



UNAM IZTACALA

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**Importancia de los factores de riesgo en
problemas alimenticios.**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A N
Santiago Robles Martha Aydé
Terrazas Enriquez Beatriz Elena

Directora: Mtra. **Margarita Martínez Rivera**
Dictaminadores: Mtro. **Jorge Guerra García**
Dra. **María Antonieta Dorantes Gómez**



Los Reyes Iztacala, Edo. de México

2010



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIAS

Este trabajo se lo dedico principalmente a mis padres, porque creyeron en mi y porque me sacaron adelante, dándome ejemplos de superación y entrega, porque en gran parte gracias a ustedes, hoy puedo ver alcanzada mi meta, ya que siempre estuvieron impulsándome en los momentos más difíciles de mi carrera, y porque el orgullo que sienten por mí, fue lo que me hizo ir hasta el final. Va por ustedes, por lo que valen, porque admiro su fortaleza y por lo que han hecho de mí.

A mi hermana y sobrino, gracias por haber fomentado en mí el deseo de superación y el anhelo de triunfo en la vida. Los quiero.

A ti Juan por tu apoyo incondicional en toda mi carrera, por confiar en mí, y no dejarme sola, sabes lo que significas para mi, por todos esos buenos y malos momentos que hemos pasado juntos. Gracias.

A ti Bety por ser mi cómplice en esta aventura, te quiero amiga, gracias por tus consejos.

A Margarita, por su paciencia, entrega y profesionalismo. Mil palabras no bastarían para agradecerle su apoyo, su comprensión y sus consejos en los momentos difíciles.

A todos, espero no defraudarlos y contar siempre con su valioso apoyo, sincero e incondicional.

Atte. Aidé

Dedicó esta tesis con mucho amor y cariño.

A mis padres, mis pilares más importantes en mi vida, que gracias a sus valores, principios, educación y amor contribuyeron a mi formación e hicieron de mí una persona dedicada y responsable. Que gracias a su apoyo incondicional en los éxitos y fracasos, siempre logramos salir adelante. Gracias papá y mamá, porque hoy vemos culminada una más de las metas realizadas, de muchas que aún faltan. Gracias por todo, sé que siempre contaré con ustedes.

A mi hermanita, Bere, mi amiga, mi compañera, mi confidente, que siempre me escuchaste y me alentaste para seguir adelante.

A ti Eduardo, mi amor, por estar a mi lado en los momentos buenos y malos, por lo que juntos hemos construido, y nunca desistido. Sabes cuán importante es que estés a mi lado, lo significativo y valioso que eres para mí. Gracias corazón.

A ti amiga, Aydé, que a lo largo de cuatro años de carrera, con acuerdos y desacuerdos siempre estuvimos juntas. Y que en este trabajo tan importante para ambas, siempre estuvimos unidas, a pesar de que en ocasiones nos desanimábamos, pero nunca lo dejamos y ahora ya lo vemos terminado.

A la profesora Margarita, que siempre tuvo la disposición y la dedicación de apoyarnos, para llevar a cabo este proceso y terminarlo de manera satisfactoria. Gracias, por su profesionalismo, sus ánimos, sus consejos, su tiempo, muchas muchas gracias.

Y no me puedo ir sin antes decirles, que sin ustedes no hubiera logrado esto, que me hace muy dichosa y feliz. Les agradezco con todo mi corazón el ser parte de este proceso y de mi vida. Nunca olviden que siempre los llevaré conmigo. Los quiero muchísimo.

Bety

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO 1. ANTECEDENTES DE LOS PROBLEMAS ALIMENTICIOS.....	4
1.1 Explicación Médica de trastorno.....	8
1.2 Explicación Social.....	10
1.3 Explicación Psicológica.....	11
1.4 Tipos de Problemas Alimenticios.....	12
CAPÍTULO 2. BULIMIA.....	15
2.1 Antecedentes de la bulimia.....	15
2.2 Concepto de Bulimia.....	16
2.3 Causas de la Bulimia.....	18
CAPÍTULO 3. ANOREXIA.....	23
3.1 Concepto de Anorexia.....	23
3.2 Causas de la Anorexia.....	27
CAPÍTULO 4. OBESIDAD.....	30
4.1 Concepto de Obesidad.....	31
4.2 Causas de la Obesidad.....	33
CAPÍTULO 5. FACTOR DE RIESGO.....	57
5.1 ¿Que es factor de riesgo?.....	57
5.2 Factores Biológicos.....	57
5.3 Factores Sociales.....	59
5.4 Factores Psicológicos.....	61
5.5 Influencia e importancia de los factores de riesgo.....	65
CONCLUSIONES.....	69
REFERENCIAS	73

RESUMEN

Los problemas de alimentación han existido siempre, sin embargo la incidencia ha aumentado, ya que el concepto de delgadez se ha convertido en el ideal de belleza de hombres y de mujeres. Mientras la preocupación por el aspecto físico puede llegar a convertirse en una obsesión. Dicha confusión social está fomentando la aparición de los problemas de alimentación que generan graves repercusiones. Se trata de enfermedades que conllevan un tratamiento largo, que en muchos casos se convierte en enfermedades crónicas y que, incluso, pueden dar lugar a la muerte. Por lo que en esta tesis se presenta el análisis descriptivo de los factores de riesgo en los problemas alimenticios como son, la anorexia, la bulimia y obesidad, ya que dichos factores son elementos que pueden llegar a aumentar la probabilidad de tener un problema alimenticio.

Asimismo se realiza una recopilación de numerosos trabajos sobre la evolución histórica de la anorexia, la bulimia y la obesidad, mostrando una descripción de la definición de cada concepto, sus causas y su íntima relación que tiene con las influencias socioculturales, pues en la actualidad este tipo de problemas tienen que ver con el cuerpo como distinción social, como competencia y como modo de vida, de esta manera están relacionadas con el valor del cuerpo, el consumo, la competitividad, el sexo, etc. El papel de los medios de difusión y su impacto social han fomentado, sin duda alguna, la preocupación por estos temas.

Para así dar pie a lo que son los factores de riesgo y la importancia que tienen para el origen de los problemas alimenticios. De tal manera que llegamos a la conclusión de los problemas alimenticios cada vez están más presentes por la exigencia de la sociedad de estar delgado y que requieren de un tratamiento multidisciplinario para que la persona salga adelante con buenos resultados, y no vuelva a recaer.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de alimentación han existido siempre y hay descripciones de ellos en muchos relatos de la Historia. Hace ya más de 20 años, se describieron ciertas conductas como síndrome, cuadro mórbido o enfermedad, por las consecuencias dolorosas y destructivas que tienen, tanto para quienes la sufren como para sus familias (Oblitas ,2006). El origen del síndrome en estos trastornos del comportamiento alimentario está relacionado con la biografía personal, el contexto familiar, los acontecimientos vitales y las presiones socioculturales.

Estos trastornos están aumentando en los últimos años de una manera alarmante, especialmente entre las jóvenes con edades comprendidas entre los 15 y 24 años.

Asimismo, la delgadez se ha convertido en el ideal de belleza, la aspiración suprema para ser atractivo o atractiva, obtener ciertos objetivos y emular algunos personajes. La preocupación por el aspecto físico puede llegar a convertirse en una obsesión, una manía que gobierna la vida personal y social: ejercicio, dietas, masajes, cremas para adelgazar, consultas a especialistas, conversaciones monográficas, etcétera.

Dicha confusión social está fomentando la aparición de los problemas de alimentación que generan graves repercusiones. Se trata de enfermedades que conllevan un tratamiento largo, que en muchos casos se convierte en enfermedades crónicas y que, incluso, pueden dar lugar a la muerte. Los problemas de alimentación afectan principalmente a las mujeres, pues son pocos los casos entre varones, aunque en los últimos años se han incrementado. Esta diferencia entre sexos se debe a una distinta socialización de las mujeres y los hombres, especialmente en lo relacionado con su imagen corporal. Las mujeres aprenden desde niñas que lo más importante es gustar a los demás, ser guapas y atractivas.

Muchas consideran la “belleza” como su atributo más valioso y basan su autoestima en aspectos estéticos de su cuerpo, en lugar de tener en cuenta su inteligencia, habilidades o aptitudes psicológicas. Cuidar el cuerpo se ha confundido con perder kilos. El cuerpo flaco es el modelo que se quiere imitar y cualquier aumento de peso es considerado una catástrofe perjudicial para la salud, algo así como una falta, cuyo castigo se paga en el gimnasio. Desgraciadamente en la actualidad, estos problemas se han hecho presente con más frecuencia en edades tempranas y afectando cada vez más a mujeres y hombres, ya que dichos factores de riesgo incrementan la probabilidad, de que se presenten.

Los factores de riesgo se pueden clasificar en tres: factores biológicos, entre los que encontramos el sexo y la edad, factores sociales; que incitan más frecuentemente adelgazar que a mantener una buena salud, como son los estereotipos y la presión social. Y finalmente los factores psicológicos en donde primordialmente la personalidad se ve afectada, ya que las personas con problemas alimenticios, tienden a ser perfeccionistas; teniendo expectativas altas de sí mismas y de otras personas.

Por lo tanto, el objetivo del presente trabajo es *analizar los factores de riesgo en los problemas alimenticios como, la anorexia, la bulimia y la obesidad*. Asimismo se agrupan los factores de riesgo en, biológicos, psicológicos, y sociales.

En el cual en un primer capítulo se analizan los antecedentes, así como la definición de trastorno. En el Capítulo dos y tres se abordan los tipos de problemas alimenticios iniciando con lo que es la bulimia, para posteriormente pasar a la anorexia. Y como último problema la obesidad en el cuarto capítulo. Con la finalidad de observar la prevalencia y las causas de los problemas alimenticios, así en el capítulo cinco, se analizan qué y cuáles son los factores de riesgo que implican los problemas alimenticios.

Es importante saber que la función del psicólogo es integrar la totalidad de los factores determinantes del proceso de salud y enfermedad de los seres humanos, así como al desarrollo y fortalecimiento de aquellas conductas y estilos de vida

que conducen a lograr un estado de vida saludable (Oblitas, 2006) es decir detectar, las conductas inadecuadas que presente el individuo y trabajar de manera multidisciplinaria.

Asimismo un tema importante que señalar dentro de los problemas en la alimentación, es el papel que juega lo sociocultural. En la actualidad la gente ha aceptado la importancia de la influencia que los factores socioculturales, los cuales se desempeñan en el desarrollo de los problemas de la conducta alimentaria, particular en el mundo occidental donde la sobreabundancia de alimentos se identifica en el bienestar social y a la vez la delgadez se considera sinónimo de atractivo físico.

CAPÍTULO 1. ANTECEDENTES DE LOS PROBLEMAS ALIMENTICIOS

La historia de la alimentación está estrechamente relacionada con la evolución del hombre. Todos los seres vivos necesitan alimentarse para vivir. Los hábitos alimentarios del ser humano han ido variando para poder adaptarse a las adversidades que el medio presentaba. El tipo de alimento que el hombre ha tenido que ingerir para su sustento, ha cambiado a través de los tiempos, porque se vió obligado a comer aquello que tenía más próximo y era más fácil de obtener con las escasas herramientas que poseía.

Asimismo es importante el desarrollo pleno del ser humano, ya que sólo puede darse cuenta sí recibe diariamente las cantidades y combinaciones adecuadas de nutrimentos, ya que cuando esto no sucede da como resultado los malos hábitos alimentarios, que ponen en peligro el bienestar físico y emocional del individuo. Al respecto, se debe distinguir entre la alimentación y la nutrición, términos que frecuentemente y de manera errónea son usados como sinónimos. Higashida, (1991) distingue entre estos dos términos, estableciendo que la alimentación es una acción voluntaria mediante la cual se ingieren comestibles y está mediada por aspectos como la cultura, la situación económica, la disponibilidad de alimentos, las preferencias, los contextos sociales, e incluso los estados de ánimo; mientras que la nutrición es el conjunto de procesos químicos que realiza el organismo con dichos insumos.

La enorme capacidad de adaptación del ser humano al medio y a las circunstancias, conlleva la aparición de diferentes modos de alimentarse en las distintas sociedades. Por otra parte, esto hace que los hábitos alimentarios de una población no sean estáticos sino adaptables a las lógicas variaciones de su entorno vital.

Es imposible hablar de estilo de vida sin enmarcarlo dentro del concepto de modo de vida, ya que ambos determinan la forma como se desarrolla el hombre dentro de la sociedad y su relación con el proceso salud-enfermedad. Ambos conceptos, modo y estilo de vida, comienzan a ser objeto de las ciencias médicas en la segunda mitad del siglo XX, a partir del momento cuando se redimensiona el concepto de salud y, por ende, se redimensionan los conceptos de los determinantes de salud.

El camino para arribar en forma general a estos nuevos conocimientos en medicina, se produjo a partir del cambio del estado de salud en poblaciones con un avanzado desarrollo socioeconómico, donde las enfermedades infecciosas ya no eran las principales causas de muerte y, además aparecieron otros elementos que incidieron en la aparición de enfermedades y muertes como por ejemplo: un sistema inadecuado de cuidados de la salud, factores conductuales o estilos de vida poco sanos, riesgos ambientales para la salud y factores biológicos. De esta forma, se comenzó a concebir que la determinación de la salud es un proceso complejo, multifactorial y dinámico en que los factores enunciados interactúan no sólo para deteriorarla, sino para incrementarla y preservarla.

Por ello es conveniente hablar de la psicología de la salud, que ha sido reconocida por distintos autores (Nieto y cols. 2004) como la que mejor define, en estos momentos, las tendencias integradoras, ya que el enfoque de la psicología de la salud como el mismo nombre denota, parte de la voluntad de integrar la totalidad de los factores determinantes del proceso de salud y enfermedad de los seres humanos, así como al desarrollo y fortalecimiento de aquellas conductas y estilos de vida que conducen a lograr un estado de vida saludable (Oblitas, 2006) y en consecuencia, por una parte, de la dilatada experiencia de los anteriores modelos, centrados o en un exclusivo enfoque biomédico o en el enfoque bio-psicomédico. Este enfoque trata de superar las limitaciones e incorporar análisis e investigación de las conductas de salud y enfermedad, todos los determinantes que son susceptibles de intervenir en ellas, tanto los internos al sujeto vinculado al

plano biomédico o psicológico, como las que en principio son externos pero han sido interiorizados por la experiencia social o cultural de cada individuo.

El modelo bio-psicosocial se caracteriza, sobre todo, por su pretensión integradora, comprensiva y sistémica. Este modelo radica en que la interpretación de la enfermedad y la salud ha de hacerse en un contexto global en la organización de los sujetos y, a su vez, éstos en la organización social con que se encuentran vinculados. Los determinantes de la enfermedad y la salud y las respuestas del organismo son globales, por lo que su tratamiento y prevención han de serlo igualmente.

La salud y la enfermedad no tienen una raíz exclusivamente orgánica. Los procesos por los que se adquieren se encuentran entrelazados con numerosos factores; dada la condición social de ser humano y el funcionamiento intersistémico de cada uno de los sistemas que forma parte. La condición humana no puede comprenderse mediante el análisis aislado de los elementos que la integran, sino que tienen a contemplarse en su totalidad, pues es esta totalidad la que está implicada en cada fenómeno, cada conducta y cada proceso.

En 1962 Mechanic (Nieto y cols, 2004) acuñó el término de “conducta de enfermedad” que pronto se generalizó y sirvió para referirse a la interdependencia entre comportamiento y salud; a la vez que para denotar que las diferentes respuestas individuales al accidente de una enfermedad pueden dar lugar también a una diferente evolución del episodio de salud. Se ha estudiado la relación entre los factores psicológicos y la salud y hoy nadie pone en duda la interrelación entre ambas variables del organismo humano.

Las investigaciones que se llevan a cabo actualmente sobre los denominados “estilos de vida”, también apuntan en la dirección de establecer relaciones entre éstos y la salud, en el sentido de que hay estilos más “saludíferos” así como respuestas más eficaces y determinantes en el proceso de sanar.

En 1974, Marc Lalonde (Vives, 2007) propuso un modelo explicativo de los determinantes de salud, que se usa en nuestros días, en el que se reconoce al estilo de vida, así como el ambiente, incluyendo el social, en el sentido más amplio junto a la biología humana y la organización de los servicios de salud. Después Castellanos (1991), aclaró cómo se produce esta interacción entre los determinantes de salud con la categoría condiciones de vida, que serían los procesos generales de reproducción de la sociedad que actúan como mediadores entre los procesos que conforman el modo de vida de la sociedad como un todo y la situación de salud específica de un grupo poblacional específico.

Pero ¿qué es un estilo de vida?, el Diccionario Filosófico de Rosental y Ludin, (1981, Vives, 2007) refiriéndose al estilo, se plantea que en el mismo se reflejan tanto las condiciones económico-sociales de la vida de la sociedad, como las peculiaridades y las tradiciones del pueblo; sería pues, la forma como se comporta o manifiesta una determinada cultura, por lo que cada pueblo, nación, o aún diferentes grupos sociales pueden tener diferentes estilos de vida y aún haciéndolo más particular, una comunidad, una familia, o un individuo, pueden tener un estilo de vida en particular dependiendo de sus conocimientos, necesidades reales, posibilidades económicas , etcétera. Es un modo de vida individual, es la forma de vivir de las personas. Se relaciona estrechamente con la esfera conductual y motivacional del ser humano y, por lo tanto, alude a la forma personal en que el hombre se realiza como ser social en condiciones concretas y particulares.

Por estilo de vida, se denomina de una manera genérica, aquellos patrones cognitivos, afectivos-emocionales y conductuales que muestran cierta consistencia en el tiempo, bajo condiciones más o menos consistentes y que pueden constituirse en factores de riesgo o seguridad, dependiendo de su naturaleza, lo cual nos podría llevar a problemas en la alimentación.

De este modo, para tener una mejor visión acerca de los problemas alimenticios, es necesario definir tanto médicamente como psicológicamente el término trastorno, el cual tiene una diferente connotación en cada una de estas disciplinas.

1.1 Explicación Médica de trastorno

Aunque La Clasificación Internacional de las Enfermedades CIE-10 (1999) reconoce que el término trastorno no es preciso, lo utiliza para señalar la presencia de un comportamiento o de un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica, que en la mayoría de los casos se acompañan de malestar o interfieren con la actividad del individuo. Los trastornos definidos en la CIE-10 no incluyen disfunciones o conflictos sociales por sí mismos en ausencia de trastornos individuales. La CIE-10(2000) utiliza el término trastorno para evitar el problema que se plantea al utilizar otros conceptos como enfermedad o padecimiento.

Asimismo, el CIE-10 (1999) argumenta que cada uno de sus capítulos no pueden tener más de diez subdivisiones mayores, porque la CIE -10 es una clasificación estadística, con un espacio de clasificación definido y limitado. Al igual que, dichas clasificaciones deben estar en lo posible basadas en descripciones.

Estrictamente hablando, esto implica que los trastornos deben ser agrupados a través de semejanzas y diferencias evidentes sólo en sus síntomas y signos, y que los trastornos así clasificados deben estar en un lugar de la clasificación. Es por ello que el CIE-10 (1992) agrupa a los trastornos de la conducta alimentaria en: anorexia nerviosa, anorexia nerviosa atípica, bulimia nerviosa, bulimia nerviosa atípica, en otras alteraciones psicológicas.

Es importante señalar que en esta clasificación, se agrupan como síndromes importantes y claramente delimitados: la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, además de otros trastornos bulímicos menos especificados, así como la obesidad relacionada con alteraciones de tipo psicológico. Sin embargo, excluye de su clasificación a trastornos de la conducta alimentaria en la infancia, dificultades y malos cuidados alimentarios y pica de la infancia, esta última se refiere según el DSM-IV (pág. 85) a la ingesta persistente de sustancias no nutritivas, “los niños con este trastorno comen típicamente pintura, yeso, cuerdas, etcétera. Los niños mayores pueden comer excremento de animales, arena, insectos, hojas o piedras; no existe aversión hacia este tipo de comidas”.

Por otra parte el DSM – IV, menciona que, el término trastorno mental carece de una definición operacional que elimine la distinción entre trastornos físicos y psíquicos (un anacronismo reduccionista del dualismo mente/cuerpo). Cada trastorno mental es conceptualizado como un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar, a una discapacidad o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Además este síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular (Ej.: la muerte de un ser querido). Cualquiera que sea su causa, debe considerarse como una manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica. Ni el comportamiento desviado (Ej.: político, religioso, sexual) ni los conflictos entre individuo y la sociedad son trastornos mentales, a no ser que la desviación o conflicto sean síntomas de una disfunción. La clasificación de los trastornos no clasifica a las personas: clasifica los trastornos que las personas padecen: por eso el texto evita expresiones como "un esquizofrénico" a favor de otras como un individuo con esquizofrenia (Pichot y cols, 1994).

Asimismo en el origen de los trastornos alimentarios puede haber diversas causas, desde fisiológicas (por ejemplo, trastornos metabólicos), psicológicas (por ejemplo, rasgos de personalidad), sociales, culturales (por ejemplo, cultura de la

“esbeltez”), familiares (ciertas características en familias determinadas, por ejemplo situación familiar conflictiva en bulimia y sobre protectora en anorexia), hasta determinantes relativos a la profesión (por ejemplo, la danza o modelaje) (s/autor, 2004).

Desde los primeros días de su vida, la calidad de cuidados que una madre da a su bebe, y el amor que le prodiga, están relacionados por lo menos indirectamente, con la cantidad de grasa que recubre su cuerpo. Un bebé rellenito es visto por su madre y por las vecinas como un bebé bien cuidado. También durante la niñez, la provisión de cantidades sustanciales de comida, se ve como una manera de demostrarles el amor a los niños, además de asegurar que estén adecuadamente nutridos. En nuestra cultura, caracterizada por una abundancia de comida para algunos, los niños aprenden a incrementar la cantidad de alimentos que consumen, y a menudo, la cantidad de energía que ingieren va mucho mas allá de lo que realmente necesitan para crecer.

De esta manera, Abraham y Llewellyn-Jones (1994), dan una explicación de tipo social y psicológico acerca de los problemas alimenticios.

1.2 Explicación social

En la cultura occidental, la sociedad y especialmente los medios de comunicación, ofrecen dos mensajes contrastados relacionados con la comida y la alimentación. El primer mensaje es que, la mujer delgada es atractiva, sana feliz y popular, que tiene una buena condición física y éxito. Hacerse delgada, con todo lo que esto implica, se considera como el objetivo principal de muchas mujeres. El segundo mensaje es que el comer es una actividad placentera que satisface muchas necesidades, además, de aliviar el hambre, y que las mujeres tienen derecho a tener dichas necesidades satisfechas.

Las presiones sociales y familiares también son contradictorias: tienes que comer todo lo que los demás te dan, pero no tienes que engordar.

La provisión de comida es considerada en nuestra cultura como una señal principal de aprecio; el compartir los alimentos en una comida se ve como uno de los contactos sociales más importantes. Asimismo se puede encontrar que la obesidad es una protección contra las actitudes sociales actuales hacia la sexualidad, las cuales temen.

Se debería integrar en los llamados “trastornos de la conducta alimentaria” (TCA) de origen psíquico un conjunto variado de cuadros donde la anorexia y la bulimia serían los más específicos, así como cuadros mixtos, intermedios y otros, como comedores compulsivos, obesidad exógena, pica, etcétera (Chinchilla, 2003).

1.3 Explicación psicológica

El hecho de comer es un instinto básico, se señala que aquellas personas que sufren un problema de alimentación tienen una personalidad identificable, siendo más obsesivas o neuróticas que los que comen normalmente. Algunos estudios sugieren que aquellas mujeres que han perdido peso con regímenes y ejercicio excesivo son más introvertidas, más ansiosas y más dependientes que las mujeres cuyo peso es normal, o que las mujeres con anorexia nerviosa que recurren a el vomito.

Según la teoría del defecto de la personalidad (Abraham y Llewellyn – Jones, 2004), algunas mujeres que sufren anorexia nerviosa temen crecer, hacerse física y sexualmente maduras. Al evitar comer, puede retirarse de los acontecimientos sociales que le son incómodos y que le causan ansiedad, puede negar su sexualidad.

Una extensión de la teoría de personalidad defectuosa se ve en la sugerencia de que algunas mujeres obesas utilizan el comer como sustituto del amor. Una persona que se siente sola, vacía y no amada, a no ser que tenga compañía constante, puede comer para compensarlo. El vacío de su vida se alivia si toma alimentos para llenar su estomago vacío. Cuanto más come más llena, o realizada se siente. La comida, y particularmente bebidas como leche o cerveza, se convierten en los fundamentos de su vida, suprimiendo su falta de autoestima y proporcionándole satisfacción.

El temor de cambiar y la dificultad para lidiar con el estrés son comunes en personas que tienen trastornos alimenticios. Ellas también pueden temer a la crítica, evitar la sexualidad, o actuar impulsivamente. Entre personas con trastornos alimenticios, existen altos índices de trastorno de personalidad limítrofe, trastorno de personalidad evitante, trastorno de personalidad obsesivo-compulsiva y narcisismo.

Es importante conocer los antecedentes que originan los problemas de la alimentación, así como los conceptos y causas de dichos problemas, a continuación, se describirán los problemas de la alimentación tales como, bulimia, anorexia y obesidad.

1.4 Tipos de problemas alimenticios

Existen numerosos trabajos sobre la evolución histórica de la anorexia y la bulimia, sin embargo es importante agregar que se trata de conductas derivadas del miedo-pánico obsesivo a estar gordas, tanto en el presente como en el futuro, y de la necesidad de buscar la delgadez o pérdida de peso a través de conductas variadas: selección, restricción y manipulación alimentaría, vómitos, hiperactividad

de desgaste, uso-abuso de laxantes o diuréticos, tirar o evitar las comidas, ayunos etcétera.

Chinchilla (2003), argumenta que la anorexia y la bulimia, por su importancia y trascendencia clínica, son los cuadros más estudiados y conocidos, dada su alta resonancia sociosanitaria, tanto por su gravedad como por alta incidencia y aparición en edades cada vez más tempranas, posiblemente debido a la mayor penetración y relevancia de los fenómenos culturales relacionados con el cuerpo y la alimentación, que fomentan y preconizan el culto a la esbeltez y las dietas. En su génesis, están implicados, desde un punto de vista patogénico, múltiples factores, sin poder delimitar hoy por hoy claramente qué es lo fundamental, necesario o suficiente, para que se presenten estos casos.

Existe una mayor incidencia en zonas socioculturales electivas, como la occidental, en las que el cuerpo está más sujeto a los impactos y modificaciones que le impone la cultura (religiosos, morales, estéticos, deportivos, competitivos, etcétera). El hecho es que en los últimos 30 años se ha duplicado la incidencia de casos de anorexia y quintuplicado los de bulimia (Chinchilla 2003).

Parece que la psicopatología de la anorexia está ligada al cambio del tiempo y a la cultura, y que el miedo a la obesidad es un factor moderno en la psicopatológica de la enfermedad. Si bien en siglos pasados la obesidad fue sinónimo de salud y bienestar, con el abordaje científico más actualizados se inicia una mayor preocupación por sus consecuencias.

Como se observa, en las últimas décadas, la cultura de la delgadez ha presionado a jóvenes vulnerables, sobre todo escolares, en las que las dietas están a la orden del día, bombardeadas por la radio, televisión, revistas o moda, etcétera. Las cuales hacen creer que las van a conducir hacia diferentes estatus sociales y al final hacia los problemas alimenticios en algunos casos.

Los síntomas de los problemas en la alimentación son complejos y no pueden ser explicados a través de un sólo mecanismo, no son puramente físico-químicos, ni sólo psicológicos, ni sólo sociales; ya que en la modernidad se piensa en todos los elementos como parte de sistemas como una compleja interacción (Lask y Bryan, 1992. Citado en: Manríquez y Mercado, 1997).

CAPÍTULO 2 .BULIMIA

La palabra bulimia proviene del griego bous (buey) y limos (hambre), lo que literalmente significa hambre de buey o tener el apetito de un buey. La característica principal de la bulimia nerviosa es el vomito autoinducido.

2.1 Antecedentes de bulimia

Es importante saber que en la antigüedad el vomito fue utilizado como método de castigo y penitencia por las religiosas en la época feudal. Asimismo en sus orígenes la bulimia o bulimia nerviosa fue considerada como un desorden somático causado por humores fríos, parásitos intestinales, lesión cerebral o simplemente como una anomalía congénita (Lobo, 2003).

Actualmente la bulimia se manifiesta con episodios recurrentes de voracidad, a los que le siguen conductas de compensación inadecuadas como los vómitos autoprovocados, el consumo excesivo de laxantes, fármacos y diuréticos, periodos de ayuno y/o ejercicio intenso.

De acuerdo al DSM-IV (1995) los criterios para diagnosticar la Bulimia es la presencia de atracones recurrentes que se caracterizan por: ingesta excesiva de alimento, en un corto periodo de tiempo y sentido de pérdida del control sobre la ingesta o sensación de no poder dejar de comer.

Asimismo el DSM-IV distingue dos subtipos de Bulimia, de tipo purgativo y de tipo no purgativo, en donde la primera, el individuo se provoca regularmente el vomito o usa laxantes y diuréticos, mientras que en la bulimia de tipo no purgativo la

persona emplea otro tipo de conductas compensatorias inapropiadas, tales como; el ejercicio intenso, el ayuno, etcétera.

2.2 Concepto de bulimia

La bulimia es un problema de la alimentación que afecta entre el 1% y 2% de mujeres, mayoritariamente adolescentes y en temprana edad adulta, de la población general española (Morande, Celada y Casas, 1999; en Gargallo, Fernández y Raich, 2003). Este problema se caracteriza por episodios recurrentes de gran voracidad y conductas purgativas (por ejemplo, provocación del vómito o utilización de laxantes y/o diuréticos), con la finalidad de ejercer un control sobre el peso y silueta corporal, y una preocupación excesiva, como en el caso de la anorexia nerviosa, por su imagen corporal (American Psychiatric Association, 1994 y Fernández Aranda y Turón, 1998; en, Gargallo, Fernández y Raich, 2003). En la literatura sobre la bulimia, esta patología se ha visto generalmente asociada a otros trastornos mentales, tales como trastornos afectivos, trastornos de ansiedad y obsesivo-compulsivos, abuso de sustancias y/o tóxicos y pérdida generalizada del control de los impulsos. Asimismo, durante la última década, cada vez mayor número de estudios hacen referencia a la existencia de patología dual con los trastornos de la personalidad, siendo descritas prevalencias, entre ambos trastornos, que oscilan entre el 27 y el 84% de casos según los estudios.

Abraham y Llewellyn-Jones (1994) describen que este comportamiento obsesivo de hacer comilonas empieza normalmente entre las edades de 15 y 24 años y van precedidas de un periodo de preocupación progresiva por el peso corporal y la apariencia, durante el cual la mujer decide seguir un régimen o, por lo menos, controlar su peso.

Fernández (2008), menciona que los expertos en problemas de la alimentación han unificado los criterios para diagnosticar la bulimia y, los han descrito en el manual de la APA (Asociación Psiquiátrica Americana, 1994) y el CIE-10 (1992). Basándonos en ellos, podemos afirmar que una persona sufre bulimia cuando presenta episodios recurrentes de voracidad o atracones donde la persona come en poco tiempo una gran cantidad de comida muy superior a la que la mayoría de personas comerían. A estos episodios les siguen conductas compensatorias inapropiadas, como son el vómito provocado, el abuso de fármacos laxantes y diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio físico excesivo para evitar engordar ya que tiene un miedo horrible a ganar peso porque su autoevaluación se encuentra excesivamente influida por la silueta y el peso corporal.

Crispo, Figueroa y Guelar (1996) coinciden con el DSM-IV (Lobo, 2003) y definen dos tipos de bulimia nerviosa:

- a) Purgativo: la persona se embarca regularmente en vómitos autoinducidos o en el uso excesivo de laxantes y/o diuréticos.
- b) No purgativos: la persona utiliza otros comportamientos compensatorios inadecuados, tales como ayunar o el ejercicio excesivo, pero no se embarca en vómitos autoinducidos o el uso excesivo de laxantes y/o diuréticos.

Como se observa la bulimia es un problema que se ha acrecentado al igual que las características que la definen conforme va pasando el tiempo; y afecta en su mayoría a mujeres vulnerables, distorsionando la percepción de su apariencia física, provocándose una autodestrucción. Por ello es importante describir las causas que lleva a las personas a introducirse y hundirse en este camino que en ocasiones no se logra encontrar una salida.

2.3 Causas de la Bulimia

La aparición de la bulimia puede estar asociada con acontecimientos que provocan estrés en la vida. Y por tanto la mujer desarrolla una preocupación exagerada por su forma corporal y su peso, esto le conduce a periodos de más restricciones dietéticas, con episodios bulímicos en los que se debilita el control sobre el consumo alimentario así algunos de los efectos psicológicos de la bulimia que se presentan, antes de empezar la comilona, la mayoría de las mujeres se sienten tensas e inquietas, tienen palpitaciones. Durante la comilona sienten una sensación de libertad. Al final de la comilona, se sienten menos tensas e inquietas, pero puede que no se sientan a gusto consigo mismas por lo que han hecho a sus cuerpos.

De acuerdo con Crispo, Figueroa y Guelar (1996) para que una persona pueda ser diagnosticada como enferma de bulimia, debe cumplir con los siguientes requisitos

- Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por:
 - Ingesta en un periodo corto, de una cantidad de comida evidentemente más grande que la mayoría de la gente, y come durante un periodo similar y en circunstancias similares.
 - Una sensación de falta de control sobre la ingesta durante el episodio.
- Comportamiento compensatorio recurrente e inadecuado, para prevenir el aumento de peso, tal como: vomito autoinducido, exceso de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, ayuno o exceso de ejercicio.
- Los atracones y los comportamientos compensatorios inadecuados ocurren con un promedio de por lo menos dos veces a la semana.

- La percepción de sí misma está excesivamente influida por la forma corporal y el peso.

Fernández, (2008) argumenta que los atracones aparecen con la sensación de hambre intensa después del ayuno, o por encontrarse con bajo estado de ánimo, como reacción a las frustraciones o a las críticas negativas, situaciones difíciles y estresantes del entorno, sentimientos y emociones negativas que vive la enferma en su vida cotidiana. De esta manera describe las características de los atracones.

Cantidad de comida: es muy superior a la que comerían la mayoría de las personas, puede ser hasta que la persona ya no pueda más, hasta que llegue a sentir dolor por la plenitud de todo lo que ha comido.

Tiempo: la gran cantidad de comida ha de ser ingerida en un periodo de tiempo corto, generalmente inferior a dos horas.

Lugar: no tiene porque ser en el mismo lugar todo el atracón, puede empezar en una pastelería y continuar en casa.

Tipo: la comida de los atracones puede ser variada, pero generalmente suele ser de gran contenido calórico.

Sensación de descontrol: la persona afectada de bulimia se sentirá incapaz de resistirse a comer o a no poder parar.

Vergüenza: las personas que tienen este problema suelen tener sentimientos de vergüenza por su conducta e intentan esconder o disimular los síntomas. Y no podemos olvidar el atracón subjetivo: hay bulímicas que aunque en realidad lo que han comido es una pequeña cantidad de comida, por ejemplo un pastel de crema, lo considerarán atracón por ser un alimento que tenían prohibido para ellas y no se permitían siquiera mirarlo, pero en cambio lo han devorado a toda velocidad con sentimiento de culpabilidad y el consiguiente desprecio hacia sí mismas por haber perdido el control y habérselo comido.

Pero, ¿qué cambios psicológicos y de comportamiento nos ayudan a detectar la bulimia?

Las bulímicas se encuentran normalmente dentro del margen de peso considerado normal, aunque en ocasiones aparecen ligeras desviaciones por encima o por debajo de la normalidad (Fernández, 2008).

Valoración de su propio cuerpo. La persona bulímica desarrolla una imagen corporal negativa y errónea. Puede sentir insatisfacción y tener unos pensamientos negativos que le hacen ver su cuerpo más voluminoso y con más peso del que realmente tiene. Nunca aprueba su cuerpo, tiene una preocupación excesiva y desproporcionada por su figura o por alguna parte o rasgo físico que le desagrada. Como la evaluación que hacen de ellas mismas está muy influenciada por la visión negativa de su silueta y su peso corporal, en general siempre está muy insatisfecha consigo misma y tiene una autoestima muy baja.

Distorsión de los pensamientos. Los pensamientos giran en torno a la comida, al peso y a la imagen corporal. No importa cuan exagerados sean, o cuan distorsionados estén, o cuánto se alejen de la realidad. La realidad de la propia enferma es que se los cree, se cree todos los pensamientos que le vienen a la cabeza sobre estos temas y son pensamientos que le ocupan cada vez más tiempo y le provocan cada vez más malestar. Son pensamientos negativos, exagerados, en términos absolutos, generalizaciones excesivas, siguiendo la idea de todo o nada sin permitirse términos intermedios.

Cambios emocionales. Las pacientes con bulimia son personas que sienten gran insatisfacción con ellas mismas y con el mundo que les rodea. Las conductas que llevan a cabo debido a esta insatisfacción, les hacen sentir aún mayor insatisfacción y un gran sentimiento de culpa, llegando a sentirse mal por todo: por comer, por vomitar, por su comportamiento, por su carácter más irritable o por los problemas que causan a los demás. No se dan cuenta de que su comportamiento es consecuencia de la enfermedad y llegan a avergonzarse de sí mismas por

pensar que no tienen voluntad, que no tienen control. Esto se agrava cuando va unido a otro tipo de comportamientos que aparecen en algunas bulímicas, como son los síntomas de impulsividad o a los cambios de carácter.

Personalidad. La paciente bulímica se caracteriza por su tendencia a actuar de forma impulsiva y descontrolada:

- **Impulsividad.** En general, se puede afirmar que la impulsividad es una característica que ha acompañado a la enferma bulímica, incluso antes de la enfermedad. Pero una vez que la enfermedad se impone, puede aparecer alteración de la impulsividad, es decir, donde el individuo actúa sin reflexionar y pueden aparecer también mentiras frecuentes, el robo, conductas de abuso de alcohol u otras sustancias o promiscuidad sexual. Esta disminución del control de los impulsos les hace avergonzarse de sí mismas, incluso odiarse y a veces, fomenta la aparición de autoagresiones para aliviar esos sentimientos de culpabilidad, que aumentan aún más su malestar.

Inestabilidad. Son personas con gran inestabilidad emocional, muy vulnerables, y que dependen mucho de la opinión de los demás, por lo que por cualquier mínimo incidente en su vida cotidiana, como un comentario o un pensamiento, pueden pasar rápidamente de la alegría a una profunda tristeza. Desarrollan ideas obsesivas y ello les provoca muchos momentos de gran ansiedad. En algunas ocasiones aparecen ideas de agredirse a sí mismas o de suicidio cuando el trastorno se agrava.

Relación social. Las personas que presentan bulimia, al igual que las anoréxicas suelen tener una pobre relación social, debido entre otras cosas al aislamiento social que ellas mismas se imponen. Con la familia suele ser habitual tener conflictos en la relación.

Como vimos, existen causas que determinan la bulimia, las cuales van a desencadenar consecuencias por el mismo individuo para verse bien físicamente. Asimismo otro problema en la alimentación es la anorexia, descrita en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO 3. ANOREXIA

La anorexia es conocida desde la antigüedad, su historia ha estado delimitada por varias etapas, la primera descriptiva de la enfermedad que llega hasta finales del siglo XIX y a partir de principios del siglo XX se consideran los aspectos psicopatológicos, psiquiátricos y neuroendocrinos.

La anorexia comenzó a conocerse desde la década de los 60, sin embargo se presentaron casos de abstinencia alimentaria desde tiempos bíblicos, ya que en un periodo aproximado del siglo XIII al XV el control del apetito tenía una connotación religiosa, es decir aspectos de convicción, obediencia y castidad y (León Espinoza de los Monteros y Castillo 2003). El ayuno extremo era practicado por penitentes, generalmente por mujeres, éste era considerado una bendición suprema, un signo de santidad. García-Camba (2002) nos dice que en los últimos 25 años la anorexia, como se le conoce, es un problema en cuyo desarrollo interviene múltiples factores que incluyen trastornos de tipo emocional, alteraciones del entorno familiar y una posible sensibilidad genética o biológica, como factores fisiológicos que deben tomarse en cuenta.

3.1 Concepto de anorexia

Según León Espinoza de los Monteros y Castillo (2003), la palabra anorexia proviene del griego, an (carencia o privación) y orexis (apetito), significando así, falta de apetito.

De esta manera la Anorexia ó Anorexia Nerviosa (AN) es un problema grave de la conducta alimentaria caracterizado por una pérdida deliberada de peso, inducida y mantenida por la persona. La anorexia viene acompañada por amenorrea y

alteraciones en el comportamiento de las personas, la preocupación por la comida y el temor a ganar peso forman lo esencial de este problema.

Así los autores afirman que la anorexia es considerada una enfermedad que se acompaña de una pérdida voluntaria de peso y un intenso temor a la obesidad.

No obstante Cervera (2007) argumenta que años atrás, cuando a una persona se le diagnosticaba anorexia, esta se mostraba sorprendida; sabía que había adelgazado porque quería, pero ignoraba que había llegado a un punto en que su estado físico constituía ya una enfermedad. Ahora, la mayoría de las personas a las que se les diagnostica un cuadro de anorexia ya sospechaban que estaban entrando en este problema. Sin embargo hace quince años se decía que en el mundo occidental, de cada 10 000 muchachas jóvenes, aproximadamente tres sufrían anorexia. Ahora, estudios realizados en España, confirman que una de cada 200 muchachas, sufre de este problema en edades comprendidas entre los 14 y 24 años. Con estas cifras podemos decir, que el problema de la anorexia ha ido incrementándose de una manera alarmante.

Actualmente la anorexia se encuentra clasificada detalladamente en el Manual Estadístico de los Trastornos Mentales y en el de Trastornos Mentales del Comportamiento CIE-10 (Decima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades, 1999;) considerándola como un trastorno caracterizado por la presencia de una pérdida deliberada de peso, inducida o mantenida por el mismo enfermo, de esta manera la anorexia constituye un síndrome independiente en el sentido de que: “los rasgos clínicos del síndrome son fácilmente reconocibles, de tal forma que el diagnóstico resulta fiable con un alto grado de concordancia entre clínicos, así como los estudios de seguimiento han demostrado que, de entre los enfermos que no se recuperan, una proporción considerable continua mostrando de manera crónica las características principales de la anorexia ”(pág. 219).

Por otra parte El DSM-III R (1988) hace una subclase de trastornos de la conducta alimentaria (TDA), los cuales se caracterizan por grandes alteraciones de la conducta alimentaria; en ellas se incluyen la anorexia nerviosa, la bulimia

nerviosa, la pica y el trastorno por rumiación en la infancia, esta última se refiere a “una regurgitación repetida de la comida, con pérdida de peso o incapacidad para ganar el peso esperado, que aparece tras un periodo de vida normal. La comida, parcialmente digerida, es devuelta a la boca sin que por ello aparezcan náuseas. Entonces la comida es expulsada o masticada” (pág. 86). La anorexia y la bulimia son en apariencia problemas relacionados y comienzan de un modo típico en la adolescencia o al principio de la vida adulta. La pica y el trastorno por rumiación en la infancia son primordialmente problemas que se presentan en niños más pequeños y que probablemente no están relacionados con la anorexia y bulimia.

La anorexia según el DSM-III R y el DSM IV, consiste esencialmente en el rechazo contundente a mantener el peso corporal, por encima de unos valores mínimos normales para una determinada edad y talla; miedo intenso a ganar peso o a convertirse en una persona obesa, aún cuando se esté por debajo del peso considerado normal, alteración en la imagen corporal y amenorrea (en las mujeres). Para el DSM – III R el término anorexia es incorrecto ya que es rara la pérdida de apetito.

La alteración en la imagen corporal se manifiesta a través de la manera en que la persona percibe su peso, su talla o su silueta corporal. Las personas que sufren este problema afirman que se encuentran obesos o que algunas partes de su cuerpo son desproporcionadas, cuando es realidad están obviamente por debajo de su peso corporal normal.

De esta manera el DSM-III R, argumenta que la pérdida de peso se consigue habitualmente por una disminución en la ingesta de comida, acompañada de intenso ejercicio. Con frecuencia, las personas con este problema se provocan el vomito o emplean laxantes o diuréticos, es por eso que en algunos casos las personas también puedan presentar bulimia.

Asimismo, el concepto de anorexia fue establecido por la Organización Mundial de la Salud, posteriormente en la edición de 1992, junto con los criterios recogidos el DSM IV (León Espinoza de los Monteros y Castillo 2003), se establecieron los

criterios para diagnosticar este cuadro clínico: pérdida significativa de peso y ésta pérdida originada por el propio enfermo que evita el consumo de alimentos que engordan, mediante uno o más de los siguientes métodos: vómitos, ejercicio, fármacos, purgas intestinales provocadas; distorsión de la imagen corporal, trastorno endocrino generalizado.

Es importante saber que el valor otorgado a la delgadez en países occidentales, así como la presión de los medios de comunicación social, la publicidad y la industria dedicada a productos y métodos de adelgazamiento inciden especialmente en adolescentes y jóvenes.

Burch (Chinchilla, 2003) considera la anorexia como un disturbio o distorsión de la imagen corporal y del reconocimiento de los estados corporales en el sentido de ineffectividad. No es una verdadera pérdida del apetito, sino más bien una preocupación por la comida y la alimentación.

Otro aspecto relevante es el hecho de que las mujeres son más vulnerables a este problema; a lo que Abraham y Llewellyn-Jones (1994) argumentan que la anorexia afecta quince veces más a mujeres que a hombres, y normalmente empieza durante la adolescencia o el inicio de la madurez y parece estar ocurriendo con más frecuencia entre las mujeres jóvenes en los países desarrollados. Coincidiendo así con el CIE 10 (1999) el cual afirma que la anorexia aparece con mayor frecuencia en muchachas adolescentes y mujeres jóvenes, a diferencia de los varones, ya que en raras ocasiones pueden verse afectados por este problema.

De esta manera, la mayoría de los pacientes de anorexia están preocupados por la comida y el control de su peso. La comida y como evitarla se vuelve un pasatiempo totalmente absorbente que excluye la mayoría de las otras actividades que normalmente realizarían a su edad, especialmente los acontecimientos sociales en los que la comida es normalmente un elemento y se espera que la gente coma. Para evitar comer presentan pretextos como “no tengo hambre en este momento, así que lo comeré más tarde”, cuando sus padres les dicen que la

comida está lista. Tienden a evitar los acontecimientos sociales, a menudo encerrándose en su habitación y pidiendo que no les molesten. Pueden ser competitivas y a menudo obsesivas con el trabajo.

Es por ello que Crispo y cols (1996) y García-Camba (2002) coinciden en que existen dos formas en que la anorexia puede presentarse:

- a) Restrictiva. En este tipo de anorexia la pérdida de peso produce a través de la dieta, el ayuno o el ejercicio excesivo. Los pacientes anoréxicos no presentan atracones ni conductas de purga.
- b) Purgativa. Durante el episodio de la anorexia, la persona se embarca regularmente en ciclos de atracones y/o purgas, como estrategia empleada regularmente para reducir peso (vómitos, laxantes y/o diuréticos).

3.2 Causas de la Anorexia

Crispo, y cols, (1996) y Chinchilla (2003), coinciden que una persona pueda ser diagnosticada con anorexia, cuando cumple con los siguientes requisitos: negativa a mantener el peso corporal en un nivel normal mínimo esperado o por encima de este nivel para su edad y talla, intenso temor a subir de peso o volverse gorda, a pesar de estar por debajo del peso esperado, perturbación en el manera en que se vivencia el peso, tamaño o forma del propio cuerpo; influencia excesiva de la percepción del propio peso o forma corporal en la autoevaluación o negación de la gravedad del bajo peso corporal actual y amenorrea en las mujeres postmenárgicas, por ejemplo, la falta de por lo menos tres periodos menstruales consecutivos.

Los aspectos que han determinado que la anorexia haya llegado a ser un grave problema sanitario en muchos países desarrollados son para García-Camba (2002), en primer lugar su prevalencia creciente ya que las cifras oscilan entre 0,5

y el 3,7% de las adolescentes y mujeres jóvenes. Sin embargo en nuestro país otra de las causas que salen a la luz, es que hace alrededor de diez años (Cervera, 2007) se conocía la existencia de la anorexia en los familiares de los pacientes que la padecían, es decir, que existían antecedentes de dicho problema en personas anoréxicas.

Ahora se trata, en cambio, de un problema donde existe cierta información al alcance de las personas, porque han aparecido artículos en revistas, se habla de ello en la radio, se ha hecho reportajes en televisión, donde personajes públicos como modelos, gimnastas, etc. narran sus experiencias.

El CIE 10 (1999) describe que a pesar de que las causas fundamentales de la anorexia siguen sin conocerse, hay evidencia cada vez mayor que existen una serie de factores socioculturales y biológicos que interactúan entre sí contribuyendo a su presentación, en la que participan también mecanismos psicológicos menos específicos y una vulnerabilidad de la personalidad.

Los pensamientos negativos respecto a sí mismo, una preocupación desorbitada por el cuerpo, los cambios de humor, los desarreglos físicos, constituyen para Cervera, (2007) la llamada anorexia. La persona con este problema se niega a mantener su cuerpo con un peso y está exageradamente preocupada por su silueta. La valoración que hace de si misma como personas, está determinada por lo que opina su cuerpo.

De este modo tienen mucho miedo a ganar peso, y por ello no solo rechaza determinados alimentos sino que también reduce la cantidad de lo que come y evita situaciones que considera peligrosas para conseguir su objetivo, como las comidas con amigos, las celebraciones festivas, etcétera. A pesar de disminuir su peso, el temor continua, e incluso puede aumentar. Distorsiona la percepción del peso y, sobre todo distorsiona las medidas de determinadas partes de su cuerpo. A pesar de tener unos datos objetivos como son el descenso del peso y la reducción de la talla de la ropa, suele negar que esta delgado y no quiere reconocer que su comportamiento es anómalo.

Hoy sabemos que existen hechos que desencadenan dichos problemas en la alimentación, a veces es la aparición de la pubertad y con ella los cambios físicos en el cuerpo, así como un comentario respecto al cuerpo o incluso alguna situación donde se expongan a la ridiculización pueden llevar a las chicas o chicos a iniciar una dieta restrictiva.

Si el adolescente practica un deporte o una actividad donde no solo se tiene en cuenta el interés, el esfuerzo y el rendimiento, sino también se valora mucho la silueta, Cervera (2007) argumenta que lo anterior va a facilitar que modifique sus hábitos alimentarios para lograr el ideal.

Sin embargo es importante detallar que existen otros factores previos que predisponen a la anorexia, y tiene que ver más a nivel individual, y nos referimos principalmente a tener una baja autoestima, infravalorarse en todo, o ser una persona insegura que busca la aprobación de los demás, y a menudo cifra esta aprobación en el aspecto de su cuerpo. La introversión, la dependencia de otros, la falta de asertividad, la obsesión, son también características a tener en cuenta (Cervera, 2007). Así como el perfeccionismo, es otro de los rasgos más habituales entre los anoréxicos.

De este modo en los últimos años se ha ido presentando cada vez más atención al cuerpo, atribuyéndole unos valores que antes se aplicaban a otras esferas: la inteligencia, la cultura, los conocimientos, la sensibilidad, el esfuerzo, la simpatía.

Actualmente, se juega falsamente con conceptos tales como libertad e independencia, asociándolos a su vez en un tipo de cuerpo, preferentemente el delgado. Se asocia triunfo social con juventud, belleza y delgadez, sólo si se tratara de unos atributos que pueden conseguirse a voluntad.

Así también el otro extremo de la anorexia es una conducta que produce socialmente un rechazo, que es la obesidad, y no solo eso, sino además, a las personas que la sufren, la consideran como un elemento problema. A continuación se habla de la obesidad, la cual en la actualidad en nuestro país es uno de los mayores problemas que se enfrenta la población en general.

CAPÍTULO 4. OBESIDAD

La obesidad se extiende a un ritmo alarmante no sólo en los países industrializados, sino también en los países en desarrollo. Esto se ve relacionado con datos de la Organización Mundial de la Salud (2004, citado en Alvarado, 2005), que informa que al menos 300 millones de personas padecen obesidad en el orbe, y que está en una condición compleja que acarrea graves problemas sociales y psicológicos que afecta a todas las edades y estratos socioeconómicos.

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT 2006) reveló que el sobrepeso y la obesidad son los problemas más graves en la población mexicana, ya que juntos afectan al 72 por ciento de las mujeres y al 67 por ciento de los hombres mayores de 30 años. En total, el 70 por ciento de los mexicanos padece algún problema de peso. En cuanto a la obesidad por sí sola ataca a 35 por ciento de las féminas y al 24 por ciento de los varones. Estas cifras revelan un muy triste panorama ya que el exceso de peso es uno de los factores de riesgo para desarrollar enfermedades crónico-degenerativas como la diabetes y la hipertensión, que causan muchas muertes en México. (Vargas, 2006)

Se creía que los obesos comían excesivamente en respuesta a sentimientos negativos como frustración, tristeza o inseguridad, y la comida era vista como proveedora de bienestar en ausencia de otras fuentes de consuelo. Esta visión ha cambiado de dirección, cuando ahora se observa la psicopatología en los obesos, ésta se ve más como una consecuencia del prejuicio y la discriminación de los otros y del choque con su propia internalización de la delgadez como ideal de belleza, que como una causa de la obesidad (Braguinsky, 1996).

4.1. Concepto de Obesidad

Conceptualmente Foz y Hormiguera (1998), definen a la obesidad como el aumento de las reservas energéticas del organismo en forma de grasa. Es, por lo tanto, un incremento de la cantidad de tejido adiposo del cuerpo.

La obesidad, como forma de percibirse a uno mismo, está condicionada por multitud de factores socioambientales, modelos estéticos, culturales, creencias, valores, símbolos, hábitos de alimentación características personales y familiares.

Actualmente, las presiones socioculturales favorecen desde los medios de comunicación, la moda de la delgadez y las dietomanías. Proliferan en revistas y pasarelas, modelos con aspecto de ingravidez anoréxica, clónica y enfermiza, expresión prototipo del triunfo social y magnetismo sexual potenciado por el cine, la publicidad y la moda. Como fenómeno de mimetismo, en especial los grupos más vulnerables (adolescentes y obesos), son proclives a dejarse influir por una serie de reclamos y mensajes externos que los convierten en víctimas propiciadoras de padecer un trastorno de la alimentación.

Desde la perspectiva de la Salud, se impone distinguir rotundamente cuando la obesidad es una enfermedad física con riesgo para el paciente, si es causa o consecuencia de trastornos psicológicos o una mera cuestión estética; ya que en cada caso se requiere una intervención específica. En el plano psicológico, el concepto "obesidad", además adquiere otras connotaciones. Ser obeso no es lo mismo que sentirse obeso. Por ejemplo una persona delgada puede percibirse como obesa o tener miedo persistente a engordar, estando muy por debajo del peso que le corresponde como en la anorexia nerviosa, resultado de la distorsión de su imagen corporal. En otro sentido, una persona con sobrepeso, al margen de una mera preocupación estética, tal vez desee perder peso por razones médicas, dadas las complicaciones físicas asociadas a la obesidad como la diabetes, hipertensión, trastornos cardiovasculares, respiratorios y artrosis.

Igualmente Foz y Hormiguera (1998), argumentan desde el punto médico que, la obesidad severa puede ser considerada en sí misma una auténtica enfermedad. Es una obesidad maligna, pues su índice de morbi-mortalidad es significativamente mayor al de la población normal. En precarias condiciones de calidad de vida, y cuando la obesidad se resiste a las combinaciones estándar de dietas, fármacos, ejercicio físico e incluso a ingresos con dietas de muy bajo contenido calórico, parece justificada la cirugía.

En estos casos la función del psicólogo consiste básicamente en colaborar con el equipo médico quirúrgico en la óptima selección del candidato a cirugía, con objeto de descartar o alertar ante las posibles contraindicaciones psicológicas y tratarlas previamente sí es preciso, en el caso de la presencia de episodios de atracones. En cuanto a los hábitos alimentarios, es fundamental reconocerlos y describirlos de forma detallada con el fin de informar al equipo médico quirúrgico sobre las particulares características de cada paciente.

Desde todas las disciplinas se hace esencial actuar a distintos niveles; así pues, desde el ámbito de la psicología se puede intervenir: a) en la escuela, exigiendo profundizar en los planes de educación para poder proporcionar programas de información acerca de una correcta nutrición y hábitos dietéticos saludables. Al detectar posibles comportamientos de riesgo en niños, adolescentes y familias, se podría actuar de forma precoz en su solución; b) en los medios de comunicación, a través de activar acuerdos en el control de la publicidad y la moda de la delgadez. Ya sea atacando estereotipos sociales acerca de la obesidad o intentando luchar contra las fuentes de prejuicios y discriminación de los obesos, y c) en la práctica clínica, cuando en la relación terapéutica existe una demanda por parte del paciente de adelgazar, los costes y beneficios de la pérdida de peso deben ser valorados de una forma cuidadosa, lo que conlleva a un ejercicio interdisciplinario.

4.2. Causas de la obesidad

La obesidad es una enfermedad desconcertante en muchos aspectos, ya que no se comprende bien la forma en que el organismo regula el peso y la grasa corporal; por un lado, la causa parece simple: si una persona ingiere más calorías de las que usa, aumentará de peso. Pero esto no es tan simple, además de factores biológicos existen, los factores de riesgo que determinan la obesidad, pueden hacer una compleja combinación de factores genéticos, socioeconómicos, metabólicos y de estilo de vida entre otros. Algunos trastornos endocrinos, enfermedades y medicamentos también pueden ejercer una influencia considerable en el peso de una persona.

De acuerdo Shadle (2001; en Alvarado, 2005), dentro de las causas se incluyen la genética, el estado emocional, en este se incluye el aburrimiento, el cansancio, el enojo o la tristeza, las cuales llevan a algunas personas a ingerir alimentos para confrontar su estado de ánimo y el estilo de vida, que se refiere a los hábitos tanto de alimentación como de actividad física. En contraste con lo anterior, el Consejo Internacional de Enfermera (Seijas y Feuchrmann, 1997) señalan que la obesidad no se puede explicar desde la genética porque haya fallado la disciplina personal o la educación psicológica, sino más bien está relacionada con la opción de un modo de vida propio de los países industrializados, lo que fomenta una ingesta de alimentos con alto contenido de grasa y un estilo de vida sedentario.

Macho, Martí y Martínez (2000), describen algunos de los factores que influyen en la incidencia de la obesidad:

- **Genéticos.** Los estudios han demostrado que se puede heredar la predisposición a la obesidad. Un estudio sobre el que se informó en 2004 halló que el 48 por ciento de los niños que tenían padres con exceso de peso adquirirían el mismo problema. El lugar donde se acumula el peso, las caderas o en la zona media del cuerpo, también depende en gran parte de factores hereditarios.

- **Factores metabólicos.** El cuerpo de cada persona usa energía de un modo único e individual; tanto los factores metabólicos como los hormonales no son iguales para todas las personas, pero éstos juegan un papel en el aumento de peso. Estudios recientes muestran que los niveles de grelina, una hormona péptida que regula el apetito, y otros péptidos del estómago, participan tanto a la hora de producir sensaciones de hambre así como de saciedad.
- **Factores socioeconómicos.** Hay una fuerte relación entre el nivel económico y la obesidad, especialmente entre las mujeres. Las mujeres con un nivel socioeconómico bajo tienen seis veces más probabilidades de ser obesas que las de un nivel socioeconómico superior. La incidencia de la obesidad es también más elevada entre las minorías, especialmente entre las mujeres. El 82 por ciento de las mujeres afroamericanas a partir de 20 años tiene exceso de peso.
- **Estilo de vida.** Los excesos en las comidas, junto con un estilo de vida sedentario, contribuyen a la obesidad. Estos estilos de vida se pueden modificar con cambios en la conducta.
- **Factores psicológicos.** Comemos por placer, como acto social, como celebración, más que por verdadera hambre. Cuantas veces recurrimos a la ingesta de comida en situaciones de estrés, de tristeza o malestar. Cuantas veces recurrimos a un determinado alimento cuando necesitamos subir nuestro tono o simplemente cuando nos aburrimos. En estos casos la psicoterapia ayuda a reducir los niveles de ansiedad que provocan el trastorno alimentario.

Una dieta con un alto porcentaje de calorías provenientes de alimentos con azúcar refinada y, con alto contenido de grasa favorece el aumento de peso. La falta de ejercicio regular contribuye a la obesidad en los adultos y hace más difícil mantener las pérdidas de peso. En los niños, la falta de actividad, diversiones

tales como mirar la televisión o sentarse frente a una computadora, contribuyen a la obesidad.

Es importante conocer las consecuencias de la obesidad, las cuales pueden ser físicas o psicológicas. Dentro de las físicas, estudios epidemiológicos realizados en Australia y diversos países de América y Europa demuestran que los riesgos principales son los incrementos metabólicos, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, la hipertensión arterial y la intolerancia a la glucosa (Alvarado, 2005). Por otra parte, dentro de las implicaciones psicológicas Iruarizaga y cols (2001) enlistan importantes alteraciones emocionales y elevados niveles de ansiedad y depresión. A su vez Calva (2003; citado en Alvarado, 2005), menciona que la gente obesa muestra miedos e inseguridad personal, pérdida de autoestima, desordenes alimenticios, distorsión de la imagen corporal, frigidez e impotencia, perturbación emocional por hábitos de ingesta erróneas, así como la tristeza, infelicidad y depresión.

Relacionado con lo anterior, Goldberg (2002) menciona que una de las principales consecuencias de la obesidad, considerada de las más importantes, es la pérdida de la autoestima, la cual puede llevar a la persona a presentar un cuadro de depresión, por lo que algunas personas tratan de compensar dicha depresión usando la comida para aliviarla. A su vez se ha propuesto que la autoestima sea considerada como factor relevante en el pronóstico de los trastornos de la conducta alimentaria, y se establece que una mejora en la autoestima en los pacientes obesos proporciona un seguro a la capacidad de alcanzar más formas de afrontamiento de los conflictos y reducción de peso.

❖ *Tratamiento*

Con respecto del tratamiento, se ha planteado que la pérdida exclusivamente a través del seguimiento de dietas hipocalóricas muestra un elevado índice de fracaso, tanto por las dificultades de una adhesión mantenida del tratamiento como por la recuperación del sobrepeso una vez conseguida la meta. Asimismo el

objetivo de cualquier intervención para el tratamiento de la obesidad debe ir más allá que la mera reducción de peso a través de la implantación, por parte de un especialista, de una dieta hipocalórica que los pacientes deben seguir con su “fuerza de voluntad”. Es imprescindible la introducción de distintas técnicas cuyo objetivo principal sea la modificación de los hábitos de alimentación y que permitan una mayor adhesión al tratamiento y un cambio de actitud ante el problema, es decir que los comportamientos del paciente coincidan con los consejos del médico en referencia a la toma de los medicamentos, seguir una dieta o realizar cambios de estilos de vida. La adhesión incorrecta al tratamiento incluye aspectos como la omisión de tomas, reducción de la duración de éste, realizar abandono periódicos u ocasionales de la medicación, no ajustarse a los requerimientos alimentarios, ni a los intervalos correctos de administración (Knobel, 2002).

González y cols (2007), realizaron un estudio con el propósito de determinar la relación entre la adherencia al tratamiento nutricional y variables antropométricas (peso, estatura, perímetro de cintura (PC), relación cintura-cadera (RCC) y porcentaje de grasa) en 94 pacientes entre 20 y 50 años con obesidad o sobrepeso quienes participaron en un programa de reducción de peso orientado por un nutricionista dietista. Los datos fueron recolectados por medio de tres encuestas: aspectos sociodemográficos, variables antropométricas y valoración de la adherencia. El 68% de los pacientes fueron clasificados como no adherentes al tratamiento nutricional, según los resultados obtenidos en la escala diseñada para este fin. Estos resultados no demostraron diferencias significativas en los promedios por edad; tiempo de tratamiento nutricional; ni en los promedios según género, nivel educativo, estado civil ó estrato socioeconómico, pero si encontraron diferencias significativas al controlar la práctica de actividad física.

Por lo tanto según este estudio sólo el 32% de los pacientes se consideraron adherentes al tratamiento nutricional y fueron los que presentaron mejores resultados para las variables antropométricas. Estos autores mencionan que este bajo valor de adherencia detectado, resultó superior al reportado en otras

investigaciones con adherencia entre el 15% y 20%, atribuido posiblemente a la terapia de grupo, modificación del comportamiento y seguimiento activo a los pacientes, en el primer caso, y a cambios alimentarios y de estilos de vida en el segundo. Lo anterior ratifica la baja adherencia que en general se detectó en los programas de pérdida de peso, atribuida entre otras causas a la influencia en las preferencias alimentarias, estilos de vida y a una menor percepción de riesgo. En cuanto a la actividad física se asoció positivamente con el mantenimiento de la pérdida de peso.

En conclusión, este estudio sugiere que la adherencia al tratamiento nutricional es un programa de reducción de peso orientado por un nutricionista dietista mejora la composición corporal en adultos con obesidad o sobrepeso. El Índice de Masa Corporal no debería ser utilizado como única medida para evaluar la composición corporal, debiendo acompañarse de otros indicadores como el porcentaje de grasa y el perímetro de cintura. De igual forma, deben estudiarse e implementarse acciones que favorezcan la adherencia al tratamiento nutricional en pacientes con obesidad o sobrepeso.

Campollo (1995), nos dice que se ha demostrado que para obtener el mayor índice de buenos resultados, el tratamiento debe basarse en:

- a) Dieta;
- b) Ejercicio, y
- c) Modificación de la conducta.

El planteamiento del tratamiento con base a estos tres factores es lo que se conoce como tratamiento integral de la obesidad y es este tipo de tratamiento con el que se obtiene el mayor porcentaje de éxito y menor grado de recurrencias a corto y mediano plazo. El esquema a seguir varía, dependiendo del médico y sus elementos de apoyo, pero en términos generales el concepto básico parte de la

consulta médica apoyada por un equipo a base del nutriólogo, dietista, psicólogo y fisioterapeuta o entrenador físico.

A su vez, Ogden (2005) argumenta que el fracaso de los paquetes tradicionales de tratamiento de la obesidad llevó a incrementos del periodo de tratamiento, lo cual insiste en el seguimiento y a la presentación de una perspectiva multidimensional. Los paquetes cognitivo-conductuales, globales y multidimensionales recientes pretenden ampliar las perspectivas de tratamiento de la obesidad y combinan los métodos tradicionales de autosupervisión con información nutricional, ejercicio, reestructuración cognitiva, cambio de actitudes y prevención de la recaída.

❖ *Tratamiento dietético*

Los programas tradicionales de tratamiento, pretendían corregir la conducta anormal de la persona obesa, y los paquetes más recientes señalan que el obeso tiene que reajustar su equilibrio energético comiendo menos de lo que suele hacer. No obstante, dichos métodos de tratamiento hacen hincapié en imponer una restricción cognitiva sobre la conducta de comer. Recomiendan que las personas obesas rechacen alimentos y establezcan unos límites cognitivos para anular los límites psicológicos de la saciedad. Esto conlleva las potenciales consecuencias psicológicas y físicas de la ingesta restringida (Ogden, 2005).

De igual manera, Campollo (1995), refiere que el tratamiento dietético para la obesidad es, probablemente, el más conocido y difundido. Sin embargo, existe una variedad tan grande en las dietas utilizadas con contenidos energéticos tan variables y que, sumadas al gran número de dietas populares o de moda; por lo tanto es importante hacer notar que la mayoría de las dietas de moda no son efectivas en forma universal, y que los pacientes que llegan a responder a alguna en particular, es porque han modificado sustancialmente sus hábitos higiénico-dietéticos.

En realidad las bases para la formulación de una dieta de reducción no son muy diferentes a las de las dietas correctas, equilibradas, y adecuadas, para la edad, sexo y actividad física, a excepción del contenido energético total, el cual debe reducirse en el caso de los obesos. Con base en el concepto de estado de equilibrio, el diseño de la dieta debe incluir el aporte necesario para garantizar una cantidad de 1 a 1.5 gramos de proteínas por kg de peso corporal teórico por día, con el fin de evitar la utilización de las propias reservas proteicas y consumo de la masa muscular del paciente.

Aunque el fracaso del tratamiento de la obesidad pueda relacionarse con la preocupación por la comida, el estado de ánimo negativo y una baja autoestima, se ha descubierto que la pérdida efectiva de peso está relacionada con cambios positivos, como la euforia, la confianza en sí mismo (Stunkard, 1984, citado en Ogden 2005). Esto indica que, aunque el fracaso del régimen alimentario sea perjudicial, el tratamiento coronado por el éxito puede aportar recompensas psicológicas.

❖ *Ejercicio*

En los últimos años, el ejercicio ha venido desempeñando un papel cada vez más importante en el tratamiento de la obesidad, tanto en combinación con una dieta como en solitario.

El ejercicio puede adoptar muchas formas, incluyendo los deportes estructurados, como el tenis o el aerobio, y la actividad física accidental, como subir escaleras. El objetivo del tratamiento de la obesidad es mejorar la salud y generalmente se cree que la pérdida de peso por cualquier método es la vía adecuada. En consecuencia, se recomienda el ejercicio como medio para adelgazar y mejorar el nivel de salud. No obstante hay muchas pruebas de que la actividad física, con independencia del peso, puede aportar a la persona una salud mejor. La actividad física está relacionada con los niveles de colesterol, la presión sanguínea y los lípidos en sangre, que son factores de riesgo para el obeso (Ogden, 2005).

Según Campollo (1995), los objetivos del tratamiento con ejercicio son:

1. Estimular el aumento en el gasto energético,
2. Estimular la pérdida de grasa y promover el tejido magro,
3. Ser seguro para los pacientes y,
4. Estimular el aumento en los niveles de actividad física dentro del estilo de vida de cada paciente.

❖ *Tratamientos alternos*

Dentro de los tratamientos alternos se encuentra el farmacológico el cual ha sido una preocupación constante entre los médicos. Históricamente se ha intentado el tratamiento farmacológico basado en la utilización de sustancias que disminuyan el hambre a través de sus efectos sobre el sistema nervioso central. Dichos fármacos pueden dividirse en dos grupos, según, Ogden (2005) y Campollo (1995):

Los del primer grupo actúan sobre el sistema gastrointestinal y, de estos, los de mayor éxito reducen la absorción de grasas.

Los fármacos del segundo grupo actúan sobre el sistema nervioso central y suprimen el apetito.

Otro tipo de medicamentos son los que tiene un efecto termogénico o que incrementan el gasto metabólico.

Es importante mencionar que la ingesta de fármacos puede ocasionar algunos efectos secundarios como náuseas, sequedad bucal y estreñimiento. Las recomendaciones vigentes indican que los fármacos sólo deben utilizarse cuando no hayan dado resultado otros métodos y que, en principio, no deben recetarse por un periodo superior a tres meses debiendo interrumpir su administración si no se consigue una reducción del peso del 10% (Ogden, 2005).

Otro de los métodos alternos para el problema de la obesidad es el quirúrgico, que se reserva para las personas que fracasan reiteradamente todos los demás intentos. Aunque hay 21 procedimientos quirúrgicos diferentes relativos a la obesidad, los más conocidos son el bypass gástrico y la gastroplastia vertical anillada. Ambos procedimientos imponen al paciente un control dietético y por tanto, eliminan la necesidad de que restrinja su conducta alimentaria. El bypass gástrico supone inutilizar la mayor parte del estomago, el duodeno y un segmento de entre 40 y 50 cm del yeyuno proximal. Esto promueve la pérdida de peso de dos maneras. En primer lugar, reduce el volumen de alimento que puede ingerirse, dado que grandes cantidades de comida provocan incomodidad, y, en segundo lugar, reduce el volumen de alimento que se absorbe después de ingerirlo. La gastroplastia vertical anillada supone la colocación de una fila de anillas que divide el estomago en una pequeña bolsa superior, con una capacidad de uno 15 ml, que se comunica con el resto del estomago a través de una estrecha abertura. Este procedimiento provoca la pérdida de peso restringiendo la ingestión de comida, pues, cuando se llena la pequeña bolsa superior, todo lo que se ingiera de más induce el vomito hasta que la bolsa vacié su contenido en el resto del estomago (Ogden, 2005).

❖ *Apoyo psicológico*

Desde los inicios de la modificación de conducta, la obesidad ha sido uno de los temas de mayor interés para los investigadores de orientación psicología; tanto de terapia conductual como de psicología de la salud y medicina comportamental, ya que la cantidad de población afectada por el problema, los importantes trastornos de salud asociados a la obesidad y los escasos resultados obtenidos con otras corrientes psicológicas han sido algunas de la causas principales de la abundancia en estudios que abordan la obesidad (Saldaña,1991).

De igual manera Campollo (1995), dice que hace más de 20 años se ha estudiado el papel que tiene la modificación de la conducta en el tratamiento de la obesidad. Un aspecto muy importante en el manejo del paciente obeso es la detección de factores de tensión o estrés que requieren de un apoyo psicológico o tratamiento médico agregado: neurosis, depresiones, etc. La atención del paciente debe iniciarse con el tratamiento de los problemas de tipo psicológico que se hayan identificado. Posteriormente debe continuarse con terapia de la conducta, que es uno de los pilares para lograr un mejor y más prolongado mantenimiento de pérdida de peso.

Asimismo, para la terapia de la conducta, habitualmente los pacientes asisten a sesiones individuales o en grupo con el médico, el dietista o el psicólogo, en donde se discuten y comentan temas relacionados con la alimentación, la nutrición, la conducta y los resultados que se han obtenido.

La terapia de la conducta o terapia conductista se basa en las teorías de Watson y Skinner, cuyas bases han sido descritas por diversos autores. Los elementos conductistas incluyen: control de los estímulos, conducta al comer, recompensas, autoevaluaciones, educación alimentaria, actividad física, y reestructuración cognoscitiva.

Al igual que en el caso de la elaboración de dietas, es recomendable que el médico tratante se auxilie del apoyo de un psicólogo o terapeuta para proporcionar los ejercicios y aplicar las técnicas antes descritas.

Foz y Hormiguera (1998) describen dos tipos de tratamientos para la obesidad:

- ❖ Tratamiento psicológico de la obesidad

Desde el punto de vista psicológico, existe una preocupación por los problemas psicosociales que sufren o pueden sufrir los niños y adolescentes que tienen sobrepeso. En el marco de la sociedad actual, los valores estéticos tienden cada día más a potenciar el modelo de delgadez como uno de los signos externos de mayor aceptación; inteligencia, destreza, éxito, tanto a nivel escolar o de

interacción social, son cualidades atribuidas más a las personas con un peso normal que a las personas con sobrepeso (Saldaña,1991).

La mayoría de los tratamientos existentes para combatir la obesidad se basa en un principio tan sencillo como que el obeso acumula peso porque come más o gasta menos de lo que necesita. Por lo tanto, el dispositivo más lógico para perder peso sería establecer un balance calórico negativo, disminuir el aporte o aumentar el gasto energético. El obeso aparece perseguido por multitud de reclamos que le invitan a creer en milagros y conseguir evaporar la grasa por arte de magia, o bien, a someterse a tremendos sacrificios, martirios, renunciaciones y suplicios que deberá soportar con abnegación para conseguir tener un cuerpo imposible (Foz y Hormiguera, 1998).

Diversos autores suelen afirmar que la obesidad ocurre solamente como respuesta de alteraciones fisiológicas, ignorando la multicausalidad del problema y la importancia que tienen para la obesidad adulta, como ha señalado Saldaña (1991).

Con el supuesto básico sobre el que se apoya cualquier estudio de la obesidad, es que la mayoría de las obesidades son consecuencia de un desequilibrio energético entre la cantidad de calorías ingeridas por el individuo y la cantidad de calorías gastadas por dicho individuo. Saldaña (1991) nos dice que este supuesto básico, así como el carácter multifacético del problema, determinan de alguna manera las variables relevantes que deberían ser evaluadas, así como los objetivos que deben perseguirse con la intervención terapéutica.

De esta manera, existen técnicas de evaluación fundamentales como son las entrevistas con padres y niños o adolescentes, los autorregistros de la conducta alimentaria y los patrones de actividad física, así como los autoinformes específicos para obtener información relativa a variables concretas.

A continuación se presentan diversos cuadros de áreas y/o factores (ver cuadros 1, 2, 3, 4, 5) a estudiar en el marco de la evaluación de la obesidad en niños y adolescentes, basado en Saldaña (1991)

ÁREA/ FACTOR	OBJETIVOS	TÉCNICAS
BIOMÉDICO	Recoger historia problema Historia familiar obesidad Determinar % sobrepeso Descartar componentes orgánicos Identificar enfermedades asociadas	Entrevista clínica Exploración medica

Cuadro No. 1 Evaluación de áreas y factores biomédicos.

ÁREA/ FACTOR	OBJETIVOS	TÉCNICAS
HÁBITOS ALIMENTICIOS	Identificar hábitos relativos a: Número de ingesta/día Horarios de ingesta Lugar de consumo Estilo de consumo Actividades realizadas durante la ingesta	Entrevista padres Entrevista niño Registro alimentación padres Registro de alimentación niño
PATRONES DE ACTIVIDAD FÍSICA	Identificar patrones de actividad física: Cotidiana: __ número de horas Estructurada: __ número de horas Tipo de juegos: __ número de horas Televisión: __ número de horas	Entrevista padres Entrevista niño Registro niño Podómetro Test de ajuste cardiorrespiratorio

Cuadro No. 2 Evaluación de Áreas y factores en hábitos alimenticios y patrones de actividad física.

ÁREA/ FACTOR	OBJETIVOS	TÉCNICAS
COGNOSCITIVO	Identificar variables: Motivacionales Creencias Atribución causal problemas Actitudes hacia problemas Expectativas resultado Cogniciones sobre imagen corporal	Entrevista padres Entrevista niño Autoinformes: Locus de control Refuerzos

Cuadro No. 3 Evaluación de áreas y factores Cognoscitivos.

ÁREA/ FACTOR	OBJETIVOS	TÉCNICAS
SOCIO- AMBIENTAL	Identificar: Hábitos sociales familiares con respecto a comer Respuesta niño ante estimulación externa medio-ambiental y social.	Entrevista padres Entrevista niño
EDUCACIONAL Y CULTURAL	Identificar: Estilo comer familiar Consumo calórico familiar Criterios familiares de compra, selección, planificación y consumo de alimentos Control familiar sobre alimentación de niño Utilización de la comida como reforzamiento y/o castigo Prohibiciones alimentarias Empleo familiar de mensajes contradictorios relativos a la alimentación y ejercicio físico Actividad física familiar.	Entrevista padres Entrevista niño

Cuadro No. 4 Evaluación de áreas y factor socio-ambientales, educacional y cultura.

ÁREA/ FACTOR	OBJETIVOS	TÉCNICAS
PSICOLÓGICO	Determinar funcionamiento psicológico del niño: Ansiedad Depresión Autoconcepto Asertividad Relación social Percepción de imagen corporal	Entrevista padres Entrevista niño Autoinformes: ATAI CDI Piers-Harris CABS

Cuadro No. 5 Evaluación de áreas y factores psicológicos.

Sin obviar la importancia de alcanzar perdidas de peso clínicamente relevantes, el objetivo prioritario que se debe perseguir mediante la intervención, es el cambio en los patrones alimentarios y de actividad física del niño, de forma que se restaure su balance energético. En este sentido, el supuesto sobre el que se debe apoyar cualquier programa de tratamiento es que sí se produce primeramente un cambio cualitativamente significativo en la alimentación y posteriormente un cambio cuantitativamente significativo en la dieta y en los patrones de actividad física, estos cambios se consolidan, la pérdida de peso se alcanzara lentamente pero también de forma más permanente.

❖ *Tratamiento cognitivo- conductual de la obesidad*

La modificación de la conducta hizo su aparición en el escenario de los tratamientos psicológicos a finales de los años cincuenta. La terapia del comportamiento basó su constructo teórico en la hipótesis de que la conducta tanto la adaptada como la inadaptada, es aprendida y, por lo tanto, los principios descritos por las teorías del aprendizaje pueden ser utilizados y aplicados en la práctica clínica.

Los tratamientos conductuales gravitan en el supuesto de que los obesos, además de los hábitos alimentarios erróneos que conducen a los errores en la alimentación, aprenden patrones de escasa actividad física y sedentarismo que se mantienen debido a estímulos ambientales como pueden ser la excesiva y sugerente exposición a los alimentos, modelos sociales incorrectos o refuerzos inadecuados del ambiente sociofamiliar. Las estrategias de autocontrol se organizan alrededor de tres fases: autocontrol, autoevaluación y autorrefuerzo.

Las terapias de modelo cognitivo destaca la importancia de las cogniciones, tanto el origen de las alteraciones psicopatológicas como en el procedimiento de cambio terapéutico el concepto de cognición incluye ideas, constructos personales, expectativas, atribuciones, imágenes y creencias.

Como anteriormente se ha mencionado, la obesidad es una enfermedad originada por varios factores y constituye un problema de salud que va aumentando. Por lo que es necesario modificar la conducta de las personas obesas y de su ambiente familiar.

La consejería o terapia individual como se conoce, se ha utilizado como una forma de prevenir la obesidad, así como en la modificación de factores de riesgo y mejorar la actitud alimentaria de las personas. Asimismo, se ha utilizado como una forma de acercamiento entre el paciente y personal de salud, donde se establece una relación que facilita la comprensión y congruencia para modificar el estilo de vida o hábitos alimenticios, y las personas reciben información por parte de los profesionales de la salud acerca de los beneficios de la reducción de peso.

A su vez, en una investigación por Hernández, Canales, Cabrera, y Grey (2002) evaluaron la consejería nutricional como estrategia educativa para cambiar el estilo alimentario, reducir los índices de cintura cadera y de masa corporal. En donde se trabajó con 19 personas por tres meses, se impartió un taller de capacitación grupal por un equipo multidisciplinario integrado por dos médicos, una enfermera, una psicóloga, un licenciado en cultura física y una dietista-nutricionista; el contenido temático fue basado principalmente en la obesidad,

¿qué es?, ¿cómo controlarla?, etcétera. Al igual se llevó a cabo la consejería individual de tres sesiones para cada participante. Los resultados revelaron que después de la consejería y el taller de capacitación mejoraron los conocimientos sobre nutrición y se redujo el peso, el índice de masa corporal y el índice de cintura-cadera. Sin embargo el índice de cadera cintura no fue muy significativo para las mujeres posiblemente debido a otros factores independientes a la información nutricional.

Por lo que se llegó a la conclusión que la consejería en grupos pequeños, beneficia al cambio de la conducta individual de las personas que intentan cambiar los hábitos alimenticios para reducir la obesidad, por lo que consecuentemente favorece a la prevención primaria de enfermedades, de hábitos de riesgo y problemas nutricionales. Además de observar que el conocimiento sobre la nutrición es un factor significativo en las prácticas dietéticas, así como un factor predictor del cambio de conducta.

Finalmente podemos decir que, la obesidad está aumentando en Occidente. Está relacionada con diversos problemas físicos, como las enfermedades cardíacas y la diabetes, y puede estar ligada a problemas psicológicos como la depresión y baja autoestima. Muchas investigaciones han examinado las causas de la obesidad y se han centrado en dos mecanismos principales. El primero destaca unos procesos fisiológicos en los que subraya el papel de la genética, el metabolismo, así como la genética en la regulación del apetito. El segundo resalta la conducta, en relación con la actividad física y la ingesta de comida (Ogden, 2005), que son factores que el psicólogo debe tomar en cuenta, para determinar una terapia o entrenamiento, para la adición terapéutica al decremento de su peso.

La investigación de factores de riesgo en la infancia ha abordado algunos puntos como: características de la alimentación de los niños que pueden relacionarse más tarde con la aparición de la anorexia, bulimia u obesidad; con las actitudes familiares y sociales relacionados con el peso, la imagen corporal y características temperamentales y dentro de la interacción familiar.

Sáiz y cols, (2002) realizaron un estudio a dos grupos de niños de 0 a 10 años y de 9 a 18 años, y observaron que la ingesta selectiva de alimento y alteraciones digestivas son factores de riesgo de anorexia nerviosa, mientras que los conflictos durante la comida son factores de riesgo de la bulimia.

El trastorno de la percepción del tamaño corporal y la identificación con una imagen personal delgada es un dato esencialmente significativa, ya que al llegar la pubertad sigue siendo un factor de riesgo de anorexia nerviosa y bulimia la preocupación excesiva por la imagen corporal, la percepción negativa de los cambios corporales de la pubertad, las dificultades recontrol personal y la labilidad afectiva.

Actualmente, la anorexia y la bulimia constituyen una epidemia que atenta principalmente contra la salud física y emocional de muchas mujeres. Vivimos en un mundo colmado de contradicciones, en el que mientras millones de personas mueren por causa de malnutrición debida a la pobreza, las adolescentes y jóvenes occidentales sufren trastornos en la conducta del comer y están mal nutridas como consecuencias de presiones socioculturales que inducen a un sobrecontrol del peso y de la imagen corporal.

La insatisfacción con la imagen corporal, las dietas y las ideas sobrevaloradas de un cuerpo delgado son factores prevalentes en la mayoría de las adolescentes y jóvenes actuales. Sumada a la presión social publicitaria que presentan modelos que fomentan la delgadez como símbolo de éxito en la vida, está la preocupación que existe entre la población general, en especial en las mujeres adolescentes y jóvenes, por el hecho de sentirse atractiva para el otro (Rivarola y Penna, 2006).

Las tendencias culturales actuales señalan que los ideales de belleza femenina han variado y cambiado en relación con los estándares estéticos de un periodo particular de tiempo, y un gran porcentaje de mujeres ha intentado alterarse para conseguir estos ideales (Mazur, 19080, citado en Rivarola y Penna, 2006).

Como resultado de la presión social actual, Vandereycken (1993, en Rivarola y Penna, 2006) asevera que las culturas occidentales se han convertido en “lipofóbicas”. Aunque los modelos sociales actuales promocionan la delgadez, la evidencia adicional sugiere que las mujeres están presionadas para lograr metas de apariencia que a veces son contradictorias con la delgadez, por ejemplo, el busto grande o un físico musculoso.

La literatura sugiere que los problemas alimentarios son casi exclusivos de los países desarrollados (Ludewig, 1991 en Rivarola y Penna, 2006); sin embargo, en la actualidad se observa que ya no pertenecen únicamente a estos países sino que su prevalencia se está extendiendo hacia sociedades en las que no predomina necesariamente “el alto desarrollo económico”. Tal parece que ahora el común denominador es “la cultura de la delgadez”.

De igual manera la sociedad actual es producto de un desarrollo económico e industrial que ha modelado nuevas formas de vida, las cuales han repercutido en la preocupación y apropiación del cuerpo humano. Un área de sumo interés es la relación cuerpo-alimentación, que ha venido transformándose en las últimas décadas por las influencias culturales que favorecen los cambios en las conductas alimentarias por medio de los valores estéticos, que exigen tener extremo cuidado en lo que se come y en cuánto se come, con la finalidad de que el cuerpo refleje una acentuada delgadez (Vázquez, Álvarez, y Mancilla, 2000).

Es claro, el importante papel que los medios de comunicación jugaron y juegan en la promoción de un modelo estético corporal delgado como ideal de belleza física femenina. Cabe aclarar que el papel nocivo de los medios está relacionado con ciertos programas, como videos musicales o programas deportivos (Tiggemann y Pickering; en Vázquez, Álvarez, y Mancilla, 2000) y que son las adolescentes (13 a 17 años) las más vulnerables a interiorizar este estereotipo corporal (Álvarez, y Mancilla, 2000).

Otro aspecto según Vázquez, Álvarez, y Mancilla (2000), ha contribuido al afianzamiento del ideal de delgadez es el estigma a la obesidad. Ser obeso

constituye, en nuestros días, un auténtico estigma social. La presión social contra la obesidad es tan clara, que los niños son capaces de atribuir valores negativos, como perezoso o sucio, a las figuras endomorfas o robustas.

Considerando los estudios anteriores, es fácil comprender la necesidad de estudiar el papel que desempeñan los factores socioculturales en la etiología, el mantenimiento y la cronicidad de los trastornos alimentarios. Además de percibirse la necesidad de contar con instrumentos que brinden información sobre la internalización de los actuales modelos estéticos corporales, con la finalidad de poder identificar el riesgo de que se presente una psicopatología alimentaria. Un buen intento de ello es el Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal (CIMEC), creado por Toro, Salamero y Martínez, con la finalidad de evaluar las influencias culturales relevantes que contribuyen a provocar, facilitar o justificar el adelgazamiento, especialmente por razones estéticas y sociales (Vázquez, Álvarez, y Mancilla, 2000).

Por ello Vázquez, Álvarez, y Mancilla (2000) realizaron un estudio con el objetivo de analizar las propiedades psicométricas del Cuestionario de Influencias de los Modelos Estéticos Corporales (CIMEC) en una población de 1001 jóvenes estudiantes mexicanas con un rango de edad de 14 a 33 años, a las cuales de manera grupal se les aplicó el CIMEC. Del análisis se pudo afirmar que este instrumento mostró una excelente consistencia interna, porque es un cuestionario confiable para evaluar la influencia de los modelos estéticos corporales en la población comunitaria mexicana por medio de algunos medios específicos: la publicidad, los modelos sociales y las situaciones sociales. Esto resulta de gran valor si se considera que la sociedad por medio de sus instituciones modela nuevas formas y estilos de vida, lo que inevitablemente ha repercutido en la percepción y apropiación de un modelo estético corporal, que en la actualidad va encaminado hacia la búsqueda de la delgadez. Desgraciadamente, en muchos casos este modelo ha revertido en el vínculo cuerpo- alimentación, que por mediación de la insatisfacción con la imagen corporal, ha desencadenado el

surgimiento y propagación de patrones alimentarios anómalos, e incluso, la presencia de un trastorno alimentario.

A su vez la televisión juega un papel primordial en estos procesos de disgusto con la apariencia. A diferencia de los medios impresos, en la televisión no solo se ven imágenes de gente bella y esbelta, también se hacen comentarios explícitos acerca de lo importante que es tener cierta apariencia.

Los medios de comunicación, por tanto, están estrechamente relacionados con los problemas alimenticios; y los síntomas se agravan en la medida que los jóvenes pasan más tiempo frente a la televisión o leen con mayor frecuencia ese tipo de revistas. Silva (2007) argumenta que quienes están más expuestos a la información transmitida por los medios de comunicación y son susceptibles a desarrollar algún trastorno de la alimentación, suelen tener, como hemos dicho, el autoestima más baja, mayores niveles de depresión, ansiedad e insatisfacción.

Por lo cual, los estados de ánimo se tornan más negativos después de la exposición a imágenes publicitarias que presentan modelos delgadas, es común que esto genere vergüenza, culpa, enojo e inseguridad. En cambio, cuando las imágenes presentan personas con peso normal o con cierto sobrepeso, las emociones tienden a mantenerse estables, es decir, no varían o hasta pueden tornarse más positivas.

En una investigación sobre los factores de riesgo para la bulimia nerviosa, Striegel- Moore, Silberstein y Robin (1986 en Rivarola y Penna, 2006) hipotetizaron que los medios de comunicación no solamente enseñan a las mujeres sobre la figura ideal sino que les enseña cómo alcanzarla; por ejemplo, un libro de dieta popular en la década de 1980 aconsejaba a las mujeres comer grandes cantidades de frutas después de un atracón con el propósito de inducir la diarrea.

Mientras que para Braguinsky (1996), entre los factores sociales se encuentran: la forma del cuerpo femenino aceptada como atractiva o bella, cuya mayor delgadez se puede comprobar en el progresivo descenso de los centímetros de las medidas, así como la presión por la industria del “adelgazamiento” que, por medio de la sostenida aceptación social es significativo poseer una figura atractiva.

Wiseman, Gunning y Gray (1993, en Rivarola y Penna, 2006) calcularon el número de comerciales televisivos sobre alimenticios dietéticos, productos y programas sobre pérdida de peso durante los años de 1973 a 1991, demostrando un fuerte incremento en la prevalencia de estos avisos. Concluyeron que la presión sociocultural para perder peso y confirmar el ideal de delgadez permanece fuerte; sin embargo, métodos alternativos como el ejercicio físico se ofrecen en lugar de la dieta tradicional.

Rivarola y Penna, (2006) describió el constructo de obsesión por la delgadez como una característica esencial de los problemas de la conducta alimentaría, la cual es una manifestación clínica de un intenso impulso de estar más delgado o un fuerte temor a engordar. La presión que ejercen los medios de comunicación, los mensajes familiares y culturales en la sociedad de estar delgado como expresión del modelo estético actual, contribuyen a la aparición de signos de conductas y actitudes alimentarias anómalas como la obsesión por la delgadez, la insatisfacción con la propia imagen corporal, lo que estaría íntimamente relacionado con sentimientos de ineficiencia, inseguridad, en definitiva, con una auto-evaluación negativa.

En la etiología de los problemas alimenticios se alude continuamente a factores tales como: la insatisfacción corporal, preocupación por el peso (Klemchuk, Hutchinson y Frank, (1990, citado en Martínez, Vázquez, Mateo, Galdós, Álvarez, y Mancilla, 2004), la influencia o presión social a través del modelo estético corporal de la delgadez, donde resalta el malestar por la imagen corporal, la influencia de la publicidad e influencias culturales, y sobre todo la influencia de la publicidad transmitida por los medios de comunicación.

En México aún es poca la información sobre la presencia de problemas alimentarios. Al estudiar a mujeres mexicanas se ha mostrado que aquellas que presentan sintomatología de trastorno alimentario tienen mayor insatisfacción con la imagen corporal, más temor a engordar, así como sentimientos de baja autoestima ligada a la valoración de su cuerpo. También son más sensibles a la presión social, entendida como la influencia que ejercen amigos y familiares. En cuanto a las características cognoscitivas y conductuales presentan mayor miedo a engordar, ineffectividad y perfeccionismo.

Por lo tanto, el principal factor sociocultural de los problemas de alimentación es la dieta. Sáiz, (2002) refiere un estudio publicado recientemente el cual ha conformado, que la realización de dietas de forma prolongada y estricta constituye el principal factor de riesgo para el desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria; la investigación se hizo en una amplia muestra de adolescentes, 888 chicas y 811 varones de los cuales 3,3 y 0, 3% respectivamente, presentaban criterios parciales de trastornos de alimentación.

Asimismo Sáiz, (2002) menciona que en otras investigaciones se han establecido las siguientes conclusiones:

- Las jóvenes que hacen dieta tienen un riesgo de desarrollar bulimia ocho veces superior al de las que no lo hacen.
- La bulimia se da con una prevalencia muy superior en aquellas profesiones en las que se sigue dieta por sistema, por ejemplo los bailarines.
- El atracón se da en el contexto de restricciones alimentarias graves, como en el caso de las hambrunas, como un mecanismo fisiológicamente comprensible en el control de la homeostasis nutricional.

Otro aspecto importante son los estereotipos sexuales que la sociedad impone a las jóvenes. Se tiene la expectativa que las jóvenes tengan una mayor orientación interpersonal, lo que las hace más vulnerables a las opiniones y comportamientos de los otros.

También se ha dicho que la falta de un modelo familiar adecuado puede hacer buscar modelos populares en los medios de comunicación, el cine, etc. Es probable que las adolescentes que desarrollan trastornos de la alimentación tengan una mayor susceptibilidad a los mensajes de los medios.

La prisa de comer fuera de casa ha sustituido en muchos casos a la comida familiar tradicional, lo que ha provocado consecuencias en la calidad y cantidad de alimentación con predominio de las grasas y las azúcares. A esto se añade el abandono del horario de comidas mientras se llevan a cabo otras actividades, como ver televisión o ver una película en el cine. Al modo semejante de comer se une el significado emocional que adquiere la comida a lo largo del tiempo, que pasa a ser el objeto central del sujeto, y se convierte en un modulador de emociones, bien para compensar la frustración a través de atracones (bulimia), o para conseguir un sentimiento de satisfacción y autocontrol absteniéndose de comer (anorexia nerviosa).

La dimensión emocional de la comida se complementa con la enorme presión social que se ejerce sobre el individuo para que se mantenga delgado, de lo cual afecta más a las mujeres. La imagen corporal y la apariencia exterior delgado tiene una gran importancia en la sociedad, que ha provocado la delgadez y el control del peso. La identidad personal se basa cada vez más en la apariencia externa y el control de peso se ha convertido así, para muchas mujeres, en una de las claves de éxito.

Asimismo la interiorización de que la delgadez es imprescindible para tener éxito, para ser aceptado por lo demás y, así tener personalidad, se observa frecuentemente en la infancia, entre niños de 6 y 11 años.

Finalmente, las características de la interacción familiar son otro aspecto que ha despertado interés en el estudio de los problemas de la conducta alimentaria. La mala relación entre madre e hija, así como el control y a organización excesiva de la familia pueden ser factores de riesgo. También el perfeccionismo como

característica temperamental y la imagen personal deficiente son factores de riesgo tanto de anorexia como bulimia.

La dimensión social de esta problemática ha sido también abordada desde las ciencias sociales, así Morag MacSween (Citado en Bullen y Pecharromán, 2005) afirma que la anorexia es un síntoma social que nos dice de la posición de las mujeres en la cultura contemporánea, pero pocas veces ha sido tenida en cuenta en las políticas de prevención, priorizando una visión psico-medica centrada en el sujeto. No cabe duda que en la identificación de factores de riesgo y propiciadores de este tipo de crisis nutricional hay que tomar en cuenta la situación personal de la persona afectada y el entorno familiar: la historia familiar relativa a los trastornos del comportamiento alimentario u otros trastornos psiquiátricos (afectivos, de ansiedad, etc.).

Bullen y Pecharromán, (2005) realizaron un estudio con el objetivo de enfatizar la dimensión social de los problemas alimenticios y priorizan el análisis del contexto socio-cultural que permite una visión más integral, la cual ayudaría a la prevención, detección y tratamiento de la bulimia y la anorexia.

Para la realización de dicho estudio, los autores distinguieron siete áreas de análisis: la cultura de la comida, la industria de la belleza y la esbeltez, el mito de lo bello, el control a la juventud, la alimentación y la salud.

La propuesta de estos autores tiene como prioridad analizar la articulación de los comportamientos teóricamente patológicos con los contextos y las formas de socialización.

Es importante creer que se necesita una comprensión de la gestión sociocultural de los procesos psico-afectivos, para así integrar el análisis de la persona, el cuerpo como un espacio de integración de las prácticas sociales, con elecciones y sentimientos personales.

CAPÍTULO 5. FACTORES DE RIESGO

Un factor de riesgo es aquello que incrementa su probabilidad de contraer una enfermedad o condición. Por lo tanto es importante analizarlos dentro de los problemas de alimentación.

Numerosos factores de riesgo pueden desempeñar una función en el desarrollo de un problema alimenticio. El estrés emocional, generado por eventos significativos en la vida, con frecuencia precede el inicio de un problema alimenticio en personas susceptibles.

5.1 ¿Qué es factor de riesgo?

Autores como Steiner, Sjostrom (2002) y Scholten (2007), coinciden en que existen factores que incrementan el riesgo de desarrollar un problema alimenticio, tales como: sexo, factores socioeconómicos, edad, factores genéticos y bioquímicos, pubertad temprana, trastornos emocionales e influencias familiares.

Sin embargo para tener una clara distinción acerca de los factores de riesgo, consideramos relevante hacer una clasificación dividiendo los factores en biológicos, sociales y psicológicos.

5.2 Factores Biológicos

La susceptibilidad para el desarrollo de comportamientos o actitudes características de los problemas alimentarios, podría explicarse por una combinación de factores genéticos y ambientales con un fenotipo latente único,

para dichos problemas que supondría una elevada probabilidad de herencia. En concreto en el caso de la bulimia, la combinación de vómitos y purgas, que constituye la forma de conducta compensatoria más habitual, se ha interpretado como la resultante de la interrelación de diversos genes con influencias ambientales propias de cada paciente.

Se ha especulado mucho sobre el mecanismo subyacente en esta vulnerabilidad genética en la anorexia. Podría suceder que la alteración en el control del peso corporal se pusiera sólo de manifiesto con la propia pérdida de peso como consecuencia del estrés psicosocial. En este sentido, se ha visto que cuando se produce un importante adelgazamiento por cualquier otra causa, por ejemplo en el marco de una reacción de duelo, un episodio febril importante o una huelga de hambre, puede desencadenarse una anorexia.

En lo que refiere a la bulimia, en familiares de pacientes se han encontrado mayores tasas de abuso de sustancias y alcoholismo, aunque la transmisión de la tendencia al abuso de sustancias y a la bulimia podría tener lugar de manera independiente.

Entre los factores biológicos encontramos:

Sexo: Las mujeres son mucho más propensas que los hombres a desarrollar un problema alimenticio. Sólo un estimado del 5% al 15% de personas con anorexia o bulimia y un estimado de 35% de aquellos con trastorno del atracón compulsivo son hombres.

Edad: Los problemas alimenticios son más frecuentes en personas (por lo general niñas y mujeres jóvenes) entre los 12 y 25 años de edad, aunque pueden ocurrir en niños y adultos mayores.

Factores Fisiológicas: Estudios recientes (Steiner, cols, 2002; y Shadle 2001), coinciden en que sugieren que las anomalías en los caminos cerebrales que involucran la serotonina neurotransmisora persisten después de la recuperación de ciertos problemas alimenticios. Estos hallazgos, conllevan la especulación de

que la serotonina y otras sustancias químicas naturales dentro del cerebro podrían tener una función causante en la anorexia.

5.3 Factores Sociales

Los factores sociales que predisponen a los problemas alimenticios, e incluso los desencadenan son muchos y muy complejos. La presión social y mediática que existe entorno a la línea y el adelgazamiento, tiene un papel decisivo en la aparición y desarrollo de dichos problemas; la moda y la publicidad incitan más frecuentemente a adelgazar que a mantener una buena salud.

Los factores socioculturales predisponentes que podrían influenciar e incluso desencadenar el curso de la enfermedad son, en general, la presión y los estereotipos sociales.

Los medios de comunicación juegan un papel primordial para que los jóvenes desarrollen una imagen corporal negativa, en el caso de las personas con problemas alimenticios. Pues las características que nos presentan no solo son poco comunes, sino que son difíciles e incluso imposibles de alcanzar. Silva (2007), nos dice que actualmente, debido al creciente deseo de los adolescentes por los cuerpos de revistas y/o de televisión, así como la disposición para hacer cualquier cosa, con tal de verse como el prototipo que muestran.

Por lo cual se señala que los medios de comunicación están estrechamente relacionados con los problemas alimenticios, y los síntomas se agravan en la medida que los jóvenes pasan más tiempo frente a la televisión o leen con mayor frecuencia ese tipo de revistas. Quienes están más expuestos a la información transmitida por los medios de comunicación y son susceptibles a desarrollarse con algún problema de esa índole suelen tener autoestima mas baja, con mayores niveles de depresión, ansiedad e insatisfacción.

Por tanto es fundamental el papel de la familia en estos casos, ya que se puede orientar a los jóvenes, en el sentido de que no toda la información que ofrecen los medios masivos de comunicación es cierta, y que para alcanzar el éxito o la felicidad, existen cosas mucho más importantes que la apariencia.

Sin embargo, las influencias negativas dentro de una familia pueden desempeñar una función en los problemas alimenticios. Algunos estudios sugieren que los problemas alimenticios son más frecuentes en personas en quienes uno o ambos padres son sobreprotectores, imparciales, críticos, rígidos, o inafectivos para resolver conflictos.

En varios estudios, se ha constatado disfunciones familiares en los pacientes con problemas alimenticios. Se trata de familias conflictivas, desorganizadas, críticas, menos cohesionadas, con incapacidad para establecer relaciones de mutua ayuda (Saíz, 2002).

Una persona podría tener mayor riesgo de desarrollar un problema alimenticio si tiene padres que tengan trastornos psiquiátricos o que abusen del alcohol u otras sustancias adictivas.

De esta manera, existen diversas características familiares e individuales en las personas afectadas por un problema de alimentación; autores como Crispo, Figueroa y Guelar (1996) argumentan que, las expectativas que tenga la familia sobre el individuo va a ser un factor de riesgo para que pueda presentarse algún tipo de problema, es decir lo anterior se puede reflejar en comentarios que hacen los padres sobre sus hijas, una posible predisposición a los problemas de la alimentación es la dificultad que tienen ciertas personas para funcionar de forma discriminada de la familia o de otros patrones externo, ya que los jóvenes en la mayoría de los casos viven al pendiente de lo que las demás personas piensan o esperan de ellas, principalmente sus seres más cercanos padres, amigos y novio (a), por lo que son más vulnerables a los comentarios de los demás.

Asimismo, las personas desarrollan un concepto de sí mismo en base a los otros, y tratan de construir un camino a la perfección, que es bastante común entre los

jóvenes con problemas alimenticios. Esa búsqueda de perfección también se puede reflejar en su peso corporal, ya que para alcanzarla es necesario un cuerpo ideal, y es aquí donde intervienen factores como la cultura, medios de comunicación, publicidad, entre otros.

Crispo et. al (1996) describen que la interacción con la familia puede llegar a ser los causantes del desarrollo de un problema de comer en alguno de sus integrantes, porque exigen no fallar, en lugar de afirmar al individuo de sus recursos. Un problema generalmente termina distorsionando la relación familiar, originando sentimientos de enojo, ansiedad y culpa, así como crecientes dificultades en la comunicación. Es por ello que se han identificado ciertas características familiares, comunes a muchas de las personas involucradas con esta problemática, a continuación se mencionan algunas de ellas.

- ❖ Escasa comunicación entre sus miembros.
- ❖ Incapacidad para la resolución de los conflictos que se presentan.
- ❖ Sobreprotección por parte de los padres.
- ❖ Rigidez y falta de flexibilidad por parte de los padres.
- ❖ Ausencia de límites generacionales.
- ❖ Expectativas demasiado altas de los padres respecto a sus hijos, entre otras.

5.4 Factores Psicológicos

Para Braguinsky (1996), es importante describir los elementos psicológicos y características de personalidad que, con mayor frecuencia se encuentran en la anorexia y la bulimia nerviosa, considerando a la personalidad como una totalidad,

una especie de estado ordenado, en donde sus partes se subordinan al fin de mantenerme ese orden en un equilibrio dinámico.

Factores de la Personalidad: Algunos factores de la personalidad parecen incrementar el riesgo de una persona para desarrollar un problema alimenticio. Las personas con problemas alimenticios, tienden a ser perfeccionistas que tienen expectativas altas de sí mismas y de otras personas. A pesar de tener altos logros, ellas podrían tener baja autoestima y problemas de identidad. Se ha relacionado los factores psicológicos con los estudios sobre la personalidad; Saíz (2002), menciona que en la anorexia los problemas de personalidad suelen ser de tipo obsesivo-compulsivo, sobre todo en la anorexia restrictiva.

En cuanto a la bulimia, parece establecida una relación con el trastorno límite de la personalidad, el cual se caracteriza entre otros rasgos por un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, con una notable impulsividad.

En conclusión podemos decir que algunos rasgos de personalidad, en particular obsesivos y ansiosos, aumentan la vulnerabilidad para el desarrollo de problemas de la conducta alimentaria. En otros problemas, muy influidos por lo sociocultural y también por lo biológico, y que inciden de forma preferente en sujetos jóvenes en una etapa aun inmadura de su desarrollo, la personalidad podría desempeñar un papel predisponente, conformador del tipo de sintomatología o determinante de la evolución y el pronóstico.

Sin embargo es importante resaltar que Braguinsky (1996), advierte que se deben distinguir distintas áreas dentro de la personalidad tales como la sociocultural, biológica y por supuesto la psicológica, solo que con un fin didáctico.

Trastornos Emocionales: Las personas con trastornos emocionales, como depresión, trastorno obsesivo compulsivo, y trastornos de ansiedad, (p.e., trastorno de pánico, trastorno de estrés post-traumático, y trastorno de ansiedad generalizado), tienen mayor riesgo de desarrollar un problema alimenticio. De

hecho, entre el 40%-96% de todas las personas con problemas alimenticios experimentan depresión o trastornos de ansiedad.

Como hemos mencionado el incremento que han experimentado los problemas de alimentación en las últimas décadas ha sembrado la voz de alarma, que los expertos coinciden en calificarlos como una epidemia. Por ello es necesario mencionar que la prevención jugaría un papel indispensable para la disminución de dichos problemas.

En los últimos años la prevención primaria de los problemas de alimentación, se ha centrado fundamentalmente en el trabajo con escolares, en la formación del profesorado y en el trabajo con padres; señalando estrategias de prevención que tienen como objetivo favorecer el desarrollo de habilidades en autoestima positiva, asertividad, habilidades comunicativas, seguridad en la propia imagen corporal, al igual de señalar los recursos en los niños y jóvenes, para enfrentar muchas de las situaciones de la vida cotidiana.

Sin embargo a pesar del interés e información que profesionales han mostrado por combatir dicha problemática, aun no se han obtenido los resultados esperados. Por ello es importante saber cual ha sido dicho papel desempeñado para disminuir los problemas alimenticios, el cual se verá reflejado a través del tratamiento multidisciplinario, en donde el psicólogo juega un papel fundamental.

El manejo de los problemas de alimentación plantean importantes dificultades vinculadas con la escasa motivación que habitualmente muestran las pacientes y su miedo a colaborar con un tratamiento que les genera una intensa ansiedad al tener como objetivo fundamental el que recuperen su peso (Sáiz, 2002).

La modificación de la conducta hizo su aparición en el escenario de los tratamientos psicológicos a finales de los años cincuenta. La terapia del comportamiento baso su constructo teórico en la hipótesis de que la conducta tanto la adaptada como la inadaptada, es aprendida y, por lo tanto, los principios descritos por las teorías del aprendizaje pueden ser utilizados y aplicados en la práctica clínica.

Los tratamientos conductuales gravitan en el supuesto de que las personas con problemas alimenticios, además de los hábitos alimentarios erróneos que conducen a los errores en la alimentación, aprenden patrones de escasa actividad física y sedentarismo que se mantienen debido a estímulos ambientales como pueden ser la excesiva y sugerente exposición a los alimentos, modelos sociales incorrectos o refuerzos inadecuados del ambiente sociofamiliar. Las estrategias de autocontrol se organizan alrededor de tres fases: autocontrol, autoevaluación y autorrefuerzo (Foz y Hormiguera, 1998).

Las terapias de modelo cognoscitivo destaca la importancia de las cogniciones, tanto el origen de la alteraciones psicopatológicas, como en el procedimiento de cambio terapéutico el concepto de cognición incluye ideas, constructor personales, expectativas, atribuciones, imágenes y creencias.

La consejería o terapia individual como se conoce, se ha utilizado como una forma de prevenir los problemas alimenticios así como en la modificación de factores de riesgo, para mejorar la actitud alimentaría de las personas. Asimismo se ha utilizado como una forma de acercamiento entre el paciente y personal de salud, donde se establece una relación que facilita la comprensión y congruencia para modificar el estilo de vida o hábitos alimenticios.

Los amigos, los parientes, los maestros y los médicos juegan un papel muy importante para ayudar a la persona enferma a iniciar y permanecer en un programa de tratamiento. La motivación, el cuidado y la persistencia, así como la información acerca de los problemas alimentarios y sus peligros pueden ser necesarios para su prevención. Como hemos observado los problemas alimenticios están influidos por una serie de factores de riesgo que maximizan la probabilidad de que se agraven, por ello proponemos enfocarnos en dichos factores de riesgo de los problemas alimenticios, los cuales nos permitirá desarrollar estrategias, así como programas preventivos para su disminución.

5.5 Influencia e importancia de los factores de riesgo

Como pudimos ver son muchos y muy diversos los factores que pueden influir para que se establezca un problema alimenticio, y por lo que general, están asociados a una seria sensación de inseguridad, ineficacia, impotencia y malestar.

A pesar de que el surgimiento de la psicología de la salud es relativamente reciente, siendo introducida como el área de investigación por la Asociación Psicológica Americana en 1978, sus objetivos son claros y están perfectamente delimitados, así se establece que la función del psicólogo en los problemas alimenticios se refiere principalmente a:

- La promoción y el mantenimiento de la salud a través de programas escolares de educación para la salud y de campañas para motivar estilos de vida y conductas saludables.
- La prevención y el tratamiento de enfermedades por medio del desarrollo de programas de rehabilitación y de medidas preventivas.
- La identificación de enfermedades y sus causas, lo que permite constatar la relevancia de los factores de personalidad o la participación de procesos perceptuales y fisiológicos específicos en ciertos problemas de salud
- La mejora del sistema de cuidado de la salud y de la política sanitaria investigando el grado con el que los pacientes pueden verse afectados por las características de los hospitales, por el personal médicos, los costos médicos, etcétera.(Buela-Casal y Caballo, 1991).

Como podemos ver una de las principales funciones del psicólogo es prevenir y mantener la salud en los problemas alimenticios, a través de programas que permitan tener una mejor calidad de vida así como hábitos alimenticios, por medio de la modificación de la conducta del individuo.

	SEXO	EDAD	PREDISPOSICIÓN GENÉTICA	INFLUENCIAS EXTERNAS	SÍNTOMAS	ÉXITO DE TERAPIA	OBSERVACIONES
BULIMIA	Afecta principalmente a mujeres.	Entre 15 y 24 años.	Existe una combinación de factores genéticos y ambientales, con un fenotipo latente único, que supondría una elevada probabilidad de herencia.	<ul style="list-style-type: none"> • Presión social • Moda • Estereotipos sociales. • Influencias negativas dentro de una familia desorganizada. • Padres sobreprotectores, rígidos, críticos y/o inefectivos para resolver conflictos 	<ul style="list-style-type: none"> • Episodios recurrentes de atracones. • Vomito autoinducido. • Exceso de laxantes. • Comportamiento compensatorio recurrente e inadecuado. • Preocupación excesiva por la forma corporal y el peso 	Posibles recaídas, ya que influye mucho la adherencia del paciente al tratamiento	La bulimia al igual que la anorexia se tratan de conductas derivadas del miedo-pánico obsesivo a estar gordas, tanto en el presente como en el futuro.
ANOREXIA	Afecta 15 veces más a mujeres (entre el 0.5% y el 3.7%) que a hombres, ya que raras ocasiones los varones pueden verse afectados por este problema.	Entre los 14 y 24 años	Existen la especulación de que la serotonina neurotransmisora y otras sustancias químicas naturales dentro del cerebro podrían tener una función causante entre la anorexia.	<ul style="list-style-type: none"> • Presión de los medios de comunicación social. • Publicidad • Industria dedicada a productos y métodos de adelgazamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida deliberada de peso. • Rechazo a mantener el peso corporal por encima de los valores normales para una determinada edad y talla. • Temor a subir de peso. 	Posibles recaídas, ya que influye mucho la adherencia del paciente al tratamiento	Cuando empiezan a tomar laxantes y se provocan el vomito se combinan la bulimia con la anorexia.
OBESIDAD	Afecta al 35% de las mujeres y el 24% de los hombres.	No hay una edad en específico, por la influencia de los factores biológicos, psicológicos y sociales.	Se puede heredar por influencias genéticas de los padres hacia los hijos. Existen factores metabólicos y hormonales.	<ul style="list-style-type: none"> • Estilo de vida (excesos en las comidas, sedentarismo) 	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de la autoestima. • Presencia de atracones • Ingesta de comida en situaciones de estrés, tristeza o malestar. • Hábitos alimentarios. 	El exclusivo seguimiento de dietas muestra un elevado índice de fracaso, tanto por las dificultades de una adhesión mantenida del tratamiento como la recuperación del sobrepeso una vez conseguida la meta.	El objetivo de cualquier intervención para el tratamiento de la intervención debe ir más allá de la mera reducción de peso, es imprescindible la introducción de distintas técnicas y la modificación de los hábitos alimenticios.

CUADRO No. 6. INFLUENCIA DE LOS FACTORES DE RIEGOS

Los elementos más representativos del cuadro son las diversas características que van a describir los tres problemas alimenticios en los que estamos enfocados: bulimia, anorexia y obesidad; donde dichas características nos muestran que el sexo y la edad, en la bulimia y anorexia prevalecen en las mujeres (aunque se pueden dar en ambos sexos), en edades comprendidas entre los 14 y 24 años, pues muestran una mayor inestabilidad de la autoimagen; igualmente en la obesidad afecta en gran cantidad a las mujeres pero la edad es más variable, ya que existen otros factores que se relacionan (biológicos, psicológicos y sociales). Ya que algunos son los factores genéticos que tiene alguna función causante para el desarrollo de algún problema alimenticio; sin embargo, aún se está investigando si algunas sustancias u otros factores genéticos intervienen en la aparición de la bulimia y la anorexia, ya que en la obesidad es más probable que se herede por influencias genéticas de padres a hijos, incluso pueden intervenir factores hormonales y/o metabólicos.

Como se ve en el cuadro muchas serán las causas que van a desencadenar los problemas alimenticios, sin embargo, se verán muy influenciados por lo externo, es decir, por la presión social, los medios de comunicación, los cuales están enfocados al consumo de productos para adelgazar, ya que las personas con bulimia y anorexia se verán principalmente afectadas, pues su excesiva preocupación por el peso y apariencia física, las llevaran a realizar estrictas y peligrosas conductas para no subir de peso. Por ejemplo las personas con bulimia se provocarán el vomito y/o usarán laxantes después de episodios de atracones, en cambio las personas con anorexia se verán más preocupadas por mantener su peso en parámetros menores a su edad y talla, así como un exceso de ejercicio y dietas. En el caso de la obesidad es totalmente lo contrario, ya que las personas obesas, comerán excesivamente, debido a los malos hábitos alimenticios, o bajo situaciones de estrés, tristeza, malestar o como se menciona por factores hereditarios.

Es importante mencionar que los problemas alimenticios pueden verse íntimamente relacionados, o pareciera ser que, es lo mismo, sin embargo; la

diferencia radica en los factores de riesgo que intervienen en cada uno de ellos, ya que estos factores delimitara hasta qué punto se está entrando o saliendo de cada problema alimenticio, o en qué momento se pasará de un problema u otro, ya que se puede dar el caso.

Finalmente, una vez que se ha identificado el problema alimenticio, deben iniciarse la terapia y el tratamiento específico, al igual requerirán un abordaje multidisciplinario con participación de médicos, psicólogos/psiquiatras, nutricionistas, y familia del afectado. Los profesionales no deben ser solo expertos, sino que también han estar adiestrados en el trabajo con las personas que sufren estas alteraciones, así como ser capaces de comprender sus demandas. El éxito del tratamiento se basará en la relación de confianza entre el paciente y los profesionales que lo traten, así como en la adhesión al tratamiento, recomendándose la participación de la familia. Además del asesoramiento nutricional y la psicoterapia individual; lo cual incluye una terapia conductual, de grupo y familiar; considerando la dificultad del éxito en el tratamiento, ya que constantemente existen recaídas en la bulimia y anorexia, como dificultades en la adhesión en el tratamiento, como la recuperación de peso en el caso de la obesidad.

Por ello es importante llevar un proceso para tener mejores resultados;1) Evaluación de las conductas, de los antecedentes y tratamiento, 2) Selección del procedimientos, lo cual debe ser interdisciplinario, para así poder retomar lo psicológico, donde se incluirán, la terapia individual, grupal y familiar y 3) Análisis de seguimiento y de las recaídas. Asimismo es importante mencionar que, si en el tratamiento existe este tipo de dificultades, habrá que corregirlo e indagar otro factor de riesgo, ya que este nos permitirá más probabilidad de alcanzar el éxito en el tratamiento.

CONCLUSIONES

Podemos concluir que la característica común de todos los problemas alimentarios son los comportamientos anormales de alimentación. Teniendo como consecuencia problemas serios de salud mental y pueden poner en peligro la vida.

La anorexia, la bulimia son problemas alimentarios comunes entre los adolescentes y los adultos jóvenes. La obesidad puede también incluirse como un trastorno alimentario y puede afectar a todas las edades, incluyendo a los niños, a los adolescentes y a los adultos.

Asimismo la publicación irresponsable de regímenes para adelgazar ha puesto en manos de la población, especialmente la femenina, un arma que puede ser muy peligrosa, aunque en la actualidad desafortunadamente también afecta al sexo masculino.

El ideal de belleza femenina de la posmodernidad es brutalmente delgado. Impuesto desde la más tierna infancia por la muñeca más vendida del mundo, cristaliza en la imagen de las super-modelos que venden para las más poderosas organizaciones de la moda de todo el mundo.

Pero es claro que lograr y mantener ese estado supuestamente ideal no sólo cuesta un terrible esfuerzo y recursos económicos, sino que puede acarrear numerosos problemas de salud. Comenzando por los desórdenes alimentarios, éstos pueden repercutir en diversos planos físicos y sociales.

En muchos casos se ha visto que negarse a comer es, además de una enfermedad una protesta, la protesta de los adolescentes que se niegan a crecer en el ambiente social que se les presenta.

Sin embargo, bajo la apariencia del éxito y la habilidad, estas adolescentes ocultan la sensación de no ser lo suficientemente buenas, de no poder corresponder a las

expectativas de los demás en relación con ellas. Reprimen su agresividad, no se animan a exteriorizarla, justamente por ese temor a defraudar aún más a los otros.

Por más que se esfuerzan por hacer las cosas correctamente, sienten que no merecen ser tratadas con afecto y ternura. Por su parte, los padres generalmente son sobreprotectores, tratan de no enfrentar los conflictos por miedo a los cambios, incluso los cambios que produce el crecimiento de sus hijos. Las madres suelen ser muy dominantes, tanto que subyugan la personalidad de sus hijas.

De toda esta situación individual, familiar y social, se derivan estos problemas, que resulta así ser un intento de llamar la atención sobre conflictos que los jóvenes no pueden resolver; al tiempo que protestan, hacen de esa protesta una acción autodestructiva frente a una situación que no pueden dominar ni, por lo tanto, superar.

Nosotros los psicólogos sabemos que vivimos en una sociedad muy difícil para las nuevas generaciones, los modelos que imponen los medios de comunicación, los problemas familiares, las tensiones sociales son todos factores que pueden contribuir al desencadenamiento de un trastorno de la alimentación.

El tratamiento de estas enfermedades depende de la visión que tengan de la anorexia el médico o el hospital. A veces la tratan equivocadamente como una enfermedad fisiológica, pero se entiende cada vez más que se trata de un trastorno emocional.

Aquí es donde entra el trabajo del psicólogo, por lo que los objetivos más importantes del tratamiento son la corrección de la mal nutrición y la resolución de las disfunciones psíquicas del paciente y su familia.

El aumento moderado pero constante de peso es la meta de la fase temprana del tratamiento, pero de ninguna manera puede decirse que el simple aumento de peso es una prueba de la curación. Con la terapia adecuada, hasta dos terceras partes de las personas que presentan trastornos alimenticios pueden recobrar su peso normal o casi normal, pero muchos continúan batallando con los problemas

emocionales causantes de la enfermedad. Dado lo esencial de la nutrición, la inanición severa no sólo pone en peligro la vida, sino que impide el tratamiento psicológico. Esto consiste en tratar de cambiar el modelo familiar y, en parte, ayudar a la joven hacerse cargo de la realidad de su propio cuerpo y reconquistarlo. La decisión de la paciente de no comer nada debe respetarse, tanto por parte de los terapeutas como de la familia. Es importante para la adolescente saber que los terapeutas entienden que "algo anda mal" y que ese algo les es insoportable. En conversaciones regulares con la familia se explican los padres que a través del ayuno su hija está tratando de forzar un cambio, y lo que se busca es tratar de comprender el significado de esa "protesta". Se ha visto que ese método da buenos resultados, mejores que cuando los terapeutas fuerzan a los pacientes a comer y no trabajan con la familia. Así pues, ahora existen más esperanzas para la cura de las adolescentes y/o cualquier otra persona con algún trastorno alimenticio (Sin/autor, 1997)

Por lo que en general el tratamiento de los trastornos alimenticios consiste en: psicoterapia individual, de grupo y/o familiar, orientación nutricional, así como establecer un plan a seguir bajo supervisión de un terapeuta, éste establecerá unas bases para el buen fin del tratamiento.

Finalmente es importante saber que la terapia cognitivo-conductual es un tratamiento multidimensional, orientado a problemas, semiestructurado en tres etapas, que se aboca a las experiencias conscientes y preconscientes antes que a la motivación inconsciente, al presente y el futuro más que al pasado, que procede una evolución objetiva y sistemática en el reconocimiento y modificación de las cogniciones, como variables mediadoras que dan cuenta de los sentimientos de sí mismo. También considera igualmente prioritario el empleo de técnicas del comportamiento para la formación de hábitos y destrezas en las áreas de la alimentación, control de peso y resolución de problemas.

El tratamiento se lleva a cabo en forma ambulatoria, y suele extenderse por un período de seis meses que se dividen en tres etapas: inicial, en que se confecciona la historia clínica, se establece la alianza terapéutica y se aplican rigurosamente las técnicas conductuales adecuadas para estabilizar el peso y regular los patrones de alimentación; la fase intermedia se centra en las distorsiones cognitivas a la base de la enfermedad y en los problemas nucleares de la autoestima; y por último, viene el período de reforzamiento del progreso conseguido y preparación para futuras dificultades y recaídas; y en la etapa final, se entrevista al paciente con intervalos de dos a tres semanas, para asegurarse que se siguen las instrucciones de acuerdo a lo programado y se analizan las dificultades, especialmente cuando hay indicios de recurrencias.

REFERENCIAS.

- Abraham, S y Llewellyn-Jones., D. (1994). *Anorexia y bulimia. Desórdenes alimentarios*. Madrid. Alianza Editorial. Pp.38- 45.
- Alvarado, A., y Guzmán, E. (2005). "Obesidad: ¿Baja autoestima? Intervención Psicológica en Pacientes con Obesidad Jalapa". *Revista. Enseñanza e Investigación en Psicología.*, México. pp. 417-428
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4ª Ed.). Washington DC: APA.
- Arévalo, R., Mancilla, J., Mateo. C., López, X., Álvarez, G., Ruiz, A., y Franco, K. (2005). "Trastornos del Comportamiento Alimentario y Factores de Riesgo en una Muestra Incidental de Jóvenes Mexicanos". *Revista Mexicana de Psicología*. Vol.22 (1), pp. 53-63
- Arévalo, R., Raich, R., Viladrich, M., Álvarez, G., y Mancilla, J. (2001). "Tres Aspectos de la Vida Familiar Asociados a los Trastornos Alimentarios". *Revista Mexicana de Psicología* Vol. 18 (3), pp. 325-335.
- Braguinsky, J. (1996). "Aspectos psicológicos de la obesidad". *En: Obesidad, Patogenia, Clínica y Tratamiento*. Cap.14. Argentina: El Ateneo. Pp 244- 259.
- Buela-Casal, G., y Caballo. V. (1996). *Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud*. Madrid: Siglo XIX
- Campollo, O. (1995). *Obesidad: Bases fisiopatológicas y tratamiento*. México: Ed. Miguel Ángel Porrúa. Pp. 36-58.

Castellanos, P. (1991). *Sistemas Nacionales de Vigilancia de la situación de Salud según condiciones de vida*. Washington D.C.: OPS/ OMS.

CIE-10 Trastornos mentales y del comportamiento, Madrid, Organización Mundial de la Salud, 1992, página 25-26.

Cervera, M. (2007). *Riesgo y prevención de la anorexia y la bulimia*. Madrid. Pirámide

Chinchilla, A. (2003). *Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia y bulimia nerviosas, obesidad y atracones*. España: MASSON, S.A.

Crispo, R., Figueroa, E., y Guelar, D. (1996). *Anorexia y Bulimia: Lo que hay que saber*. España: Editorial Gedisa, S.A.

Décima revisión de la Clasificación Internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento CIE 10. Madrid: Meditor. 1999

Fernández, F., Turón, V. (2004). *Trastornos de la alimentación. Guía básica de tratamiento en anorexia y bulimia*. Barcelona. Masson.

Fernández, L. (2008). *Tiempo de Respuestas. Guía de trastornos de Conducta Alimentaria: Anorexia, Bulimia y Obesidad*. España. Fundación Mapfre. Pp. 8-81.

Foz., M y Hormiguera., X. (1998). *Obesidad*. España. Ed. Harcourt Brace. Cap. 10, pp. 151-167.

García-Camba, E. (2002) *Avances en trastornos alimenticios de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad*. Barcelona. Masson
Galicia, M., y Aldana, J. (2003).

Galicia, M., y Aldana, J. (2003). "Etiopatogenia de la Bulimia Nerviosa". En: León Espinoza de los Monteros, M y Castillo, D. Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia y Bulimia Nerviosa. Ed. Formación Alcalá. México. Cap. 11

García, P y Mariños, M. (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10. Clasificación de los Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid Ed. Médica Panamericana.

Gargallo, M., Fernández, F y Raich, R. (2003). "Bulimia nerviosa y trastornos de la personalidad. Una revisión teórica de la literatura". *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*. Vol. 3 (2), pp.335-349

Goldberg, A. (2002). "Secuelas de obesidad en la salud". Obesidad.net. disponible en línea: <http://www.obesidad.net/spanish2002/secuela2002/secuela3.shtml>

Gómez, G., Acosta, M., Unikel, C., y Pineda, g. (2005). "Puntos de corte para determinar riesgo en trastornos de la alimentación". *Revista Mexicana de Psicología*. Vol. 22 (1). pp. 43-51

Gómez., G. Alvarado., G. Moreno., L. Saloma., S y Pineda., G. (2001). "Trastornos de Alimentación. Factores de Riesgo en Tres Diferentes Grupos de Edad: Pre-púberes, Púberes y Adolescentes". *Revista Mexicana de Psicología*. Vol.18 (3). pp. 313-324.

González, L., Giraldo, N., Estrada, A., Muñoz, A., Mesa, E y Herrera, C. (2007). "La adherencia al tratamiento nutricional y composición corporal: Un estudio transversal en pacientes con obesidad o sobrepeso". *Revista chilena de nutrición versión On-line*: <http://www.scielo.cl>. Vol. 34. No.1

Hernández., C. Canales., J. Cabrera., C y Grey., C. (2002). "Efectos de la consejería nutricional en la reducción de obesidad en personas de salud". *Revista Medica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. Vol.5 (41).pp. 429-435.

- Hisgada, H. (1994) *Ciencias de la Salud*. México: Mc Graw-Hill.
- Iruarizaga, I., Romero, N., Rubio, M. y Cabreriso, L. (2001). "Entrenamiento en control emocional en obesidad mórbida". *Psicología.com*. Disponible en línea: <http://www.psiquiatria.com/psicologia/revista/62/2358>
- Knober, H. (2002). "Como y Por que debe monitorizarse la adherencia al tratamiento antirretroviral en la actualidad". *Enfermedades Infecciosas Microbiológicas*. 20(10). Pp.481-483. <http://www.inlatina.org>
- León Espinoza de los Monteros, M y Castillo, D. (2003). *Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia y Bulimia Nerviosa*. Ed. Formación Alcalá. México. Cap. 1
- Lobo, G. (2003). "Concepto de Bulimia Nerviosa. Revisión Histórica". En: León Espinoza de los Monteros, M y Castillo, D. *Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia y Bulimia Nerviosa*. Ed. Formación Alcalá. México. Cap. 9
- Macho T, Martí A, Martínez JA. (2000). *Estudios genéticos de la obesidad en humanos*. Médica Clínica; Barcelona.
- Manríquez, E., y Mercado, L. (1997). *Trastornos alimentarios*. Tesis de Licenciatura. FES Iztacala.
- Martínez, A; Vázquez, R; Mateo, C; Galdós, J; Álvarez, G y Mancilla, J. (2004). "Presencia de trastornos alimentarios y su sintomatología en relación con influencias culturales e insatisfacción corporal entre estudiantes hombres y mujeres". *Revista de Psicología*. Vol. 1.Num 1.
- Morande, G., Celada, J. y Casas, J.J. (1999). "Prevalence of eating disorders in a Spanish schoolage population". *Journal of Adolescent Health*, 24, 212-219.
- Nieto, J., Abad, M., Esteban, M., y Tejerina, M. (2004). *Psicología para Ciencias de la salud. Estudio del comportamiento ante una enfermedad*. España: Mc. Graw-Hill.

- Oblitas, L. (2006). *Psicología de la salud*. México: Ed. Plaza y Valdez. Segunda edición.
- Ogden, J. (2005). *Psicología de la alimentación. Comportamientos saludables y trastornos alimenticios*. Madrid: Morata. Pp 171-191.
- Pichot P. (1995). *DSM IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Ed. Masson.
- Rivarola, M y Penna, F. (2006). "Los Factores Socioculturales y su relación con los trastornos alimentarios e imagen corporal". En: *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*. Vol.8. Núm. 002. Pp.61-72
- S/A, Publicación Bimestral. (1997). *Trastornos Alimenticios Anorexia Nerviosa, Enfermedad de las adolescentes*. UNAM Editorial Gedisa Mexicana.
- Saíz, J. (2002). *Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad*. Barcelona: Masson
- Saldaña, C. (1991). *Intervención en Obesidad en niños y adolescentes*. En: Buela, G. y Caballo, V. (1991). *Manual de Psicología Clínica Aplicada*. Madrid: Siglo XXI
- Seijas, D. y Freuchmann, Ch. (1997). Obesidad: factores psiquiátricos y psicológicos. *Boletín de la Escuela de Medicina de la Universidad Católica de Chile*, 26.
- Silva, C. (2007). *Trastornos Alimentarios*. México: Ed.Pax México. Pp. 25-56.
- Shadle, K (2001). En: Arévalo, R., Mancilla, J., Mateo. C., López, X., Álvarez, G., Ruiz, A., y Franco, K. (2005). "Trastornos del Comportamiento Alimentario y Factores de Riesgo en una Muestra Incidental de Jóvenes Mexicanos" *Revista Mexicana de Psicología*, Vol.22 (1), pp. 53-63
- Steiner-Adair C, Sjostrom L, y Franko D, (2002). "Primary prevention of risk factors for eating disorders in adolescent girls: learning from practice"; 32(4):401-411.

Vargas, R. (2006). "Sufre sobrepeso u obesidad el 70% de los mexicanos". Periódico. La crónica de hoy. Consultado el 24 de abril 2010.

Valdés, M. (coord.) (1988) *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. DSM-III-R .España. Masson.

Vives, A. (2007). "Estilo de vida Saludable: puntos de vista para una opción actual y necesaria". *Revista Psicología Científica*. La habana Cuba.