

112
2 ej.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**ACTITUDES HACIA EL COMER Y SUS IMPLICACIONES EN SALUD:
ESTUDIO EXPLORATORIO EN UNA POBLACION DE
ESTUDIANTES DE DANZA.**

T E S I S

**Que para obtener el Título de:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA**

P R E S E N T A :

MARIA ALICIA MICHEL LEAL

Director de Tesis: Dr. Juan José Sánchez Sosa



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.

INDICE

Resumen

Introducción

CAPITULO I. Anorexia Nervosa

I.1	Historia del concepto	. . . . .	1
I.2	Contribuciones recientes	. . . . .	4
I.3	Anorexia Nervosa Primaria	. . . . .	6
I.4	Psicodinamia	. . . . .	12
I.5	Anorexia Nervosa Atípica	. . . . .	14
I.6	Anorexia Nervosa en el Hombre	. . . . .	14

CAPITULO II. Bulimia 16

CAPITULO III. Antecedentes de Investigación 21

CAPITULO IV. Método 26

IV.1 Sujetos 26

IV.2 Medidas Dependientes 30

IV.3 Procedimiento 33

CAPITULO V. Resultados 35

Discusión 46

Anexos

Bibliografía

A Sergio, mi esposo:

Por su gran comprensión y ayuda, por su paciencia y cariño.

A mis padres y hermanos:

Ellos, y cada uno de ellos, ejemplo de constancia y lucha por salir siempre adelante.

A Aliser, mi pequeña.

Agradezco al Dr. Juan José Sánchez Sosa, Director de la Facultad de Psicología y Director de esta Investigación, por su valiosa orientación.

Agradezco al Instituto Nacional de la Nutrición, Departamento de Medicina Psicológica, las facilidades brindadas para consultar todo lo referente a la investigación realizada.

Al Dr. Enrique Nuñez Jasso, por sus observaciones.

A las autoridades y personal de la Escuela Nacional de Danza, escenario en que se llevó cabo la investigación.

A todos los alumnos por su colaboración.

A todos aquéllos quienes de alguna manera contribuyeron a la realización y culminación de este trabajo.

RESUMEN

Se eligió una población de estudiantes de danza profesional, 144 sujetos, el 88.2% de sexo femenino y el 11.8% masculino, un grupo con promedio de edad de 15 años y medio. Se les aplicó la Prueba de Actitudes del Comer y el Cuestionario de Blackman para detectar posibles desórdenes alimenticios (DDA) como la anorexia nervosa y la bulimia. Los resultados sugieren que la población posee preocupaciones hacia la comida y por su imagen debido al requerimiento de mantener una figura esbelta para el oficio que desempeñan, pero que éstas no reflejan un grave problema que afecte su salud o sus actividades diarias.

En México la incidencia no ha alcanzado proporciones altas - como sucede en los Estados Unidos y en Europa y la anorexia nervosa sigue siendo un padecimiento "estadísticamente raro" aunque si existen implicaciones clínicas de preocupación por el peso y la imagen en esta población el peso se mantiene — constante y los sujetos que hacen dieta es con el fin de mantener su peso dentro de un rango de complexión delgada para la actividad que desempeñan.

INTRODUCCION

Hacer dieta es algo tan popular que siempre está de moda. - A diario escuchamos la novedad de la moderna y efectiva dieta "¡que si le hará bajar de peso!", y en las listas de publicaciones con más ventas se encuentran títulos de libros que proponen dietas. Las revistas de modas nos muestran con mayor frecuencia figuras de cuerpos cada vez más delgados pretendiendo crear como ideal figuras emaciadas. Existe una presión enorme para estar delgado y es raro que una persona obesa no haya sentido esta presión como una obsesión omnipresente por hacer dieta, aunque desafortunadamente mucha gente obesa no adelgaza (Brownell, 1982). Aunque se conciben a la anorexia nervosa y a la obesidad como extremos opuestos (Bruch, 1981) la característica en común es el mal uso de la alimentación para resolver los problemas cotidianos y una cantidad importante de ansiedad en el diario vivir. - En la anorexia nervosa como en la obesidad existen entre otros problemas serios, una intensa preocupación por la comida y el peso.

Pero, ¿por qué comemos? son muchas las razones por las que comemos, la más obvia es por hambre. El hambre, esa sensación que puede variar de la placidez al dolor, construida lentamente por la ausencia de comida es un complejo de sensaciones físicas de malestar en el estómago e intestinos, progresando en una irritabilidad general y cansancio, combinada con frío y fatiga, que en algunos produce dolor de cabeza, en otros náuseas pero que uno sabe que con la comida se desvanecerá. El hambre también puede ser disminuida o abolida tempo-

ralmente por actividades absorbentes o grandes emociones que no tienen que ver con la comida, pero que tarde o temprano irrumpe y domina el pensamiento y la actividad. El hombre más hambriento queda fácilmente satisfecho por una sencilla comida. El deseo de platillos exóticos, regularmente se presenta sólo cuando el hambre no es extrema. - Si el hambre se mitiga entonces el apetito toma valor considerable. - El apetito junto con el hábito dicta qué comidas preferimos o rechazamos. El apetito se anticipa al placer de la comida o del próximo bocado y éste continúa aún cuando los nutrimentos consumidos sean suficientes.

De este modo, mientras el apetito y el hambre están íntimamente relacionados, en ocasiones alguno puede dominar totalmente el comportamiento alimenticio.

Un hombre hambriento puede comer cualquier cosa que llegue a sus manos no importa lo repulsiva que pueda parecer la comida en circunstancias normales.

Es normal que una persona continúe comiendo un poco más después de que ha saciado su hambre para satisfacer su apetito. Sin embargo, hay personas que pueden continuar comiendo sin remordimiento y compulsivamente, engullendo todo hasta el punto de sentir que el estómago revienta. Tan fuerte puede ser esta compulsión de continuar comiendo que el sujeto puede llegar a provocarse el vómito para brindarse un espacio gástrico.

Ocasionalmente el apetito puede estar en pugna con el hambre en forma inhibitoria haciendo la comida repugnante. Algunas ve-

ces la persona puede estarse "muriendo de hambre" y encontrarse en un centro de abundancia pero el apetito y el hambre combinados como sucede en la Anorexia nervosa, incitan a comer pero no lo suficiente para vencer el miedo a las consecuencias. (Dally & Gomez, 1980).

La anorexia nervosa es un nombre engañoso para la condición a la que se aplica, la severa pérdida de peso y el adelgazamiento típico no se deben a una verdadera pérdida de apetito, al contrario, estos pacientes están obsesivamente preocupados con la comida y el comer. (Bruch, 1981).

Existen múltiples estudios registrados en la literatura extranjera que describen y analizan problemas de alimentación íntimamente relacionados con problemas del comportamiento, que parecen mostrar una incidencia cada vez mayor en nuestro país: Obesidad, Anorexia Nervosa y Bulimia. A la fecha en México no se han utilizado los instrumentos empleados en dichos estudios y no se cuenta con un reporte confiable de la incidencia, tratamiento y seguimiento de quienes presentan un trastorno alimenticio de esta naturaleza. En algunas de las instituciones de salud pública donde se manejan estos problemas, el acceso a la información está a veces limitado. El abordaje de la situación es a través de un equipo médico y paramédico y rara vez interviene un equipo de especialistas en comportamiento que colabora en la detección y tratamiento de este grupo de padecimientos donde su intervención puede significar cambios importantes.

Como excepción, en el Instituto Nacional de la Nutrición los pacientes con Anorexia Nervosa además de tratárseles en el senti-

do médico, un equipo de psicólogos, terapeutas familiares y psiquiatras suelen colaborar en el tratamiento del problema. La tasa de mortalidad de anorexia nervosa indica que es un problema serio, los estimados de inanición varían de un tres a un veinte por ciento, además es tos pacientes son difíciles de tratar, evidenciando un alto índice de recaída.

El objetivo del presente estudio es explorar y describir los problemas del comportamiento que en relación a la alimentación puede presentar una población de alto riesgo. Numerosas poblaciones específicas en el país, potencialmente clasifican en el padecimiento de estos problemas y algunos tienden a presentarlos. Por ejemplo, la anorexia nervosa es frecuente en aquellos dedicados a actividades artísticas y/o deportivas como: estudiantes y profesionales de la danza, modelos, gimnastas, atletas, boxeadores, actores, toreros, profesionales de relaciones públicas, directores de oficinas de prensa, etc. a quienes la expresión corporal y el peso son factores reelevantes para su "modus vivendi".

La primera incógnita planteada en el trabajo consiste en cotejar si los sujetos que conforman nuestra "muestra de alto riesgo" - muestran en efecto puntajes altos en las dimensiones pertinentes que se emplean.

CAPITULO I

I. ANOREXIA NERVOSA.

Muchos y diferentes enfoques han surgido respecto a la presentación de esta enfermedad pero, el trabajo de los investigadores abocados al estudio de este mal no han coincidido en cuanto a la etiología.- Hay una gama de aproximaciones como son la teoría Socio-cultural, - la de la Patología Familiar, la teoría de la Psicodinamia individual, la teoría del Desarrollo Psicobiológico y la teoría de la Disfunción Hipotalámica Primaria. Para poder entender el porqué de es ta variedad de enfoques conviene revisar lo más significativo que - se ha publicado.

1. Historia del concepto.

Puede considerarse a la Anorexia Nervosa como una moderna en tidad clínica, apenas hace cien años Gull y Lasegue en Inglaterra y Francia respectivamente, reportaron su experiencia y cuya descrip-- ción ha permanecido en el pensamiento médico.

Lasegue consideró que el inicio de la sintomatología era al-- gún desorden histérico en el tracto digestivo, con base en esta con-- cepción llamó a la condición "anorexia histérica".

Gull atribuyó la pérdida de apetito a un "mórbido estado men tal" y creyó por lo tanto que su origen era central y no periférico; describió como síntoma sobresaliente la extrema delgadez asociada - con otros síntomas importantes como amenorrea, constipación, pérdi-- da de apetito, pulso y respiración lentos y ausencia de patología - somática. Observó la incansable actividad característima del ano--

réxico como un persistente deseo de estar en acción a pesar de una emaciación tan severa.

Durante los pasados cien años se encuentran en la literatura numerosas contradicciones y confusiones que intentan explicar la enfermedad y la tendencia a manejarla a través de un solo mecanismo sin considerar que la restricción de la ingesta alimenticia puede ser la manifestación de diferentes factores subyacentes.

En 1914 un patólogo, Simonds, revolucionó la concepción de esta enfermedad cuando explicó que la causa era alguna deficiencia endócrina. Reportó lesiones destructivas de la glándula pituitaria de una mujer emaciada que había muerto después de haber estado embarazada y dado a luz. Después de esta publicación de Simonds prácticamente todos los enfoques cambiaron, resultando una vaguedad en lo que merecía el diagnóstico de Anorexia nervosa.

Fue sólo durante los años treinta que se hicieron esfuerzos más sistemáticos para distinguir el síndrome psicológico "anorexia nervosa" de la llamada "enfermedad de Simonds" y una vez restablecido que la anorexia nervosa era una enfermedad de origen psicológico, no se hicieron esperar las publicaciones con esta orientación pero sin aminorar la confusión.

La ambición por explicar la presentación compleja a través de una formulación psicodinámica específica trajo como resultado la imposición de explicaciones estereotipadas que recayeron en una aproximación simplista.

Kaufman y Heiman resumieron en una publicación de 1964 la

evolución del concepto con información revisada hasta 1943. Bruch en una revisión bibliográfica de publicaciones de los años sesenta y setenta sobre anorexia nervosa, reconocía dos enfoques principales:

- a) El significado simbólico del componente oral
- b) La personalidad del paciente, desórdenes en las funciones del yo y las relaciones interpersonales.

a) Los estudios psicoanalíticos orientados a los desórdenes alimenticios describían vómito psicógeno y otros disturbios neuróticos alimenticios, basados en la suposición de Freud que el daño en el instinto nutricional estaba relacionado con el fracaso del organismo a dominar la excitación sexual. Este énfasis unidireccional del componente oral con la negación de otros aspectos, contribuyó a la confusión a la que nos enfrentamos hoy en día. En resumen, el Psicoanálisis ortodoxo veía el problema como la expresión simbólica de un conflicto sexual internalizado.

b) Aún cuando no son muchos los analistas que reconocieron que lo que falla en la función alimenticia tiene que ver con desórdenes subyacentes en la personalidad total, hay aportaciones a esta aproximación como la de Meng (1944) que comparó la regresión en la anorexia nervosa como la observada en la psicosis y se enfocó hacia una deformación de la estructura yoica.

Eissler (1943) refiriéndose al enfoque de Meng y aplicándolo a sus observaciones en una paciente cuya queja era "mi mente está en la de otra persona" creyó que esa debilidad del ego provenía de pasados patrones de interacción entre la madre y el pequeño y que esta ac-

titud era diferente de aquella dependencia tan frecuentemente encontrada en los neuróticos.

Nicolle dirigió su atención hacia los aspectos potencialmente esquizofrénicos que hay en la verdadera anorexia nervosa tales como la superficialidad de sentimientos y un aplanamiento emocional para diferenciarlos de aquellos desórdenes neuróticos o histéricos en los cuales se evita la ingestión de alimentos.

2. Contribuciones recientes.

A partir de 1960 surge la necesidad de diferenciar a la anorexia nervosa de otros tipos inespecíficos de emaciación psicológica donde el significado simbólico de la función alimenticia en sí mismo es interpretado de una manera distorsionada y en ocasiones con una verdadera pérdida de apetito. King, (1963) reportó que de 21 pacientes que presentaban similitud de síntomas sólo 12 consideraban afectados por anorexia nervosa primaria y las otras solo como síntomas secundario la abstinencia de ingestión de comida.

En 1969 Dally revisó y reevaluó el curso de la enfermedad de 140 pacientes que el año 1940 se habían diagnosticado con anorexia nervosa y subdividió en dos grupos: obsesivas (O) e histéricas (H) con 74 y 30 pacientes respectivamente. En el grupo O las presentaciones más sobresalientes fueron: rehusa a comer por miedo a un posible aumento de peso o pérdida de autocontrol.

Hubo además un tercer grupo con etiología mixta (M) compuesto por 36 pacientes representando una forma secundaria de la enfermedad con pérdida de apetito, queja de estómago lleno y disminución de

la actividad por pérdida de energía.

Ushakov (1970) reportó el caso de 65 pacientes en Moscú quienes les guiaba el deseo de estar delgadas y que conciben como una expresión de un pensamiento dominante. Esta manifestación va precedida de cambios conductuales por cerca de uno o dos años y después de esto la necesidad por estar delgada y el miedo a subir de peso opacan todos los otros síntomas.

Selvini plantea cómo distinguir la verdadera anorexia nervosa de otras formas de malnutrición psicológica: considera que hay una combinación de conciencia y una obstinada determinación para adelgazar además de un intenso interés por la comida.

Los reportes de Russell y Crisp en Inglaterra (1970) y Theander en Suiza (1970) propusieron definiciones similares para la anorexia nervosa como "un mórbido miedo a estar gordo" o "un estado de fobia al sobrepeso", combinados con un comportamiento anoréxico.

Ha habido otras formulaciones, pero lo importante es que casi todas concuerdan con que hay un síndrome genuino caracterizado por un "miedo irracional a la gordura" afín a disturbios subyacentes ya existentes.

3. ANOREXIA NERVOSA PRIMARIA

La anorexia nervosa se ha considerado siempre como una enfermedad rara, sin embargo, las estadísticas sugieren que el diagnóstico está siendo más y más frecuente. Esta baja incidencia se debe al típico reclamo del paciente anoréxico de que no está enfermo y a que los casos menos severos difícilmente logran atención médica profesional.

La anorexia nervosa es un desorden psicogénico en el cual el paciente voluntariamente reduce la ingesta alimenticia, resultando una profunda pérdida de peso de al menos un 25% del peso inicial o por lo menos un 30% por abajo de lo normal para su estatura y sexo. La anorexia primaria presentará varias de las siguientes características: —
(Walen, 1977).

- a) amenorrea
- b) distorsión de la imagen corporal
- c) demasiada actividad
- d) vómito auto-inducido y uso de laxantes
- e) preocupación por la preparación de los alimentos
- f) historia previa de sobrepeso y un gran temor a la obesidad
- g) fracaso a reconocer los signos internos de hambre y fatiga .

Esta condición ocurre más frecuentemente en mujeres * y se presenta principalmente entre los 14 y 25 años, aunque ocasionalmente es vista en niños menores de 10 años y en algunos adultos mayores. El

* (razón por la que en lo sucesivo se hará referencia a quien padece el síndrome en género femenino)

90% de los casos de anorexia se inicia con una dieta reductiva y aunque la paciente no sea víctima de una fobia a la obesidad casi todas desarrollan esta fobia en el proceso de estar haciendo dieta. El inicio de la dieta pudo deberse a que estaban ligeramente pasadas de peso, pero de pronto adoptan hábitos alimenticios obsesivo-compulsivos para bajar de peso como meta primordial. Una vez que han reducido el peso "excesivo", continúan incansablemente hasta el punto de una emaciación severa y cuando una cantidad substancial de peso se ha perdido, se toman temerosas de ganar nuevamente ese peso y resisten cualquier presión de los padres o familiar para comer. Es así como el miedo puede alcanzar proporciones fóbicas.

Como resultado de la semi-inanición primeramente debida a la reducción de grasas y carbohidratos, ocurren cambios muy extensos, detectados por la anoréxica, como son: amenorrea, sensibilidad al frío, alteraciones de la piel y cabello, lanugo, debilidad, edema. Es sorprendente encontrar un alto porcentaje de dietistas que reportan amenorrea después de reducir el peso en un 17%.

El verdadero síndrome es sorprendentemente uniforme. Son tres las áreas que se pueden reconocer de disturbio del funcionamiento psicológico: 3.1. disturbios en la imagen corporal y en el concepto corporal de proporciones engañosas,

3.2. percepción confusa e inexacta de la interpretación cognositiva de los estímulos que llegan al cuerpo con fracaso para reconocer las necesidades nutricionales como la deficiencia más pronunciada.

3.3. un sentido de ineficiencia paralizante que se extiende a todo el pensamiento y actividad.

3.4. en la anorexia primaria la paciente está identificada con su apariencia esquelética, la mantiene activamente y no ve la anormalidad. Para lograr el reestablecimiento de la anorexia nervosa, es necesario como condición invariable, el tener una imagen corporal realista, aún cuando la paciente gane peso, no puede decirse que se ha logrado la cura de la enfermedad sino se ha corregido la mala percepción de la imagen corporal.

Otro disturbio es el fracaso a experimentar el propio cuerpo, de aquí que las anoréxicas conciben la enfermedad como "algo que me pasó" y no a que ellas mismas han dejado de comer.

2) El síntoma que causa más compasión, preocupación, rabia y frustración en la anoréxica es sin duda que se rehusa a comer, esa abstinencia de alimentos que es reflejada por el nombre "anorexia". Sin embargo, el disturbio es más parecido a una incapacidad de reconocer el hambre que a una pérdida de apetito. La conciencia de hambre y apetito en sentido común parecen estar ausentes y la frase más utilizada por la paciente es "no necesito comer" que parece una expresión muy atinada de lo que siente y experimenta la mayor parte del tiempo.

Esta deficiencia para reconocer las necesidades nutricionales y la no conciencia de hambre son parte esencial de los disturbios de personalidad subyacentes que están íntimamente relacionados con otras deficiencias del desarrollo, como es la incapacidad de reconocer la cantidad de alimento ingerido (Coddington y Bruch, 1970) lo que su-

giere alguna anormalidad en la percepción e interpretación de los estímulos interoceptivos.

Ha habido prolongadas discusiones respecto a si éstos pacientes sufren de una verdadera pérdida de apetito, obstinada rehusa a comer, represión de la sensación de hambre o el fracaso a conducir sus impulsos. Esto involucra mucho más que la restricción dietética, todo el patrón alimenticio, las preferencias de comida y gusto, los hábitos alimenticios y modales están desorganizados, con prácticas bizarras y a veces estrafalarias conforme se desarrolla y persiste la enfermedad.

Es característica la paradoja del rechazo a la comida mientras existe una franca preocupación por la misma. Muchas pacientes desarrollan hábitos alimenticios muy individualistas, bizarros o raros, aunque comúnmente su restricción es de proteínas. Invariablemente come más y más despacio tomándose horas para acabar una comida aún cuando ésta sea poca. Habrá quejas de que se siente "llena" a pesar de que lo consumido sean solo mínimos bocados.

La desorganización nutricional tiene dos fases: -la ausencia o negación del deseo de comida- e -impulsos incontrolables por "atraerse" sin realmente reconocer el hambre, algunas veces seguido de vómito autoinducido.

Las pacientes identificadas en la fase de abstinencia la defienden como una expresión real de su necesidad fisiológica, esto es, le dan valor al no reconocer su hambre. En contraste, experimentan el "atracción" como someterse a cierta compulsión de hacer algo que no querían hacer y esto las aterra por la pérdida de control ante tales exce

sos.

En cerca de un veinticinco por ciento de los casos de anorexia nervosa primaria ocurren episodios de ingestión desmesurada e incontrolable y vómito como síntomas principales, pero el miedo a no ser capaz de controlar la comida a ingerir, parece estar presente en todos los casos. En etapas avanzadas de la emaciación puede darse una verdadera pérdida de apetito como resultado de una severa deficiencia nutricional, similar a la completa carencia de interés en la comida en la última etapa de inanición durante una hambruna.

En la lucha contra la gordura y el miedo a la misma, y en un esfuerzo por remover todo alimento que no se quiere en el cuerpo se recurre al vómito auto-inducido, enemas, uso excesivo de laxantes y a menudo diuréticos que pueden traer como consecuencia serios disturbios en el balance electrolítico.

Aunque esta necesidad de manter un bajo peso corporal se ar gue como un motivo, deben considerarse otros aspectos principalmente los desórdenes en la conciencia cognitiva de las sensaciones corporales.

Otra manifestación característica de la falsa conciencia corporal es la hiperactividad. El vigor por estar activo continúa hasta que la emaciación está muy avanzada. Los sentimientos subjetivos son de no estar cansada y de querer estar haciendo siempre algo, ésto marca un contraste con la fatiga y el evitar cualquier esfuerzo, síntoma característico de un caso de desnutrición. Este sentido de alerta debe también considerarse una expresión de las distorsiones conceptuales

y perceptuales de la conciencia corporal, como también ocurre con el fracaso en el funcionamiento sexual o la ausencia de sensaciones sexuales o pérdida de interés sexual. Aparecen también deficiencias en la identificación de estados emocionales, aún las reacciones depresivas severas pueden permanecer enmascaradas.

3.3) El tercer rasgo sobresaliente es un paralizante sentido de ineficacia, que se extiende a todo el pensamiento y actividad - de las pacientes anorécticas, lo experimentan como que actúan sólo en respuesta a demandas de otros y no porque así lo desean.

Este hondo sentido de ineficacia parece contrastar con el - comportamiento vigoroso y los reportes de un desarrollo temprano normal supuestamente libre de dificultades y/o problemas extraordinarios. Las descripciones de las jóvenes anorécticas incluyen haber tenido una niñez sobresaliente, obedientes, limpias, deseosas de agradar, solícitas para el trabajo de casa, precozmente confiables, buenas estudiantes y haber sido el orgullo y alegría de sus padres; de ellas se esperaban grandes cosas. Después de una niñez de tal obediencia "robótica", la faena que involucra la adolescencia parece insuperable y revela a las jóvenes deficientes en iniciativa y autonomía.

Siempre que hay un examen detallado de los factores que rodean la aparición repentina de la anorexia se encuentra que la urgente necesidad de perder peso es un síntoma protector, expresando el - miedo subyacente de ser incompetente "una nada", de no obtener o merecer respeto. En esta desesperada preocupación, ganan un sentido de - logro proveniente de la manipulación de su alimentación y peso.

4. PSICODINAMIA

Muchas pacientes acuden a atención especializada sólo después de que han padecido el problema por un período considerable y después de que han probado otros tratamientos sin resultados positivos.

Es necesario reconstruir el comportamiento y los problemas de una paciente, los patrones de interacción familiar y las preocupaciones previas a que la enfermedad se haga manifiesta. En la anorexia primaria el punto principal es la lucha por el control, por un sentido de identidad personal, de competencia y de efectividad. Muchas de estas jóvenes han tratado por años de aparecer ante los demás como "perfectas". Las dificultades subyacentes de la personalidad se disfrazan durante la niñez por su comportamiento sobrecomplaciente. Bruch atribuye esto a que la familia, primordialmente la madre, fracasa al transmitir un sentido adecuado de autoeficacia al niño.

El desarrollo normal implica que el niño inicie conductas y respuestas adaptativas a los estímulos externos.

Un desarrollo sano depende del balance de respuestas apropiadas de la madre a los requerimientos del niño y a una estimulación adecuada del ambiente. Bruch sigue explicando que si las señales emitidas por un niño hambriento son atendidas apropiadamente por la madre, el pequeño concebirá al hambre como una sensación diferente. Si la madre responde a las necesidades nutricionales del niño de manera inapropiada: sobre-solicita, rechazante o inhibitoria, el niño no aprenderá a diferenciar el hambre de otras fuentes de malestar corpo-

ral.

Cuando ésto ocurre el niño crece con una carencia para discriminar las sensaciones fisiológicas y sin un sentido de control sobre estas sensaciones. En las anoréxicas ésto suele generar serios - disturbios de la conciencia de hambre que se generalizan a otras funciones yoicas. Este enfoque propone que la niña está privada del sentimiento de autocontrol sobre su vida, se siente inútil, esclavizada y explotada por impulsos internos de crecimiento y oponiendo demandas externas. Asustada y abrumada, se dirige hacia su cuerpo para ejercer control y pretende ganar respeto y un sentido de sí misma alterando su talla corporal.

A través de las observaciones terapéuticas que se han hecho de las familias de anoréxicas, Minuchin y sus colegas (1978) generaron un modelo familiar que postula tres factores que en conjunción - son necesarios para la génesis de una enfermedad psicósomática: 1) - el niño debe ser fisiológicamente vulnerable, 2) puede describirse a la familia como poseedora de cuatro características interactivas: sobreprotectora, rígida, enredosa (complicada) y carente de solución de conflictos; 3) el niño enfermo juega un rol importante en el patrón familiar de evitación del conflicto. Esta evitación suele ser una importante fuente de reforzamiento para los síntomas del niño.

El síndrome de la anorexia nervosa está activado por un número de posibles eventos que trastornen la homeostásis familiar. La jo ven anoréxica siente la tensión dentro del sistema y responde con el-

síntoma que emplea como artefacto desviador de los problemas familiares. Los miembros de la familia unidos por la preocupación refuerzan y perpetúan los síntomas anoréxicos.

5. ANOREXIA NERVOSA ATÍPICA.

Para esta presentación de la enfermedad no existe un patrón-general y complejo como en el síndrome genuino excepto que la pérdida de peso es incidental a otros problemas y a menudo se evalúa como secundaria debido a su efecto coercitivo.

Suele existir el deseo de estar enfermo con el fin de permanecer en una posición dependiente en contraste con la lucha por una identidad independiente como sucede en el grupo primario.

En la anorexia atípica las características de presentación del síndrome primario están ausentes, principalmente la persecución de la delgadez, la falsa negación de la emaciación, hiperactividad, esfuerzo por el perfeccionismo y la constante preocupación por la comida, prácticamente en ningún caso de anorexia atípica hay episodios bulímicos.

La enfermedad es tan seria y los problemas de tratamiento son tan difíciles en los casos atípicos como en la anorexia nervosa primaria: poca cooperación, cambios frecuentes de médico y rompimiento impulsivo del tratamiento. La duración del padecimiento parece ser la misma en ambas.

5. ANOREXIA NERVOSA EN EL HOMBRE.

Aunque se ha prestado poca atención en la literatura moderna, la anorexia puede ocurrir también en los jóvenes, lo que requiere

re una discusión por separado. Si la amenorrea se considera como un síntoma principal, los hombres quedarían inmediatamente eliminados. Definida en términos psicológicos, sin embargo, la condición ocurre, el fracaso en el desarrollo del puer parecería ser paralelo a la amenorrea en las chicas.

Asimismo, se observan ambas formas, el síndrome genuino con su incansable persecución por una delgadez como motivo sobresaliente representado un esfuerzo frenético por establecer un sentido de control e identidad. En la presentación atípica, la alimentación por sí misma está también alterada con varias distorsiones de su significado simbólico.

El comportamiento y los síntomas físicos son similares a aquéllos de las chicas, pero parece ser que los jóvenes responden más rápida y completamente a la terapia.

II . BULMIA.

Un desorden alimenticio que se ha descrito recientemente es la Bulimia, en el cual existe una profunda y angustiante pérdida de control sobre el comer. Los pacientes con este desorden tienen una muy severa perturbación del patrón alimenticio aunque su peso corporal tiende a situarse dentro del rango normal. (Fairburn y Cooper-1984).

La Bulimia se ha definido como un deseo anormal por la comida, que resulta en una ingestión excesiva e incontrolable, seguida de vómito auto-inducido después de los episodios de atracón. La comida que se consume, por lo común es de un alto contenido calórico y alto nivel de carbohidratos. Regularmente el consumo es tan rápido que la persona difícilmente mastica el alimento, se siente demasiado llena y puede presentar dolor abdominal, además de sentirse culpable o bien, temerosa de convertirse en una persona obesa. (Gross 1982). La solución que encuentra el que padece este desorden, es la de descargar el contenido estomacal a través de la boca por medios artificiales, o por la irritación de la faringe con el dedo. En muchos casos, se desarrolla el reflejo de vómito hasta un punto que con sólo presionar el estómago es suficiente para provocarlo. Una vez vacío el estómago, la distensión y dolor abdominal disminuyen permitiendo a la persona continuar comiendo o atracándose.

La Bulimia no es en si misma una enfermedad, más bien constituye un síntoma de problemas subyacentes. Mucha gente bulími

ca muestra gran preocupación acerca de su peso y por lo común está siempre haciendo intentos por controlarlo ya sea con dietas, diuréticos, laxantes o píldoras. Esto explica que tengan frecuentes fluctuaciones de peso ya que alternan períodos de atracón con ayuno. El ayuno no es muy común entre este grupo, pero los largos períodos de éste pueden incrementar el hambre, produciendo otro atracón seguido de la autoinducción del vómito. Usualmente estas personas sienten que sus vidas están empezando a estar dominadas por la comida y que su funcionamiento está siendo reducido a un mínimo. En Estados Unidos se ha observado que muchos estudiantes preuniversitarios se dan cuenta que estos hábitos pueden afectar su aprendizaje y terminan desertando del colegio, su frustración es tal, que puede llevarles a una depresión severa e incluso a un abuso de sustancias, con frecuencia el alcohol y ocasionalmente anfetaminas o barbitúricos.

Este desorden comienza regularmente durante la adolescencia o la adultez temprana, cuando existe un sobre-interés por la apariencia y la atraktividad y es más común en las mujeres. La sintomatología puede continuar por muchos años o cambiar intermitentemente variando entre períodos de ingestión desmesurada con autoinducción del vómito, períodos de ingesta alimenticia normal y períodos de ayuno. Los atracones y el vómito llegan a incrementarse cuando la persona está bajo situaciones tensas tales como un evento traumático o antes de exámenes.

Este desorden alimenticio se convierte en una forma en- que la persona maneja sus tensiones al regresar a sí misma, ésto es, se preocupa consigo misma en lugar de enfrentarse apropiadamente a -- los conflictos y tensiones externas.

Aunque no existe un patrón común para este desorden, - frecuentemente hay una historia familiar de obesidad y la persona bu- límica puede tener mucho miedo de caer en el sobrepeso como alguno de los otros miembros de la familia.

Los resultados lamentables de la bulimia no son solo de aislamiento social y falta de habilidad para concentrarse y funcionar adecuadamente, también hay en potencia severas deficiencias nutricio- nales y físicas o complicaciones médicas como: faringitis, esofagui- tis, gastritis, hernia hiatal, desórdenes electrolíticos, hipokale-- mia, hipotensión, arritmias cardíacas, irregularidades en la mestrua- ción, polidipsia, poliuria, etc.

Los episodios frecuentes de sobrealimentación y vómito en el bulímico pueden llevar a una severa pérdida de peso. Si la - pérdida de peso es mayor al 25% del peso inicial, ocurre el cese de- los períodos menstruales, a esta condición se le considera como una- variante de la Anorexia Nervosa y algunas veces se le llama Bulimia- Nervosa, (término introducido por Russell en 1979), o Bulimarexia.

Para el diagnóstico diferencial de la Bulimia debe con- siderarse primeramente a la Anorexia Nervosa, mientras que en ésta - hay una severa pérdida de peso que puede llevar a un atentado contra

la vida por la malnutrición, en la Bulimia el peso fluctúa pero no en extremo. Debe diferenciarse también de la Esquizofrenia en la cual las ilusiones psicóticas giran alrededor de la comida, en tales casos sin embargo, es claro que la persona tiene ilusiones irracionales y los episodios de ingesta voraz o de no alimentación son el resultado de esas ilusiones.

Existen otras condiciones que pueden parecer similares a la bulimia y serían: la presencia de un tumor cerebral, ataques epilépticos, vómito psicógeno funcional e incluso las etapas tempranas del embarazo en las que hay un apetito voraz y excesivo vómito, donde la causa se hará evidente una vez que se ha confirmado.

La "etiqueta" Bulimia debe utilizarse cuidadosamente, desde luego, (como sus sinónimos; atracarse, hiperorexia o sobrealimentación compulsiva) se refiere a un apetito voraz o al consumo de grandes cantidades de alimento en un corto período. Basados en esta descripción, la bulimia debe considerarse como ya se mencionaba primeramente como un síntoma que puede ser asociado a varias formas de comportamiento patológico y es en este contexto como más se utiliza. Como síndrome, está descrito en el Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM-III), de la APA, 1980, con los siguientes criterios diagnósticos.

- A, Episodios recurrentes de atracones (rápido consumo de grandes cantidades de comida) en un discreto período, regularmente menor de dos horas.
- B. Por lo menos tres de los siguientes:

1. Consumo de alimentos con alto valor calorico, fácilmente ingeridas durante un atracón.
 2. Aparente alimentación durante un atracón.
 3. Terminación de tales episodios alimenticios con dolor abdominal, sueño, interrupción social, o vómito autoinducido.
 4. Intentos repetidos por perder peso con severas dietas restrictivas, vómito autoinducido o el uso de laxantes o diuréticos.
 5. Frecuentes fluctuaciones de peso, mayores a 5 kgs. debidas a la alternancia de atracones y ayunos.
- C. Conciencia de que el patrón alimenticio es anormal y miedo de no ser capaz de parar de comer voluntariamente.
- D. Humor deprimido y sentimientos autodevaluatorios después de un atracón.
- E. Los episodios bulímicos no son debidos a Anorexia Nervosa o a cualquier desorden físico conocido.

III. ANTECEDENTES DE INVESTIGACION

Sobre desórdenes alimenticios la literatura registra múltiples estudios tanto a nivel médico como psicológico, aquí se mencionan algunas investigaciones recientes que tienen relación con el estudio que se lleva a cabo.

Garner y Garfinkel en 1979 validaron el EAT de 40 reactivos, utilizaron dos grupos de pacientes anoréxicas (N= 32 y 33) y el grupo control de mujeres (N= 34 y 59). El propósito de este estudio fue el de desarrollar una escala de medición que fuera útil para evaluar el amplio rango de actitudes y comportamientos encontrados en la anorexia nervosa. Se ha enfatizado en los signos psicofisiológicos característicos de la anorexia nervosa, sin embargo ha habido una relativa ausencia de objetividad en su medición. Slade (1973) desarrolló una escala de 22 puntos en la que medía tres dimensiones del comportamiento: resistencia a comer, métodos para deshacerse de los alimentos y sobreactividad, pero se encontró que los resultados diferían significativamente de los comportamientos medidos y que la muestra fue muy pequeña, además de la limitación de que tan solo medía tres de las dimensiones del comportamiento anoréxico y otros autores han reportado disturbios en la imagen corporal y enteroceptivos, así como síntomas psicobiológicos tales como la amenorrea e irregularidades en el sueño, razón por la que Garner y Garfinkel desarrollaron un instrumento útil para evaluar toda la gama de comportamientos y actitudes encontradas en la anorexia nervosa. La calificación final del EAT estuvo significativamente correlacionada con el criterio de afiliación al-

grupo, sugiriendo un alto nivel de validez de concurrencia.

Meermann en 1983, utilizó tres métodos diferentes para estudiar los desórdenes perceptuales de la imagen corporal en 36 pacientes con anorexia nervosa y 35 alumnas de ballet y gimnasia apareadas por edad, sin desorden alimenticio o enfermedad alguna y que no se desviaban de su peso normal o reportaran variaciones de peso de más de dos kilogramos en los seis meses pasados.

Los métodos de medición incluyeron la distorsión en video del ancho de la cabeza y cuerpo entero del sujeto, donde el sujeto tenía que ajustar la imagen distorsionada, hasta ajustarla a que correspondiera con su talla. 2.- el método modificado del Procedimiento "marque su imagen" descrito por Askevold, donde al sujeto se le pone frente a un pizarrón como si se viera en un espejo y el experimentador se coloca detrás con un antropómetro, tocándole ciertos puntos en el cuerpo e instruyendo al sujeto quien tenía que marcarlos en el pizarrón estimando los puntos en el supuesto espejo. 3.- La escala de medición de la imagen corporal en la versión lápiz-papel del método de Askevold, tomando estimados en dos planos: sagital y frontal.

Los resultados muestran que con el primer método ambos grupos dieron una baja estimación de sus propias dimensiones corporales, pero esto también se ha encontrado en esquizofrénicos y sujetos control normales, lo cual parece deberse a un artefacto del método utilizado. Con las otras dos técnicas se encontró la típica sobrestimación de la imagen corporal de las anoréxicas pero también las gimnastas y bailarinas lo mostraron, y aunque no constituyen una población enferma, la relación más común que se encuentra entre anoréxicas y bailari-

nas son: una selección restrictiva de alimentos, amenorrea, hiperactividad, intentos de control corporal y la distorsión de la imagen corporal.

Mann, Wakeling, Wood, Monck, Dobbs, y Szmukler, en 1983 - interesados en aplicar escalas para adolescentes para obtener medidas apropiadas, llevaron a cabo un estudio de validación de la Prueba de Actitudes del Comer (EAT) y del Cuestionario General de Salud (GHQ), en una población de 262 chicas de 15 años en dos escuelas inglesas, para analizar las actitudes anormales del comer y la morbilidad psiquiátrica. Además de estos instrumentos se realizó una entrevista estructurada de unos treinta minutos donde se obtenía información detallada acerca del peso, la menstruación y otras formas de comportamiento y características de la anorexia nervosa. Los entrevistadores desconocían los resultados del EAT y enseguida de las entrevistas se completaron formatos apropiados y se discutían por cuatro de los autores llegando al consenso de colocar a la entrevistada en una de las cuatro categorías siguientes:

- 1) los que no hace dieta.- sujetos sin preocupación por el peso y que no reportaron intentos de restringir alimentos y/o hacer dieta.
- 2) los que hacen dieta normalmente.- sujetos que reportan el hacer dieta con el fin de controlar su peso y que mantienen la ingesta alimenticia a un nivel razonable. Aunque existe cierta preocupación por el peso y la ingesta alimenticia, el hacer dieta no es una preocupación mayor en su vida y no hay reportes de una abstinencia total.
- 3) síndrome parcial de anorexia nervosa.- sujetos que demuestran una -

gran preocupación por el peso y la ingesta de alimentos. El peso adquiere un significado anormal, hay una pulsión persistente a bajar y lograr un peso extremadamente bajo. El comer se asocia con sentimientos de tensión y culpa. Hay periodos de severa restricción y el deseo de evitar alimentos "engordantes". Marcadas preocupaciones por la talla y apariencia y otras formas de comportamiento tales como ejercicios excesivos o abuso de laxantes con el fin de bajar de peso. Estos sujetos muestran la psicopatología esencial de la anorexia nervosa, sin embargo, el peso se mantenía dentro de los límites normales y la menstruación permanecía aunque fuera irregular.

4) anorexia nervosa.- se encontró la presentación característica de la psicopatología de la anorexia como se describió anteriormente, junto con una marcada pérdida de peso y amenorrea, miedo a subir de peso e identificación positiva con su figura emaciada.

El criterio para considerarse un "caso" era que la entrevistada cubriera la categoría tres o cuatro.

Los autores encontraron sólo nueve "casos" identificados y éstos cayeron en la categoría tres del síndrome parcial; los demás puntajes altos que no fueron casos cayeron dentro del grupo 2 de los que hacen dieta normalmente, lo cual era de esperarse para una población no seleccionada y que confirma que este instrumento (EAT) tiene una sensibilidad y especificidad altas, gran valor para identificar sujetos con riesgo que deban recibir atención.

Al agrupar los puntajes de los dos cuestionario, se encontró que quienes calificaron alto en el EAT dieron una respuesta positiva al 3HQ, lo que indica que en esta población existe cierta rela-

ción de las actitudes anormales del comer con la morbilidad psiquiátrica.

Los autores sugieren que para que el EAT no tenga un bajo valor predictivo no debe ser utilizado como único instrumento, debe aplicarse alguna otra escala, para efectos de comparación de diferentes poblaciones de estudio.

En una muestra de 141 pacientes con anorexia nervosa, - - Vandereycken y Pierloot (1983) realizaron investigaciones comparativas. Dividieron una muestra en tres subgrupos de acuerdo al síntoma predominante y más frecuente: A - las que hacen dieta (65), B - las comedoras compulsivas (21), C - las autoinductoras de vómito y/o - purgas (55). Se encontró un gran número de diferencias significativas entre los subgrupos especialmente con respecto a la edad de las pacientes y duración de la enfermedad, fracasos previos en el tratamiento y consecuencias a largo plazo. Los resultados parecen - apoyar el punto de vista que tienen los autores de que la anorexia nervosa es una enfermedad unitaria de la que se tiene una idea estática y ésta debe ser eliminada y reemplazarse por un modelo dinámico dimensional de acuerdo al cual, en el curso de la enfermedad - pueden ocurrir cambios en la presentación clínica de los pacientes disorécticos.

IV. METODO

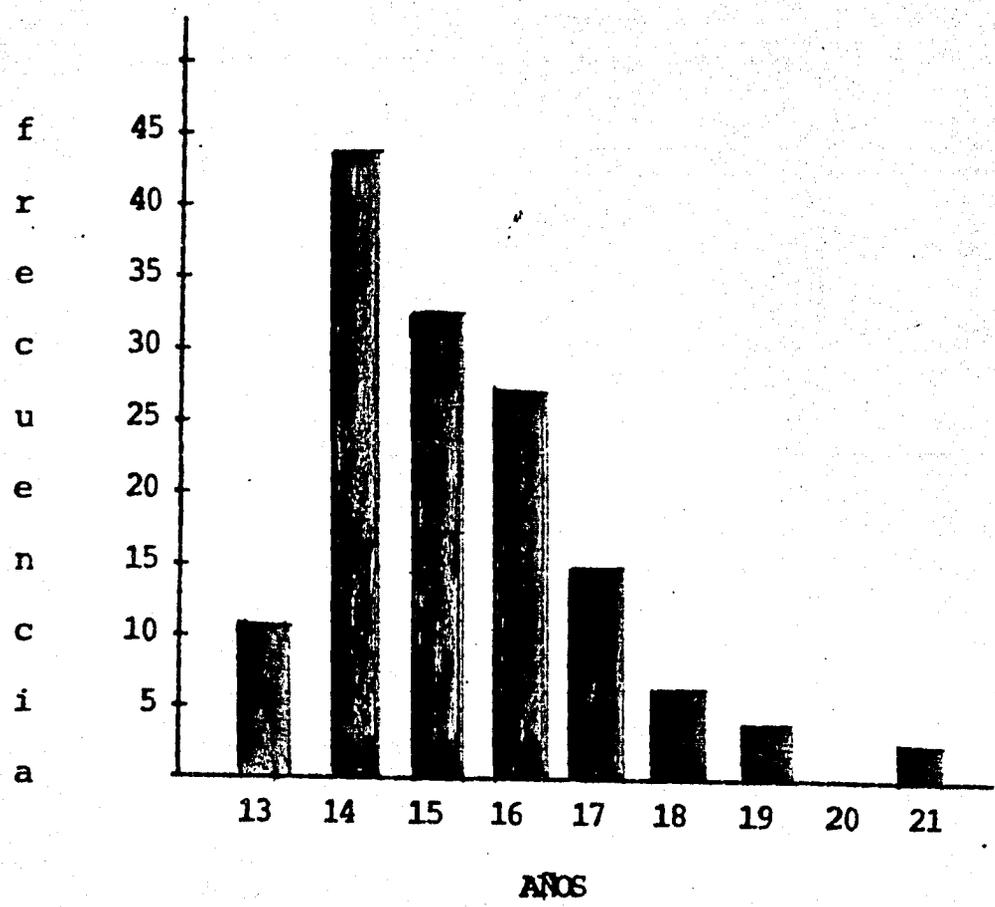
Se trata de un estudio exploratorio cuyo objetivo es explorar los hábitos alimenticios, manejo de la ansiedad, imagen corporal y su relación con una desadaptación más severa.

Sujetos

La población de trabajo consistió en jóvenes estudiantes de la Escuela Nacional de Danza de Bellas Artes, escuela del sector oficial donde la enseñanza se inicia desde el cuarto año de primaria, generalmente la edad modal de ingreso oscila entre los nueve y diez años. La preparación profesional se inicia en este grupo, llamándole a partir del quinto de primaria su correspondiente a primero de profesional y así sucesivamente para que al terminar la preparatoria culmine el octavo año y obtener el grado de bailarín(a) profesional. Si el estudiante desea seguir la carrera de maestro de danza, continúa por un año más. El horario escolar va de las 7:20 a las 19:00 horas y los alumnos toman sus alimentos en el comedor escolar.

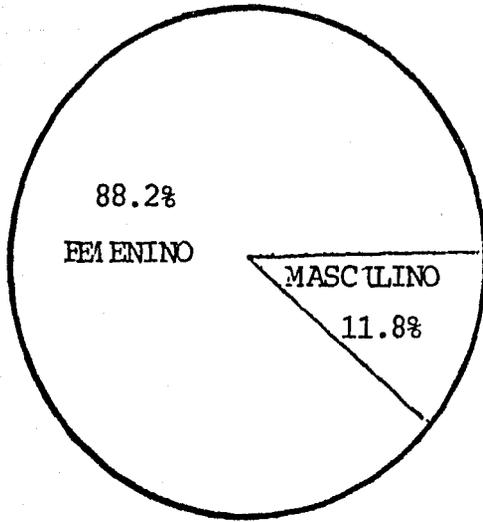
La razón por la que se eligió esta población radica en el hecho de existir el antecedente de que un grupo de psicólogas y nutriólogas de la Escuela acudió al Instituto Nacional de la Nutrición a solicitar orientación al Departamento de Medicina Psicológica de cómo manejar a los estudiantes que llegaban a tener problemas con su peso (sobrepeso) para ayudarles a bajar y revisar sus programas dietéticos. El procedimiento para establecer contacto con la población fué a través de las mismas psicólogas de la Escuela y una vez enteradas del objetivo e interesadas, se logró una cita con la Dirección.

DISTRIBUCION POR EDADES DE LOS SUJETOS

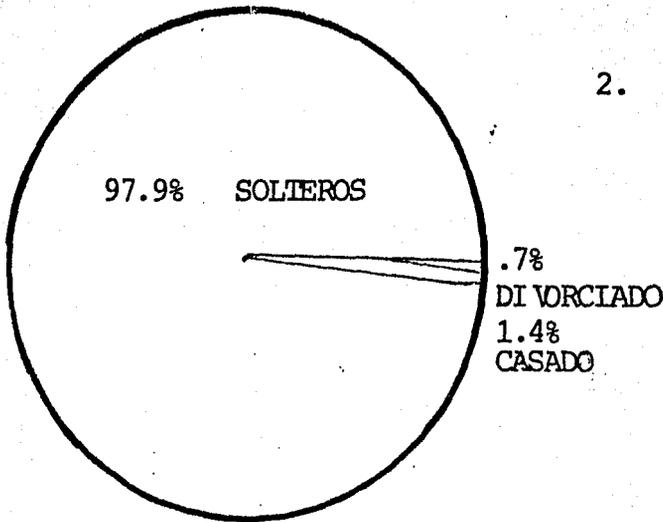


DATOS DEMOGRAFICOS DE LA POBLACION ESTUDIADA

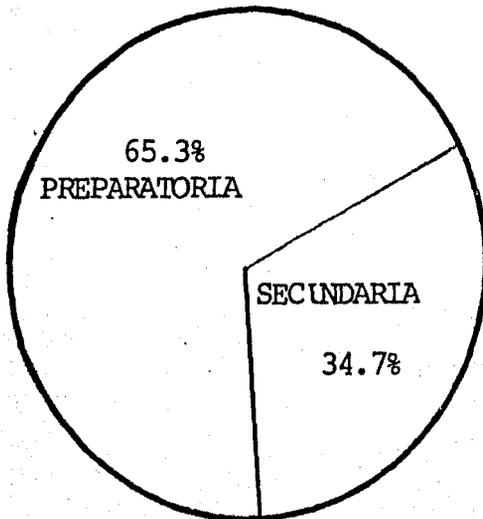
1. SEXO



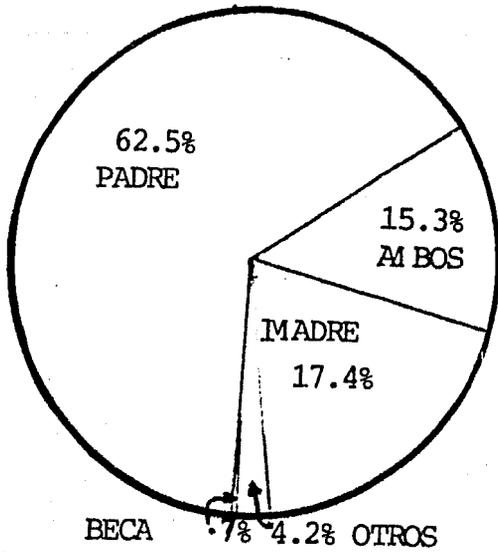
2. ESTADO CIVIL



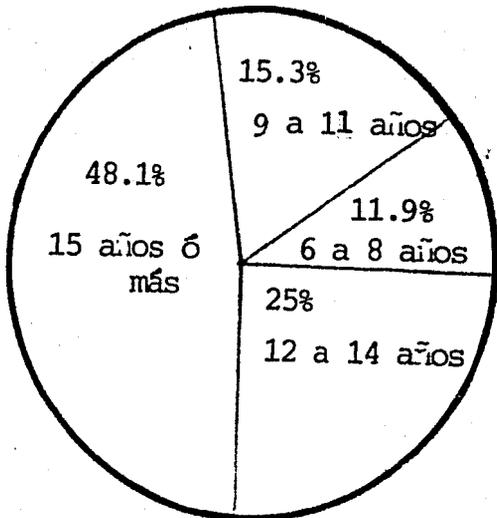
3. ESCOLARIDAD



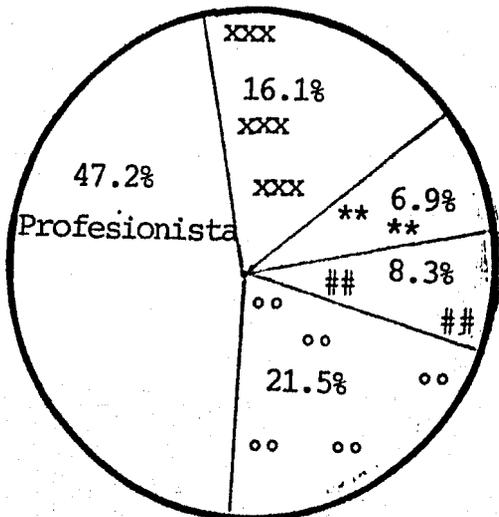
DATOS DEMOGRAFICOS DE QUIEN PROVEE EL INGRESO PRINCIPAL



4. QUIEN PROVEE



5. AÑOS COMPLETOS DE ESTUDIO



6. GRUPO DE OCUPACION

- Profesionistas
- Gerentes-Administradores
- Ventas
- Empleados Oficina
- Otros: artesanos, mecánicos, servicio, etc.

La edad a partir de la cual se solicitó aplicar el cuestionario fueron los 14 años ya que esta edad suele marcar la etapa en que es más común que se instaure la anorexia nervosa. La mayoría de los sujetos tuvo 14 años de edad (ver histograma) y el promedio de edad 15 años y medio. La gráfica 1 muestra la distribución por sexo de la población estudiada, idealmente resultó un mayor número de sujetos de sexo femenino (88.2%) para explorar la incidencia de la anorexia nervosa, ya que ésta es más común en las mujeres. La población masculina representó el 11.8%. La gráfica 2 indica el estado civil de la población resultando: 97.9% solteros, 1.4% casados y registrando un solo caso, el .7% estado civil divorciado.

Se eligieron los grupos a partir del tercer año de secundaria (34.7%) que corresponde simultáneamente al quinto grado de especialización de la carrera de bailarín(a) profesional y demás grupos de los tres años de preparatoria (55.3%) y su equivalente de especialización (ver gráfica 3). El número total de sujetos fué de 144.

Se solicitaron también datos demográficos de quien provee el ingreso principal de la familia de los sujetos. La gráfica 4 muestra la distribución de respuestas dadas para señalar quién es el principal proveedor del ingreso, en el mayor número de casos, el 62.5% es el padre el principal proveedor, seguido del 17.4% cuyo ingreso proviene de la madre, el 15.3% representa el trabajo e ingreso de ambos progenitores. El 4.2% de los casos el ingreso proviene de algún otro familiar cercano o del esposo, sólo un caso, que representa el .7% reportó percibir beca. La gráfica 5 muestra la distribución por años completos de estudio de quien provee el ingreso principal, que junto con la gráfica 6 de grupo de ocupación coincide en porcentajes similares.

Medidas Dependientes

La Prueba de Actitudes del Comer (EAT) que consta de 40 preguntas y que utiliza una escala de Likert de elección forzada de seis

puntos. Esta prueba fué validada en 1979, revelando ser un instrumento predictivo para identificar los casos de anorexia nervosa actuales o incipientes en poblaciones que son de alto riesgo para desarrollar este desorden y que sugiere ser sensible a la remisión clínica.

El otro instrumento utilizado es el cuestionario desarrollado por Blackman (1984) que proviene de la experiencia clínica de trabajo en la Universidad Politécnica de Pomona, Calif., que resulta ser una buena guía para la detección de desórdenes alimenticios (DDA) y presenta varias observaciones clínicas que ayudan al terapeuta a identificar los factores biopsicosociales que han contribuido al establecimiento y perpetuación del comportamiento alimenticio del paciente.

El cuestionario fué traducido y adaptado. En su versión original contempla datos etnológicos, los que se eliminaron para la versión en español.

- Los datos de peso y estatura se solicitan en kilogramos y metros respectivamente.
- Se establece las preguntas referentes a la dieta del sujeto y de los padres, así como se pregunta "hace ejercicio" el sujeto y la familia del mismo.
- Se solicitan datos demográficos de quien provee el ingreso principal en la familia y si el sujeto vive con los padres.
- Se incluyen en la sección que menciona alimentos, algunos típicos del país.
- Se realizaron dos versiones: masculina y femenina con las respectivas figuras del cuerpo promedio, aunque para fines de este estudio no se evalúan.
- El piloteo se llevó a cabo en el Instituto Nacional de la Nutrición y se realizaron los ajustes pertinentes para obtener como resultado la versión final de nueve hojas que incluye los dos instrumentos.

- Existe una variante en la calificación del EAT propuesta por Blackman en la que los puntajes de los reactivos van de 1 a 6, de forma tal, que cuando el sujeto conteste "siempre" se le dará un valor de 1, "muy a menudo" 2, y así sucesivamente para obtener 6 a "nunca". El criterio de inclusión ocurre cuando el sujeto califica con 132 puntos o menos, ya que se ha encontrado que en este punto hay una alta sensibilidad y especificidad.

El DDA utiliza respuestas de elección múltiple sin ser un instrumento escalar, su objetivo primordial es proporcionar un formato estandarizado para recolectar la información relevante en forma de autoreporte con nueve secciones, de las que para conocer su validez de contenido se llevó a cabo una validación por jueces. Inmediatamente después de cada sección, considerada como variable, se encuentra el porcentaje de concurrencia obtenido, al que anticipamos es lo suficientemente válido con un promedio general del acuerdo de jueces del 77.7%.

Variables Dependientes

- satisfacción con la imagen corporal: se refiere al grado o porcentaje subjetivo de satisfacción que la persona estima tener para diferentes partes de su cuerpo. Este dato fué de 100% acuerdo entre jueces independientes.
- ansiedad con respecto a la comida, algunos alimentos a diferentes horas del día: se pide al sujeto que valore en una escala de seis puntos que va desde "extremadamente" a "nada ansioso", la manifestación de su ansiedad. NO es una medida de la ansiedad del momento en que se aplica el cuestionario, sino un estado más permanente, limitado con el concepto de rasgo, (100% acuerdo entre jueces independientes)

- porcentaje de tiempo que se pasa preocupado en el peso: estimación que la persona hace en una escala de 0 a 100% sobre preocupaciones típicas del comportamiento anoréxico. (40% acuerdo entre jueces independientes)
- historia de peso: 100% acuerdo entre jueces independientes.
- episodios de ingestión desmesurada e incontrolable: episodios bulímicos, hábitos alimenticios. (100% acuerdo entre jueces independientes).
- purgas: uso y abuso de laxantes y/o diuréticos o vómito autoinducido. (100% acuerdo entre jueces independientes).
- preocupaciones inter e intra personales: grado de acuerdo o desacuerdo que el sujeto pueda tener con respecto a ciertas afirmaciones que se hacen de su peso e imagen (100% acuerdo entre jueces independientes)
- hábitos dietéticos: reporte de dietas a las que se sujeta y frecuencia. (80% acuerdo entre jueces)
- patrones de ejercicio: 80% acuerdo entre jueces independientes.

Procedimiento

Se habló con las autoridades de dos de las Direcciones escolares de la Escuela Nacional de Danza de Bellas Artes, la Dirección de Danza Clásica y la de Danza Folklórica para presentar el cuestionario y se solicitó la autorización para aplicarlo, exponiendo los motivos por los que se eligió esta población. Una vez obtenida la aprobación, el mismo Director de cada una de las escuelas emitió un

un memorandum para colocarse en el tablero de avisos, en el que se indicaba la fecha, hora y aula en que debía presentarse cada grupo a contestar un cuestionario. La participación del alumno era voluntaria y anónima. Una vez que se encontraba reunido el grupo, el aplicador se presentaba y manifestaba el objetivo del estudio. Se procedía a repartir los cuestionarios, se les pedía que leyeran las instrucciones generales y que contestaran el cuestionario de manera independiente, cuidando dar respuesta a todos los reactivos.

Se les indicaba cuando podían comenzar, el aplicador permanecía en el aula para aclarar dudas que llegaban a surgir durante el proceso de contestación, evitando sistemáticamente la inducción artificial de respuestas específicas.

Conforme terminaban de contestar y entregaban el cuestionario, se les agradecía su colaboración y se les indicaba podían retirarse del aula.

RESULTADOS

Las tablas que se presentan contienen los datos más significativos de las respuestas que dieron los sujetos al cuestionario. Se ha hecho una división de las frecuencias de respuesta del EAT y del DDA y en cada tabla se comparan los reactivos similares de uno y otro instrumento.

La Tabla 1 muestra la imagen corporal hacia la delgadez y/o preocupación por ser gorda. Para los dos primeros reactivos del EAT acerca del miedo y preocupación por ser gorda o tener sobrepeso los porcentajes obtenidos para los sujetos que contestaron siempre tenerle miedo a ser gorda fueron el 32.6%, muy a menudo el 8.3% y quienes a menudo tienen miedo a la gordura varió de un 6.3% a un 15.3% respectivamente. Comparando con el DDA el 20.1% de los sujetos siempre tiene miedo a la gordura, el 11.8% muy a menudo y el 9% a menudo. El estimado en porcentaje de tiempo en que se la pasa preocupado por ser gorda o tener sobrepeso fue: el 25% del tiempo 32.6% de los sujetos el 50% del tiempo el 7.6%, el 75% del tiempo el 16.7% y un 100% lo reportan el 2.8% de la población.

El 29.9% de los sujetos manifiestan siempre tener el deseo constante de ser más delgados, el 6.9% muy a menudo, el 9.7% a menudo.

Se incluye los datos de ansiedad con respecto al cuerpo e imagen, donde el 3.5% de los sujetos se consideran extremadamente ansiosos, el 9.7% muy ansiosos y el 27.1% un tanto ansiosos con

respecto a su cuerpo e imagen.

La Tabla 2, muestra los datos sobre preocupación por la comida. La preocupación con pensamientos acerca de la comida ocurre en un bajo porcentaje de la población estudiada, el 2.1% de los sujetos están siempre preocupados con pensamientos sobre comida, mientras que el 49.3% y 32.6% respectivamente, nunca por medida lo hace.

Enseguida se observa la estimación que el sujeto hace del control que debe guardar cuando hay comida cerca el 10.4% siempre debe autocontrolarse, un 9% muy a menudo y un 10.4% a menudo, esto comparado con el hecho de ingerir alimentos con la sensación que no puede parar de comer: el 6.9% refiere tener este problema al momento de contestar el cuestionario, el 4.2% de la población haberlo tenido, el 45.8% lo ha hecho alguna vez y el 35.4% dice no tener el problema de "atracarse".

La tabla 3 nos muestra las respuestas en porcentaje que dieron los sujetos a la preocupación por lo que debe o no comer. En un 25% de su tiempo están preocupados el 43.1% de los sujetos, en un 50% el 23.6% en un 75% el 5.6% y el 100% de su tiempo están preocupados el 2.1% de la población

El grado de ansiedad con respecto a lo que comen el 1.4% considera extremadamente ansiosos, el 11.1% muy ansiosos, el 18.1% un tanto ansioso, el 31.9% un poco ansioso, el 20.8% muy poco ansioso mientras que el 14.6% nada ansioso con respecto a lo que debe o no comer.

La Tabla 4 muestra los datos sobre Dietas. El 2.1% de la población dice siempre comer alimentos dietéticos, el 2.8% muy a menudo, 31 3.5% a menudo, mientras que el 32.6% lo hace algunas veces. La respuesta afirmativa a la pregunta ¿hace dieta?, ocurre en el 29.2% de los sujetos y el 63.9% no hace dieta. Al reactivo del EAT "me pongo dietas", el .7% dice siempre, el 6.9% muy a menudo y el 4.2% a menudo, siendo el 17.4% de la población que lo hace algunas veces.

Se pregunta a los sujetos si su madre hace dieta, a lo que el 38.2% da respuesta positiva y el 52.1% negativa.

Tabla 5, Patrones de Ejercicio, El 98.6% de la población hace ejercicio, un 23.6% considera que siempre que hace ejercicio "es con el fin de quemar calorías", el 8.3% muy a menudo y el 10.4% a menudo piensa en quemar calorías mientras hace ejercicio.

El 22.2% de la población siempre hace ejercicios extenuantes para quemar calorías el 12.5% muy a menudo y el 10.4% a menudo.

El 70.1% de las familias de la población estudiada hace ejercicio, el 29.9% no.

La estimación del porcentaje de tiempo que los sujetos dieron para la preocupación por estar fuera de forma es: para el 25% del tiempo el 38.2% de los sujetos, para el 50% el 23.6%, el 75% del tiempo el 9.7% y para el 100% del tiempo el 4.2% de los sujetos.

Para el cuestionario EAT se obtuvo la suma de los 40 reactivos, considerando el criterio de significancia de Blackman de 132-puntos o menos para detectar casos de anorexia nervosa, solo dos sujetos figuraron en el criterio de inclusión. Los demás puntajes

obtenidos se dispersan, por lo que bien puede tomarse en consideración la media de calificación del EAT de 163.8 puntos. La gráfica 6 muestra la distribución de puntajes en este cuestionario. El rango se marca por el indicativo de la calificación menor obtenida hasta el criterio de inclusión fijado, lo que resulta en un rango de ocho.

El cuestionario DDA permite dar respuesta abierta a algunas preguntas como en el caso del reactivo: "existe alguna otra razón por la que le preocupe su peso?", a la que el 10.4% de los sujetos contestaron que por su carrera, esto es, la danza.

Las gráficas de estatura y peso contienen la media real e ideal de las respuestas que el 100% de los sujetos dieron a los reactivos: A) estura ___ peso ___ y b) "si usted fuera como su ideal, sería" De esta forma se obtuvo la media de estatura y peso tanto real como "ideal". La decisión de considerar la media y el modo para estas respuestas tiene su origen en la variedad de medidas que se obtuvieron y que a través de observar la media y el modo tienen mejor sentido.

La estatura media real fué de 1.58 m. mientras que la ideal fue de 1.60 m. el modo real fue de 1.60 m. representado por el 10.4% y el dato ideal más repetido para la estatura fué de 1.65 m. que representa el 20.8% de los sujetos.

La media del peso real obtenida fue de 53.8 Kg y para la media de peso ideal fue 53Kg. El modo de peso real fue 47 Kg esto es el 8.3% de la población, mientras que el modo del peso ideal fué 50 Kg. para el 18. 1% de los sujetos.

TABLA I. IMAGEN CORPORAL HACIA LA DELGADEZ Y/O PREOCUPACION POR SER GORDA

EAT		DDA	
("Eating Attitude Test")		(Diagnóstico de Desordenes Alimenticios)	
"Me aterra la idea de ser gorda"		"Miedo a la gordura"	
SIEMPRE	32.6%	SIEMPRE	20.1%
MUY A MENUDO	8.3%	MUY A MENUDO	11.8%
A MENUDO	6.3%	A MENUDO	9 %
"Me preocupa la idea de tener-grasa (gordura) en mi cuerpo"		"Que porcentaje de tiempo se la pasa preocupada por ser gorda-o tener sobrepeso"	
SIEMPRE	32.6%	25% -	32.6%
MUY A MENUDO	8.3%	50% -	7.6%
A MENUDO	15.3%	75% -	16.7%
		100% -	2.8%
"Tengo el deseo constante de ser más delgada"		"Cuanta ansiedad experimenta con respecto a su cuerpo y a su imagen"	
SIEMPRE	29.9%	EXTREMÓ ANSIOSA	3.5%
MUY A MENUDO	6.9%	MUY ANSIOSA	9.7%
A MENUDO	9.7%	UN TANTO ANSIOSA	27.1%
		UN POCO ANSIOSA	27.8%
		MUY POCO ANSIOSA	24.3%
		NADA ANSIOSA	6.3%

TABLA 2. PREOCUPACION POR LA COMIDA

<u>EAT</u>		<u>DDA</u>	
"Me preocupa pensar en comida"		"Estar preocupada con pensamientos sobre comida"	
SIEMPRE	2.1%	SIEMPRE	2.1%
MUY A MENUDO	3.5%	MUY A MENUDO	2.8%
AMENUDO	4.2%	AMENUDO	7.6%
NUNCA	49.3%	NUNCA	32.6%
"Cuando hay comida cerca de mi me autocontrolo"		"Tiene usted el problema de darse atracones sin poder evitarlo"	
SIEMPRE	10.44%	SI, AHORA	6.9%
MUY A MENUDO	9%	ANTES	4.2%
AMENUDO	10.4%	LO HE HECHO	45.8%
		No	35.4%

 TABLA 3. PREOCUPACION POR LA COMIDA

DDA

"Porcentaje de tiempo que se preocupa por lo que debe o no comer:"

25%	43.1%
50%	23.6%
75%	5.6%
100%	2.1%

"Cuanto experimento con respecto a lo que come:"

EXTREMADAMENTE ANSIOSA	1.4%
MUY ANSIOSA	11.1%
UN TANTO ANSIOSA	18.1%
UN POCO ANSIOSA	31.9%
MUY POCO ANSIOSA	20.8%
NADA ANSIOSA	14.6%

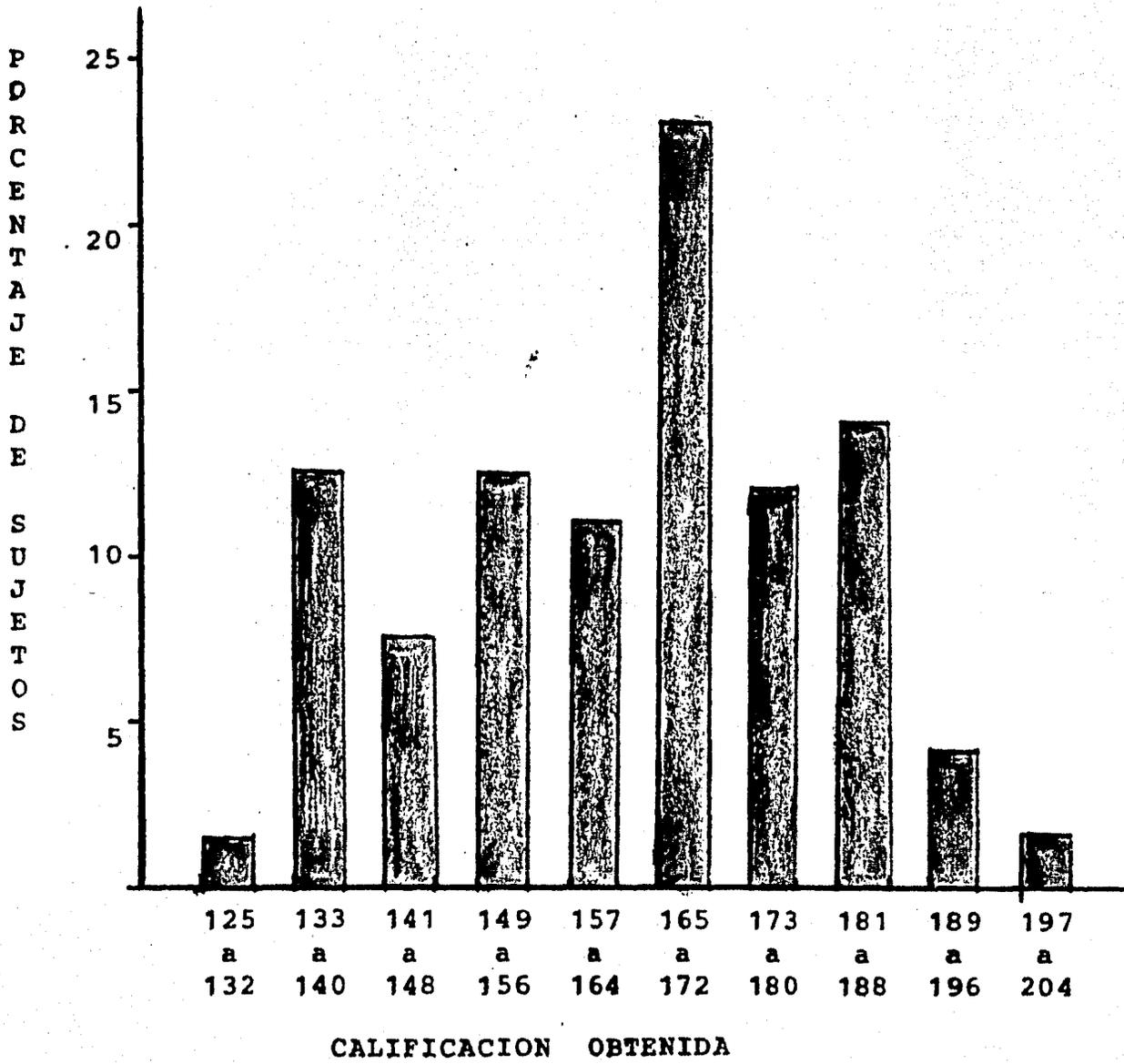
TABLA 4.- DIETAS

<u>EAT</u>		<u>DDA</u>	
"Como alimentos dietéticos"		"¿Hace dieta?"	
SIEMPRE	2.1%	SI	29.2%
MUY A MENUDO	2.8%	NO	63.9%
A MENUDO	3.5%		
A VECES	32.6%		
"Me pongo a dietas"		"¿Hace dieta su madre?"	
SIEMPRE	.7%	SI	38.2%
MUY A MENUDO	6.9%	NO	52.1%
A MENUDO	17.4%		
A VECES	17.4%		

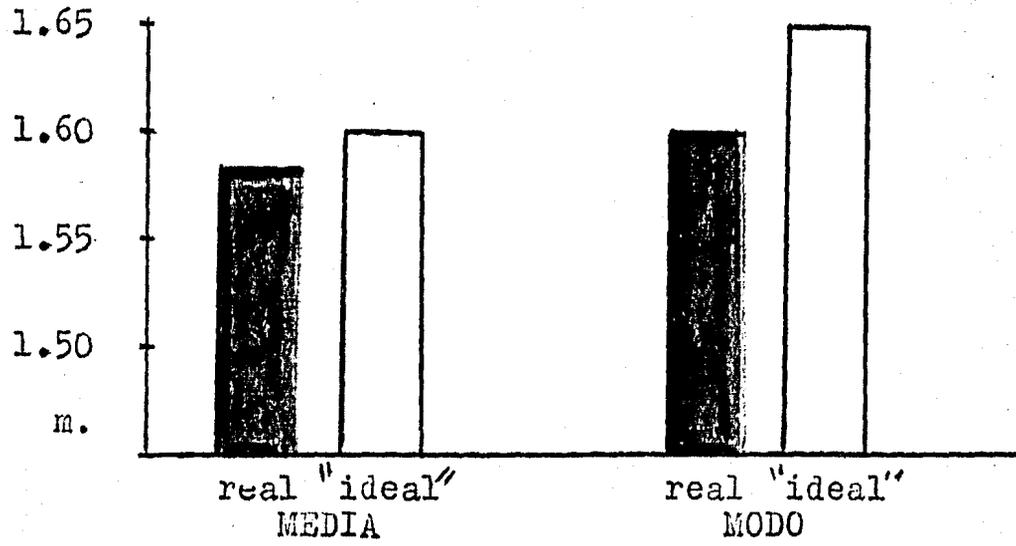
TABLA 5. PATRONES DE EJERCICIO

<u>EAT</u>		<u>DDA</u>	
"Cuando hago ejercicio pienso que estoy quemando calorías"		"¿Hace ejercicio?"	
Siempre	23.6%	SI	98.6%
Muy a menudo	8.3%	NO	1.4%
"Hago ejercicios extenuantes para quemar calorías"		"¿Su familia hace ejercicio?"	
Siempre	22.2%	SI	70.1%
Muy a menudo	12.5%	NO	29.9%
A menudo	10.4%		

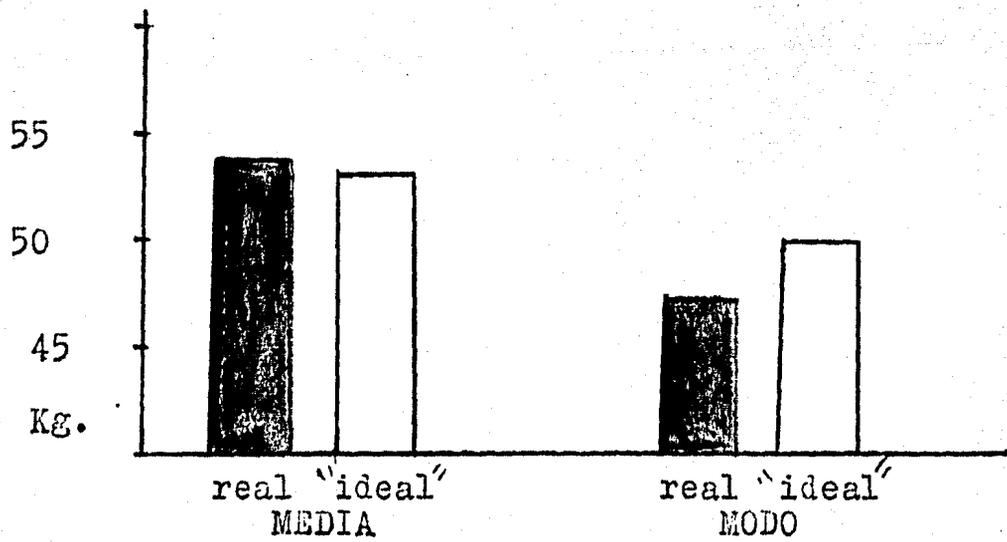
GRAFICA 6
PUNTAJES DEL "EAT"



ESTATURA



PESO



DISCUSION

Los resultados obtenidos en general nos permiten considerar en efecto, a esta población como de muy alto riesgo a padecer un desorden alimenticio tal como la anorexia nervosa, aunque dista de ser una población enferma, (Leermann, 1983). Existen actitudes orientadas a cuidar el peso e imagen, la talla parece permanecer constante, la comparación que puede hacerse a través de las medias obtenidas de peso y estatura real e ideal no tienen diferencias clínicamente significativas, lo que puede observarse es una tendencia o deseo de ser más alto pero conservando un peso adecuado correspondiente a la complejión delgada que es la que debe poseer una bailarina.

Siguiendo el criterio de Mann y cols. (1983), creemos que el mayor número de los sujetos estudiado caería en la categoría 2, de "los que hacen dieta" normalmente, porque aunque existe cierta preocupación por el peso y la ingesta alimenticia, el hacer dieta, el 29.2% de los sujetos, no representa una preocupación mayor en su vida. Al igual que los resultados de dicho estudio, podría pensarse que quienes calificaron en el EAT significativamente solo pueden clasificarse con el síndrome parcial de anorexia nervosa y al identificar claramente a los sujetos que caen en el criterio estadístico, clínicamente tendríamos que descartarlos puesto que en la respuesta abierta justifican el uso de laxantes por receta médica aunque esto solo podría ser la parte de negación de la enfermedad que frecuentemente ocurre en la anorexia nervosa (Slade & Russell, 1973). La pobla

ción estudiada, en general muestra actitudes hacia el comer que no implican grandes preocupaciones ni temores por aumentar su peso, parece que el hacer ejercicio constantemente, (31 98.6% de los sujetos reporta hacerlo), y la actividad física que desarrollan en la escuela no les permite el dejarse a la tarea de engordar.

El riesgo está implícito en la exigencia de mantener su peso al límite inferior marcado en las tablas normativas. Como se trata de una población joven y la educación profesional se inicia desde la edad de nueve años, en el cuarto grado de primaria, los estudiantes se van creando un modelo y están sometidos siempre a la presión de cuidar su imagen corporal, factor que les causa preocupaciones - como las que se han descrito en este estudio.

La anorexia nervosa parece ser una moderna entidad clínica que poco se ha estudiado en nuestro país debido a que la incidencia no es grande, de 1977 a la fecha en el Instituto Nacional de la Nutrición se han registrado 21 casos y en pocas instituciones se atiende - el problema, por lo que resulta difícil conjuntar un número tan grande de pacientes como los que refiere la bibliografía, de tal manera que no pueden realizarse réplicas.

-Al no haberse realizado entrevistas personales, adicionales, queda fuera del alcance del examinador el conocer las inquietudes y preocupaciones que puedan tener los examinados. Sin embargo, - los instrumentos usados parecen incluir en efecto la mayoría de las posibilidades o factores asociados.

-El cuestionario de Blackman (DDA) resulta ser una guía adecuada para recolectar información relevante y determinar el diagnóstico de desórdenes alimenticios en México. Sería un instrumento aún más valioso al utilizarlo como guía de entrevista semi-estructurada, de forma tal que el entrevistador, un clínico experto, "palpe" la ansiedad latente que pueda experimentar quien se somete al interrogatorio e incluso pueda visualizar en qué puntos debe hacerse énfasis al formular el plan terapéutico.

-Al llevarse a cabo la validez de contenido de las secciones que contiene el DDA, los jueces independientes sólo tuvieron el 40% de acuerdo, para la sección "porcentaje de tiempo que se pasa preocupado en el peso" se observó que la mayoría de los jueces transfirió los reactivos de "preocupación" hacia la "ansiedad".

-Dado que las variables del estudio forman parte del instrumento (DDA) sería interesante aplicarlo a una población de pacientes obesos y realizar un estudio comparativo.

-Se pone a disposición del Instituto Nacional de la Nutrición la adaptación y traducción de los instrumentos con fines de utilidad tanto clínica como de investigación, para el diagnóstico de la anorexia nervosa y bulimia.

ANEXOS

PESO Y ESTATURA DE LA POBLACION
FEMENINA

Estatura en m.	Peso en Kg.
1.61	48
1.64	51
1.60	48
1.60	47
1.62	47
1.51	43
1.60	54
1.55	46
1.65	55
1.61	53
1.65	54
1.59	59
1.51	42
1.66	56
1.65	54
1.57	51
1.57	45
1.57	53
1.81	79
1.57	48
1.56	51
1.62	58
1.53	49
1.65	54
1.74	58
1.63	58
1.54	50
1.60	43
1.72	67
1.52	39
1.60	54
1.64	49
1.61	52
1.56	50
1.54	47
1.52	53
1.64	55
1.52	46
1.57	48
1.60	49
1.64	40
1.52	44
1.56	39
1.60	49
1.54	44
1.61	47

PESO Y ESTATURA DE LA POBLACION
FEMENINA

Estatura en m.	Peso en Kg.
1.63	50
1.69	56
1.56	42
1.68	55
1.65	45
1.51	43
1.76	60
1.59	45
1.55	45
1.61	51
1.68	57
1.58	46
1.61	44
1.60	50
1.60	47
1.62	50
1.55	41
1.68	55
1.65	52
1.60	58
1.60	51
1.64	51
1.57	49
1.53	46
1.56	49
1.64	48
1.51	47
1.52	38
1.51	42
1.62	46
1.61	45
1.63	56
1.60	46
1.48	38
1.55	46
1.53	39
1.57	38
1.50	34
1.58	37
1.65	50
1.56	43
1.57	52
1.49	43
1.63	51

PESO Y ESTATURA DE LA POBLACION
FEMENINA

Estatura en m.	Peso en kg.
1.54	46
1.55	49
1.54	45
1.65	47
1.61	48
1.59	53
1.58	40
1.58	50
1.56	44
1.62	47
1.57	48
1.57	40
1.45	34
1.54	42
1.60	50
1.65	50
1.43	39
1.50	42
1.58	46
1.68	60
1.62	47
1.61	51
1.56	44
1.54	42
1.53	53
1.50	42
1.54	40
1.73	54
1.62	47
1.64	65

PESO Y ESTATURA DE LA POBLACION MASCULINA

Estatura en metros	Peso en Kg.
1.78	55
1.76	69
1.76	69
1.76	60
1.70	53
1.70	52
1.73	60
1.60	54
1.45	36
1.70	56
1.58	47
1.55	37
1.63	43
1.65	45
1.55	39
1.67	54
1.62	50

53.	1	.7	.7	73.1
50.	4	1.8	2.0	75.8
55.	1	.7	.7	95.5
57.	1	.7	.7	97.2
67.	2	1.4	1.4	98.0
153.	1	.7	.7	99.5
791.	1	.7	.7	100.0
TOTAL	144	100.0	100.0	

Peso:

Indicadores estadísticos:

MEAN	53.813	STD ERR	5.257	MEDIAN	48.167
MODE	47.000	STD DEV	63.083	VARIANCE	3979.510
KURTOSIS	132.989	SKEWNESS	12.588	RANGE	791.000
MINIMUM	0	MAXIMUM	791.000	SUM	7708.000
S.D.V. PCT	117.222	75 D.V.	80.421	TD	54.209
VALID CASES	144	MISSING CASES	0		

Indicadores estadísticos de la estatura:

MEAN	158.792	STD ERR	1.249	MEDIAN	159.767
MODE	160.000	STD DEV	14.989	VARIANCE	224.684
KURTOSIS	88.961	SKEWNESS	-3.550	RANGE	181.000
MINIMUM	0	MAXIMUM	181.000	SUM	22066.000
S.D.V. PCT	7.440	75 D.V.	100.220	TD	101.201
VALID CASES	144	MISSING CASES	0		

PRUEBA DE ACTITUDES SOBRE EL COMER

DATOS GENERALES:

SEXO: F ___ M ___ EDAD: _____ ESTADO CIVIL: _____ ESTATURA: _____ m. PESO: _____ Kg.

COMPLEXION: DELGADA () MEDIANA () ROBUSTA () ESCOLARIDAD: _____

AÑOS COMPLETOS DE ESTUDIO: _____ OCUPACION: _____

QUIEN PROVEE EL INGRESO PRINCIPAL _____

SU OCUPACION: _____ Y AÑOS COMPLETOS DE ESTUDIO: _____

-----0-----

Marque por favor con una equis (X) el paréntesis de aquella columna de la derecha que se aplique mejor a cada uno de los reactivos numerados. Los resultados de esta encuesta son estrictamente confidenciales. La mayoría de las preguntas se refieren directamente a la comida o al comer, aunque se han incluido otro tipo de preguntas. Por favor conteste cada pregunta cuidadosamente. MUCHAS GRACIAS.

SE MARCAN LAS RESPUESTAS MAS SINTOMATICAS CON UN "X"

	SIEMPRE	MUY A MENUDO	A MENUDO	A VECES	RARA VEZ	NUNCA
1. Me gusta comer acompañada	()	()	()	()	()	(X)
2. Preparo comida para otras personas pero no como lo que yo cocino	(X)	()	()	()	()	()
3. Me aterra la idea de ser gorda	(X)	()	()	()	()	()
4. Me pongo nerviosa o angustiada antes de comer	(X)	()	()	()	()	()
5. Evito comer cuando tengo hambre	(X)	()	()	()	()	()
6. Me preocupa pensar en comida	(X)	()	()	()	()	()
7. Cuando siento que no puedo parar de comer me doy un "atacón"	(X)	()	()	()	()	()
8. Cuando como, corto los alimentos en pedacitos pequeños	(X)	()	()	()	()	()
9. Evito en particular, comer alimentos con un alto contenido de carbohidratos (pan, papas, etc.)	(X)	()	()	()	()	()
10. Conozco la cantidad de calorías de los alimentos que como	(X)	()	()	()	()	()
11. Me siento inflada después de comer	(X)	()	()	()	()	()
12. Creo que hay gente que preferiría que yo comiera más	(X)	()	()	()	()	()
13. Vomito después de comer	(X)	()	()	()	()	()
14. Me siento muy culpable después de comer	(X)	()	()	()	()	()
15. Tengo el deseo constante de ser más delgada	(X)	()	()	()	()	()

A. En términos de su estatura, su peso y su complejión, valore el grado de satisfacción que siente con respecto a su cuerpo.

1	2	3	4	5	6
EXTREMA- DAMENTE IN- SATISFECHA	MUY IN- SATISFE- CHA	UN TANTO INSATIS- FECHA	UN TANTO SATISFE- CHA	MUY SA- TISFECHA	EXTREMADAMENTE SATISFECHA

Por favor use la escala de arriba para valorar su satisfacción con las siguientes partes de su cuerpo, escribiendo el número en la línea correspondiente.

- 1. Cabeza _____
- 2. Hombros y brazos _____
- 3. Pecho o torax _____
- 4. Cadera y trasero _____
- 5. Torso y cintura _____
- 6. Muslos _____
- 7. Rodillas _____
- 8. Pantorrillas y pies _____
- 9. Manos _____

B. Por favor use la siguiente escala de ansiedad para contestar las preguntas que siguen:

1	2	3	4	5	6
EXTREMA- DAMENTE ANSIOSA	MUY ANSIOSA	UN TANTO ANSIOSA	UN POCO ANSIOSA	MUY POCO ANSIOSA	NADA ANSIOSA

10. ¿Cuánta ansiedad experimenta con respecto a su cuerpo y a su imagen? _____

11. ¿Cuánta ansiedad experimenta usted con respecto a lo que come? _____

12. ¿Cuánta ansiedad experimenta cuando come las siguientes comidas y alimentos?

- 13. desayuno _____
- 14. comida _____
- 15. cena _____
- 16. botanas _____
- 17. postres _____
- 18. pan _____
- 19. dulces _____
- 20. carne _____
- 21. verduras. _____

22. Por favor anote la cantidad de ansiedad que usted puede experimentar en relación con diferentes momentos y actividades. (Utilice la misma escala B y responda 22 a-e)

a) En la mañana cuando me visto _____

b) Después de ingerir alguna comida _____

c) En la noche cuando me desvisto _____

d) Antes de alguna ocasión especial _____

e) Otros (especifique por favor) _____

Fa. Si usted se ha dado algún "atacón":

2. ¿Cuándo fué la última vez que tuvo usted este problema? Especifique el número de:

_____ meses _____ semanas _____ días

3. Por favor describa su problema:

	SIEMPRE	FRECUENTEMENTE	ALGUNAS VECES	RARA VEZ	NUNCA
--	---------	----------------	---------------	----------	-------

Comer en gran cantidad _____

Comer con rapidez _____

Sentir que no puede parar, que está fuera de su control _____

4. ¿Qué tan frecuente tiene o tenía este problema de "atracarse" ?

_____ más de una vez al día _____ diariamente _____ por lo menos una vez a la semana
_____ algunas veces al mes _____ una vez al mes o menos

5. ¿Cuánto tiempo le dura o duraba este problema?

_____ menos de una hora _____ una o dos horas _____ más de dos horas

6. ¿Qué alimentos come o comía cuando se daba esos "atracones"?

	ALIMENTOS QUE ME HACEN DAR UN "ATRACON"	ALIMENTOS QUE NO ME HACEN DARME "ATRACON"
--	---	---

Pan / cereal / pastas	_____	_____
queso / yogurt	_____	_____
fruta	_____	_____
carne / pescado / aves / huevos	_____	_____
botanas saladas	_____	_____
chicharrón / antojitos	_____	_____
dulces	_____	_____
vegetales	_____	_____
otros: _____	_____	_____

7. Aproximadamente ¿cuántas calorías consume o consumía durante un período típico de "atacón"? _____ CALORIAS

8. ¿Qué edad tenía cuando comenzó con estos "atracones"? _____ años de edad.

9. ¿Durante cuánto tiempo ha tenido o tuvo este problema? Especifique el número:

_____ años _____ meses _____ semanas

10. ¿Qué tipo de evento, idea o sentimiento le desencadena las ganas de darse un "atacón"?, explique:

PRUEBA DE ACTITUDES SOBRE EL COMER

DATOS GENERALES:

SEXO: F ___ M ___ EDAD: ___ ESTADO CIVIL: _____ ESTATURA: ___ m. PESO: ___ Kg.

COMPLEXION: DELGADA () MEDIANA () ROBUSTA () ESCOLARIDAD: _____

AÑOS COMPLETOS DE ESTUDIO: _____ OCUPACION: _____

QUIEN PROVEE EL INGRESO PRINCIPAL _____

SU OCUPACION: _____ Y AÑOS COMPLETOS DE ESTUDIO: _____

-----0-----

Marque por favor con una equis (X) el paréntesis de aquella columna de la derecha que se aplique mejor a cada uno de los reactivos numerados. Los resultados de esta encuesta son estrictamente confidenciales. La mayoría de las preguntas se refieren directamente a la comida o al comer, aunque se han incluido otro tipo de preguntas. Por favor conteste cada pregunta cuidadosamente. MUCHAS GRACIAS.

SE MARCAN LAS RESPUESTAS MAS SINTOMATICAS CON UN "X"

	SIEMPRE	MUY A MENUDO	A MENUDO	A VECES	RARA VEZ	NUNCA
1. Me gusta comer acompañada	()	()	()	()	()	(X)
2. Preparo comida para otras personas pero no como lo que yo cocino	(X)	()	()	()	()	()
3. Me aterra la idea de ser gorda	(X)	()	()	()	()	()
4. Me pongo nerviosa o angustiada antes de comer	(X)	()	()	()	()	()
5. Evito comer cuando tengo hambre	(X)	()	()	()	()	()
6. Me preocupa pensar en comida	(X)	()	()	()	()	()
7. Cuando siento que no puedo parar de comer me doy un "atacón"	(X)	()	()	()	()	()
8. Cuando como, corto los alimentos en pedacitos pequeños	(X)	()	()	()	()	()
9. Evito en particular, comer alimentos con un alto contenido de carbohidratos (pan, papas, etc.)	(X)	()	()	()	()	()
10. Conozco la cantidad de calorías de los alimentos que como	(X)	()	()	()	()	()
11. Me siento inflada después de comer	(X)	()	()	()	()	()
12. Creo que hay gente que preferiría que yo comiera más	(X)	()	()	()	()	()
13. Vomito después de comer	(X)	()	()	()	()	()
14. Me siento muy culpable después de comer	(X)	()	()	()	()	()
15. Tengo el deseo constante de ser más delgada	(X)	()	()	()	()	()

	SIEMPRE	MUY A MENUDO	A MENUDO	A VECES	RARA VEZ	NUNCA
16. Hago ejercicios extenuantes para quemar calorías	X	()	()	()	()	()
17. Me peso varias veces al día	X	()	()	()	()	()
18. Me gusta usar la ropa ajustada o entallada	()	()	()	()	()	X
19. Me gusta comer carne	()	()	()	()	()	X
20. Me despierto temprano en las mañanas	X	()	()	()	()	()
21. Todos los días como el mismo tipo de comida	X	()	()	()	()	()
22. Cuando hago ejercicio, pienso que estoy quemando calorías	X	()	()	()	()	()
23. Mis periodos menstruales son regulares, uniformes	()	()	()	()	()	X
24. La gente piensa que estoy demasiado delgada	X	()	()	()	()	()
25. Me preocupa la idea de tener grasa (gordura) en mi cuerpo	X	()	()	()	()	()
26. Como más lentamente que otra gente	X	()	()	()	()	()
27. Me gusta comer en restaurantes	X	()	()	()	()	()
28. Tomo laxantes	X	()	()	()	()	()
29. Evito comer alimentos que tienen azúcar	X	()	()	()	()	()
30. Como alimentos dietéticos	X	()	()	()	()	()
31. Siento que la comida controla mi vida	X	()	()	()	()	()
32. Cuando hay comida cerca de mí, me autocontrolo	X	()	()	()	()	()
33. Siento que la gente me presiona para comer más	X	()	()	()	()	()
34. Dedico mucho tiempo a pensar en comida	X	()	()	()	()	()
35. Padezco estreñimiento	X	()	()	()	()	()
36. Me siento incómoda después de haber comido algo dulce.	X	()	()	()	()	()
37. Me pongo dietas	X	()	()	()	()	()
38. Me gusta que mi estómago esté vacío	X	()	()	()	()	()
39. Me gusta probar alimentos que no conozco aunque sean engordantes	()	()	()	()	()	X
40. Siento el impulso de vomitar	()	()	()	()	()	X

A. En términos de su estatura, su peso y su complejión, valore el grado de satisfacción que siente con respecto a su cuerpo.

1	2	3	4	5	6
EXTREMA- DAMENTE IN- SATISFECHA	MUY IN- SATISFE- CHA	UN TANTO INSATIS- FECHA	UN TANTO SATISFE- CHA	MUY SA- TISFECHA	EXTREMADAMENTE SATISFECHA

Por favor use la escala de arriba para valorar su satisfacción con las siguientes partes de su cuerpo, escribiendo el número en la línea correspondiente.

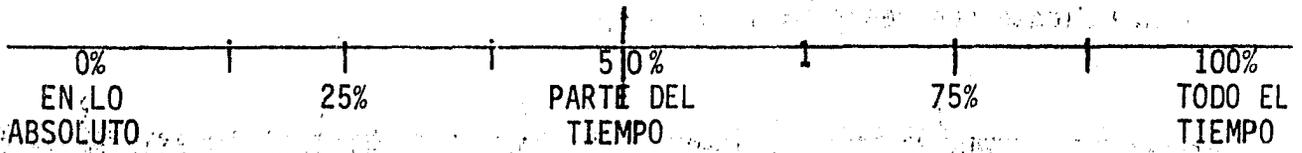
- 1. Cabeza _____
- 2. Hombros y brazos _____
- 3. Pecho o torax _____
- 4. Cadera y trasero _____
- 5. Torso y cintura _____
- 6. Muslos _____
- 7. Rodillas _____
- 8. Pantorrillas y pies _____
- 9. Manos _____

B. Por favor use la siguiente escala de ansiedad para contestar las preguntas que siguen:

1	2	3	4	5	6
EXTREMA- DAMENTE ANSIOSA	MUY ANSIOSA	UN TANTO ANSIOSA	UN POCO ANSIOSA	MUY POCO ANSIOSA	NADA ANSIOSA

- 10. ¿Cuánta ansiedad experimenta con respecto a su cuerpo y a su imagen? _____
- 11. ¿Cuánta ansiedad experimenta usted con respecto a lo que come? _____
- 12. ¿Cuánta ansiedad experimenta cuando come las siguientes comidas y alimentos?
- 13. desayuno _____
- 14. comida _____
- 15. cena _____
- 16. botanas _____
- 17. postres _____
- 18. pan _____
- 19. dulces _____
- 20. carne _____
- 21. verduras. _____
- 22. Por favor anote la cantidad de ansiedad que usted puede experimentar en relación con diferentes momentos y actividades. (Utilice la misma escala B y responda 22 a-e)
- a) En la mañana cuando me visto _____
- b) Después de ingerir alguna comida _____
- c) En la noche cuando me desvisto _____
- d) Antes de alguna ocasión especial _____
- e) Otros (especifique por favor) _____

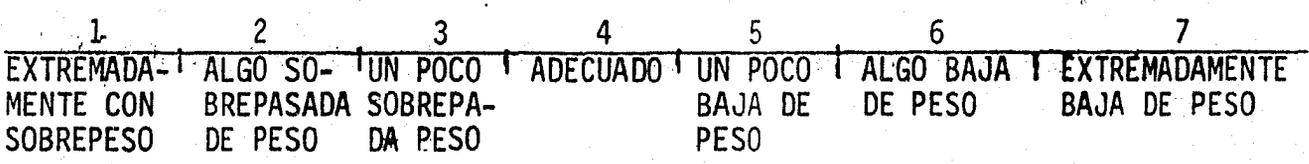
* C. Utilizando la siguiente escala:



Estime en promedio, el porcentaje de tiempo que usted pasa diariamente preocupada sobre los siguientes puntos:

- 23. Ser gorda o tener sobrepeso _____
- 24. Estar fuera de forma _____
- 25. Estar preocupada por lo que debe o no debe comer _____
- 26. Estar preocupada si la ropa que usa la hace verse más gorda o delgada _____

* D. Utilice esta escala para las siguientes preguntas.



- 27. Me considero _____
- 28. Otros me consideran _____
- 29. Según las tablas normales de peso y estatura se me considera _____

D₁. UTILIZANDO esta misma escala, responda las siguientes preguntas. (Deje de contestar las preguntas cuando llegue a la pregunta y respuesta conveniente a su edad actual).

- a) Durante la infancia temprana (1 a 6 años) yo estaba _____
- b) Durante la niñez (7 a 11 años) yo estaba _____
- c) Durante la adolescencia temprana (12 a 17 años) yo estaba _____
- d) Durante la adolescencia tardía (18 a 20 años) yo estaba _____
- e) Durante la edad adulta temprana (21 a 30 años) yo estaba _____
- f) Durante la edad adulta mediana (31 a 40 años) yo estaba _____
- g) Durante la edad adulta tardía (41 a 60 años) yo estaba _____

E. Si usted pudiera ser como su ideal, usted sería:

- 30. Estatura _____
- 31. Peso _____
- 32. Complexión _____ (delgada, mediana robusta)
- 33. ¿Cuánto estima usted que es su porcentaje de grasa corporal? _____

* F. En esta sección se explora el comer gran cantidad de comida con la sensación que no puede parar de comer, "darse atracones"

- 1. ¿Tiene usted el problema de darse atracones sin poder evitarlo?
 _____ Si, ahora _____ antes _____ lo he hecho alguna vez _____ no

Fa. Si usted se ha dado algún "atacón":

2. ¿Cuándo fué la última vez que tuvo usted este problema? Especifique el número de:

_____ meses _____ semanas _____ días

3. Por favor describa su problema:

SIEM PRE	FRECUEN TEMENTE	ALGUNAS VECES	RARA VEZ	NUNCA
-------------	--------------------	------------------	-------------	-------

Comer en gran cantidad _____

Comer con rapidez _____

Sentir que no puede parar, que está fuera de su control _____

4. ¿Qué tan frecuente tiene o tenía este problema de "atracarse" ?

_____ más de una vez al día _____ diariamente _____ por lo menos una vez a la semana _____ algunas veces al mes _____ una vez al mes o menos

5. ¿Cuánto tiempo le dura o duraba este problema?

_____ menos de una hora _____ una o dos horas _____ más de dos horas

6. ¿Qué alimentos come o comía cuando se daba esos "atracones"?

ALIMENTOS QUE ME HACEN DAR- UN "ATRACON"	ALIMENTOS QUE NO ME HACEN DARME "ATRACON"
--	---

Pan / cereal / pastas	_____	_____
queso / yogurt	_____	_____
fruta	_____	_____
carne / pescado / aves / huevos	_____	_____
botanas saladas	_____	_____
chicharrón / antojitos	_____	_____
dulces	_____	_____
vegetales	_____	_____
otros: _____	_____	_____

7. Aproximadamente ¿cuántas calorías consume o consumía durante un período típico de "atacón"? _____ CALORIAS

8. ¿Qué edad tenía cuando comenzó con estos "atracones"? _____ años de edad.

9. ¿Durante cuánto tiempo ha tenido o tuvo este problema? Especifique el número:

_____ años _____ meses _____ semanas

10. ¿Qué tipo de evento, idea o sentimiento le desencadena las ganas de darse un "atacón"?, explique:

11. ¿Cuál de las siguientes opciones explica mejor cómo se siente durante un "atacón"? Marque todas las que le correspondan.

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> (1) calmada | <input type="checkbox"/> (6) atontada | <input type="checkbox"/> (11) liberada |
| <input type="checkbox"/> (2) inútil | <input type="checkbox"/> (7) disgustada | <input type="checkbox"/> (12) culpable |
| <input type="checkbox"/> (3) estimulada | <input type="checkbox"/> (8) con energía (vigorosa) | <input type="checkbox"/> (13) otros, especifi |
| <input type="checkbox"/> (4) emocionada | <input type="checkbox"/> (9) segura | <input type="checkbox"/> que |
| <input type="checkbox"/> (5) enojada | <input type="checkbox"/> (10) con pánico | |

12. ¿Cómo se siente frecuentemente después de un "atacón"? (Antes de vomitar a propósito o purgarse) Marque todas las opciones que le correspondan.

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> (1) calmada | <input type="checkbox"/> (5) disgustada | <input type="checkbox"/> (9) otros, especifique |
| <input type="checkbox"/> (2) inútil | <input type="checkbox"/> (6) vigorosa | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> (3) emocionada | <input type="checkbox"/> (7) con pánico | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> (4) enojada | <input type="checkbox"/> (8) liberada | <input type="checkbox"/> |

* G. PURGARSE

1. ¿Alguna vez se ha provocado el vómito o ha vomitado después de un "atacón"?

sí, ahora antes no

2. Si no lo ha hecho, ¿ha estado usted tentada a hacerlo?

sí, muy tentada sí, algo tentada no

3. Si respondió afirmativamente, ¿cuándo fué la última vez que se provocó el vómito? Especifique el número:

meses semanas días

4. ¿Con qué frecuencia se provoca el vómito?

más de una vez al día algunas veces al mes

diariamente una vez al mes o menos

por lo menos una vez a la semana

5. ¿A qué edad se provocó por primera vez el vómito? A los años de edad.

6. ¿Durante cuánto tiempo ha estado vomitando de esa forma? Especifique el número.

años meses semanas

7. ¿Alguna vez ha utilizado laxantes para controlar su peso o "deshacerse de los alimentos"?

sí, ahora antes no.

8. Si la respuesta es no, ¿ha estado tentada a hacerlo alguna vez?

sí, algo tentada sí, mucho no

9. Si contestó afirmativamente, ¿cuándo fué la última vez que utilizó laxantes para controlar el peso? Especifique el número.

_____ meses _____ semanas _____ días

10. ¿Con qué frecuencia toma laxantes para este propósito?

_____ más de una vez al día _____ algunas veces al mes
 _____ diariamente _____ una vez al mes o menos
 _____ por lo menos una vez a la semana

11. ¿A qué edad tomó por primera vez laxantes para controlar su peso?

_____ años de edad

12. ¿Durante cuánto tiempo ha estado haciendo esto? Especifique el número.

_____ años _____ meses _____ semanas

13. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor la forma en que se siente después de purgarse? (ya sea por medio del vomito o del uso de laxantes) Marque todas las que le correspondan.

_____ calmada	_____ enojada	_____ disgustada
_____ inútil	_____ emocionada	_____ con energía, vigorosa
_____ estimulada	_____ atontada	_____ segura
_____ con pánico	_____ liberada	_____ culpable
_____ otros, especifique _____		

* H. Por favor indique si alguno de los siguientes se aplica a usted:

	SIEMPRE	MUY A MENUDO	A MEDIO	A VECES	RARA VEZ	NUNCA
a) Tener miedo a la gordura	()	()	()	()	()	()
b) Se siente gorda a pesar de que otros dicen que está delgada	()	()	()	()	()	()
c) Estar preocupada con pensamientos sobre comida	()	()	()	()	()	()

¿SIENTE USTED QUE TIENE UN PROBLEMA DE COMIDA QUE INFLUYE SOBRE LO SIGUIENTE?

Su trabajo	()	()	()	()	()	()
Sus actividades diarias	()	()	()	()	()	()
Sus pensamientos	()	()	()	()	()	()
Sus sentimientos sobre si mismo	()	()	()	()	()	()
Sus relaciones personales	()	()	()	()	()	()

Frecuentemente los cuestionarios no permiten explicaciones o surgen ideas que no se contemplaron, por favor siéntase libre de responder abiertamente a lo que usted desee explicar:

* 1. Si usted está preocupada de su peso, por favor utilice la siguiente escala para responder las preguntas 1 a 7.
Por favor marque el número para cada pregunta que mejor describa como se siente usted.

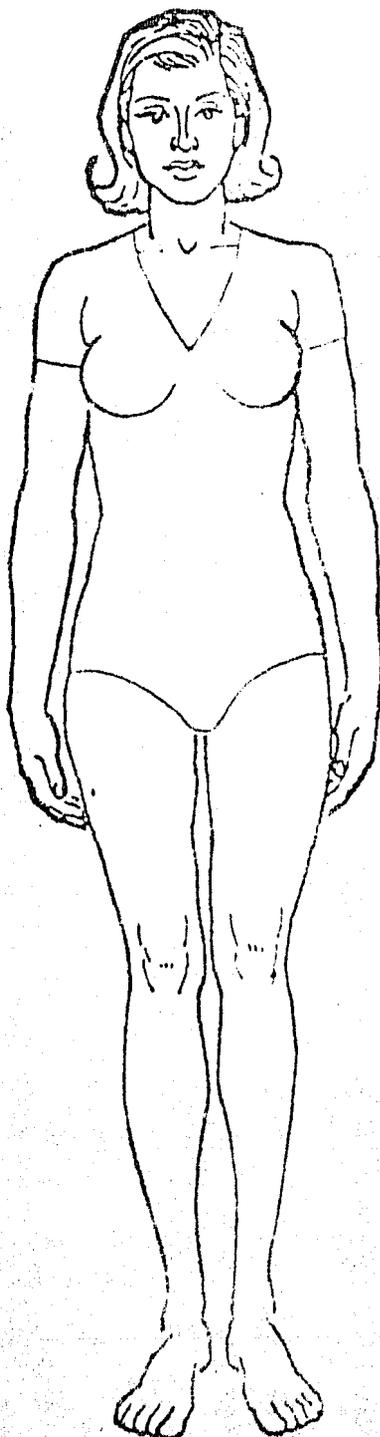
1	2	3	4	5
completamente	algo	neutral	algo	completamente o muy
I ACUERDO I			DESACUERDO I	

1. Estoy preocupada acerca de mi peso en cuanto a si soy o no atractiva para alguien en quien estoy interesada románticamente 1__ 2__ 3__ 4__ 5__
2. Estoy preocupada acerca de mi peso en cuanto a que personas de mi mismo sexo puedan criticar mi peso. 1__ 2__ 3__ 4__ 5__
3. Estoy preocupada acerca de mi peso en cuanto a cómo puedan verme los miembros de mi familia 1__ 2__ 3__ 4__ 5__
4. Estoy preocupada acerca de mi peso en cuanto a cómo me comparo en relación a otras de mi mismo sexo 1__ 2__ 3__ 4__ 5__
5. Estoy preocupada acerca de mi peso en cuanto a cómo me gustaría que se viera mi cuerpo idealmente 1__ 2__ 3__ 4__ 5__
6. Estoy preocupada acerca de mi peso en cuánto a su posible efecto sobre mi salud 1__ 2__ 3__ 4__ 5__
7. Estoy preocupada acerca de mi peso en cuánto a los problemas al comprar y/o vestir ropa 1__ 2__ 3__ 4__ 5__
8. ¿Existe alguna otra razón por la cual le preocupe su peso?
 no si, por favor especifique:

9. ¿Hace usted dieta? si no
10. Si la respuesta es afirmativa, ¿con qué frecuencia? _____
11. Si contestó afirmativamente, ¿qué comidas o alimentos evita? _____

12. ¿Vive usted con sus padres? si no
- 12a. ¿Cuál es (o era) la ocupación de su padre? _____

- 12b. ¿Está su padre empleado actualmente? si no
- 12c. ¿Trabaja su madre fuera de casa? si no
- 12d. Si contestó afirmativamente ¿cuál es su ocupación? _____
13. ¿Hace dieta su madre? si no 14. ¿Con qué frecuencia? _____
15. ¿hace dieta su padre? si no 16. ¿Con qué frecuencia? _____
17. ¿Hace usted ejercicio regularmente? si no
18. Su familia, ¿hace ejercicio regularmente? si no
- J. ESTE ES UN CUERPO FEMENINO PROMEDIO. En líneas punteadas, por favor dibuje una línea sobre la figura que indique cómo ve usted su cuerpo. En seguida, con una línea continua dibuje su cuerpo ideal.



BIBLIOGRAFIA

1. Brownell, K.D., Obesity: Understanding and Treating a Serious Prevalent and Refractory Disorder. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1982, Vol. 50, No. 6, 820-840
2. Bruch, H. Developmental Considerations of Anorexia Nervosa and Obesity. Canadian Journal of Psychiatry, 1981, Vol. 26, Jan.
3. Bruch, H. Anorexia Nervosa, Cap. 32 en Ariety, S. American Handbook of Psychiatry. Vol. IV. Silvano Ariety Editor, New York, 1981.
4. Dally, P. Anorexia Nervosa. New York; Grune & Stratton, 1969.
5. Dally, P., Gómez, J., Obesity and Anorexia Nervosa, a question of shape. Edit. Faber, Londres, 1980.
6. Eissler, K.R. Some Psychiatric Aspects of Anorexia, Demonstrated by a Case Report. Psychoanalytic Rev., 30 (1943) 121-145
7. Fairburn, C.G. & Cooper, P.J. Binge-eating, self-induced vomiting and laxative abuse: a Community Study. Psychological Medicine, 1984, Vol. XIV. 401-410.
8. Garner D.M. & Garfinkel, P.E. The Eating Attitude Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. Psychological Medicine, 1979, Vol. 9, 273-279.
9. Gross, M. Anorexia Nervosa. The Collamore Press, Toronto, 1982.
10. King, A. Primary and Secondary Anorexia Nervosa Syndromes. British Journal of Psychiatry, 109 (1963), 470-479.
11. Mann, A.H., Wakeling, A., Wood, K., Monck, E., Dobbs, R. & Szmukler, G. Screening for abnormal eating attitudes and psychiatric morbidity in an unselected population of 15-year-old schoolgirls. Psychological Medicine, 1983, Vol. 13, No. 3, 573-580.
12. Meerman, R. Experimental Investigation of Disturbances in body Image estimation in Anorexia Nervosa patients, and Ballet and Gymnastics pupils. International Journal of Eating Disorders. Vol. 2 No. 4, 1983. 91-99.
13. Meng, H. Psyche und Hormon. Bern: Huber, 1944.

14. Minuchin, S., Rosman, B.L. & Baker, L. Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in Context, Cambridge: Harvard University Press, 1978.
15. Nicolle, G. "Presychotic Anorexia" Proc. R. Soc. Med., 3 (1938) 1.15.
16. Russell, G.F.M., "Anorexia Nervosa: Its identity as an illness and its treatment" en J.H. Price, ed. Modern Trends in Psychological Medicine, pp. 131-164. Butterworth, Londres, 1970.
17. Slade, P.D. & Russell, G.F. Awareness of body dimension in anorexia nervosa: cross sectional and longitudinal studies. Psychological Medicine, 1973, Vol. 3, 188-199.
18. Theander, S. "Anorexia Nervosa, A Psychiatric Investigation of 94 Female Patients." Acta Psychiatr. Scand. Suppl., 214 (1970)1-194.
19. Ushakov, G.K. "Anorexia Nervosa" en J. G. Howells, ed., Modern Perspective in Adolescent Psychiatry, Oliver & Boyd, Edinburgo, 1971, 274-289.
20. Vandereycken, W. & Pierloot R. The Significance of subclassification in anorexia nervosa: a comparative study of clinical features in 141 patients. Psychological Medicine, 1983, Vol. 13, No. 3, 573-580
21. Walen, S., Hayserman, N.M., Levin, P.J. Clinical Guide to Behavior Therapy. The Williams & Wilkins Co., Baltimores 1977.