y en la persona responsable del mismo. Su hijo(a) también debe sentirse cómodo(a) con el tratamiento y con la persona que lo dirige, por lo que puede ser buena idea

platicar con él(ella) sobre las posibilidades terapéuticas, tomar en cuenta su opinión y dejarlo participar en la decisión.

Algunas veces, es necesario que el paciente asista, al mismo tiempo, a tratamientos con especialistas de diferentes áreas, otras veces basta con una sola intervención. En cualquier caso, eso lo debe decidir el experto a cargo, pues dependerá de su forma de trabajar pero, sobretodo, del estado en el que se encuentre el paciente. Las formas más efectivas para tratar los trastornos de la alimentación son las siguientes:

Psicoterapia individual

Consiste en un trabajo dirigido por un psicólogo, en el que el paciente se enfrenta a sus miedos y preocupaciones, busca sus causas y la forma en que se relacionan con su forma de comer. Bajo este enfoque, las alteraciones alimentarias constituyen una manera errónea de expresar un profundo malestar. Cuando se trabajada correctamente da muy buenos resultados.

Farmacoterapia

Dirigida SIEMPRE por un psiquiatra, consiste en proporcionar medicamentos que disminuyan la angustia del paciente para que, estando tranquilo, pueda resolver su problemática y ajustar sus conductas alimentarias. Por lo general, se usan medicamentos para tratar la depresión y la ansiedad. Estos fármacos no causan dependencia ni tienen efectos secundarios de importancia, pero el tratamiento debe estar constantemente monitoreado por el médico.

Apoyo nutricional

Las personas que tienen trastornos de la alimentación tienen miedo a comer o comen de más, lo que produce deficiencias en el cuerpo como debilidad y malestar, es por ello que resulta importante que aprendan a comer adecuadamente. Al

acudir a un nutriólogo, la persona puede obtener un plan alimenticio y de ejercicio específicamente diseñado para ella. En las fases iniciales de la enfermedad, puede resultar un apoyo importante.

Psicoterapia de grupo

Hay quienes creen que compartir experiencias y preocupaciones con otras personas que sufren de lo mismo, puede resultar reconfortante para los enfermos. En estas terapias la gente habla de cómo se siente y de las cosas que hace, para tratar de ayudarse entre todos bajo la dirección de uno o más profesionistas.

Psicoterapia familiar

Cuando en la familia hay una persona con un trastorno de la alimentación, es común que empiece a haber problemas entre los otros miembros de esa familia debido a que puede resultar molesto, es preocupante, muchas veces no se sabe cómo actuar, etc. Esto produce que el enfermo se sienta poco apoyado o culpable, generando aún más conflictos. Cuando toda la familia asiste a una terapia en la que puede hablar de sus molestias e inquietudes, se favorece la recuperación del enfermo y la armonía entre sus miembros.

En cualquier caso, es MUY IMPORTANTE que un experto en la materia, realice la evaluación y dirija el tratamiento. Esta persona será quien haga las recomendaciones pertinentes sobre el tipo de ayuda que el paciente debe recibir.

CREO QUE MI HIJO(A) TIENE UN TRASTORNO ALIMENTARIO, ¿QUÉ PUEDO HACER?

Primero que nada, si sospecha que su hijo(a) tiene un problema de este tipo debe ponerse en contacto con un experto en cuanto antes. Recuerde que, en todo caso, se trata de una enfermedad. Los jóvenes no alteran su forma de comer por pura necedad ni vuelven a adquirir hábitos saludables por voluntad propia. No espere a

que "solito se le pase" las cosas que hace su hijo(a) pueden ser normales pero pueden no serlo y en este caso dejar que continúe con ello puede ser peligroso. Es mejor consultarlo con un profesional y tener la tranquilidad de que su hijo(a) está bien, que buscar ayuda cuando la enfermedad ya esté avanzada.

A continuación encontrará algunos sencillos consejos que le pueden facilitar la relación con su hijo(a) si está en esta situación, y que le pueden ser útiles para que, en caso de que inicie un tratamiento, éste funcione mejor. Por ningún motivo las sugerencias que se hacen en este documento pueden sustituir un tratamiento, sólo son complementarias. Si su hijo tiene un problema de la alimentación, no está en sus manos resolverlo pero con su apoyo el proceso de curación puede ser más rápido y efectivo.

- Recuerde que no es un problema de falta de voluntad. No basta con que su hijo(a) se proponga comer o no vomitar o no comer de más. Necesita ayuda
- Procure NO hacer comentarios respecto a la comida o a la forma de comer de su hijo(a), eso sólo le hará enojar y va a alterar sus hábitos aún más
- No lo(a) critique ni se avergüence de el(ella)
- No trate de obligarlo(a) a comer
- Trate de distraerlo(a) con actividades interesantes o divertidas. Que no piense todo el tiempo en la comida
- Hágale saber que le preocupa pero no lo(a) vigile
- No le haga comentarios acerca de su cuerpo como "estás gordo(a)" o "estás muy flaco(a)"
- No haga comentarios acerca de su arreglo personal, la ropa que usa, cómo se peina, etc., a menos que sea para decirle lo bien que se ve.
- Permita que tome algunas decisiones siempre y cuando estas no se contrapongan al tratamiento
- No se enoje, lo que su hijo(a) hace no es para molestar

- Tenga mucha paciencia, recuerde que en estos casos, es común que los jóvenes estén irritables y/o deprimidos
- Apoye su tratamiento. Si no está de acuerdo con algo, háblelo con el especialista a cargo
- Procure no faltar a las citas médicas o terapéuticas
- Acuerde con su hijo(a) los alimentos que prefiere para que los compre y estén siempre disponibles. Trate de hacer negociaciones sobre su alimentación
- Deje que coma lo que él(ella) quiera. Conforme avance su tratamiento irá comiendo cada vez mejor
- Procure que en casa se sienta tranquilo(a) y relajado(a)
- Trate de platicar con él(ella) pero no insista
- Su hijo(a) va a tratar de pelear con usted. No entre en discusiones
- Repítale constantemente cuánto lo(la) quiere y su deseo de ayudarle
- Si es el caso, esté al pendiente de que tome sus medicamentos
- Demuéstrele con pequeños detalles cuánto lo(a) quiere
- Respete la privacidad de su hijo(a), no quiera que le hable de sus terapias o de otros asuntos personales
- Recuerde que el tratamiento de los trastornos alimentarios no es sencillo, se requiere de mucho apoyo y paciencia por parte de los padres, pues son procesos largos y con recaídas frecuentes
- No olvide que su hijo(a) está sufriendo, que no puede controlar lo que le sucede y que eso le hace sentir peor
- Hable con su hijo(a) y trate de entenderlo por absurdo que le parezca lo que le dice. Escúchelo(a), en la medida que lo(la) comprenda usted también se va a sentir más tranquilo
- Si la problemática supera su capacidad para mantener la calma, busque con quién hablar al respecto, de preferencia un profesional.

Es importante que su hijo(a) lo(la) vea fuerte y capaz de ayudarle. Si usted pierde la calma, se deprime o discute con frecuencia, sólo conseguirá un aumento en la angustia de su hijo(a) al sentirse solo(a) o desprotegido(a)

PREGUNTAS FRECUENTES

¿Los niños pequeños pueden tener trastornos de la alimentación?

Sí, aunque no es lo más común. Por lo general, los trastornos alimentarioscomienzan hasta la pubertad o la adolescencia, pero sí es importante prevenirlos desde la infancia. Si un niño está pasado de peso o por debajo del correspondiente a su edad y talla conviene consultarlo con el pediatra pues no necesariamente se trata de un trastorno de la alimentación, puede deberse a otras causas.

Mi hijo es gordito ¿eso es malo?

Estar pasado de peso nunca es saludable aunque los niños se vean bonitos o "simpáticos." Si es el caso de su hijo(a), sería bueno que consultara a su médico, pues puede tener algún desorden a nivel metabólico, puede ser que sus hábitos de alimentación no sean adecuados, que necesite más actividad física o, incluso, que padezca un trastorno alimentario. Además de que no es saludable, recuerde que los niños pasados de peso suelen ser objeto de las burlas y las críticas de sus compañeros así que siempre conviene poner atención en ello.

¿Cómo se qué cantidad de comida debo darle a mis hijos?

El tamaño de una porción varía para una persona y para otra. Calcule que una porción es el equivalente a lo que cabe en la palma de la mano de cada quien. En el caso de los niños, entonces, una porción es mucho más pequeña que para una

adulto, basta pensar en el tamaño de su manita. Trate de presentarle una porción de cada grupo y, si quiere más, sírvale otro poco.

¿Cómo puedo saber si mi hijo está comiendo suficiente?

En realidad, los únicos que saben cuánta comida necesitan son ellos mismos. Hay niños que necesitan comer más y otros que necesitan comer menos. También debemos recordar que los niños pasan por etapas en las que tienen más hambre y otras en las que comen poco. Si la comida que se les ofrece es balanceada y si su pediatra considera que están creciendo y ganando peso conforme a su edad, permita que coman la cantidad que ellos prefieran. Eso sí, deben comer de manera balanceada y con horarios establecidos. Es mejor ofrecerles cantidades pequeñas y que ellos mismos pidan más, que acostumbrarlos a comer mucho.

¿Son buenos los complementos alimenticios?

Son buenos pero sólo si son necesarios. Nada es mejor que un buen plato de fruta, una buena carne, etc. Lo que es importante es que no se recurra a ningún complemento ni a ningún medicamento para abrir el apetito de sus hijos si no fueron recetados por su médico.

Mi hijo no quiere comer ¿lo obligo?

Obligar a los niños a comer no es una buena idea. Recuerde que su hijo puede estar pasando por un periodo de poca hambre o puede sentirse mal. Eso si, no permita que sustituya la comida por dulces o pasteles, no basta con comer, lo importante es comer bien. Si su hijo pasa un periodo largo (más de dos semanas) presentando poco apetito, conviene consultarlo con su pediatra.

La hora de la comida es una lucha constante, ¿qué puedo hacer?

La hora de la comida es un momento socialmente importante y los niños lo saben. También saben que pueden obtener el control sobre las emociones de mamá, pues

es fácil sacarla de quicio si no come o si se porta mal al hacerlo. Es por ello que, primero que nada, no le muestre su enojo al niño, si no come, no se mortifique, no le va a pasar nada malo por un día o dos de no comer bien. En segundo lugar, ponga las reglas claras, si el niño hace "porquerías" o juega con la comida, bájelo de su silla, y dele un "tiempo muerto" (llevarlo a su cuarto o a un lugar alejado; se recomienda 1 minuto por año de edad), vuélvalo a sentar y repita la operación hasta que el niño aprenda a comer como usted espera. Cante y juegue, convierta la hora de la comida en un momento familiar para compartir, no en un campo de batalla.

Aunque yo tenga cuidado en casa, sus amigos y los medios de comunicación les pueden "meter ideas en la cabeza" a mis hijos. Cómo lo evito?

Recuerde: si usted le proporciona a sus hijos confianza, seguridad y apoyo, es mucho más difícil que se dejen convencer o que hagan cosas que les pudiera causar un daño. Platique mucho con ellos, hágales ver cuál información es cierta y cuál no. Enséñeles a cuestionar los mensajes que aparecen en los medios de comunicación, y esté al tanto de su grupo de amigos.

¿Qué hago si sospecho que mi hijo(a) tiene un trastorno de la alimentación?

Lo primero, es asegurarse de si lo tiene o no. Para ello es necesario consultar a un experto para que, en todo caso, se inicie un tratamiento lo antes posible para no permitir que avance la enfermedad. Es mejor consultar a un especialista y determinar que su hijo(a) está bien, que arriesgarse bajo la premisa de "ya se le pasará" y permitir innecesariamente que avance la enfermedad.

Mi hijo(a) no quiere comer, ¿lo(a) obligo?

No. Si su hijo(a) no tiene un problema alimentario y lo(la) obliga a comer puede generarle un rechazo a la comida. Si tiene un problema de la alimentación, tratar de obligarlo(a) puede agravar la situación pues la gente no puede pensar más que

en la comida, si usted insiste en ello, sólo va a conseguir aumentar la angustia y la preocupación al respecto. Trate de acordar con su hijo(a) los alimentos que prefiere, y procure tenerlos disponibles. No insista en que coma y trate de distraer su atención, que deje de pensar sólo en la comida. Consulte a un especialista.

Mi hijo(a) come demasiado y está muy gordo(a) ¿qué hago?

Cuando esto sucede, es importante hablar con su hijo(a) y convencerlo(a) de buscar ayuda profesional, pues la obesidad, sea cual sea su causa, constituye un problema de salud importante. Mientras tanto, procure que en su cocina haya suficiente comida saludable, y disminuya la compra de alimentos "chatarra" o de alto contenido calórico.

¿Cómo sé si los vómitos y los problemas estomacales de mi hijo(a) se deben a un trastorno de la alimentación o a una enfermedad del estómago?

La diferencia entre una y otra, es que los trastornos de la alimentación aparecen por el gran miedo a engordar o por el deseo de adelgazar, otro tipo de malestares se presentan sin estar relacionados con el peso o la figura. Aún así, si los malestares son recurrentes, consulte a su médico.

Mi hijo(a) está a dieta y está muy preocupado(a) por no engordar, pero yo creo que es normal a su edad. ¿Cómo se si es un problema?

Efectivamente, muchos jóvenes están preocupados por verse delgados y también es cierto que puede ser parte de un proceso normal, pero si además de querer adelgazar ha notado un cambio en el carácter de su hijo(a) (como estar serio(a), irritable o triste, o si sus dietas ya duraron más de 6 meses, sería bueno consultar a un especialista.

¿Los hombres también pueden padecer anorexia o bulimia?

Sí, aunque es menos frecuente que en las mujeres, los hombres también pueden sufrir estas enfermedades. Un síntoma específico en algunos hombres es que suelen hacer ejercicio de manera exagerada, pero también pueden comer de más, dejar de comer, vomitar o usar laxantes.

Hacer ejercicio es una buena costumbre. Me gusta que mi hijo(a) se ejercite. ¿Qué tiene eso de malo?

Efectivamente es una costumbre muy sana siempre y cuando no se exagere con la cantidad de ejercicio que se realiza y si dejar de ejercitarse no produce ansiedad, nerviosismo, irritabilidad o culpa. Si su hijo(a) no es un deportista de alto rendimiento e insiste en ejercitarse con exageración pues no quiere engordar o porque no le gusta la forma de su cuerpo, aunque aparentemente coma bien puedetener un problema alimentario relacionado con su imagen corporal.

¿En qué consiste el tratamiento para la gente que tiene trastornos de la alimentación?

Como ya se mencionó, existen diferentes maneras de ayudar a estos pacientes. La estrategia que se sigue, por lo general depende del grado de avance de la enfermedad, y del especialista a cargo.

¿Cuánto tiempo dura el tratamiento?

Depende de cada paciente, de lo avanzado de la enfermedad y de la forma en la que se aborda el problema es decir, el tipo de tratamiento que se elige. Pero en cualquier caso, es necesario tener paciencia, pues suelen ser procesos largos, la problemática es compleja, no se puede resolver de un día para otro y suele haber recaídas.

¿El tratamiento para este tipo de problema es costoso?

Existen posibilidades para todos los bolsillos, lo importante es buscar ayuda.

¿Los trastornos de la alimentación desaparecen completamente?

Sí, pero aunque la recuperación sea total, existe siempre la posibilidad de una recaída, por lo que se deber ser cuidadosos. Ante todo, es importante que si su hijo(a) tiene un trastorno de la alimentación, usted permanezca tranquilo ya que 1existen muchas probabilidades de éxito en el tratamiento de estas enfermedades.

No olvide que aunque el principal apoyo de los hijos son sus padres, no siempre pueden resolver todos sus problemas, por ello le proporcionaremos algunas opciones. Se trata de centros tanto públicos como privados en los que puede recibir ayuda:

- Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán
  Tel: 54 87 09 00 y 55 73 06 11 www.innsz.mx
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente
  Tel: 56 55 28 11 www.inpr.org.mx
- Instituto Nacional de Pediatría
  Tel: 10 84 09 00 www.pediatria.gob.mx
- Clínica Avalon
  Tel: 52 45 83 21 www.avalon.com.mx
- Clínica Juval Ellen West
  Tel: 55 20 52 42 y 55 40 02 33 www.juval.com.mx

Si quiere ponerse en contacto con la autora de este documento, puede escribir a la siguiente dirección electrónica: trast_alimentacion@terra.com.mx

DISCUSIÓN

Dado que los trastornos de la conducta alimentaria constituyen un problema de salud cada vez más importante, y ya que producen alteraciones metabólicas que llegan, incluso, a poner en riesgo la vida de los pacientes, es necesario desarrollar planes preventivos eficaces. Una alternativa consiste en describir las relaciones existentes entre los factores de riesgo y generar información de fácil acceso que le permita a los padres de familia conocer las formas de interacción que pueden proteger a sus hijos de los trastornos alimentarios o, cuando menos, les facilite la detección temprana de los mismos en tanto que el pronóstico es más favorable en la medida que el padecimiento se diagnostica en sus fases tempranas.

En función de lo anterior, el propósito del presente estudio fue explorar la relación entre algunos factores derivados del ambiente familiar y la crianza, así como de algunos aspectos propios del proceso de alimentación (como la disponibilidad de alimentos y las creencias sobre estos) y el desarrollo de trastornos alimentarios, para generar información que permita comprender y prevenir los trastornos de la alimentación, para hacérsela llegar a los padres de familia por medio de un documento que les ayude a prevenir la realización de conductas que se puedan constituir en un riesgo para sus hijos, que les facilite la detección temprana de los trastornos alimentarios y que aporte recomendaciones para su manejo.

Para ello se reunió un total de 100 mujeres tomando en cuenta que la incidencia a estos trastornos es muy baja en hombres. Del total de participantes 50 cursaban con algún tipo de trastorno alimentario (anorexia, bulimia, comer compulsivo o trastorno no especificado) y 50 no padecían ningún problema alimentario.

Las participantes del grupo de contraste fueron iguales en escolaridad, edad y zona de residencia a las del grupo clínico, y a todas se les aplicó un cuestionario que consta de 3 partes: la primera, evalúa actitudes negativas hacia la comida y se aplicó a fin de corroborar la sintomatología en el grupo de casos y para descartarla en el grupo de controles; la segunda, explora el ambiente familiar y la importancia que se le da a la figura y a la comida, además de explorar la disponibilidad de alimentos en la familia; y la última pretende conocer las creencias de los sujetos acerca de los alimentos en cuanto a si engordan o no, así como si suelen consumirlos.

La media de edad del grupo clínico fue de 22.92 años y la del de contraste de 23.04, contaban con una escolaridad promedio de 16.10 y 15.52 años respectivamente y su nivel socioeconómico era variado pero fluctuó entre medio y medio bajo según la clasificación por zona de residencia del INEGI. El grupo clínico estuvo conformado por 14 sujetos con anorexia, 13 con bulimia, 12 comedoras compulsivas y 11 diagnosticados con trastornos no especificados.

El análisis de datos se llevó a cabo en tres momentos. Inicialmente se trabajaron todas las variables referentes a ambiente familiar, después las de disponibilidad de alimentos y, por último las de creencias. Los puntajes obtenidos con la primera parte del instrumento (el EAT-40) se utilizaron únicamente para corroborar la ausencia y/o la presencia de problemas en la alimentación de los sujetos, pero no fueron considerados como una variable en este estudio.

Los principales hallazgos derivados de los resultados señalan que el ambiente familiar juega un papel estrechamente relacionado con la producción y mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria. Lo anterior confirma los hallazgos de otros estudios (p. ej. Longbottom, Wrieden, & Pine, 2002; Neumark-Sztainer, Wall, Story, & Fulkerson, 2004). Sin embargo, en este trabajo se pone de manifiesto que los factores relacionados con el ambiente familiar cobran relevancia al explicar los problemas alimentarios, en la medida en que la familia le da importancia a la apariencia física.

Respecto al ambiente familiar el grupo clínico resultó diferente del control en todas las variables evaluadas, pero no se encontraron diferencias intra-grupo con los pacientes diagnosticados, es decir, tanto anoréxicas como bulímicas, comedoras compulsivas y quienes padecen de trastornos no especificados, reportan un ambiente familiar similar, lo que puede ser indicador de que la familia, aunque constituye un factor determinante para el desarrollo de los trastornos alimentarios, puede no influir en el tipo específico de patología que se establece. Es decir, el ambiente familiar explica en gran medida la

aparición de un problema alimentario, pero la forma que adopta la patología parecería estar determinada por algún otro factor no tan directamente relacionado con la familia. Probablemente, como Silva (2001) propone, esté más asociado con estrategias de afrontamiento o rasgos de personalidad.

Por otra parte, es posible que dentro de las prácticas de crianza propias de cada familia, existan formas de ejercer la disciplina respecto a la alimentación que pudieran conformarse como un factor de riesgo para desarrollar este tipo de padecimientos.

Según los datos obtenidos y los análisis realizados, son cinco los factores que intervienen en el establecimiento de los trastornos de la alimentación y que contribuyen a su desarrollo:

1) Importancia del aspecto físico: este factor resultó ser el que mejor caracterizó a las participantes del grupo clínico, quienes consideran que en la interacción de sus familias el aspecto físico y el cuidado del cuerpo es muy importante, el sobrepeso está mal visto y la apariencia es fundamental, por lo que el cuidado del cuerpo es de suma importancia. También perciben a sus madres como personas inconformes con su propio aspecto y con el de sus hijas, preocupadas por su ingesta de alimentos y exigentes consigo mismas respecto a su apariencia. Esto nos puede hacer pensar que el físico se convierte en un valor muy apreciado para las pacientes con trastornos de la conducta alimetaria, ya que fundamentan su confianza y autoestima en la forma en la que se ven y no en la forma como son y, como se

sienten. Permanentemente insatisfechas con su imagen quedan, sin darse cuenta, inmersas en un círculo que no les permite reorganizar su escala de valores, centrándola constantemente en sus cuerpos. Como Showers y Larson (1999) proponen, la disatisfacción corporal puede estar relacionada con formas no adaptativas en la organización del autoconcepto, lo cual puede conducir a presentar sentimientos de inadecuación al entorno. Lo que llama la atención en este factor, es el hecho de que el convertir el físico y la apariencia en un valor fundamental, parece ser algo aprendido en el núcleo familiar y que no depende totalmente ni del individuo ni de la información a la que esta expuesto, lo cual se puede fundamentar en la propuesta de Cortés y cols. (1998), que sostienen que el desarrollo de las actitudes, creencias y valores depende en gran medida del medio sociocultural en el que los individuos crecen y se desarrollan.

2) Disciplina y alimentación: la sensación de las participantes del grupo clínico es de que se les presionaba respecto a la cantidad de comida que ingerían, y de que no se respetaban sus necesidades de ingesta, por lo que se sentían obligadas a comer de más o de menos, sin tomar en cuenta sus propios deseos al respecto. Además identificaron en sus madres conductas de excesiva preocupación por su propio consumo de alimentos, lo que las tornaba exigentes consigo mismas y con sus hijas. Esto último, resulta consistente con los hallazgos de Cooper y Burrows (2001) y Duke y cols. (2003).

3) Calidad de la relación con la madre: las participantes del grupo de contraste informaron tener una relación más afectuosa con sus madres y se sienten queridas y aceptadas, en tanto que las del grupo clínico reportan haber sido castigadas con mayor frecuencia y haber carecido de libertad para tomar algunas decisiones. Parecería ser, entonces, que el tipo de relación que se establece con la madre funciona ya sea como un factor protector o como uno de riesgo, toda vez que a través de esa relación se establecen rasgos tan importantes como la autoestima, misma que constituye un aspecto fundamental en los trastornos de la alimentación. Además, la dependencia y la inseguridad que estas pacientes suelen presentar están relacionadas con las invalidaciones repetidas por parte de los padres, particularmente, de las madres. De hecho, Steinhausen (1994), Kearney (1996), Lucas (1996) y Kaplan y Sadock (2000), entre otros, reportan que las madres de las pacientes con trastornos de la alimentación suelen ser poco empáticas, poco responsivas, poco cariñosas y que no pueden establecer relaciones afectuosas, de compañerismo y confianza con sus hijas, y es así, precisamente, como los sujetos clínicos de este estudio describen a sus madres.

4) Calidad de la relación con el padre: la relación que reportan las participantes del grupo de contraste con sus padres parece afectuosa y reconfortante. En general reportan haber tenido un padre cercano y respetuoso, firme pero no violento. En cambio, las participantes del grupo clínico no sólo informaron sentirse lejos de sus padres, si no que los describen como ofensivos y agresivos al relacionarse con ellas. Las jóvenes del grupo de contraste también reportan haber tenido un

padre interesado y respetuoso de sus opiniones, positivos e interesados en ellas, aunque con la firmeza necesaria para llamarles la atención, mientras que las del grupo clínico reportaron sentirse lejos de sus padres, no creen que estén interesados en ellas, en sus opiniones, ni que estén dispuestos a escucharlas. También los describen como ofensivos y agresivos al relacionarse con ellas, como poco afectuosos y, por tanto, no los reconocen como fuente de apoyo. Aunque la literatura científica prácticamente no hace referencia a la relación entre la figura paterna y los trastornos de la conducta alimentaria, las pacientes con estas problemáticas suelen sentirse lejanas a sus padres y éstos, comúnmente, aparecen anulados por la poderosa figura materna. En términos generales, la diferencia entre las participantes del grupo clínico y las del de contraste radica en que las últimas opinan tener una buena relación con sus padres y los reconocen como figuras que les brindan apoyo y afecto, lo cual se convierte en un factor protector que puede contrarrestar, incluso, los efectos de una mala relación con la madre, o un ambiente en otros sentidos adversos.

5) Ambiente proveedor de seguridad y confianza: las participantes del grupo control informan sentirse apoyadas y reconocidas; perciben interés en ellas y en sus opiniones; sus padres no suelen pelear violentamente, y se les percibe como respetuosos; constituyen un buen punto de apoyo y establecen límites razonables. A diferencia de las participantes de este grupo, las del clínico refieren que sus padres se involucraban con mayor frecuencia en peleas en las que usaban violencia verbal y en algunas ocasiones física, y que ejercían la

disciplina de una forma impositiva, haciendo uso frecuente del castigo para imponer la autoridad. A menudo, las peleas entre los padres se suscitaban frente a los hijos e incluían amenazas de separación o divorcio. Algunos estudios señalan que en pacientes con estos trastornos suele existir, además, una historia de abuso físico y de violencia intrafamiliar (Deep y cols., 1999; Doyle y cols., 1999; Rudd & Herzberger, 1999; Steiner & Lock, 1998). Otros hallazgos en esta línea han planteado que las experiencias familiares adversas aunadas a rasgos de personalidad específicos, y a las presiones culturales actuales contribuyen también al establecimiento de estos trastornos (Becker y cols., 1999; Bemporad, 1996; Ziolko, 1996).

En cuanto al peso relativo de estos factores para explicar los trastornos de la alimentación, resulta especialmente interesante que, a pesar de que la mayoría de los estudios resaltan la relación entre la madre y sus hijas como el factor de mayor importancia para la aparición de los trastornos de la conducta alimentaria, el presente estudio reveló que tal factor es relevante no tanto por sí mismo, si no en su relación específica con la importancia que se le da al aspecto físico y a la alimentación, el peso y la apariencia. Aparentemente, las participantes con trastornos alimentarios presentan una historia de sobrevaloración de la apariencia probablemente reforzada por los medios de comunicación, por la familia misma y por las exigencias estéticas sociales contemporáneas. De ser este el caso, el convertir el aspecto físico en un valor primordial estaría relacionado, también, con el exceso de atención que las madres ponen a la cantidad de comida que sus hijas ingieren, a su arreglo personal y a la presión que ejercen

sobre ellas para que coman la cantidad de alimento que consideran adecuada, sin tomar en cuenta las necesidades y gustos de sus hijas. Esto puede generar sentimientos de insuficiencia cuando las(os) jóvenes llegan a creer que su apariencia no es lo suficientemente buena como para que su grupo los acepte, y cuando hacen de la comida un instrumento para obtener control sobre ellas(os) mismas(os) y para rebelarse ante sus padres. Los individuos, entonces, quizá intenten ejercer control sobre sí mismos y su ambiente (especialmente el social) por medio de la alimentación, quizá en una lucha por conservar un sentido de autonomía y de autocontrol personales (Brusset, 1990).

Si se piensa en la incapacidad natural de muchos adolescentes para manejar situaciones estresantes de naturaleza social, y se añade que con frecuencia las pacientes con trastornos de la conducta alimentaria perciben su ambiente social como opresivo, tornándose suspicaces y desconfiadas ante su sensación de inadecuación para enfrentarse al mundo (Silva, 2001), los hallazgos del presente estudio sugieren, adicionalmente, que parte de estos sentimientos de inadecuación estén precisamente fundamentados en la apariencia física.

El convertir el aspecto físico en un valor primordial parece deberse, en parte, al exceso de atención que las madres ponen en la cantidad de comida ingerida, en el arreglo personal de sus hijos, y en el juicio de valor que se realiza respecto al resto de las personas que rodean a la familia. Esto parece generar sentimientos de inadecuación cuando los jóvenes llegan a creer que su apariencia no es lo suficientemente

buena como para ser aceptados por su grupo. A saber, estas creencias dan lugar a dudas acerca del futuro, el joven puede cuestionarse acerca de su identidad, e incluso por su normalidad y por la estima que los demás tienen hacia él. Además, como la percepción es que las madres únicamente les prestan atención para hacer comentarios acerca de su apariencia, este punto cobra todavía mayor importancia, ante la necesidad de agradar y de tener una mejor relación y una mayor cercanía con la madre.

Según la literatura científica, la preocupación por la figura forma parte del proceso normal de la adolescencia, etapa en la que se produce un aumento de la toma de conciencia y del interés por los aspectos relacionados con el propio cuerpo, por lo que, la mayoría de los adolescentes se encuentran más preocupados por su apariencia física que por cualquier otro aspecto de sí mismos. Si a esto añadimos la presión ejercida por la familia al respecto, la influencia de los medios de comunicación, la incapacidad natural de los adolescentes para manejar situaciones estresantes y la relación existente entre el atractivo físico y la aceptación social (Grogan, 1999) resulta congruente que se produzcan sentimientos de angustia y depresión.

Por otra parte, se sabe que los padres de los pacientes que sufren de estas patologías son rígidos y ejercen un excesivo control sobre sus hijos, lo cual impide la individuación de los mismos, generando sentimientos de inseguridad y baja autoestima; además de que no ejercen la disciplina con consistencia, produciendo en sus hijos una sensación de confusión y de incapacidad para ejercer control sobre sí

mismos, sintiéndose constantemente dependientes e inseguros. Además, el ejercicio exagerado de la disciplina le impide a los jóvenes tomar sus propias decisiones, por lo que llegan a suponer que la autoinanición, el vómito o el atracón, constituyen los únicos aspectos del diario acontecer que está en sus manos y sobre lo cuál pueden decidir y ejercer absoluto control. Así, estas conductas, erróneamente, se convierten en un esfuerzo por lograr la condición de persona única y capaz pues con ello demuestran que pueden llevar a cabo actos de extraordinaria autodisciplina.

La mayoría de los jóvenes que presentan trastornos en la conducta alimentaria, entonces, sienten que viven bajo el estricto control de sus padres y que sus madres son intrusivas pero poco empáticas. Probablemente, si las reglas fueran claras y específicas, y si la magnitud del castigo se correspondiera con la falta cometida, se le proporcionaría a los jóvenes un ambiente encuadrado y delimitado, que les permitiera sentir que son capaces de ejercer control sobre determinadas situaciones y que son lo suficientemente eficaces como para tomar decisiones y asumir las consecuencias de las mismas.

Si los adolescentes sienten que pueden controlar parte de su mundo exterior, no se ven en la necesidad de ir hacia ellos mismos en un intento por controlar lo único en lo que los demás no pueden intervenir: sus cuerpos y su forma de comer; acción que se revierte en su contra, pues llega un momento que la anorexia, el vómito y la compulsión se vuelven también incontrolables, lo cual aumenta peligrosamente los sentimientos de depresión, ansiedad, culpa e ineficacia.

También Brusset (1990) y Crispo y cols. (1998), proponen que la constante sensación de ser ineficaces que los pacientes con estos trastornos presentan, produce dificultades para comportarse de manera autónoma y ejercer un dominio sobre sus propios cuerpos. Aparentemente, las pacientes pueden adoptar conductas desafiantes, insisten en que se percatan de su estado, y que son totalmente capaces de controlarse y de cuidarse por sí mismas, pero en realidad tienden a sentirse ineficaces e inseguras, por lo que suelen presentar reacciones somáticas por un lado, para atraer la atención y, por otro, para lastimar sus cuerpos y pagar por su ineficiencia.

El papel que juega la relación con la madre como factor de riesgo para el desarrollo de los trastornos alimentarios, parecería estar determinado por la cercanía que se tiene entre ellas y sus hijos, pues eso que determina la calidad de la relación.

Si tomamos en cuenta que la adolescencia es un momento crucial para el establecimiento del autoconcepto y, por tanto de la autoestima, y si pensamos en la importancia del entorno inmediato para la conformación de los mismos, resulta lógico que comentarios ofensivos y agresivos por parte de las madres, ocasionen una disminución en los sentimientos de seguridad y confianza de sus hijos, mientras que actitudes de escucha, apoyo y afecto, resultan protectores.

Minuchin, Rosman y Baker (1978, citado por McGrane y Carr, 2002) también caracterizaron las familias de las adolescentes con anorexia como rígidas y fuertemente sobreprotectoras, con dificultades para solucionar conflictos y en las que los niños quedan involucrados en los conflictos parentales. Pero autores como Latzer y cols. (2002) van más allá y sostienen que tales factores están estrechamente relacionados con los estilos de apego que pueden establecerse entre padres e hijos. De esta forma, el ambiente familiar incapaz de proveer un sentido de seguridad y que no responde a las necesidades de los niños, contribuyen al desarrollo de problemas en la separación e individuación, lo cual, según los teóricos del apego (por ejemplo Bowlby, 1985) caracteriza a un gran número de enfermedades mentales.

De hecho, la autoestima y el autoconcepto, se han considerado predictores importantes en los trastornos de la alimentación, y aparecen como consecuencia del funcionamiento familiar de acuerdo con Espinosa y Reyes (1998). Esto, aunado a los grandes cambios que tienen lugar durante la adolescencia, y a la falta de una figura que aporte seguridad, puede hacer sentir a los jóvenes en desventaja en relación con sus compañeros, por lo que el peso se convierte en objeto de preocupación pues el adolescente presta gran atención a la opinión de los otros, le importa mucho lo que piensen de él y cómo lo ven y además tienden a sentirse el centro de las miradas, por lo que busca apegarse a los cánones de belleza establecidos por sus grupos. Debido a los cambios físicos, se observan también cambios importantes en el concepto de sí mismos y en la autoestima y, si éstos

no están correctamente establecidos, será aún más complicado para los adolescentes contender con las exigencias provenientes del entorno y con los cambios que ellos mismos sufren.

Así, es importante hacer hincapié en que no sólo la forma en que se relacionan padres e hijos, los patrones de comunicación que establecen o la calidad de los lazos afectivos que los unen, pueden constituir factores de riesgo para los trastornos de la conducta alimentaria, si no que un elemento crucial parece ser la falla en el fomento de la seguridad, la confianza y la autoestima, lo cual, a su vez, parece íntimamente ligado con la imposibilidad de los adolescentes para ejercer control sobre sí mismos, y con la idea errónea que generan acerca de que su apariencia física los puede dotar de dicha seguridad y confianza.

En cuanto a la relación específicamente con el padre, es posible que más que un factor de riesgo, pueda llegar a constituir un factor protector cuando se convierte en una figura que proporciona apoyo, afecto y escucha. Es decir, aunque una mala relación con el padre implica un riesgo, puede no ser determinante. Sin embargo, una buena relación tal vez si podría influir en que no se estableciera un problema alimentario severo.

En la práctica clínica, se puede observar claramente que el padre no suele jugar un rol importante dentro de las familias en las que uno de sus miembros sufre de un trastorno alimentario. Sin embargo, como las madres suelen ser la figura fuerte y dominante, y los padres

ocupan un segundo plano, aunque la relación con él sea, en términos generales, buena, suele no ser suficiente para proteger o para rescatar a los hijos de las patologías de la conducta alimentaria. Para resultar en un factor protector, entonces, es necesario no sólo que la figura paterna y la relación con ella sea buena, si no que debe ser sólida y estrecha además de que el padre debe jugar un rol activo en la dinámica familiar.

La diferencia entre el rol que suelen jugar el padre y la madre, podría generar tensión entre ellos, por lo que no es de extrañarse que las pacientes con trastornos alimentarios reporten una relación parental de menor calidad que la que reportan los sujetos con conductas alimentarias no patológicas. La relación entre los padres, entonces, en la medida que propicia un ambiente familiar adverso, puede convertirse en un factor importante para el establecimiento de problemáticas específicas en cuanto a las actitudes y conductas hacia el comer.

Por otra parte, es necesario tomar en cuenta que la familia no solo transmite las creencias acerca de la importancia del aspecto físico y del cuidado del cuerpo, si no que también genera los patrones de alimentación que en gran medida regirán los modelos dietéticos de los adolescentes. En este sentido, resulta de crucial importancia estudiar los usos y costumbres alimentarios de las familias con miembros que sufren de trastornos de la alimentación, así como las creencias transmitidas respecto a la comida, sus propiedades y sus efectos.

Este estudio, pretende ser una primera aproximación al respecto y, aunque aporta datos interesantes, también resultó insuficiente, pues la forma en la que se utilizó el instrumento para evaluar las costumbres alimentarias de la familia en términos de la disponibilidad de alimentos, no fue la más adecuada. También cabe la posibilidad de que al haber cuestionado a las participantes acerca de la disponibilidad de alimentos a lo largo de un año, se haya producido un sesgo de memoria. Es por ello que sería necesario idear nuevas técnicas que podrían basarse en entrevistas directas con los miembros de la familia, que permitieran obtener información más clara y determinante en este sentido.

Así, en este estudio se pudo perder información importante debido a varias razones. Por ejemplo, como ya se había mencionado, es posible que al interrogar a las participantes acerca de la frecuencia de presentación de alimentos en su familia, los individuos fueran incapaces de recordar con precisión el consumo habitual; cabe también la posibilidad (por la edad de los sujetos) que muchos de ellos pasen poco tiempo en sus hogares y, por consiguiente, no estén al tanto de la disponibilidad real de alimentos, una posibilidad final es que los sujetos realicen una serie de suposiciones al respecto y que, entonces, valiera más la pena interrogar a las madres o a las personas encargadas de la organización de las comidas para la familia. En cualquier caso, lo cierto es que se tiene que volver a plantear la posibilidad de que la disponibilidad de alimentos incida sobre los trastornos de la conducta alimentaria.

Mientras no se lleven a cabo estudios más precisos, no podemos negar la viabilidad de que la disponibilidad de alimentos constituya un factor relacionado con el establecimiento de conductas alimentarias patológicas. De esta forma, antes de descartar la hipótesis, se sugiere intentar evaluar tal variable por otra vía, pues si la propuesta inicial de este estudio, es decir que los alimentos a los que se tiene acceso determinan las prácticas alimentarias de los jóvenes y que la selección de tales alimentos están relacionados con las creencias familiares acerca del peso, la figura, el cuerpo, el control, y el ejercicio del maternaje, entonces constituiría un factor crucial dentro de los modelos explicativos de la génesis de los trastornos alimentarios y, por tanto, en los modelos preventivos y de intervención.

En cuanto a las creencias de las participantes respecto a las cualidades de los alimentos y al consumo de los mismos, se observó que las participantes del grupo clínico suelen consumir una cantidad menor de alimentos que las participantes del grupo de contraste. Esto se debe, probablemente, a que la dieta de los pacientes con trastornos de la alimentación no depende de una elección en términos de gusto o disgusto por un alimento en particular, sino de lo que suponen acerca de sus propiedades calóricas. En cambio, las participantes del grupo de contraste parecen basar su consumo en preferencias personales independientemente de si suponen que los alimentos les harán engordar o no. También llama la atención que las participantes del grupo clínico consideran un mayor número de alimentos como "engordantes", en tanto que las participantes del grupo de contraste informan esta propiedad en un número menor de alimentos. Sería

importante a futuro examinar las principales fuentes de este efecto cognitivo, para basar en él la promoción de conocimientos nutricionales fidedignos.

Por otra parte, aunque la disponibilidad no resultó una variable importante en el presente estudio, se sugiere la posibilidad de que puede llegar a tener influencia sobre las creencias respecto a las cualidades energéticas y calóricas de los alimentos y, por consiguiente, sobre su consumo, por lo que valdría la pena evaluarla utilizando diferentes técnicas.

A futuro, la presente línea de investigación podría considerar que la familia no sólo transmite las creencias acerca de la importancia del aspecto físico y del cuidado del cuerpo, sino que puede generar los patrones de alimentación que en gran medida regirán los modelos dietéticos de las(os) adolescentes (Hernández, y cols., 1999; Mason, 2001; Mujtaba & Furnham, 2001; Longbottom, y cols., 2002).

En este sentido, es importante estudiar de manera más detallada los usos y costumbres alimentarios de las familias con miembros que sufren de trastornos de la alimentación, así como las creencias transmitidas respecto a la comida, sus propiedades y sus efectos. Para la realización de este trabajo hubiera sido deseable precisar la evaluación realizada a este respecto pues, ahora lo sabemos, las mediciones pueden ser más precisas.

Conceptualmente, tanto para las participantes del grupo control como para las del contraste, los alimentos del grupo alimenticio "que más engordan" son las grasas, seguidas por cereales y tubérculos y por los azúcares, y no creen que las frutas y las verduras y las leguminosas y los alimentos de origen animal engorden. Por lo tanto, en ambos grupos se consumen con mayor frecuencia las leguminosas y las frutas, y se consumen en menor frecuencia las grasas y los cereales y tubérculos.

Por último, cabe decir que el presente estudio hace patente la necesidad de reconsiderar el papel del proceso de la alimentación como una forma en muchos sentidos estructurante del vínculo entre las madres y sus hijos(as), y retomar la posibilidad de que este aspecto constituya la fuente de una serie de contenidos de pensamiento y de comportamientos específicos que pudieran constituirse en un riesgo para desarrollar conductas alimentarias patológicas para, con ello, desarrollar e implementar planes preventivos y de tratamiento cada vez más eficaces.

En cuanto a las creencias de los sujetos respecto a las cualidades de los alimentos y al consumo de los mismos, se encontró que, partiendo de una lista básica de alimentos comunes, los sujetos del grupo clínico consumen una cantidad menor de alimentos que los sujetos del grupo de contraste o sea, aún en el caso de las comedoras compulsivas, el consumo está más restringido que para los sujetos del grupo de contraste. Esto se debe, probablemente, a que la dieta de los pacientes con trastornos de la alimentación que participaron en esta

investigación, no depende de una elección personal en términos de gusto o disgusto por un alimento en particular, si no de lo que suponen son sus propiedades calóricas, es decir, procuran consumir menos alimentos que creen que engordan y optan por aquellos que creen que no engordan, mientras que los sujetos del grupo de contraste parecen basar su consumo en preferencias personales independientemente de si suponen que los alimentos engordan o no.

También llama la atención que las participantes del grupo clínico considera un mayor número de alimentos como que engordan, y que las del grupo de contraste reportan como "engordantes" un número menor de alimentos. Esto nos conduce a cuestionarnos de dónde surgen tales creencias y abre la necesidad de dotar a la población de conocimientos nutricionales fidedignos, pues es muy probable que con ello se puedan generar hábitos dietéticos más saludables.

Por otro lado, se observó que las creencias no son diferentes entre anoréxicas, bulímicas, comedoras compulsivas o pacientes con trastornos no especificados, aunque, evidentemente, la dieta de las pacientes anoréxicas es más restringida que la del resto de las pacientes.

Tanto para las participantes del grupo de contraste como para las del clínico, los alimentos del grupo que más engordan son las grasas, los cereales y tubérculos y los azúcares, y no creen que las frutas y las verduras engorden. Por lo tanto, en ambos grupos se consumen con mayor frecuencia las frutas y las verduras, y se consumen en menor

frecuencia las grasas y los cereales y tubérculos. Esto es un indicador de que, en términos generales, existe preocupación por conservar la figura y una gran atención por las propiedades de los alimentos que se consumen, aunque es posible que exista un gran desconocimiento al respecto y una serie de creencias erróneas sobre el proceso de nutrición y sobre las cualidades de la comida.

En lo que respecta a la Fase II del estudio, es decir, a la elaboración y evaluación de los documentos de difusión del trabajo, se observó una actitud muy positiva por parte de los padres de familia a los que se les hizo llegar el material. Quedó de manifiesto la gran necesidad que existe en este sector de obtener información que de una u otra forma facilite el proceso de crianza de los hijos.

Asimismo, los padres parecen estar muy preocupados por los problemas de salud que pueden llegar a amenazar a sus hijos y que están asociados con el estilo de vida actual. En este estudio fue mayor el número de madres que aceptó participar en la evaluación del material, lo cual era de esperarse en tanto que parecen estar más involucradas en la crianza de los hijos. Las edades fueron muy variadas lo mismo que la zona de residencia y el número y la edad de los hijos, pero no se pudo observar ninguna coincidencia entre estas variables y la opinión expresada.

Llama la atención que en algunos casos, los padres opinaron que, a pesar de que el documento les parecía útil, claro, etc. no estaban de acuerdo con algunos de los consejos, particularmente con *"no obligue*

a sus hijos a comer." A pesar de que no se le realizó una entrevista a los padres y de que, por tanto, no se conocen los motivos por los cuáles rechazan esta práctica, consideramos posible que sean dos razones las que pudieran estar relacionadas con este punto: 1) dado que la hora de la comida es vista como un momento importante en la educación de los hijos, tal vez se tema perder el control si se les permite elegir la cantidad de alimento que consumen o 2) puede ser que el rechazo a tales prácticas esté fundamentado en las creencias (muchas veces erróneas) acerca de la alimentación y su relación con la salud y el crecimiento.

En función de lo anterior, cabe mencionar que también aparece como una necesidad más o menos frecuente el obtener información sobre *qué deben comer los niños, en qué cantidad, cuáles son las propiedades de los alimentos* y, en general, *cómo asegurarse de que la alimentación que están recibiendo es la adecuada.*

También es mencionada la llamada "comida chatarra" y en esta categoría se mencionan alimentos como pizzas, papas fritas, helados, etc., como si carecieran por completo de valor nutrimental, lo cual suele generar un grave conflicto entre los padres, pues son los alimentos que para los niños son más atractivos. En este caso, tal vez también valdría la pena generar información dirigida a padres de familia en relación a las propiedades reales de los alimentos para tratar de disminuir la ansiedad que esto les produce. Si bien una dieta balanceada no puede fundamentarse en el consumo de "comida chatarra" también es cierto que no es necesario eliminarla por

completo, siendo esta conducta una fuente frecuente de conflictos entre padres e hijos.

También se pudo observar cierta preocupación por parte de los padres respecto a la información que reciben sus hijos en cuanto a los ideales de belleza y respecto a los valores que manejan los jóvenes actualmente, por lo que se intentó, en la nueva versión del material, hacer hincapié en que un ambiente familiar protector, disminuye notablemente el riesgo a pesar del medio circundante.

Respondiendo a la inquietud de los padres por recibir más información respecto a los trastornos de la conducta alimentaria, se amplió el material y se decidió difundirlo como un solo documento, cuidando siempre de no aportar información que pudiera generar angustia en los padres o que les pudiera hacer sentir culpables. Se procuró también conservar el estilo y para presentaciones posteriores se tomará en cuenta la importancia del diseño gráfico, el uso de colores y de imágenes.

Finalmente, debemos hacer hincapié en la importancia de generar materiales como el que aquí se presenta, en tanto la evidente necesidad de los padres de familia por recibir información que les permita sentirse más eficaces y seguros al criar a sus hijos.

CONCLUSIONES

Los principales hallazgos de este estudio, derivados de los resultados obtenidos, señalan que el ambiente familiar juega un papel estrechamente relacionado con la producción y mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria. Sin embargo, en este caso se pone de manifiesto que los factores relacionados con el ambiente familiar cobran relevancia al explicar los problemas alimentarios, en la medida en que la familia le da importancia a la apariencia física.

Es posible que dentro de las prácticas de crianza propias de cada familia, existan formas de ejercer la disciplina respecto a la alimentación que pudieran conformarse como un factor de riesgo para desarrollar este tipo de padecimientos.

Los resultados revelaron cinco factores principales que contribuyen al desarrollo de los trastornos de la alimentación tal y como se identificaron en el presente estudio:

1) Importancia del aspecto físico: este factor resultó ser característico de las participantes del grupo clínico, quienes consideran que en la interacción de sus familias el aspecto físico y el cuidado del cuerpo es muy importante, el sobrepeso está mal visto y la apariencia física es fundamental.

2) Disciplina y alimentación: la sensación de las participantes del grupo clínico es de que se les presionaba respecto a la cantidad de comida que ingerían, y de que no se respetaban sus necesidades de ingesta, por lo que se sentían obligadas a comer de más o de menos, sin tomar en cuenta sus propios deseos al respecto. Además, identificaron en sus madres conductas de excesiva preocupación por su propio aspecto y por su ingesta de alimentos.

3) Calidad de la relación con la madre: las participantes del grupo de contraste informaron una relación más afectuosa con sus madres que las del grupo clínico, en tanto que éstas reportan haber sido castigadas por con mayor frecuencia y haber carecido de libertad para tomar algunas decisiones.

4) Calidad de la relación con el padre: la relación que reportan las participantes del grupo de contraste con sus padres, parece afectuosa y reconfortante. En tanto que las grupo clínico informaron sentirse lejos de sus padres y los describen como ofensivos y agresivos al relacionarse con ellas.

5) Ambiente proveedor de seguridad y confianza: las participantes del grupo de contraste informaron sentirse apoyadas, reconocidas; perciben interés en ellas y en sus opiniones; sus padres no suelen pelear violentamente, y se les percibe como respetuosos; constituyen un buen apoyo y establecen límites razonables. Las participantes de del grupo clínico, en cambio, refieren que sus padres se involucraban con mayor frecuencia en peleas en las que usaban violencia verbal y

en algunas ocasiones física, y que ejercían la disciplina de una forma impositiva, haciendo uso frecuente del castigo para imponer la autoridad. A menudo, las peleas entre los padres se suscitaban frente a los hijos e incluían amenazas de separación o divorcio.

En cuanto al peso relativo de estos factores para explicar los trastornos de la alimentación, el presente estudio reveló que la relación con la madre y el resto de la familia resulta relevante para el establecimiento de conductas alimentarias patológicas sólo en su relación específica con la importancia que se le da al aspecto físico y a la alimentación, el peso y la apariencia.

Entonces, el convertir el aspecto físico en un valor primordial estaría probablemente relacionado, también, con el exceso de atención que las madres ponen a la cantidad de comida que sus hijas ingieren, a su arreglo personal y a la presión que ejercen sobre ellas para que coman la cantidad de comida que consideran adecuada, sin tomar en cuenta las necesidades y gustos de sus hijas, generando sentimientos de insuficiencia y de falta de control, por lo que las jóvenes quizá intentan ejercer control sobre sí mismas y su ambiente (especialmente el social) por medio de la alimentación. Además, la percepción de que los padres únicamente les prestan atención para hacer comentarios acerca de su apariencia, cobra aún mayor importancia por la necesidad de agradar para tener una mejor relación y cercanía con ellos.

En cuanto a las creencias de las participantes respecto a las cualidades de los alimentos y al consumo de los mismos, se observó que las participantes del grupo clínico suelen consumir una cantidad menor de alimentos que las participantes del grupo de contraste, lo que probablemente se debe a que los pacientes con trastornos de la alimentación no depende de una elección en términos de gusto o disgusto por un alimento en particular, sino de lo que suponen acerca de sus propiedades calóricas.

En contraste, las participantes del grupo control parecen basar su consumo en preferencias personales independientemente de si suponen que los alimentos les harán engordar o no. También llama la atención que las participantes del grupo clínico consideran un mayor número de alimentos como "engordantes", que las participantes del grupo de contraste.

Por otra parte, aunque la disponibilidad no resultó una variable importante en el presente estudio, se sugiere la posibilidad de que puede llegar a tener influencia sobre las creencias respecto a las cualidades energéticas y calóricas de los alimentos y, por consiguiente, sobre su consumo.

Respecto a la Fase II del estudio, podemos concluir que se consiguió elaborar un documento que despertara el interés de los padres de familia y que según la opinión de los mismos, aporta información clara y concisa, de fácil acceso y de utilidad para los miembros de la familia en general. El material parece contener información suficiente y

organizada y según los comentarios recibidos, es altamente probable que resulte una herramienta útil que provea a los padres de cierta tranquilidad en lo que concierne a la cuestión de los trastornos alimentarios. Cabe señalar que vale la pena dirigir los esfuerzos preventivos hacia la comunidad de padres, pues además de constituirse como un factor esencial tanto protector como de riesgo, en términos generales se muestran interesados y deseosos por participar y recibir más información.

Finalmente, podemos decir que el ambiente familiar es determinante para el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria y que existen dos elementos que deben considerarse como factores de riesgo fundamentales: la importancia que en el hogar se le da a la apariencia física y las prácticas de crianza y los hábitos relacionados con la alimentación. Esto último en relación a las creencias que se tienen respecto a los alimentos y sus propiedades, debe constituirse como un tema al que se le de mayor atención tanto en la elaboración de proyectos de investigación como en el establecimiento de planes preventivos.

COMENTARIOS Y SUGERENCIAS

Aunque existe un extenso acervo en lo que respecta a los trastornos de la conducta alimentaria, la investigación se ha centrado en el estudio de la dinámica de tales patologías tanto a nivel individual como familiar. También existen una serie de investigaciones respecto a la influencia del grupo social y de los medios de comunicación para el establecimiento y mantenimiento de estas patologías. Sin embargo, dado que el material generado por los diversos investigadores es de corte claramente clínico y, en algunos casos social, y ya que se ha centrado en la dinámica familiar, la relación con la madre y la descripción de las características individuales de los sujetos con esta problemática, valdría la pena darle un giro tanto a los temas estudiados en el marco de los trastornos de la alimentación como al enfoque con el que se han trabajado.

Por ejemplo, es necesario llevar a cabo estudios que tomen en cuenta la importancia del proceso de alimentación como vehículo para el establecimiento de creencias, actitudes, conductas, preferencias, ansiedades y temores. También se deben investigar desde el punto de vista de la psicología cognitiva los factores relacionados con la comida y la alimentación en términos de construcción de conceptos y creencias pues, por constituirse muchas veces de manera errónea, pueden generar también comportamientos poco adaptativos que pudieran tener efecto sobre la conducta alimentaría de los jóvenes poniéndolos en riesgo a desarrollar trastornos severos.

Adicionalmente, habría que preguntarse qué información se les está haciendo llegar a los más pequeños respecto a la alimentación y al cuerpo en esta nueva "cultura de la salud" en la que predominan el consumo de alimentos *light*, el abuso de productos para adelgazar, eliminar grasa, conseguir firmeza en la piel, la proliferación de gimnasios, libros sobre dietas, etc. etc., y cómo la exposición constante a estos contenidos afecta el sistema de creencias de los jóvenes, probablemente, de manera negativa.

De esta forma, es importante generar una línea de investigación fundamentada en las creencias acerca de la alimentación y de la comida y, en consecuencia, de las conductas que se generan a partir de estas concepciones, pues parecen determinantes para las prácticas de crianza relativas a la alimentación y, por lo tanto, importantes como elemento constituyente de los factores de riesgo para los trastornos de la conducta alimentaria.

Para ello, habría que trabajar en dos direcciones. Primero, lo referente a las concepciones de los padres acerca de la comida, la alimentación, la nutrición, el crecimiento y el desarrollo, para dilucidar no sólo los fundamentos de las prácticas de crianza al respecto si no también la información que le transmiten a sus hijos. Y, segundo, habría que investigar las ideas propias de los niños respecto a los mismos temas. Esto último ya es trabajado actualmente, pero en el marco de la enseñanza de las ciencias y no en su posible relación con los trastornos de la conducta alimentaria. Así, si los procesos propios de

pensamiento que tuvieran relación con estos padecimientos, se podrían trabajar con las concepciones previas de los niños y educarlos con creencias sanas que los protejan de este tipo de padecimientos al permitirles una selección más balanceada de alimentos y actitudes más positivas hacia la comida.

Por lo anterior, es fundamental desarrollar nuevas técnicas que permitan obtener mediciones más precisas en cuanto a las prácticas de crianza y las creencias relacionadas con el proceso de alimentación.

Por otra parte, si es la madre es la figura más importante para el establecimiento de la dinámica familiar, los usos, costumbres y patrones, se podría pensar también en la posibilidad de trabajar directamente con ellas tanto para averiguar sus creencias específicas acerca del peso, la figura, la alimentación y la selección de alimentos, y el impacto que estos aspectos tienen sobre las actitudes y conductas alimentarias de sus hijos, como para implementar planes preventivos específicamente dirigidos a ellas.

Adicionalmente, a partir de los datos encontrados y fundamentándonos en las observaciones clínicas y en los comentarios de los padres al pedirles su opinión acerca del material que se generó de este estudio, surge también la necesidad de retomar el papel de los padres como factor protector o de riesgo para el desarrollo de los trastornos alimentarios.

De acuerdo al grueso de los estudios, la figura paterna pierde importancia a la sombra de la poderosa figura materna. Sin embargo, como integrante de la pareja, sus concepciones, actitudes y expectativas, en mayor o menor medida, deben influir en el sistema de creencias de la familia y, por tanto, en su dinámica y en sus prácticas.

Es posible, entonces, que el rol del padre haya aparecido como carente de importancia no porque no sea relevante, si no porque no se han empleado los enfoques ni las metodologías adecuadas. Por ejemplo, el hecho de que los hábitos y las prácticas disciplinarias generalmente son implementados por la madre, en tanto que es quien más tiempo pasa con los hijos, no quiere decir que las creencias, expectativas y exigencias del padre no influyan en la forma en que se establecen normas y patrones dentro del hogar y en el mismo actuar de la madre.

Además, si tomamos en cuenta que hoy en día es común que los hombres centren en su cuerpo sus expectativas de éxito y felicidad y que, por consiguiente, presenten una mayor preocupación por su apariencia y su figura en tanto que es una práctica cada vez más aceptada por el grupo social, tanto que incluso se ha acuñado el término "metrosexual" para hacer referencia a aquellos hombres para los cuales el cuidado de su cuerpo, en términos estéticos, es importante, no tendría que extrañarnos que la figura paterna haya empezado a tomar un rol más activo en el establecimiento de los trastornos de la conducta alimentaria.

Esto es, hoy en día, la apariencia física y la necesidad de cumplir con ciertos cánones de belleza, no es más un problema privativo de las mujeres. Los hombres también están expuestos a este tipo de presión social y también se sienten obligados a cumplir ciertas características si desean integrarse a determinados grupos sociales. Hoy en día, por ejemplo, existen revistas de circulación masiva, dirigidas a hombres, en las que se presentan consejos de belleza, alimentación, ejercicio, etc. Así, no sólo resulta importante replantear el papel del padre ante las nuevas exigencias a las que ya también están expuestos los hombres, también es necesario generar nuevos criterios diagnósticos para los varones y volver la mirada hacia ellos, pues empiezan a convertirse en una población igual de vulnerable que la femenina. Es importante, por ello, estudiarlos de cerca como una población que puede, realmente, estar en riesgo.

Para terminar, se sugiere que se investiguen las creencias de los adolescentes respecto a lo que ellos consideran un ambiente familiar favorable, qué tipo de prácticas les generan conflicto y sus concepciones acerca del cuerpo, la alimentación y la comida, para complementar la información proporcionada a los padres y mejorar el trabajo que con ellos se realiza. Es por ello que queda pendiente la adaptación del material que aquí se presenta para hacérselo llegar a los jóvenes en edades de riesgo para tratar de crear conciencia, entre otras cosas, de que es más importante estar sano que ser delgado, y que dejar de comer, vomitar, usar laxantes, diuréticos, etc., nunca es una buena idea para adelgazar.

REFERENCIAS

Alvarez, G., Vázquez, R. Mancilla J. .M., Caballero, A., Unikel, C., &, Raich, R. (2000) Sintomatología en jóvenes con trastorno alimentario: Estudio transcultural México-España. *La Psicología Social en México*. Vol. VIII, 582-589.

Assema, P., Martens, M., Ruiter R. A. C., & Brug, J. (2001) Framing of nutrition education messages in persuading consumers of the advantages of a healthy diet. *Journal of Human Nutrition Dietet, 14*, 435-442.

Bacardi-Gascon, M. (2002) An evaluation of two mexican food guides. *International Journal of Food Sciencies and Nutrition*, 53, 163-169.

Becker, A., Grinspoon, S. K., Klibanski, A., & Herzog, D. B. (1999) Eating disorders. *The new England Journal of Medicine*. Vol. 340, 1092-1098.

Bemporad, J. R. (1996) Self-starvation through the ages: Refections on the pre-history of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders,* Vol. 19, 217-237.

Bowlby, J. (1985) *La Separación Afectiva*. Paidós :Barcelona.

Brusset, B. (1990). La expresión somática: La anorexia mental de las adolescentes. En: S. Lebovici, R. Diatkine, & M. Soulé (Eds.) *Tratado de Psiquiatría del Niño y del Adolescente*. Tomo IV. Madrid, España.Biblioteca Nueva.

Canettia, L., Bacharb, E., & Berry, E. (2002). Food and emotion. *Bahavioural Processes*. Vol. 60, 2, 157-164.

Cash, T. F., & Brown, T. A. (1987). Body image in anorexia nervosa and bulimia nervosa: a review of the literature. *Behavior Modification,* 11, 487-521.

Cash, T. F., & Deagle, E. A. (1997) **The nature and extent of body-image disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A meta analysis**.

Caroli, M., & Lagravinese, D. (2002) *Prevention of Obesity*. Nutrition Research, 22, 221-226.

Chubb, N. H., Fertman, C. I., & Ross J. L. (1997) Adolescent self-esteem and locus of control: A longitudinal study of gender and age differences. *Adolescence,* Vol. 32, 113-129.

Connan, F. (1998) Machismo nervosa: An ominous variant of bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review.* Vol. 6, 154-159.

Cooper, M., & Burrows, A. (2001) Underlying assumptions and core beliefs related to eating disorders in the mothers of overweight girls. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 29, 143-149.

Cooper, Z., & Fairbum, C. G. (2003) Refining the definition of binge eating disorder and nonpurging bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders,* 34: 589-595.

Cortés, L., Flores, M. M., Carrillo, C. D., & Reyes Lagunes, I. (1998) Autoconcepto y ambiente familiar en niños. *La Psicología Social en México*, Vol. VIII, 127-133.

Crispo, R.; Figueroa, E.; & Guelar, D. (1998). *Anorexia y Bulimia: Lo que hay que saber. Un mapa para recorrer el territorio trastornado.* Barcelona: Gedisa.

Crosscope-Happel, C., Hutchins, D. E., Getz, H. G., & Hayes, G. L. (2000) Male anorexia nervosa: A new focus. *Journal of Mental Health Counseling*, Vol. 22, 365-371.

Deep, A., Lilenfeld, L., Plotnicov, K., Pollice, C., & Kaye, W., (1999). Sexual abuse in eating disorders subtypes and control women: The role of comorbid substance dependence in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders.* 1999; 25: 1-10.

Delvenne, V.; Lostra, F.; Goldman, S.; Biver, F.; De Maertelaer, V.; Appelboom-Fondu, J.; Schoutens, A.; Bidaut, L. M.; Luxen Al., & Mendlewicz, J. (1995) Brain hipometabolism of glucose in anorexia nervosa: a PET-scan study. *Biological Psychiatry,* 37, 161-169.

Delvenne, V.; Goldman, S.; Simon, Y.; De Maertealaer, V., & Lotstra, F. (1997). Brain hypometabolism of glucose in bulimia nervosa. *Inernational Journal of Eating Disorders,* 21: 313- 320.

Demarest, J., & Allen, R. (2000) Body image: gender, ethnic, and age differences. *Journal of Social Psychology*, Vol. 140, 465-472.

Dieta y nutrición, Biblioteca Médica Familiar (1991) España: Editorial Everest.

Dolan, R. J.; Mitchell, J., & Wakeling, A. (1988) Structural brain changes in patients with anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 18, 349-353.

Dominy, N. L., & Johnson, W. B. (2000) Perception of parental acceptance in women with binge eating disorder. *Journal of Psychology*, Vol. 134, 23-36.

Doyle, J.; Frank, E.; Saltzman, L.; McMahon, P., & Fieldman, B. (1999). Domestic violence and sexual abuse in women physicians: Associated medical, psychiatric and professional difficulties. *Journal of Women's health and gender Based Medicine*. Vol 8, 955-965.

Duke, R., Bryson, S., Hammer, L. D., & Agras, W. S. (2003) The relationship between parental factors at infancy and parent-reported control over children´s eating at age 7. *Appetite*, 43, 247-252.

Eliot, A., & Baker, C. (2001) Eating disordered adolescent males. *Adolescence*, 36, 535-543.

Espinosa, R., & Reyes Lagunes, I. (1998) El autoconcepto: Su relación con el ambiente familiar y con la orientación individual. *La Psicología Social en México*, Vol. VIII, 143-149.

Fairburn, C. J.; Doll, H. A.; Welch, S. L.; Hay, P. J.; Davies, B. A., & O'Connor, M. E. (1998) Risk factors for binge eating disorders: A community-based case-control study. *Archives of General Psychiatry,* 55, 425-432.

Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (1981). Body image in anorexia nervosa: Measurement, theory, and clinical applications. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 11, 263-284.

Geist, R.; Heinmaa, M.; Katzman, D., & Stephens, D. (1999). A comparison of male and female adolescents referred to an eating disorder program. *Canadian Journal of Psychiatry*. Vol.44, 374-378

Gendall, K.; Joyce, P.; Sullivan, P., & Bulik, C. (1998). Personality dimensions of dietary restraint. *International Journal of Eating Disorders*, Vol. 24, 371-379.

Gibson, E. L., Wardle, J., & Watts, C. J. (1998) Fruit and vegetable consumption, nutritional knowledge and beliefs in mother and children. *Appetite*, 31, 205-228.

Gifford, K. D. (2002) Dietary fats, eating guides, and public policy: history, critique and recommendations. *American Journal of Medicine*. 112, 86-106.

Goldman, H. (1989) *Psiquiatría General*. Manual Moderno: México.

Goldner, E., Srikameswaran, S., Schroeder, M., Livesley, W., & Birmingham, C. (1999) Dimensional assessment of personality pathology in patients with eating disorders. *Psychiatry Research*, Vol. 85, 151-159.

Gómez, G. (1995) Peso real, peso imaginario y distorsión de la imagen corporal. *Revista Mexicana de Psicología*. Vol. 12, 185-197.

Gómez, G. (1997) Alteraciones de la imagen corporal en una muestra de escolares mexicanos preadolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*, Vol. 14, 31-40.

Gómez, G., & Acosta, M. V. (2000) Imagen corporal como factor de riesgo en los trastornos de la alimentación: Una comparación transculturan entre México y España. *Clínica y Salud,* Vol. 11, 35-58.

Gorwooda, B., Kipmana, A., & Foulonc, C. (2003) The human genetics of anorexia nervosa. *European Journal of Pharmacology.* Vol. 480, 163-170.

Green, M. W., Elliman, N. A., Wakeling A., & Rogers, P. J. (1996). Cognitive functioning, weight change and therapy in anorexia nervosa. *Journal of Psychiatry,* Vol. 30, 401-410.

Grogan, S. (1999) *Body Image: Understanding Body Dissatsfaction in Men, Women and Children*. Routledge: Great Britain.

Harris, M. B., Walters, L. C., & Waschull, S. (1991). Gender and ethnic differences in obesity-related behaviors and attitudes in a college sample. *Journal of Applied Social Psychology*, 21, 1545-1577.

Henderson, C. W. (2000) Anorexia, Bulimia May Have Genetic. *Women's Health Weekly Editors Reports, Women's Health Weekly via NewsRx.com.*

Hernández, B. (1998) *Diet, Physical Activity and Obesity in Mexican Children.* Tesis de doctorado. Harvard School of Public Health. Boston : MA

Hernández-Ávila, M., Romieu, I., Parra-Cabrera, S. Hernández-Ávila, J. E., Madrigal, H., & Willett, W. (1998) Validity and reproducibility of a food frequency questionnaire to assess dietary intake of women living in Mexico City. *Salud Pública de México,* 40: 133-140.

Hernández, B. Gortmaker, S. L., Colditz, G. A., Peterson, K. E., Laird, N. M., & Parra-Cabrera, S. (1999) Association of obesity with physical activity, television programs and other forms of video viewing among children in Mexico City. *International Journal of Obesity*, 23, 845-854.

Herzog, W.; Kronmuller, K., & Hartmann, M. (2000) Family Perception of Interpersonal Behavior as a Predictor in Eating Disorders: A Prospective, six-year followup study. *Family Process*, Vol. 39, 359-374.

Holston, J., & Cashwell, C. (2000) The family functioning and eating disorders among college women: a model of prediction. *Journal of College Counseling*, Vol. 3, 5-7.

Joiner,T.; Katz, J., & Heatherton, T. (2000). Personality features differentiate late adolescent females and males with chronic bulimic symptoms. *International Journal of Eating Disorders.* Vol.27, 191- 197.

Judaa, M.; Campbell, L., & Crawforda, B. (2004). Dieting symptomatology in women and percepctions of social support. An evolutionary approach. *Evolution and Human Behavior.* Vol. 25, 200-208.

Kane, T.; Loxton, N.; Staiger, P., & Dawe, S. (2004). Does the tendency to act impulsively underlie binge eating and alcohol use problems?: An empirical investigation. *Personality and Individual Differences.* **Vol. 36-1.**

Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (2000). *Sinopsis de Psiquiatría Ciencias de la conducta, Psiquiatría clínica.* España: Editorial Médica Panamericana (8ª. Edición).

Kaye, W., Gendall, K., & Kye, C. (1998). The role of the central nervous system in the psychoneuroendocrine disturbances of anorexia y bulimia nervosa. *The Psychiatric Clinics of North America.* Vol. 21, 381-395.

Kearfott, S., & Hill, D. (1997). The biological substrate of eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry.* 10: 296-299.

Kearney, R. (1996). Attachment disruption in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A review of theory and empirical research. *International Journal of Eating Disorders*, 20, 115-127.

Kenardy, J. & Ball, K. (1998). Disordered eating, weight dissatisfaction and dieting in relation to unwanted childhood sexual experiences in a community sample. *Journal of Psychosomatic Research.* Vol. 44, 327-337.

Kingston, K., Szmukler, G. Andrewes, D., Tress, B., & Desmond P. (1996) Neuropsychological and structural brain changes in anorexia nervosa before and after refeeding. *Psychological Medicine,* 26, 15-28.

Krieg, J. C.; Lauer, C., & Pirke, K. M. (1989) Structural brain abnormalities in patients withh bulimia. *Psychiatry Research,* 27, 39-48.

Krystallis, A.; Arvannitoyanis, A., & Kapirti, A. (2003) Investigatin Greek consumers attitudes towards low-fat products: A segmentation study. *International Journal of Food Sciencies and Nutrition*, 54, 219-133.

Laessle, R. G.; Bossert, S.; Hank, G.; Hahlweg, K., & Pirke, K. M. (1990) Cognitive performance in patients with bulimia nervosa: relationship to intermittent starvation. *Biological Psychiatry,* 1990, 27: 549-551.

Latzer, Y.; Hochdorf, Z.; Bachar, E., & Canetti, L. (2002) Attachment style and family functioning as discriminating factors in eating disorders. *Contemporary Family Therapy,* 24, 581-599.

Lauer, C. J., Gorzewski, M. G., Backmund, H., & Zihl, J. (1999). Neuropsychological assessments before and after treatment in patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Psychiatric Research.* Vol. 33, 129-138.

León-Sánchez, R. (2005) *El Desarrollo de Nociones Anatómico-Fisiológicas en Niños y Adolescentes Escolarizados.* Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México. México.

Longbottom, P. J. Wrieden, W. L., & Pine C. M. (2002) Is there relationship between the food intakes of Scottish 5 ½ 8 ½ year-olds and those of their mothers? *Journal of Human Nutrition Dietetic*, 15, 271-279.

Lucas, A. R. (1996). Anorexia nervosa and bulimia nervosa. M. Leais (Ed.). *Child and Adolescent Psychiatry a Comprehensive Textbook*. Londres: William and Wilkins. (2ª. Edición).

Ludwig, M., & Brownell, K. (1999). Lesbians, bisexual women, and body image: An investigation of gender roles and social group affiliation. *International Journal of Eating Disorders*. Vol. 25, 89-97

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV (1998). México: Editorial Masson.

Matsunaga, HI; Kaye, W.; McConaha, C.; Plotnicov, K.; Pollice, C., & Rao, R. (2000). Personality disorders among subjects recovered from eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, Vol. 27, 353-357.

McGrane, D., & Carr, A. (2002) Young women at risk for eating disorders: Perceived family dysfunction and parental psychological problems. *Contemporary Family Therapy*, 24, 385-395.

McLaren, S. D. (1972/1993) La Nutrición y sus Trastornos. México: Manual Moderno.

Menella, J., Turnbull, B., Ziegler, P., & Martínez, H. (2005) Infant feeding practices and early flavor experiences in Mexican infants: an intra-cultural study. *Journal of the American Dietetic Association*, Junio, 908-915. **Mason, L. (2001) The Mother-Daughter Relationship With Food.** ***Hunger-disease.com***

Murnen, S. & Smolak, L. (1997). Feminity, masculinity, and disordered eating: A meta-analytic review. *Journal of Eating Disorders*. 22: 231-242.

Mujtaba, T. & Furnham, A. (2001) A cross-cultural study of parental conflict and eating disorders in a non-clinical sample. *International Journal of Social Psychiatry*, Vol. 47, 24-35.

Mussell, M. P.; Mitchell, J. E.; Weller, C. L.; Raymond, N. C.; Crow, S. J., & Crosby, R. D. (1995) Onset on binge eating disorder, obsesity, and mood disorders in subjects seeking treatment for binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders,* 17, 395-401.

Neumark-Sztainer, D., Wall, M., Story, M., & Fulkerson, J. (2004) Are family meal patterns associated with disordered eating behaviors among adolescents?. *Journal of Adolescent Health*, 35, 350-359.

Norman, K. (1996). *Trastornos de la Alimentación en Psiquiatría General.* Goldman, Howard H. (comp.). México: Manual Moderno (4ª. Edición).

O´Dea, J. A., & Abraham, S. (1999). Onset of disordered eating attitudes and behaviors in early adolescence: interplay of pubertal status, gender, weight, and age. *Adolescence*. Vol. 34, 671-679.

Packman, J., & Kirk, S. F. (2001) The relationship between nutritional knowledge, attitudes and dietary fat consumption in male students.

Palazidou, E., Robinson, P., & Alwyn Lishman, W. (1990) Neuroradiological and neuropsychological assessment in anorexia nervosa. *Psychological Medicine,* **1990**, 20, 521-527.

Patel, P., Wheatcroft, R., Park, R. J., & Stein, A. (2002) The children of mothers with eating disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review*. Vol. 5, 1-19.

Paxton, S. (1998). Current Issues in eating disorders Research. *Journal of Psychosomatic Research*, 44, 297-299.

Picot, A. K., & Lilenfeld, L. R. (2002) The relationship among binge severity, personality psychopathology and body mass index. *International Journal of Eating Disorders*, 34: 98-107.

Pinhas, L., Toner, B., Ali, A., Garfinkel, P., & Stuckless, N. (1999). The effects of the ideal of female beauty on mood and body satisfaction. *International Journal of Eating Disorders.* Vol. 25, 223-226.

Pirouznia, M. (2001) The association between nutrition knowledge and eating behavior in male and female adolescents in the US. *International Journal of Food Sciences and Nutrition, 52,* 127-132.

Pryor, T., & Wiederman, M. (1998). Personality features and expressed concerns of adolescents with eating disorders. *Adolescence.* Vol. 33, 291-300.

Raich, R., Mora, M., Sanchez-Carracedo, D., Torras, J., Viladrich, M., Zapater, L., Mancilla, J. M., Vazquez, R., & Alvarez-Rayon, G. (2001). A cross-cultural study on eating attitudes and behaviours in two Spanish-speaking countries: Spain and Mexico. *European Eating Disorders Review.* Vol 9, 53-63.

Randerson, J. (2003) Some of us are born to binge. *New Scientist,* **Vol. 177-2388**.

Ríos, L. (2005), Cada vez más niños varones tienen anorexia. *Revista Vértigo,* 12 de junio.

Rosen, J., & Ramírez, E. (1998). A comparison of eating disorders and body dysmorphic disorders of body image and psychological adjustment. *Journal of Psychosomatic Research,* 44, 441-449.

Rudd, J., & Herzberger, S. (1999). Brother-sister incest father-daughter incest: A comparison of characteristics and consequences. *Child Abuse and Neglect.* Vol 23, 915-928.

Sánchez-Sosa, J. J., & Hernández-Guzmán, L. (1993) *Inventario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento.* México, D. F. : PAPIIT. U.N.A.M.

Sánchez-Sosa, J. J., & Hernández-Guzmán, L. (1995) Perfil sexológico del adolescente escolar de la Ciudad de México. *Archivos Hispanoamericanos de Sexología*, Vol. 1, 169-200.

Santos, S., Bohon, L., & Sánchez-Sosa, J. (1998) Childhood family relationships, marital and work conflict, and mental health distress in mexican immigrants. *Journal of Community Psychology*, vol. 26, 491-508.

Seppa, N. (2003). Genetically Driven. *Science News*, Vol. 163/12, 179-181.

Showers, C., & Larson, B., (1999). Looking at body image: The organization of self knowledge about physical appearance and its relation to disordered eating. *Journal of Personality,* 67, 659-700.

Schwartz, D., Phares, V., Tantleff, D., & Thomson, J. (1999). Body image, psychological functioning, and parental feedback regarding physical appearance. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 339-343.

Sebrell, W. H., & Haggerty, J. J. (1980/1989) *Alimentos y nutrición.* colección científica de Time Life. México: Ediciones Culturales Internacionales.

Serrato, G. (2000) *Anorexia y Bulimia: Ttrastornos de la Conducta Alimentaria.* Libro-Hobby: Madrid.

Silva, C. (2001) *Caracterización de un Grupo de Pacientes con Trastornos de la Alimentaión: estudio Descriptivo.* Tesis de Maestría. Facultad de Psicología: Universidad Nacional Autónoma de México.

Smeets, M.; Smit, F.; Geert, E.; Panhuysen, M., & Ingleby; D. (1998). Body perception index: Benefits, pitfalls, ideas. *Journal of psychosomatic Research* Vol. 44, 457-464.

Smith, D., Thomson, K., Raczynski, J., & Hilner, J. (1999). Body Image among men and women in a biracial cohort: the cardia study. *International Journal of Eting Dsorders.* 25, 71-82.

Steiner, H., & Lock, J. (1998). Anorexia nervosa and bulimia nervosa in children and adolescents: A review of the past 10 Years. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychriaty*, 37, 352-259.

Steinhausen, H. (1994). Anorexia and bulimia nervosa. M. Rutter, E. Taylor, & L. Herzov (Eds.). *Child and Adolescent Psychriatic: Modern Approaches.* Londres: Blackwell Scientific Publications. (3ª. Edición).

Stewart, S. H., & Samoluk, S. B. (1997). Effects of short-term food deprivation and chronic dietary restraint on the selective proccesing on appetitive-related cues. *International Journal of Eating Disorders*, 21, 129-135.

Stice, E.; Hayward, C.; Cameron, R. P., Killen, J., & Taylor, B. (2000). Body-image and eating disturbances predict onset of depression among female adolescents: A longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology.* Vol. 109. 438-444.

Strada, G. (2002). *El Desafío de la Anorexia.* España: Editorial Síntesis.

Striegel-Moore, R., & Franco, D. (2003). Epidemiology of bnge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*. Vol. 34, 519-529.

Stunkard, A. J., & Costello, K. (2003) Tow forms of disordered etating in obesity: Binge eating and night eating. *International Journal of Obesity*, 27: 1-12.

Surgenor, L., & Fear, J. (1998). Eating disorder in a transgendered patient: A case report. *International Journal of Eating Disorders.* Vol.24, 449-452

Taylor, C., Sarpe, T., Shisslack, C., Bryson, S., Estes, L., Gray, N., McKnight, K., Crago, M., Kraemer, H., & Killen, J. (1998). Factors associated with weight concerns in adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders*, 24, 31-42.

Telch, C. S., & Agras, W. S. (1994). Obesity, binge eating and psychopathology: Are they related?. *International Journal of Eating Disorders,* 15, 53-61.

Thompson, J., & Heinberg, L. (1999). The media's influence on body image disturbance and eating disorders: We've reviled them, now can we rehabilitate them? ***Journal***

Thomsen, S., McCoy, K., & Williams, M. (2001). Internalizing the impossible: Anorexic outpatients' experiences with women's beauty and fashion magazines. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention.* Vol. 9, 49-64.

Tiggeman, M., & Lowes, J. (2002) Predictors of maternal control over children´s eating behaviour. *Appetite*, 39, 1-7.

Turrel, G. (1997) Determinants of gender differences in dietary behavior. *Nutrition Research*, Vol. 17, 1105-1120.

Twamley, E. M., & Davis, M. C. (1999). The sociocultural model of eating disturbance in young women: The effects of personal atributes and family enviroment. *Journal of Social and Clinical Psychology*. Vol. 18, 467-489.

Unikel, C. (1998) *Desórdenes Alimentarios en Mujeres Estudiantes y Profesioinales del Ballet.* Tesis de Maestría. Facultad de Psicología: Universidad Nacional Autónoma de México.

Velasco, M. L. (1998) Organizaciones familiares asociadas al fracaso escolar. *La psicología Social en México*, Vol. VIII, 109-113.

Walsh, B. T., & Devlin, M. J. (1998) Eating disorders: Progress and problems. *Science*, vol. 280, 1387-1390.

Wansink, B. (2004) Enviromental factors that increase the food intake and consumption volume of unknowing consumers. *Annual Review of Nutrition,* 24: 455-479.

Wardle, J., Carnell, S., & Cooke, L. (2005). Parental control over feeding and children´s fruit and vegetable intake: how are they related?. *Journal of American Dietetic Association*. 105: 227-232.

Wechselblatt, T., Gurnick, G., & Simon, R. (2000) Autonomy and relatedness in the development of anorexia nervosa: A clinical case series. *Bulletin of the Menninger Clinic*, Vol. 64, 91-121.

Wegner, B., Hartmann, A., & Geist, C. (2000). Effect of exposure to photographs of thin models on self-consciousness in female college students. *Psychological Reports*. Vol. 83, 1149-1154.

Wiederman, M., Sansone, R., & Sansone, L. (1998). Disordered eating and perceptions of chilhood abuse among women in a primary care setting. *Psychology of Women Quarterly*. Vol. 22, 493-497.

Wilfley, D. E.; Wilson, G. T., & Agras, W. S. (2003). The clinical significance of binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*. 34: 96-110.

Ziolko, H. (1996). Bulimia: A Historical Outline. *International Journal of Eating Disorders*, 20, 345-358.

ANEXO 1

Este cuestionario trata de investigar cómo algunos problemas de salud pueden deberse a muchas cosas que hacemos todos los días. También trata de buscar maneras de mejorar nuestro bienestar y salud y la de nuestra familia. El cuestionario es **completamente anónimo**, no escribas tu nombre ni hagas anotaciones que te puedan identificar. Esta información se usará exclusivamente con fines de análisis estadístico y para diseñar programas preventivos o de ayuda. **No hay respuestas buenas ni malas,** por favor contesta las preguntas con toda franqueza, diciendo la verdad. Trata de no dejar ninguna pregunta sin contestar, a menos que sientas que la pregunta no se aplica a ti en lo absoluto.

Cada sección del cuestionario se contesta de manera diferente. Por favor, **lee con atención las instrucciones** al inicio de cada sección. Si te confundes, vuelve a leerlas.

Recibe de antemano nuestro agradecimiento por tu cooperación y recuerda: **con toda confianza, contesta con la verdad.**

PRIMERA SECCION

En esta sección vas a encontrar una lista de frases que hacen referencia a tus hábitos de alimentación. Sólo tienes que marcar en los cuadros de la derecha la respuesta que corresponde a lo que sueles hacer.

EJEMPLO:

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre	Siempre
Como más de tres veces al día	X					
Cuando como prefiero hacerlo viendo la televisión				X		

Esto quiere decir que jamás comes más de tres veces al día, y que con mucha frecuencia comes frente a la televisión.

Puedes empezar

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre	Siempre
Me gusta comer con otras personas						
Preparo comida para otros, pero yo no me la como						
Me pongo nerviosa cuando se acerca la hora de las comidas						
Me da mucho miedo pesar demasiado						
Procuro no comer aunque tenga hambre						
Me preocupo mucho por la comida						
A veces me he "atracado" de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer						
Corto mis alimentos en trozos pequeños						
Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como						
Evito especialmente comer alimentos con muchos carbohidratos (p. ej. Pan, arroz, papa)						
Me siento llena después de las comidas						
Noto que los demás preferirían que yo comiera más						
Me siento muy culpable después de comer						
Me preocupa el deseo de estar más delgada						
Hago mucho ejercicio para quemar calorías						
Me peso varias veces al día						

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre	Siempre
Me gusta que la ropa me quede ajustada						
Disfruto comiendo carne						
Me levanto pronto por las mañanas						
Cada día como los mismos alimentos						
Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio						
Tengo la menstruación regular						
Los demás piensan que estoy demasiado delgada						
Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo						
Tardo en comer más que otras personas						
Disfruto comiendo en restaurantes						
Tomo laxantes (purgantes)						
Procuro no comer alimentos con azúcar						
Como alimentos dietéticos						
Siento que los alimentos controlan mi vida						
Me controlo en las comidas						
Noto que los demás me presionan para que coma						
Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida						
Tengo estreñimiento						
Me siento incómoda después de comer dulces						
Me comprometo a hacer dietas						
Me gusta sentir el estómago vacío						
Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas						
Tengo ganas de vomitar después de las comidas						

SEGUNDA SECCIÓN

Las siguientes preguntas empiezan con una parte escrita y después tienen varias posibilidades para escoger. Por favor escoge la opción que refleje mejor tu propio caso, **rellenando completamente el circulito correspondiente en la hoja de respuestas** como se muestra en el ejemplo más adelante. Recuerda, no hay respuestas buenas ni malas, por tanto, no te preocupes por puntajes ni calificaciones. Por favor lee cuidadosamente cada pregunta o enunciado y contesta con la verdad. Recuerda que de este estudio se podrán derivar recomendaciones muy útiles para ti misma o para otras personas y familias. **No escribas ni hagas marcas en esta sección del cuestionario.**

EJEMPLO: En un día normal yo hago:

(En la hoja de respuestas)

a) Una comida
b) Dos comidas
c) Tres comidas
d) Cuatro comidas
e) Cinco comidas
f) Seis comidas o más

Esto significaría que en un día regular, comes tres veces. Ahora sí, contesta las preguntas a continuación.

1. En cuanto a mi peso, estoy:

a) Muy por debajo de él
b) Por debajo de él
c) En mi peso
d) Por arriba de él
e) Muy por arriba de él

2. Tomo anfetaminas u otros estimulantes:

a) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)
b) Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
c) A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
d) Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
e) Casi nunca (menos del 20% del tiempo)
f) Nunca

3. Me dan ganas de vomitar:

a) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)
b) Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
c) A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
d) Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
e) Casi nunca (menos del 20% del tiempo)
f) Nunca

4. He tenido problemas por mi falta o exceso de peso durante:

a) Cinco años o más
b) De uno a cuatro años
c) De seis meses a un año
d) De dos a cinco meses
e) Una semana a un mes

5. Cuando yo era chica (como de 5 a 14 años de edad), la situación económica de mi familia podría describirse como:

a) En asistencia social o beneficencia
b) Clase trabajadora
c) Clase media-baja
d) Clase media
e) Clase media-alta
f) Clase alta

6. En total tengo

a) Cero hermanos(as)
b) Un(a) hermano(a)
c) Dos hermanos(as)
d) Tres hermanos(as)
e) De cuatro a seis hermanos(as)
f) Siete o más hermanos(as)

7. Mi lugar en el orden de nacimiento de mis hermanos(as) es:

a) Primero
b) Segundo
c) Tercero
d) Cuarto
e) Quinto o posterior
f) Último

8. El hermano(a) de mi mismo sexo, que me sigue (**mayor**) es (número de años) mayor que yo:

a) Uno
b) Dos
c) Tres
d) Cuatro
e) Cinco
f) Seis o más

9. En general, mi relación con mi(s) hermano(s)(as) ha sido:

a) Muy mala
b) Mala
c) Regular
d) Buena
e) Muy buena

10. Pienso que mis padres preferían a alguno(s) de mis hermano(s) más que a mí

a) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)
b) Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
c) A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
d) Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
e) Casi nunca (menos del 20% del tiempo)
f) Nunca

11. De chica (como hasta los 14 años de edad), me crié principalmente con:

a) Mis padres naturales
b) Con mi padre
c) Con mi madre
d) Con uno de mis padres y padrastro o madrastra
e) Padres adoptivos u otros parientes o familiares
f) En un orfanato, casa hogar u otra institución

SI TUS PADRES VIVEN PASA A LA PREGUNTA 16

12. Mi edad al morir mi padre era:

a) De cero a 5 años
b) De 6 a 10 años
c) De 11 a 15 años
d) De 16 a 20 años
e) De 21 a 25 años
f) De 26 años o más

13. La causa de su muerte fue:

a) La edad avanzada o causas naturales
b) Enfermedad
c) Accidente
d) Agresión violenta
e) Suicidio
f) Otra

14. Mi edad al morir mi madre era:

a) De cero a 5 años
b) De 6 a 10 años
c) De 11 a 15 años
d) De 16 a 20 años
e) De 21 a 25 años
f) De 26 años o más

15. La causa de su muerte fue:

a) La edad avanzada o causas naturales
b) Enfermedad
c) Accidente
d) Agresión violenta
e) Suicidio
f) Otra

16. Mi padre dejó de vivir conmigo cuando yo tenía:

a) De cero a 5 años
b) De 6 a 12 años
c) De 13 años o más
d) A veces sí y a veces no
e) Siempre vivió o ha vivido conmigo

17. Mi madre dejó de vivir conmigo cuando yo tenía:

a) De cero a 5 años
b) De 6 a 12 años
c) De 13 años o más
d) A veces sí y a veces no
e) Siempre vivió o ha vivido conmigo

18. La causa por la que no viví con alguno de mis padres fue:

a) Separación o divorcio de mis padres
b) Muerte de alguno de mis padres
c) Por el trabajo de alguno de mis padres
d) Por la situación económica
e) Por alguna otra razón

19. Mi padre (o tutor) tomaba mucho alcohol

a) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)
b) Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
c) A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
d) Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
e) Casi nunca (menos del 20% del tiempo)
f) Nunca

20. Mi padre (o tutor) usaba drogas

a) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)
b) Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
c) A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
d) Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
e) Casi nunca (menos del 20% del tiempo)
f) Nunca

21. En general, la manera como me llevo (o llevaba) con mi padre (o tutor) es (o era):

a) Muy mala
b) Mala
c) Regular
d) Buena
e) Muy buena

22. El más alto nivel escolar que alcanzó mi padre (o tutor) es (era):

a) Ninguno
b) Primaria
c) Secundaria
d) Comercio o técnico
e) Bachillerato
f) Profesional o superior

23. Cuando yo era chica (como de 5 a 14 años de edad), mi padre (o tutor) mostraba interés por mis opiniones:

a) Nunca
b) Casi nunca (menos del 20% del tiempo)
c) Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
d) A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
e) Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
f) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)

24. Cuando yo era niña (como hasta los 14 años de edad), mi madre (o tutora) vivía con nosotros en la misma casa

a) Nunca
b) Casi nunca (menos del 20% del tiempo)
c) Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
d) A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
e) Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
f) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)

25. Mi madre (o tutora) tomaba mucho alcohol

a) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)
b) Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
c) A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
d) Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
e) Casi nunca (menos del 20% del tiempo)
f) Nunca

26. Mi madre (o tutora) usaba drogas

a) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)
b) Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
c) A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
d) Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
e) Casi nunca (menos del 20% del tiempo)
f) Nunca

27. En general, la manera como me llevo (o llevaba) con mi madre (o tutora) es (o era):

a) Muy mala
b) Mala
c) Regular
d) Buena
e) Muy buena

28. El más alto nivel escolar que alcanzó mi madre (o tutora) es (era):

a) Ninguno
b) Primaria
c) Secundaria
d) Comercio o técnico
e) Bachillerato
f) Profesional o superior

29. Cuando yo era chica (como de 5 a 14 años de edad), mi madre (o tutora) mostraba interés por mis opiniones:

a) Nunca
b) Casi nunca (menos del 20% del tiempo)
c) Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
d) A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
e) Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
f) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)

30. Mi padre (o tutor) y yo platicábamos como buenos amigos:

a) Una vez al año o menos
b) Como dos veces al año
c) Como una vez cada tres meses
d) Como una vez al mes
e) Como una vez al mes
f) Casi diario

31. Mi madre (o tutora) y yo platicábamos como buenas amigas:

a) Una vez al año o menos
b) Como dos veces al año
c) Como una vez cada tres meses
d) Como una vez al mes
e) Como una vez al mes
f) Casi diario

32. Cuando mi padre (o tutor) me castigaba, usaba castigo físico (me pegaba):

a) Casi diario
b) Como una vez a la semana
c) Como una vez al mes
d) Como una vez cada tres meses
e) Como dos veces al año
f) Una vez al año o menos

33. Cuando mi madre (o tutora) me castigaba, usaba castigo físico (me pegaba):

a) Casi diario
b) Como una vez a la semana
c) Como una vez al mes
d) Como una vez cada tres meses
e) Como dos veces al año
f) Una vez al año o menos

34. El dolor físico producido por el castigo (de mi madre o padre) duraba:

a) Meses
b) Semanas
c) Días
d) Horas
e) Minutos

35. Mi padre (o tutor) decía cosas de mí que querían decir que yo era "tonta" o "inútil", o me comparaba negativamente con otros(as):

a) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)
b) Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
c) A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
d) Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
e) Casi nunca (menos del 20% del tiempo)
f) Nunca

36. Mi madre (o tutora) decía cosas de mí que querían decir que yo era "tonta" o "inútil", o me comparaba negativamente con otros(as):

a) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)
b) Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
c) A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
d) Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
e) Casi nunca (menos del 20% del tiempo)
f) Nunca

37. Cuando mi padre (o tutor) me castigaba, yo sí me lo merecía:

a) Nunca
b) Casi nunca (menos del 20% del tiempo)
c) Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
d) A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
e) Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
f) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)

38. Cuando mi madre (o tutora) me castigaba, yo sí me lo merecía:

a) Nunca
b) Casi nunca (menos del 20% del tiempo)
c) Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
d) A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
e) Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
f) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)

39. Cuando mi padre (o tutor) me mandaba a hacer algo, me lo decía de modo duro u ofensivo:

a) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)
b) Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
c) A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
d) Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
e) Casi nunca (menos del 20% del tiempo)
f) Nunca

40. Cuando mi madre (o tutora) me mandaba a hacer algo, me lo decía de modo duro u ofensivo:

a) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)
b) Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
c) A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
d) Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
e) Casi nunca (menos del 20% del tiempo)
f) Nunca

41. Yo tenía confianza con mi padre (o tutor) como para platicarle algo muy personal de mí misma:

a) Nunca
b) Casi nunca (menos del 20% del tiempo)
c) Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
d) A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
e) Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
f) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)

42. Yo tenía confianza con mi madre (o tutora) como para platicarle algo muy personal de mí misma:

a) Nunca
b) Casi nunca (menos del 20% del tiempo)
c) Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
d) A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
e) Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
f) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)

43. Se me permitía (o permite) escoger a mis propios amigos(as):

a) Nunca
b) Casi nunca (menos del 20% del tiempo)
c) Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
d) A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
e) Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
f) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)

44. Se me permitía (o permite) decidir cómo pasar mi tiempo libre

a) Nunca
b) Casi nunca (menos del 20% del tiempo)
c) Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
d) A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
e) Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
f) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)

45. Mi padre (o tutor) muestra (mostraba) su afecto o cariño:

a) Nunca
b) Casi nunca (menos del 20% del tiempo)
c) Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
d) A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
e) Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
f) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)

46. Mi madre (o tutora) muestra (mostraba) su afecto o cariño:

a) Nunca
b) Casi nunca (menos del 20% del tiempo)
c) Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
d) A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
e) Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
f) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)

47. Cuando me enfrentaba a una situación nueva o difícil mi padre (o tutor) me apoyaba o me reconfortaba

a) Nunca
b) Casi nunca (menos del 20% del tiempo)
c) Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
d) A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
e) Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
f) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)

48. Cuando me enfrentaba a una situación nueva o difícil mi madre (o tutora) me apoyaba o me reconfortaba

a) Nunca
b) Casi nunca (menos del 20% del tiempo)
c) Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
d) A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
e) Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
f) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)

49. De chica yo me enfermaba:

a) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)
b) Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
c) A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
d) Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
e) Casi nunca (menos del 20% del tiempo)
f) Nunca

50. Cuando yo hacía un esfuerzo especial para hacer algo bien, me lo reconocían:

a) Nunca
b) Casi nunca (menos del 20% del tiempo)
c) Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
d) A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
e) Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
f) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)

51. Mis padres (naturales o adoptivos) se peleaban discutiendo o gritando

a) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)
b) Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
c) A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
d) Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
e) Casi nunca (menos del 20% del tiempo)
f) Nunca

52. Cuando mis padres (naturales o adoptivos) peleaban, también usaban violencia física (jalones, empujones, golpes, etc.)

a) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)
b) Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
b) A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
c) Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
d) Casi nunca (menos del 20% del tiempo)
e) Nunca

53. Cuando mis padres (naturales o adoptivos) peleaban, lo hacían enfrente de mí y/o de mis hermanos(as)

a) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)
b) Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
c) A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
d) Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
e) Casi nunca (menos del 20% del tiempo)
f) Nunca

54. Cuando mis padres (naturales o adoptivos) peleaban, amenazaban con dejarse, separarse o divorciarse

a) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)
b) Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
c) A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
d) Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
e) Casi nunca (menos del 20% del tiempo)
f) Nunca

55. Cuando yo era chica, aparte de mis padres (naturales o adoptivos), había otro(s) adulto(s) que era(n) importante(s) para mí

a) Sí
b) No

56. Si respondió "si", este (o estos) adulto(s) era(n) (señale sólo el más importante)

a) Un hermano mayor o hermana mayor
b) Un tío o tía
c) Un abuelo o abuela
d) Padrastro o madrastra
e) Otro pariente
f) Un(a) vecino(a) o conocido(a)

57. Durante mi niñez o adolescencia temprana, tuve experiencias emocionalmente fuertes, negativas o que me angustiaron mucho:

a) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)
b) Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
c) A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
d) Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
e) Casi nunca (menos del 20% del tiempo)
f) Nunca

58. La más importante de esas experiencias fue:

a) Asalto, suceso violento o maltrato fuerte
b) Violación
c) Accidente
d) Enfermedad
e) Muerte o pérdida de un ser querido
f) Cárcel

59. Todavía siento ese miedo o angustia o sensación desagradable:

a) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)
b) Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
c) A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
d) Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
e) Casi nunca (menos del 20% del tiempo)
f) Nunca

60. Cuando era chica, alguien abusó de mí sexualmente

a) Más de 5 veces
b) De 4 a 5 veces
c) De 2 a 3 veces
d) Una vez
e) Nunca

61. La persona que abusó de mi fue

a) Alguno de mis padres
b) Padrastro o madrastra
c) Pariente que vivía en la misma casa
d) Pariente lejano
e) Amigo
f) Desconocido

62. Esta persona abusó sexualmente de mí

a) Frecuentemente
b) Pocas veces
c) Una vez

63. En la escuela sacaba (saco) malas calificaciones

a) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)
b) Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
c) A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
d) Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
e) Casi nunca (menos del 20% del tiempo)
f) Nunca

64. Actualmente practico un deporte o actividad física aproximadamente

a) Diariamente
b) Dos veces a la semana
c) Tres veces a la semana
d) Una vez a la semana
e) Ocasionalmente
f) Realmente no practico ninguno

65. En la escuela yo hacía (hago) amistades:

a) Con mucha dificultad
b) Con dificultad
c) Ni fácil ni difícilmente
d) Con facilidad
e) Con mucha facilidad

66. Cuando era chica (aproximadamente de 5 a 14 años) me regañaban por la cantidad de comida que ingería

a) Varias veces al día
b) Una vez al día
c) Una vez a la semana
d) Una vez al mes
e) Una vez al año
f) Nunca

67. Cuando era chica (aproximadamente de 5 a 14 años) y me servían algo de comer que no me gustaba, me obligaban a comérmelo

a) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)
b) Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
c) A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
d) Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
e) Casi nunca (menos del 20% del tiempo)
f) Nunca

68. Cuando era chica (aproximadamente de 5 a 14 años) mi mamá insistía en que yo comiera más cantidad o menos cantidad de la que yo comía

a) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)
b) Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
c) A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
d) Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
e) Casi nunca (menos del 20% del tiempo)
f) Nunca

69. Creo que cuando era chica (aproximadamente de 5 a 14 años) mi mamá estaba demasiado al pendiente de lo que yo comía (qué comía, cuánto, etc.)

a) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)
b) Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
c) A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
d) Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
e) Casi nunca (menos del 20% del tiempo)
f) Nunca

70. En mi familia se le da mucha importancia a la apariencia física

a) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)
b) Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
c) A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
d) Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
e) Casi nunca (menos del 20% del tiempo)
f) Nunca

71. Creo que mi madre (o tutora) exagera(ba) en la importancia que le da(ba) a su apariencia física

a) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)
b) Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
c) A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
d) Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
e) Casi nunca (menos del 20% del tiempo)
f) Nunca

72. Creo que mi madre (o tutora) exagera(ba) en preocuparse por mi apariencia física

a) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)
b) Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
c) A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
d) Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
e) Casi nunca (menos del 20% del tiempo)
f) Nunca

73. Creo que mi madre (o tutora) se preocupa en exceso acerca de lo que come

a) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)
b) Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
c) A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
d) Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
e) Casi nunca (menos del 20% del tiempo)
f) Nunca

74. Cuando era chica mi madre o tutora hacía comentarios que me molestaban respecto a mi aspecto físico

a) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)
b) Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
c) A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
d) Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
e) Casi nunca (menos del 20% del tiempo)
f) Nunca

75. Cuando era chica (aproximadamente de 5 a 14 años) mi madre (o tutora) hacía comentarios negativos respecto a su aspecto físico

a) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)
b) Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
c) A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
d) Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
e) Casi nunca (menos del 20% del tiempo)
f) Nunca

76. Cuando era chica (aproximadamente de 5 a 14 años) me sentía contenta con mi aspecto físico

a) Nunca
b) Casi nunca (menos del 20% del tiempo)
c) Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
d) A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
e) Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
f) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)

77. En mi familia está mal visto estar pasado de peso

a) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)
b) Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
c) A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
d) Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
e) Casi nunca (menos del 20% del tiempo)
f) Nunca

Ahora, te vamos a pedir que pienses en **un año** normal en tu familia, y que nos digas con qué frecuencia se sirven los siguientes alimentos. No importa si tu los comes o no. **Sigue contestando en la hoja de respuestas.**

78. Leche

a) Nunca o menos de una vez al mes
b) 1-3 veces al mes
c) 1 vez a la semana
d) 2 o más veces a la semana
e) 1 vez al día
f) 2 o más veces al día

79. Queso fresco o cottage

a) Nunca o menos de una vez al mes
b) 1-3 veces al mes
c) 1 vez a la semana
d) 2 o más veces a la semana
e) 1 vez al día
f) 2 o más veces al día

80. Queso oaxaca

a) Nunca o menos de una vez al mes
b) 1-3 veces al mes
c) 1 vez a la semana
d) 2 o más veces a la semana
e) 1 vez al día
f) 2 o más veces al día

81. Queso manchego o chihuahua

a) Nunca o menos de una vez al mes
b) 1-3 veces al mes
c) 1 vez a la semana
d) 2 o más veces a la semana
e) 1 vez al día
f) 2 o más veces al día

82. Queso crema

a) Nunca o menos de una vez al mes
b) 1-3 veces al mes
c) 1 vez a la semana
d) 2 o más veces a la semana
e) 1 vez al día
f) 2 o más veces al día

83. Yogurt

a) Nunca o menos de una vez al mes
b) 1-3 veces al mes
c) 1 vez a la semana
d) 2 o más veces a la semana
e) 1 vez al día
f) 2 o más veces al día

84. Margarina

a) Nunca o menos de una vez al mes
b) 1-3 veces al mes
c) 1 vez a la semana
d) 2 o más veces a la semana
e) 1 vez al día
f) 2 o más veces al día

85. Mantequilla

a) Nunca o menos de una vez al mes
b) 1-3 veces al mes
c) 1 vez a la semana
d) 2 o más veces a la semana
e) 1 vez al día
f) 2 o más veces al día

86. Plátano

a) Nunca o menos de una vez al mes
b) 1-3 veces al mes
c) 1 vez a la semana
d) 2 o más veces a la semana
e) 1 vez al día
f) 2 o más veces al día

87. Naranja

a) Nunca o menos de una vez al mes
b) 1-3 veces al mes
c) 1 vez a la semana
d) 2 o más veces a la semana
e) 1 vez al día
f) 2 o más veces al día

88. Melón

a) Nunca o menos de una vez al mes
b) 1-3 veces al mes
c) 1 vez a la semana
d) 2 o más veces a la semana
e) 1 vez al día
f) 2 o más veces al día

89. Manzana

a) Nunca o menos de una vez al mes
b) 1-3 veces al mes
c) 1 vez a la semana
d) 2 o más veces a la semana
e) 1 vez al día
f) 2 o más veces al día

90. Sandía

a) Nunca o menos de una vez al mes
b) 1-3 veces al mes
c) 1 vez a la semana
d) 2 o más veces a la semana
e) 1 vez al día
f) 2 o más veces al día

91. Piña

a) Nunca o menos de una vez al mes
b) 1-3 veces al mes
c) 1 vez a la semana
d) 2 o más veces a la semana
e) 1 vez al día
f) 2 o más veces al día

92. Papaya

a) Nunca o menos de una vez al mes
b) 1-3 veces al mes
c) 1 vez a la semana
d) 2 o más veces a la semana
e) 1 vez al día
f) 2 o más veces al día

93. Pera

a) Nunca o menos de una vez al mes
b) 1-3 veces al mes
c) 1 vez a la semana
d) 2 o más veces a la semana
e) 1 vez al día
f) 2 o más veces al día

94. Mango

a) Nunca o menos de una vez al mes
b) 1-3 veces al mes
c) 1 vez a la semana
d) 2 o más veces a la semana
e) 1 vez al día
f) 2 o más veces al día

95. Mandarina

a) Nunca o menos de una vez al mes
b) 1-3 veces al mes
c) 1 vez a la semana
d) 2 o más veces a la semana
e) 1 vez al día
f) 2 o más veces al día

96. Fresas

a) Nunca o menos de una vez al mes
b) 1-3 veces al mes
c) 1 vez a la semana
d) 2 o más veces a la semana
e) 1 vez al día
f) 2 o más veces al día

97. Durazno y/o chabacano

a) Nunca o menos de una vez al mes
b) 1-3 veces al mes
c) 1 vez a la semana
d) 2 o más veces a la semana
e) 1 vez al día
f) 2 o más veces al día

98. Uvas

a) Nunca o menos de una vez al mes
b) 1-3 veces al mes
c) 1 vez a la semana
d) 2 o más veces a la semana
e) 1 vez al día
f) 2 o más veces al día

99. Tuna

a) Nunca o menos de una vez al mes
b) 1-3 veces al mes
c) 1 vez a la semana
d) 2 o más veces a la semana
e) 1 vez al día
f) 2 o más veces al día

100. Ciruelas

a) Nunca o menos de una vez al mes
b) 1-3 veces al mes
c) 1 vez a la semana
d) 2 o más veces a la semana
e) 1 vez al día
f) 2 o más veces al día

101. Mamey

a) Nunca o menos de una vez al mes
b) 1-3 veces al mes
c) 1 vez a la semana
d) 2 o más veces a la semana
e) 1 vez al día
f) 2 o más veces al día

102. Jitomate en salsa o guisado

a) Nunca o menos de una vez al mes
b) 1-3 veces al mes
c) 1 vez a la semana
d) 2 o más veces a la semana
e) 1 vez al día
f) 2 o más veces al día

103. Jitomate crudo

a) Nunca o menos de una vez al mes
b) 1-3 veces al mes
c) 1 vez a la semana
d) 2 o más veces a la semana
e) 1 vez al día
f) 2 o más veces al día

104. Papa

a) Nunca o menos de una vez al mes
b) 1-3 veces al mes
c) 1 vez a la semana
d) 2 o más veces a la semana
e) 1 vez al día
f) 2 o más veces al día

105. Zanahorias

a) Nunca o menos de una vez al mes
b) 1-3 veces al mes
c) 1 vez a la semana
d) 2 o más veces a la semana
e) 1 vez al día
f) 2 o más veces al día

106. Lechuga

a) Nunca o menos de una vez al mes
b) 1-3 veces al mes
c) 1 vez a la semana
d) 2 o más veces a la semana
e) 1 vez al día
f) 2 o más veces al día

107. Espinacas

a) Nunca o menos de una vez al mes
b) 1-3 veces al mes
c) 1 vez a la semana
d) 2 o más veces a la semana
e) 1 vez al día
f) 2 o más veces al día

108. Calabazas o chayotes

a) Nunca o menos de una vez al mes
b) 1-3 veces al mes
c) 1 vez a la semana
d) 2 o más veces a la semana
e) 1 vez al día
f) 2 o más veces al día

109. Nopales

a) Nunca o menos de una vez al mes
b) 1-3 veces al mes
c) 1 vez a la semana
d) 2 o más veces a la semana
e) 1 vez al día
f) 2 o más veces al día

110. Aguacate

a) Nunca o menos de una vez al mes
b) 1-3 veces al mes
c) 1 vez a la semana
d) 2 o más veces a la semana
e) 1 vez al día
f) 2 o más veces al día

111. Flor de calabaza

a) Nunca o menos de una vez al mes
b) 1-3 veces al mes
c) 1 vez a la semana
d) 2 o más veces a la semana
e) 1 vez al día
f) 2 o más veces al día

112. Coliflor

a) Nunca o menos de una vez al mes
b) 1-3 veces al mes
c) 1 vez a la semana
d) 2 o más veces a la semana
e) 1 vez al día
f) 2 o más veces al día

113. Brócoli

a) Nunca o menos de una vez al mes
b) 1-3 veces al mes
c) 1 vez a la semana
d) 2 o más veces a la semana
e) 1 vez al día
f) 2 o más veces al día

114. Ejotes

a) Nunca o menos de una vez al mes
b) 1-3 veces al mes
c) 1 vez a la semana
d) 2 o más veces a la semana
e) 1 vez al día
f) 2 o más veces al día

115. Salsas o chile en los alimentos

a) Nunca o menos de una vez al mes
b) 1-3 veces al mes
c) 1 vez a la semana
d) 2 o más veces a la semana
e) 1 vez al día
f) 2 o más veces al día

116. Elote

a) Nunca o menos de una vez al mes
b) 1-3 veces al mes
c) 1 vez a la semana
d) 2 o más veces a la semana
e) 1 vez al día
f) 2 o más veces al día

117. Frijoles

a) Nunca o menos de una vez al mes
b) 1-3 veces al mes
c) 1 vez a la semana
d) 2 o más veces a la semana
e) 1 vez al día
f) 2 o más veces al día

118. Chícharos

a) Nunca o menos de una vez al mes
b) 1-3 veces al mes
c) 1 vez a la semana
d) 2 o más veces a la semana
e) 1 vez al día
f) 2 o más veces al día

119. Lentejas o garbanzos

a) Nunca o menos de una vez al mes
b) 1-3 veces al mes
c) 1 vez a la semana
d) 2 o más veces a la semana
e) 1 vez al día
f) 2 o más veces al día

120. Huevos

a) Nunca o menos de una vez al mes
b) 1-3 veces al mes
c) 1 vez a la semana
d) 2 o más veces a la semana
e) 1 vez al día
f) 2 o más veces al día

121. Pollo

a) Nunca o menos de una vez al mes
b) 1-3 veces al mes
c) 1 vez a la semana
d) 2 o más veces a la semana
e) 1 vez al día
f) 2 o más veces al día

122. Jamón

a) Nunca o menos de una vez al mes
b) 1-3 veces al mes
c) 1 vez a la semana
d) 2 o más veces a la semana
e) 1 vez al día
f) 2 o más veces al día

123. Carne de res

a) Nunca o menos de una vez al mes
b) 1-3 veces al mes
c) 1 vez a la semana
d) 2 o más veces a la semana
e) 1 vez al día
f) 2 o más veces al día

124. Carne de cerdo

a) Nunca o menos de una vez al mes
b) 1-3 veces al mes
c) 1 vez a la semana
d) 2 o más veces a la semana
e) 1 vez al día
f) 2 o más veces al día

125. Pescados o mariscos

a) Nunca o menos de una vez al mes
b) 1-3 veces al mes
c) 1 vez a la semana
d) 2 o más veces a la semana
e) 1 vez al día
f) 2 o más veces al día

126. Chicharrón de cerdo

a) Nunca o menos de una vez al mes
b) 1-3 veces al mes
c) 1 vez a la semana
d) 2 o más veces a la semana
e) 1 vez al día
f) 2 o más veces al día

127. Salchicha

a) Nunca o menos de una vez al mes
b) 1-3 veces al mes
c) 1 vez a la semana
d) 2 o más veces a la semana
e) 1 vez al día
f) 2 o más veces al día

128. Tocino

a) Nunca o menos de una vez al mes
b) 1-3 veces al mes
c) 1 vez a la semana
d) 2 o más veces a la semana
e) 1 vez al día
f) 2 o más veces al día

129. Hígados de res o de pollo

a) Nunca o menos de una vez al mes
b) 1-3 veces al mes
c) 1 vez a la semana
d) 2 o más veces a la semana
e) 1 vez al día
f) 2 o más veces al día

130. Chorizo o longaniza

a) Nunca o menos de una vez al mes
b) 1-3 veces al mes
c) 1 vez a la semana
d) 2 o más veces a la semana
e) 1 vez al día
f) 2 o más veces al día

131. Carnitas

a) Nunca o menos de una vez al mes
b) 1-3 veces al mes
c) 1 vez a la semana
d) 2 o más veces a la semana
e) 1 vez al día
f) 2 o más veces al día

132. Barbacoa

a) Nunca o menos de una vez al mes
b) 1-3 veces al mes
c) 1 vez a la semana
d) 2 o más veces a la semana
e) 1 vez al día
f) 2 o más veces al día

133. Tacos

a) Nunca o menos de una vez al mes
b) 1-3 veces al mes
c) 1 vez a la semana
d) 2 o más veces a la semana
e) 1 vez al día
f) 2 o más veces al día

134. Sopes o quesadillas

a) Nunca o menos de una vez al mes
b) 1-3 veces al mes
c) 1 vez a la semana
d) 2 o más veces a la semana
e) 1 vez al día
f) 2 o más veces al día

135. Hamburguesas

a) Nunca o menos de una vez al mes
b) 1-3 veces al mes
c) 1 vez a la semana
d) 2 o más veces a la semana
e) 1 vez al día
f) 2 o más veces al día

136. Hot dogs

a) Nunca o menos de una vez al mes
b) 1-3 veces al mes
c) 1 vez a la semana
d) 2 o más veces a la semana
e) 1 vez al día
f) 2 o más veces al día

137. Sándwiches

a) Nunca o menos de una vez al mes
b) 1-3 veces al mes
c) 1 vez a la semana
d) 2 o más veces a la semana
e) 1 vez al día
f) 2 o más veces al día

138. Tortas

a) Nunca o menos de una vez al mes
b) 1-3 veces al mes
c) 1 vez a la semana
d) 2 o más veces a la semana
e) 1 vez al día
f) 2 o más veces al día

139. Pizzas

a) Nunca o menos de una vez al mes
b) 1-3 veces al mes
c) 1 vez a la semana
d) 2 o más veces a la semana
e) 1 vez al día
f) 2 o más veces al día

140. Tortillas

a) Nunca o menos de una vez al mes
b) 1-3 veces al mes
c) 1 vez a la semana
d) 2 o más veces a la semana
e) 1 vez al día
f) 2 o más veces al día

141. Tamales

a) Nunca o menos de una vez al mes
b) 1-3 veces al mes
c) 1 vez a la semana
d) 2 o más veces a la semana
e) 1 vez al día
f) 2 o más veces al día

142. Pan bimbo

a) Nunca o menos de una vez al mes
b) 1-3 veces al mes
c) 1 vez a la semana
d) 2 o más veces a la semana
e) 1 vez al día
f) 2 o más veces al día

143. Bolillo o telera

a) Nunca o menos de una vez al mes
b) 1-3 veces al mes
c) 1 vez a la semana
d) 2 o más veces a la semana
e) 1 vez al día
f) 2 o más veces al día

144. Pan dulce

a) Nunca o menos de una vez al mes
b) 1-3 veces al mes
c) 1 vez a la semana
d) 2 o más veces a la semana
e) 1 vez al día
f) 2 o más veces al día

145. Arroz

a) Nunca o menos de una vez al mes
b) 1-3 veces al mes
c) 1 vez a la semana
d) 2 o más veces a la semana
e) 1 vez al día
f) 2 o más veces al día

146. Sopa de pasta

a) Nunca o menos de una vez al mes
b) 1-3 veces al mes
c) 1 vez a la semana
d) 2 o más veces a la semana
e) 1 vez al día
f) 2 o más veces al día

147. Avena

a) Nunca o menos de una vez al mes
b) 1-3 veces al mes
c) 1 vez a la semana
d) 2 o más veces a la semana
e) 1 vez al día
f) 2 o más veces al día

148. Hot cakes

a) Nunca o menos de una vez al mes
b) 1-3 veces al mes
c) 1 vez a la semana
d) 2 o más veces a la semana
e) 1 vez al día
f) 2 o más veces al día

149. Pan francés

a) Nunca o menos de una vez al mes
b) 1-3 veces al mes
c) 1 vez a la semana
d) 2 o más veces a la semana
e) 1 vez al día
f) 2 o más veces al día

150. Refrescos de cola

a) Nunca o menos de una vez al mes
b) 1-3 veces al mes
c) 1 vez a la semana
d) 2 o más veces a la semana
e) 1 vez al día
f) 2 o más veces al día

151. Refrescos de dieta

a) Nunca o menos de una vez al mes
b) 1-3 veces al mes
c) 1 vez a la semana
d) 2 o más veces a la semana
e) 1 vez al día
f) 2 o más veces al día

152. Agua de sabores

a) Nunca o menos de una vez al mes
b) 1-3 veces al mes
c) 1 vez a la semana
d) 2 o más veces a la semana
e) 1 vez al día
f) 2 o más veces al día

153. Frutsi o boing

a) Nunca o menos de una vez al mes
b) 1-3 veces al mes
c) 1 vez a la semana
d) 2 o más veces a la semana
e) 1 vez al día
f) 2 o más veces al día

154. Café

a) Nunca o menos de una vez al mes
b) 1-3 veces al mes
c) 1 vez a la semana
d) 2 o más veces a la semana
e) 1 vez al día
f) 2 o más veces al día

155. Atole

a) Nunca o menos de una vez al mes
b) 1-3 veces al mes
c) 1 vez a la semana
d) 2 o más veces a la semana
e) 1 vez al día
f) 2 o más veces al día

156. Pasteles

a) Nunca o menos de una vez al mes
b) 1-3 veces al mes
c) 1 vez a la semana
d) 2 o más veces a la semana
e) 1 vez al día
f) 2 o más veces al día

157. Ate, miel, mermelada, cajeta o leche condensada

a) Nunca o menos de una vez al mes
b) 1-3 veces al mes
c) 1 vez a la semana
d) 2 o más veces a la semana
e) 1 vez al día
f) 2 o más veces al día

158. Chocolates

a) Nunca o menos de una vez al mes
b) 1-3 veces al mes
c) 1 vez a la semana
d) 2 o más veces a la semana
e) 1 vez al día
f) 2 o más veces al día

159. Frituras como sabritas, chicharrones, etc.

a) Nunca o menos de una vez al mes
b) 1-3 veces al mes
c) 1 vez a la semana
d) 2 o más veces a la semana
e) 1 vez al día
f) 2 o más veces al día

160. Helado

a) Nunca o menos de una vez al mes
b) 1-3 veces al mes
c) 1 vez a la semana
d) 2 o más veces a la semana
e) 1 vez al día
f) 2 o más veces al día

161. Gansitos, submarinos, etc.

a) Nunca o menos de una vez al mes
b) 1-3 veces al mes
c) 1 vez a la semana
d) 2 o más veces a la semana
e) 1 vez al día
f) 2 o más veces al día

162. Galletas dulces

a) Nunca o menos de una vez al mes
b) 1-3 veces al mes
c) 1 vez a la semana
d) 2 o más veces a la semana
e) 1 vez al día
f) 2 o más veces al día

163. Palomitas de maíz

a) Nunca o menos de una vez al mes
b) 1-3 veces al mes
c) 1 vez a la semana
d) 2 o más veces a la semana
e) 1 vez al día
f) 2 o más veces al día

164. Chamoy, Lucas, etc.

a) Nunca o menos de una vez al mes
b) 1-3 veces al mes
c) 1 vez a la semana
d) 2 o más veces a la semana
e) 1 vez al día
f) 2 o más veces al día

165. Comemos en loncherías o fondas:

a) Nunca o menos de una vez al mes
b) 1-3 veces al mes
c) 1 vez a la semana
d) 2 o más veces a la semana
e) 1 vez al día
f) 2 o más veces al día

166. Comemos en restaurantes:

a) Nunca o menos de una vez al mes
b) 1-3 veces al mes
c) 1 vez a la semana
d) 2 o más veces a la semana
e) 1 vez al día
f) 2 o más veces al día

167. Comemos en lugares de comida rápida (McDonald's, Kentucky, etc.)

a) Nunca o menos de una vez al mes
b) 1-3 veces al mes
c) 1 vez a la semana
d) 2 o más veces a la semana
e) 1 vez al día
f) 2 o más veces al día

TERCERA SECCIÓN

Por último, vas a encontrar una lista de alimentos igual a la anterior. En este caso, tienes que marcar si **crees** que el alimento de la columna de la izquierda engorda, no engorda y si tu lo comes aunque sea sólo de vez en cuando.

EJEMPLO

ALIMENTO	ENGORDA	NO ENGORDA	YO SUELO COMERLO
Rábanos		X	
Carne de Pavo		X	X
Higos	X		X

Esto quiere decir que tu supones que los rábanos no engordan y que tu no los comes (tal vez no te gustan, te hacen daño.... **No importa el motivo**); también quiere decir que tu crees que la carne de pavo no engorda y que los higos sí, y que tu los comes con frecuencia.

Contesta en estas hojas

ALIMENTO	ENGORDA	NO ENGORDA	YO SUELO COMERLO
Queso fresco o cottage			
Queso oaxaca			
Queso manchego o chihuahua			
Queso crema			
Yogurt			
Margarina			
Mantequilla			
Plátano			
Naranja			
Melón			
Manzana			
Sandía			
Piña			
Papaya			
Pera			
Mango			
Mandarina			
Fresas			
Duranzno y/o chabacano			
Uvas			
Tuna			
Ciruelas			
Mamey			

ALIMENTO	ENGORDA	NO ENGORDA	YO SUELO COMERLO
Jitomate en salsa o guisado			
Jitomate crudo			
Papa o camote			
Zanahorias			
Lechuga			
Espinacas			
Calabazas o chayotes			
Nopales			
Aguacate			
Flor de calabaza			
Coliflor			
Brócoli			
Ejotes			
Salsas o chile en los alimentos			
Elote			
Frijoles			
Chícharos			
Lentejas o garbanzos			
Huevos			
Pollo			
Jamón			
Carne de res			
Carne de cerdo			
Pescados o mariscos			
Chicharrón de cerdo			
Salchicha			
Tocino			
Hígado de res o de pollo			
Chorizo o longaniza			
Carnitas			
Barbacoa			
Tacos			
Sopes o quesadillas			
Hamburguesas			
Hot dogs			
Sándwiches			
Tortas			
Pizzas			
Tortillas			
Tamales			
Pan Bimbo			
Bolillos o teleras			
Pan dulce			
Arroz			
Sopa de pasta			
Avena			
Hot cakes			
Pan francés			
Refrescos de cola			

ALIMENTO	ENGORDA	NO ENGORDA	YO SUELO COMERLO
Refrescos de dieta			
Agua de sabores			
Frutsi o boing			
Café			
Atole			
Pasteles			
Ate, miel, mermelada, cajeta o leche condensada			
Chocolates			
Frituras como sabritas, chicharrones, etc.			
Helado			
Gansitos, submarinos, etc.			
Galletas			
Palomitas de maíz			
Chamoy, Lucas, etc.			
Comida de loncherías o fondas			
Comida en restaurantes			
Comida rápida (McDonald's, Kentucky, etc.			

Mi edad es: ____ años ____ meses

Mi Colonia es: _____

Mi escuela es: Pública ( ) Privada ( )

Mi casa es: Rentada ( ) Propia ( )

GRACIAS POR AYUDARNOS!

ANEXO 2

A continuación le vamos a pedir que nos diga qué piensa del folleto que acaba de leer. Para nosotros es muy importante todo aquello que nos pueda decir al respecto, pues su opinión nos va a ayudar a mejorar la información que le presentamos, para hacérsela llegar a más personas a las que les pueda ser útil. Por favor, con confianza, háganos todos los comentarios que considere pertinentes.

De antemano GRACIAS!

	Nada	Poco	Regular	Mucho
El documento es claro				
El documento es fácil de leer				
La información es comprensible				
La información es interesante				
Es aburrido				
La información me parece útil				
Los consejos me parecen útiles				
Los consejos son fáciles de llevar a cabo				
Vale la pena leerlo				
Vale la pena recomendarlo				
Aprendí sobre los trastornos de la alimentación				
Me queda claro en qué consiste cada trastorno				
Creo que me puede ayudar ahora o en el futuro				
Me quedaron dudas				
Cambiaría cosas				
Me gusta la presentación del documento				

Si le quedaron dudas, ¿cuáles son?

Si cambiara algo, ¿qué sería?

Comentarios