



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

CALIDAD DE VIDA EN MUJERES OBESAS Y ANOREXICAS.

204273

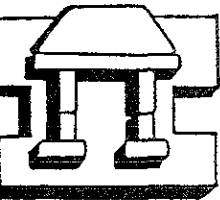
T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

JESUS ENRIQUE CABRERA MENDEZ



ASESORES: LIC. JUANA OLVERA MENDEZ
MTRO. JOSE DE JESUS VARGAS FLORES
LIC. JOSELINA IBAÑEZ REYES



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIAS

A mi madre

Alicia

Valga este logro, como un reflejo de la dedicación y excelente desempeño que realizaste y en todo momento realizas en el difícil papel de ser madre. Sabiendo que no voy a encontrar las palabras precisas para expresar mi infinito agradecimiento, espero algún día llegar a ser el hombre que debía ser, al tener una mamá como tú.

A mi padre

Jesús

En agradecimiento, a ese hombre que ilustra las características, de entrega, cuidado, nobleza y dedicación, en afán de enseñar a toda una familia, la entereza que hay que otorgarle a la vida para ser dignos de vivirla.

A mis hermanos y sus familias

Carmen

Debo admitir, que mis acciones, se basan en el ejemplo y la admiración que siento por ti.

Claudia, Fabricio, Michelle y David

Por todo, lo que encuentro en ti y mis otros tres hermanos.

Adriana

Por la tranquilidad, inteligencia y esa hermosa manera de ver la vida.

Hilda, Hugo y Hugo

Por todos esos sueños e imaginación, que nos hicieron despertar a la vida y ahora deben, impregnarse en ellos.

Antonio

Por ayudarme a conocerme, con tus tremendas capacidades y disfrutar mis experiencias en tu crecimiento.

A Sofía

A ti mi amor y por amor a ti;
por amor a mi vida y por que te quiero en ella.
Por toda esa vida soñada y porque no dejemos de soñar,
soñar siempre, soñar juntos.

Recuerda mi amor, que soñar es fácil,
podemos imaginar cosas hermosas e infinitas.
Podemos trazar en nuestros días, cada una de las horas
que me harán amarte más.
Pero lo que no podemos hacer,
es dejar que el tiempo nos gane
y nos impida vivir, alguna de esas cosas tan lindas,
que un día soñamos juntos.

Te Amo

AGRADECIMIENTOS

A la licenciada Juana Olvera Méndez

Por su dedicación, conocimientos e interés que compartió conmigo, para la realización de este trabajo. Y por permitirme conocer a esa profesionista y persona tan valiosa que es.

Al maestro José de Jesús Vargas Flores

Por su amistad, sencillez, capacidad, experiencia y el enorme apoyo que me otorgó para realizar esta tesis.

A la licenciada Joselina Ibáñez Reyes

Por su interés y valioso apoyo, que hicieron posible el término de este trabajo

Al Colegio Hermann Hesse por su incondicional apoyo, en especial para Alejandro, Vianey y el Ingeniero Vianey Vergara .

RESUMEN

Dentro de la Calidad de Vida de cada individuo, se encuentran englobados una serie de factores relevantes como la historia de salud, hábitos de salud, estrés de vida, salud psicológica, entre otras. Las cuales indiscutiblemente inciden en el problema de la obesidad y la anorexia, como fuentes generadoras, para que se presente o no, el bienestar personal.

En este trabajo se describe una investigación, que se llevó a cabo con una muestra dividida en dos grupos conformados por: 99 anoréxicas y 97 obesas, estudiantes de preparatorias particulares, con un rango de edad de 15 a 21 años. Con la finalidad de comparar la calidad de vida en relación con su salud total, salud reciente, hábitos positivos, hábitos negativos, vigilancia de salud y estado ansioso. Para tal efecto, se utilizó un cuestionario de calidad de vida, constituido por 127 ítems, en dos subescalas, la primera de ellas, evalúa el funcionamiento de la salud, en cinco áreas y la segunda evalúa el funcionamiento psicosocial en cuatro áreas.

Una vez que se recopilaron los datos, se procedió a la captura y análisis de información, para lo cual se utilizó el programa SPSS (paquete estadístico aplicado a las ciencias sociales en su versión para Windows), aplicando el estadístico de frecuencia, correlación y la *t de Student* para muestras independientes. Con un nivel de significación de $\alpha = .05$ con la finalidad de confiabilizar los datos. Se encontró que existen diferencias significativas entre ambos grupos, en las áreas revisadas las cuales son salud total, salud reciente, hábitos positivos, hábitos negativos, vigilancia de salud y solamente no hubo diferencias significativas, en el área relacionada con el estado ansioso.

Por lo cual, se concluye que la calidad de vida en las mujeres anoréxicas es más deficiente que en las obesas, en esta edad, y en ambos casos solo se sugiere atención psicológica.

INDICE

Introducción	1
Capítulo 1 Calidad de Vida	7
1.1 Definición de Calidad de Vida	7
1.2 Características de Calidad de Vida	9
1.3 Medición de Calidad de Vida	12
1.4 Líneas de investigación	14
Capítulo 2 Obesidad	19
2.1 Definición de Obesidad y Clasificación	19
2.2 La Obesidad y sus Implicaciones	23
2.3 Líneas de Investigación	28
2.4 Calidad de Vida y Obesidad	34
Capítulo 3 Anorexia	37
3.1 Antecedentes Históricos	37
3.2 Definición y Características	39
3.3 Etiología de la Anorexia	40
3.4 Diagnóstico de la Anorexia	43
3.5 Líneas de Investigación	46
3.6 Tratamiento de la Anorexia	48
Método	52
Resultados	57
Discusión	70
Conclusiones	78
Bibliografía	84
Anexos	89

La investigación en calidad de vida, emerge alrededor de la década de los sesenta en un contexto social favorable en el que se conjugan distintas necesidades.

De tal manera, se presenta el período de desarrollismo occidental de la posguerra y la toma de conciencia de las consecuencias no deseadas. Se establecen las condiciones para el desarrollo, el crecimiento económico, y el bienestar en general. Lo cual propicia que el interés por el desarrollo se manifieste también en la voluntad y en la esperanza de que los lugares que permanecen aún en situaciones con niveles de vida bajos, alcancen una mejora mediante la industrialización y la modernización.

Para dichos avances existe la necesidad de medir o de reflejar empíricamente el desarrollo. Comenzando con el aspecto económico, el cual puede ser evaluado con éxito, pero no representa una amplia visión del desarrollo, que logre abarcar el amplio espectro de lo social, por lo cual, como complemento a lo material y cuantitativo, empieza a interesar lo cualitativo.

Lo anterior favorece a la capacidad de dar cuenta de los grandes cambios que están ocurriendo en la estructura social, así como de las tendencias que ya apuntan y que configurarán el futuro. Por lo cual se hace necesario cuestionarse sobre los antecedentes y consecuencias de tales cambios para mejorar la capacidad de predicción social, posibilitando con ello un mejor conocimiento para el control social y la configuración del cambio social.

Por este motivo, el estado debe intervenir utilizando instrumentos de conocimiento sobre los ámbitos donde es necesaria una actuación, para enfrentarse con los problemas sociales teniendo plena conciencia sobre el estado actual de la sociedad y de las necesidades sociales. Todo lo anterior hace evidente que este contexto es propicio a la aparición de una corriente de investigación cuyo interés es la información social a través de la medida de los diversos aspectos de la vida social y sus interrelaciones para el reflejo, mejora o cambio de las condiciones sociales.

El intento de reflejar y medir la Calidad de Vida responde a la idea de que, por diversas razones, en formas y grados distintos, la calidad de vida de los individuos es insuficiente, pero puede y debe mejorarse. Lo cual respondería al intento de las personas por satisfacer sus necesidades de la mejor forma posible, creando instituciones y estructuras de relaciones que le sean útiles en su búsqueda de satisfactores. Los hombres experimentan una sensación de bienestar cuando las necesidades que siente, se ven apreciablemente reducidas; tales necesidades son a la vez biológicas y aprendidas, de modo que la cultura influye en su número y contenido (Setién, 1993).

Con base en lo descrito anteriormente, se establece la necesidad de definir la Calidad de Vida, (García, 1997, pág. 113) la define como “un constructo multidimensional subjetivo que se refiere al grado de satisfacción de un individuo, ponderada según la importancia que el sujeto concede a cada una de las áreas o aspectos de la vida (familia, trabajo, pareja, hijos, actividades recreativas, amigos, bienestar físico y económico, entre otras) que determinan su bienestar”

Las medidas de la calidad de vida se han aplicado a distintos ámbitos geográficos; al análisis urbano, regional y a las comparaciones internacionales. También se han medido temas concretos como la calidad de vida respecto del trabajo o a la vivienda; igualmente se ha estudiado la Calidad de Vida de grupos

específicos de población como los enfermos, ancianos y varios tipos de poblaciones más (Setién 1993, Nussbaum 1993).

Como se mencionó existen diferentes ámbitos donde se evalúa la calidad de vida, como puede ser, el ámbito laboral. Según Pierre (1982), el modelo global de la Calidad de Vida en el Trabajo debe tomar en cuenta las variables siguientes: La naturaleza de la tarea, el entorno, las características del individuo, los elementos espaciotemporales y principalmente la satisfacción frente a la vida en general. Estableciendo de esta manera que una vez detectadas las necesidades del individuo en ese ámbito, se intervenga, ya que si no se siente satisfecho con su trabajo lo cambiará o modificará la estimación que tiene hacia el mismo. El efecto de dicha evaluación según el caso podría consistir en modificar el entorno de trabajo por ejemplo, por medio de la reestructuración cognitiva, de esta manera el trabajador puede modificar la percepción que tiene de sí mismo o de la situación.

Otra manera de evaluar la Calidad de Vida como ya se estableció, es a través de una población específica como lo hicieron Sirgo, Díaz, García, Guevara, López, López, Alija, Pérez, (2000) quienes evaluaron la evolución de los niveles de Calidad de Vida en un grupo de pacientes con cáncer de pulmón, utilizando dos pruebas; de las cuales, la primera evaluaba la Calidad de Vida específicamente en el contexto de los pacientes oncológicos, y la segunda que proporciona evaluación de Calidad de Vida en diferentes áreas: funcionamiento cognitivo, emocional, físico, social y un índice global de la Calidad de Vida. Los cuestionarios fueron aplicados en las tres primeras fases de la quimioterapia, de tal manera los resultados no mostraron diferencias estadísticamente significativas en los niveles de calidad de vida durante la administración de los ciclos de quimioterapia, excepto para un deterioro en el funcionamiento social, lo cual define la importancia de la evaluación de la Calidad de Vida, en todas las áreas incluidas en los pacientes con cáncer de pulmón, con el objetivo de ofrecerles una mejor asistencia integral, dentro del marco hospitalario y como ejemplo de lo que debe ser el trabajo en

equipo y conjunto de diferentes profesionales implicados en el cuidado del enfermo oncológico.

Una población susceptible para evaluar la calidad de vida, es la de los individuos que presentan obesidad, donde se encuentran englobados una serie de factores relevantes como el sedentarismo, los hábitos alimenticios entre otras cosas que conducen a que la persona presente dicho problema, el cual esta vinculado con una serie de patologías como lo es la diabetes mellitus, hipertensión, enfermedades coronarias, por citar sólo algunas que derivan en la reducción de las expectativas de vida (Lisberg, 1991).

De tal manera, encontramos que la obesidad es un complejo síndrome en el que están involucrados factores genéticos, metabólicos, neurales, socioeconómicos y psicológicos, entre otros, ha sido investigada exhaustivamente y aún son escasos los conocimientos acerca de su origen. Ante ello se ha especulado múltiples causas y mecanismos como generadores de la misma; un mecanismo basal disminuido, una mayor absorción y utilización de los alimentos, un trastorno hereditario que hace que las células adiposas acumulen mayor cantidad de grasa o por la lentitud de las células adiposas para movilizarse de los depósitos cuando los tejidos requieren calorías, sin embargo, la teoría más aceptada es la existencia de la ruptura entre el equilibrio energético del balance ingreso - gasto derivando en una acumulación excesiva de tejido adiposo que se manifiesta en un aumento de peso corporal debido a que el organismo ingiere más alimento de lo que necesita para cubrir sus requerimientos de energía almacenando el resto en forma de grasa (Saldaña 1988; González 1992)

Davidson (1981), afirma que junto a estos elementos hemos de considerar una serie de factores psicológicos (la ansiedad, el estrés y la depresión), que deben ser valorados debido a que pueden por si mismos desencadenar y mantener en algunos casos el mecanismo de la obesidad.

Entre los efectos psicológicos más relevantes relacionados, con dicho padecimiento, se encuentran las reacciones psicosomáticas, encaminadas precisamente a evitar la obesidad, debido a que en nuestra sociedad el concepto moderno de la belleza es la figura esbelta a partir de que los medios publicitarios, envían mensajes contradictorios sobre la alimentación y el peso. Provocando que se presenten las distorsiones sociales sobre las dietas y la salud, en relación con la ingesta de alimentos, evitando que se formen buenos hábitos alimenticios y agudizando cada vez más, los riesgos de desarrollar un grave trastorno alimentario. Favoreciendo a que se establezcan las condiciones para que se presente la sobrealimentación o en la subalimentación, que es cuando se presenta la anorexia (Poch, 1995).

Dicho autor menciona que la anorexia es un trastorno caracterizado por la presencia de una pérdida deliberada de peso, inducida y mantenida por el mismo enfermo, donde se presenta una inanición voluntaria perdiendo del 15 % en adelante del peso total del cuerpo, lo que en algunos casos puede llevar a la muerte.

Una vez definida la factibilidad de evaluar la calidad de vida, con la intención primordial de establecer las condiciones de bienestar en las personas, se dirige este estudio a personas obesas ya que representan un sector muy amplio de la población en general, presentando un cuadro sintomático definido en el orden de lo fisiológico, anatómico, y psicosomático; lo cual repercute es su bienestar personal. De igual manera se encuentra la anorexia, presentándose como un severo trastorno alimenticio, que responde a la negación de caer en la obesidad. Por tal motivo se plantea este estudio en razón de prevenir e intervenir en las diferentes situaciones que se presentan a causa de dichas circunstancias.

De tal manera, se plantean los siguientes objetivos.

Objetivo General: Comparar la Calidad de Vida en mujeres que presentan obesidad y anorexia.

Objetivo Específico: Evaluar la Calidad de Vida en mujeres obesas, de 15 a 25 años.

Objetivo Específico: Evaluar la Calidad de Vida en mujeres anoréxicas, de 15 a 25 años.

En función de cubrir dichos objetivos, se divide este trabajo en tres capítulos, que se describen a continuación.

En el primer capítulo, se aborda el tema de Calidad de Vida, presentando la definición, las características, las forma de medirla, y algunas investigaciones realizadas en ese tenor.

En el segundo capítulo, se presenta la definición de obesidad, así como, su clasificación, algunas investigaciones realizadas al respecto, su incidencia en la calidad de vida y sus implicaciones físicas y psicológicas.

En el tercer capítulo, se define a la anorexia, presentando sus antecedentes históricos, la etiología, sus características, el diagnóstico, algunas investigaciones realizadas en torno a este padecimiento y finalmente se propone un tratamiento.

A continuación, se presentan los resultados obtenidos mediante la aplicación de un instrumento de calidad de vida, a mujeres que presentan obesidad y anorexia, y finalmente se presentan las conclusiones pertinentes para la investigación.

CAPITULO 1

CALIDAD DE VIDA.

El tema de la Calidad de Vida ocupa hoy uno de los centros de interés y reflexión para muchas áreas del saber: historia, psicología, medicina, sociología; el sector público y fundamentalmente en el ámbito de la prevención y planificación. De este modo, su objeto de ser consiste en mejorar de manera multidimensional la integridad del individuo y otorgar así calidad de vida y no solo cantidad de vida.

Al respecto Setién, (1993) plantea que la noción misma de Calidad de Vida es controvertida y no se dispone aún de una definición comúnmente aceptada. Tal vez debido a la dificultad del concepto a medir, sólo muy recientemente se ha comenzado a aplicar el análisis sociológico a la conceptualización, medida y valoración de la Calidad de Vida.

1.1 Definición de Calidad de Vida

El origen de la expresión “Calidad de Vida” proviene de un fenómeno social donde la conciencia de las consecuencias no deseadas provocadas por el desarrollo económico y la industrialización incontrolada, han contribuido a poner de moda este concepto (Setién, 1993).

En el intento por encontrar una definición, han surgido diversos postulados; Nussbaum(1993), propone que el concepto se refiere al sentido de bienestar que percibe una persona derivado de su experiencia ante la vida.

Lewis (Citado en; Alvaradejo, 1996) considera la Calidad de Vida como el grado en que el individuo posee autoestima, un propósito en la vida y un mínimo de ansiedad. De tal manera Setién, (1993) considera que es el grado en que un individuo percibe que su vida es buena y satisfactoria, que goza de bienestar físico y material así como de buenas relaciones interpersonales; además de participar en actividades sociales alcanzando un desarrollo óptimo a nivel personal.

Secchi, (1996) analiza el concepto de Calidad de Vida como un fenómeno transcultural y subjetivo; sostiene que no hay “poca” ni “muchas” calidad, sino sencillamente se tiene o no; la vida tiene calidad cuando se vive con vida. La transculturación es el elemento que nos permite generalizar al concepto, ya que aún dentro de una misma cultura y también dentro de un mismo nivel económico, cada individuo tiene su medida de Calidad de Vida.

Para su estudio, diversos especialistas y diferentes disciplinas han hecho aportaciones tanto en el terreno del entorno físico y biológico, de producción, de síntomas y signos de bienestar - malestar, como en necesidades humanas y satisfacción. Igualmente se ha pretendido hacer uso del concepto con el fin de mejorar el bienestar social e individual a través de la intervención estatal, logrando cubrir las necesidades humana. Con estos elementos podemos decir que se trata de un concepto multidimensional (Setién, 1993).

Palomar, (1995) ha considerado que la Calidad de Vida es el nivel de satisfacción que informa un individuo de acuerdo a la importancia que concede a cada una de las áreas que conforman su vida.

El concepto de Calidad de Vida ha evolucionado desde los indicadores materiales y objetivos, hacia los indicadores de satisfacción, con medidas psicosociales subjetivas.

La perspectiva psicológica aporta una visión donde el hombre experimenta una sensación de bienestar cuando las necesidades que siente, se ven reducidas; dichas necesidades pueden ser biológicas y aprendidas, por lo que cada cultura influye en su número y contenido. Freud, Maslow y Murray aportan las teorías en las que se basa esta concepción (Setién, 1993).

Gonzales (1995), menciona que el concepto se refiere a la preocupación por la salud e higiene públicas, extendiéndose a los derechos humanos, laborales y

cuidados, tomando en cuenta los bienes económicos y la preocupación por la experiencia del individuo en su vida social, de su actividad cotidiana y de su propia salud. Sin embargo, no siempre el sufrimiento o la felicidad están determinadas por las circunstancias materiales; podemos encontrar a la infelicidad y la enfermedad psíquica bajo condiciones favorables de bienes materiales.

La definición adoptada por las naciones unidas sobre Calidad de Vida como medida de bienestar físico, mental y social tal como la percibe cada individuo y cada grupo; comprende un estado satisfactorio en nueve factores que la componen: salud, alimentación, educación, trabajo, vivienda, vestido, recreación, seguridad social y derechos humanos.

Con base en lo descrito anteriormente, se establece que la definición de Calidad de Vida que engloba y describe las características de la misma de manera amplia y concisa es la de García, (1997) la cual se determina la base conceptual para este trabajo, y versa lo siguiente: “La Calidad de Vida es un constructo multidimensional subjetivo que se refiere al grado de satisfacción de un individuo, ponderada según la importancia que el sujeto concede a cada una de las áreas o aspectos de la vida (familia, trabajo, pareja, hijos, actividades recreativas, amigos, bienestar físico y económico, entre otras) que determinan su bienestar”.

Por consiguiente, se hace necesario definir las características de la Calidad de Vida, para poder elucidar los factores que enmarcan la manera en que se desarrolla y se mantiene dicho bienestar.

1.2 Características de Calidad de Vida

Setién, (1993) menciona que en el campo de la salud, las metas de más alto grado de calidad estarían representadas por una vida lo más larga posible y en el mejor estado de salud Y que ello, esté distribuido equitativamente entre los individuos y grupos que forman la comunidad. La orientación hacia la salud se da con el bienestar físico, mental y social. Existen practicas de conductas insanas como

el beber alcohol en exceso o fumar, y sin embargo, son aspectos aceptados por la sociedad; se ha observado que existe una relación entre un mejor estado de salud y el no fumar, hacer ejercicio, consumir moderadamente alcohol, tener un peso adecuado, descansar de 7 a 8 horas diarias por la noche y llevar una buena alimentación.

Dichas peculiaridades en el estudio y la aplicación en la Calidad de Vida, exige establecer lineamientos metódicos, que delimiten las competencias multidimensionales a nivel de categorías. En ese sentido, San Martín y Pastor (1990), la divide en cinco áreas básicas.

1. Capacidad funcional para desarrollar actividades diarias, capacidad para desempeñar el puesto de trabajo y la participación en actividades recreativa.
2. Funciones sociales relación con los amigos, la familia y la comunidad.
3. Funciones intelectuales, capacidad de atención, memoria y habilidad para tomar decisiones.
4. Estado emocional bienestar general incluyendo evaluación del nivel de ansiedad, depresión, sentimiento de falta, temor y cólera.
5. Situación económica, en función de mantener su nivel de vida en caso de perder la seguridad de solvencia.

Existen factores que influyen en la Calidad de Vida, estos pueden ser: genética, una familia o un contexto disfuncional (Sumay, 1996). También las emociones juegan un papel importante, sirviendo como punto de interacción continua entre las personas y su entorno físico y social (Poch, 1995).

Fernández, (1994) trata la relación que existe entre las emociones y la salud; el principal problema para desarrollar esta idea reside en el gran contraste entre lo tangible y concreto de un diagnóstico médico, y lo subjetivo y cambiante de las emociones humanas. La vía de acción más conocida de las emociones sobre la

salud, es el estrés. Cuando este se torna crónico, aumenta la vulnerabilidad de manera inespecífica, ante las enfermedades. Con respecto a esta respuesta se ha descubierto que los mecanismos neuroendócrinos se ponen en funcionamiento ante diversos tipos de agresiones y amenazas para el individuo, tanto físicas, como psicológicas. Algunas emociones también se han relacionado con cefaleas, el asma y la diabetes.

Font, (1994) encontró que lo más relacionado con reducción de la Calidad de Vida en los pacientes con cáncer, no son los síntomas de la enfermedad o el dolor, ni las incapacidades funcionales sino aspectos psicológicos como el miedo, la ansiedad, depresión e insatisfacción con el propio aspecto. Pacientes con estado de salud similar pueden presentar importantes diferencias, de acuerdo a las estrategias que utilicen para enfrentarse a los problemas de salud (conductas, pensamientos y reacciones emocionales). Las expectativas elevadas de que la enfermedad pueda curarse correlaciona negativamente con la ansiedad, depresión y valoración negativa del día; los pacientes con Calidad de Vida deficiente (aquellos que valoran el día como más negativo) mostraron tener un locus de control interno.

De tal manera, dicho autor sostiene que el estudio científico de la Calidad de Vida en el ámbito de la salud es importante porque permite:

- Conocer el impacto de la enfermedad y/o el tratamiento a un nivel relevante diferente y complementario al nivel biológico - fisiológico.
- Conocer los efectos secundarios de los tratamientos.
- Profundizar en el conocimiento del enfermo y su adaptación a la enfermedad.
- Evaluar mejor las terapias paliativas.
- Eliminar los resultados nulos de algunos ensayos clínicos, facilitando la comparación de terapias alternativa.
- Facilitar la rehabilitación de los pacientes.

De acuerdo a lo anterior se puede decir que las emociones negativas constituyen un riesgo para la salud, los estados emocionales crónicos afectan a los hábitos de salud, los episodios emocionales agudos pueden agravar ciertas enfermedades y las emociones pueden distorsionar la conducta de los enfermos (Fernández, 1994). Se han creado pruebas que miden el estrés psicológico por el impacto de la enfermedad, tomando en cuenta, principalmente las áreas del funcionamiento físico, psicológico, social, relaciones sexuales, días de discapacidad y sentimientos acerca de la salud (Secchi, 1996).

Lo cual nos indica que la complejidad de la Calidad de Vida, no puede medirse directamente, ya que es un concepto multidimensional que admite perspectivas muy diversas, donde la importancia de cada dimensión ha de ser expresada y por tanto es necesario encontrar conceptos operativos para facilitar las medidas de la misma (Setién, 1993).

1.3 Medición de Calidad de Vida.

La medición de la Calidad de Vida es una medida que muestra el grado en que el individuo satisface sus necesidades (físicas, sociales, psicológicas; es decir de manera integral, sean materiales o no materiales). El óptimo de Calidad de Vida coincide con las metas del desarrollo personal. Los indicadores sociales son un conjunto de indicadores integrado dentro de un marco de referencia coherente que permite la medida de los componentes de la Calidad de Vida. Partiendo de la teoría de las necesidades jerárquicas de Maslow, se han seleccionado once áreas o componentes de Calidad de Vida, estos son: la salud, bienes materiales, trabajo, vivienda, seguridad, educación, familia, entorno social, tiempo libre, religión y política (participación, libertad, prestigio e identidad comunitaria) (Setién, 1993).

Nussbaum, (1993) señala la existencia de tres comportamientos fundamentales dentro del campo de la Calidad de Vida. El primero es la función

física que comprende la discapacidad, ocupación manejo del hogar, sueño, nutrición, sexo y entretenimientos. La segunda función es social; familia, vida social y dependencia. Y por último una tercer función: la emocional, que comprende aislamiento, la depresión y la ansiedad.

Brock, (1993) menciona que la mayor dificultad, en el desarrollo de medidas de Calidad de Vida estandarizadas, es la ausencia de una definición universal; es por esto que para su medición, la Calidad de Vida se ha dividido en subjetiva y en objetiva.

La perspectiva objetiva depende de lo que puede ser observable desde el exterior. En pacientes enfermos existen algunos aspectos importantes que no pueden ser visibles, por lo que se reporta como Calidad de Vida, en el sentido de bienestar, alegría y satisfacción hacia la vida, es decir, de manera subjetiva Baker y Curbow (citados en; Alvaradejo, 1996).

A continuación se presentan los rubros que Font, (1994) considera que debe contemplar un instrumento para medir la Calidad de Vida en pacientes con enfermedades crónicas.

1. Medir Calidad de Vida en relación con la salud.
2. Constatar la reducción de Calidad de Vida producida por la enfermedad.
3. Incluir diferentes aspectos o niveles (físico, psicológico, familiar y social).
4. Centrarse en los temas de la vida diaria del paciente.
5. Considerar el aspecto subjetivo de la Calidad de Vida.
6. Ofrecer diferentes posibilidades de valoración (no solo evaluación dicotómica).

7. Satisfacer los requerimientos metodológicos de: especificidad y claridad de los reactivos, sensibilidad, discriminación longitudinal.
- 8 Ser repetible, autoadministrable, sencillo y presentar un grado aceptable de fiabilidad y validez.

La medida de Calidad de Vida debe considerar los elementos de valor implícitos, en el área de la misma, y los elementos que adecuen la información necesaria, para cada población con características definidas, en que se estudie el bienestar de las personas.

Las medidas de la Calidad de Vida se han aplicado a distintos ámbitos geográficos. el análisis urbano, regional, nacional. También se han medido temas concretos como la Calidad de Vida respecto al trabajo, a la vivienda. Igualmente se ha estudiado la Calidad de Vida de grupos específicos de población como los enfermos, ancianos y muchos paradigmas más. (Setién, 1993). A continuación se presentan algunas investigaciones realizadas con respecto a la Calidad de Vida.

1.4 Líneas de Investigación

Una de las poblaciones con una alta susceptibilidad para estudiarla son las personas de la tercera edad, por tal motivo se presenta un trabajo realizado por Hernández (1997), en el cual establece las variables condicionantes en la Calidad de Vida de personas de la tercera edad; y se describe a continuación.

El objetivo de dicho estudio consistió en determinar la Calidad de Vida de una muestra de personas de la tercera edad con base en el estudio de sus datos socioeconómicos, de su salud mental y física y sus hábitos alimentarios.

Las personas tenían de sesenta años en adelante, y viven en asilos, por un lado, y por otro, a personas de este mismo grupo etario que viven en sus casas pero que asisten a estancias diurnas destinadas particularmente para su atención.

Los instrumentos de medición utilizados fueron los siguientes: Escalas de depresión geriátrica Yesavage. Cuestionario General de Salud de Goldberg,

versión 12; Cuestionario de datos socioeconómicos, cuestionario sobre dieta habitual, padecimientos físicos e ingestión de medicamentos.

Los datos obtenidos demuestran que las personas recluidas en instituciones para ancianos viven en una situación más precaria tanto en el aspecto de salud general como socioeconómico que las personas que viven en sus hogares. De manera significativa las personas con buena Calidad de Vida poseen la condición de vivir en su hogar, no presentan depresión, tienen una alimentación variada, reciben ingresos económicos de manera regular y realizan actualmente una actividad laboral.

Tomando en consideración todas las variables estudiadas para integrar un índice de calidad vida en personas senectas el autor argumenta que es pertinente resaltar la gran desventaja existente entre la clase de vida las personas que viven en los asilos en relación a la de las personas que viven en sus hogares, y se hace necesario insistir una vez más que la labor de los asilos no consiste solamente en dar techo y comida a sus residentes, sino también en otorgarles las facilidades indispensables para lograr en ellos una acción rehabilitadora integral.

Resulta obvio, en consecuencia, la urgente necesidad de estructurar un programa financiero y asistencial, que tenga a la vez, la participación conjunta y coordinada de los sectores público y privado y que se sustente en los principios de bienestar social, a efecto de que su realización permita alcanzar la meta de que la ancianidad disfrute de su derecho a una existencia digna.

Otra investigación realizada en el marco de la Calidad de Vida como ya se estableció, es a través de una población específica, en este caso enfermos, como lo hicieron Sirgo, Díaz, García, Guevara, López, López, Alija, Pérez, (2000) quienes evaluaron la evolución de los niveles de Calidad de Vida en un grupo de pacientes con cáncer de pulmón, utilizando dos pruebas; de las cuales, la primera evaluaba la Calidad de Vida específicamente en el contexto de los pacientes oncológicos, y la segunda que proporciona evaluación de Calidad de Vida en diferentes áreas:

funcionamiento cognitivo, emocional, físico, social y un índice global de la Calidad de Vida. Los cuestionarios fueron aplicados en las tres primeras fases de la quimioterapia, de tal manera los resultados no mostraron diferencias estadísticamente significativas en los niveles de Calidad de Vida durante la administración de los ciclos de quimioterapia, excepto para un deterioro en el funcionamiento social, lo cual define la importancia de la evaluación de la Calidad de Vida, en todas las áreas incluidas en los pacientes con cáncer de pulmón, con el objetivo de ofrecerles una mejor asistencia integral, dentro del marco hospitalario y como ejemplo de lo que debe ser el trabajo en equipo y conjunto de diferentes profesionales implicados en el cuidado del enfermo oncológico.

Alvaro, (1996) investigó si las diferencias entre géneros en los usos del tiempo ponen en evidencia ciertas diferencias de igualdad social, Calidad de Vida, autonomía personal, trabajo doméstico y productividad económica. Para medir las diferencias en cada una de estas dimensiones, se ha utilizado un indicador, en el que, a partir de ciertos planteamientos teóricos, se ha atribuido un peso determinado a las diferentes variables de uso del tiempo.

Dicha investigación constituyen un intento de medir aspectos cualitativos, como la Calidad de Vida, a partir de datos objetivos referidos al uso del tiempo. Para ello se ha partido de planteamientos teóricos, según los cuales la mayor dedicación a un tipo de actividades o a otro conlleva a tener más o menos Calidad de Vida, mayor o menor autonomía personal, mayor o menor igualdad social entre géneros.

En dicha investigación se encontró que existen grandes diferencias en la distribución del tiempo, entre uno y otro género, hacen referencia, principalmente, al desigual reparto del trabajo doméstico. El trabajo doméstico es una variable compuesta que engloba al trabajo de la casa, el cuidado de la familia, la realización de las compras y el mantenimiento del hogar, animales, jardín y vehículo. En todos

estos grupos de actividades hay diferencias entre mujeres y varones. Las mujeres dedican más tiempo que los hombres en todos los casos, a excepción de las actividades de mantenimiento. Las mayores diferencias se dan respecto al trabajo de la casa. También existen diferencias relevantes entre varones y mujeres respecto a la dedicación al trabajo remunerado y, más concretamente, respecto al tiempo dedicado a la ocupación principal. Los hombres emplean en estas actividades más tiempo que las mujeres. Los varones dedican más tiempo a la educación que las mujeres, la mayor parte de las diferencias se producen en la asistencia a cursos relacionados con la profesión; en este caso, los hombres emplean más de tres veces de tiempo que las mujeres.

El índice de discriminación respecto al trabajo doméstico indica que las mujeres dedican a este tipo de actividades el triple de tiempo que los varones. Concretamente dedican 10 veces más de su tiempo que los hombres a las tareas de la casa.

A partir de lo descrito en este capítulo, queda establecida la controversia que el concepto de Calidad de Vida suscita, a partir de dichas características que lo conforman, donde se debe establecer las necesidades de bienestar de manera integral para cada población en particular; lo cual nos indica que el instrumento general, que podría utilizarse para medir todas las áreas de la Calidad de Vida, debe ser lo suficientemente sensible para garantizar que abarque a todo tipo de persona en general y ser susceptible de hacer las modificaciones que lo adecuen a cualquier persona o situación en particular; ya que como se mencionó, tales instrumentos deben proveer los elementos en términos de detección e intervención para poder crear las condiciones que favorecerán a mejorar la calidad y la cantidad de vida de las personas.

En este capítulo se presentaron algunas investigaciones que nos muestran claramente los puntos a incidir en las diferentes poblaciones, ilustrando los de mayor interés, y la facilidad con que se detectaron a partir de la aplicación de

instrumentos que fueron sensibles a todas las dimensiones de sus posibles necesidades.

Tales investigaciones se realizaron con poblaciones ajenas al interés del presente trabajo (desordenes alimenticios), debido a que, como ya se mencionó, es un tema joven, y apenas comienza a abarcar situaciones de orden físico, en el ámbito del sector salud, que no contienen carácter de emergencia, en relación con estados terminales como es el cáncer, el VIH, problemas cardiacos etcétera.

CAPITULO 2

OBESIDAD.

La obesidad es considerada como una situación no deseable ni desde el punto de vista médico, social ni desde el aspecto psicológico, constituyendo un motivo de preocupación, tanto colectivo (organismos responsables del sector salud), como individual (sujetos obesos o personas relacionadas con ellos), ya que no es solamente una molestia, es verdaderamente una enfermedad cargada de amenazas y peligros, que conviene tratar o mejor aún prevenirla.

La preocupación generada en torno a la obesidad se justifica por las alteraciones negativas que consigo presenta y al ser el foco de atención en las distintas disciplinas de la salud se observa que no está condicionada por un solo factor, sino que sobre ella gira toda una gama de factores que denotan la particularidad de la obesidad.

2.1 Definición de Obesidad y Clasificación.

Saldaña, (1988) define la obesidad como una acumulación excesiva de tejido adiposo que se manifiesta en un aumento de peso corporal debido a que el organismo ingiere más alimento de lo que necesita para cubrir los requerimientos de energía, almacenando el resto en forma de grasa. Argumenta que esta alteración se presenta cuando se pierde el equilibrio que debe existir entre los factores de ingestión de los alimentos y la utilización de los mismos, ya sea por un aumento del primero o por disminución del segundo.

Cuando la evaluación del grado de obesidad no se hace a partir del peso corporal, sino utilizando técnicas que permiten medir más o menos indirectamente el contenido de tejido adiposo, se considera que existe obesidad cuando este contenido excede del 20% del contenido normal en el hombre y el 30% del contenido normal en la mujer, debido a que en ésta la cantidad de grasa es superior a la del hombre (Berg, 1989).

En cuanto a su clasificación, existen diversos sistemas o formas de clasificar la obesidad: en función de los rasgos morfológicos del tejido adiposo, en función de la edad de comienzo, en función de la distribución anatómica del tejido adiposo, o también según la causa.

Frente a las dificultades inherentes a clasificar una entidad tan heterogénea como lo es la obesidad Bourges, (1987) utiliza los siguientes criterios de clasificación:

1. *Anatómico*: Androide, Ginoide.
2. *Histológico*: Hipertrófica, Hiperplástica.
3. *Etiológico*: Causa desconocida, Endocrina, Hipotalámica, Genética
4. *Cronológico*: Infante - Juvenil, del adulto
5. *Cuantitativo*: Sobrepeso, Obesidad, Obesidad extrema o mórbida.

Desde el punto de vista clínica - anatómico, algunos autores describen dos tipos distintos de obesidad según la distribución corporal de la grasa: en la mitad inferior, o tipo pera. El primer tipo es más característico de los hombres (obesidad androide), y el segundo es más característico de las mujeres (obesidad ginoide). Algunas de las alteraciones metabólicas y hormonales (diabetes, hipertensión, etcétera.) que acompañan a la obesidad serían más frecuentes en la obesidad de tipo androide (Bray, 1989).

Cuando se utilizan las características morfológicas del tejido adiposo para clasificar la obesidad, se distinguen dos tipos diferentes: la obesidad hipertrófica y la obesidad hiperplástica. La primera se caracteriza por el aumento de contenido lipídico de las células del tejido adiposo, sin que aumente el número de las mismas. La obesidad hiperplástica se caracteriza por un aumento del número de las células adiposas que puede acompañarse o no de un mayor contenido lipídico.

La obesidad hipertrófica es más común en las obesidades que se desarrollan en la edad adulta, mientras que la obesidad hiperplásica es más frecuente en la obesidad que aparece en la infancia (Decourt, 1987).

De acuerdo con García, (1975) etiológicamente, la obesidad se clasifica en:

1. Enfermedades endocrinas -secundaria a:
 - Hipotiroidismo
 - Hiperadrenocorticismo (Síndrome de Cushing)
 - Hipogonadismo primario
 - Síndrome del ovario poliquístico
2. Lesiones hipotalámicas -secundaria a:
 - Tumores
 - Histiocitosis X
 - Traumáticas o quirúrgicas
 - Inflamatorias
3. Síndromes genéticos -asociada a:
 - Laurence Moon Biede
 - Hiperostosis Fontalis Interna
 - Alstrom
 - Pruder Willi
 - Pseudo hipoparatiroidismo
4. Posible origen genético:
 - Síndrome de Down
 - Obesidad familiar
5. Obesidad de origen metabólico:
 - a) Secundaria a ingesta excesiva:
 - Espontánea

Experimental

b) Secundaria a un desequilibrio energético:

Mayor aporte que gasto energético

Alteraciones en la termogénesis

En función de la edad de comienzo de la obesidad (criterio cronológico) se distinguen dos formas: la llamada obesidad infantil, que se inicia en la infancia del sujeto, y la obesidad adulta, que se inicia después de la adolescencia.

En lo referente al criterio cuantitativo cabe mencionar que se distinguen tres formas denominadas sobrepeso, obesidad y obesidad extrema o mórbida, y para determinarlas por lo general se utiliza el IMC (Índice de Masa Corporal). Tomando en cuenta lo anterior, se consideran con exceso de peso las personas con IMC superior a 25 y obesas a las que tienen un IMC superior a 30.

Ahora bien, existen individuos obesos que ingieren muy poco alimento. Se supone que en estos individuos las necesidades energéticas están por debajo de las que tiene la mayoría de la población. Probablemente, esta especial característica es algo que está genéticamente determinado (Icaza, 1981).

Dicho autor argumenta, que entre las causas que pueden originar obesidad, en los seres humanos, no ha podido demostrarse la transmisión genética pero sí se conoce la incidencia familiar en la obesidad. El 95% de los obesos tienen antecedentes familiares de obesidad, pero es difícil deslindar la influencia genética propiamente dicha de los condicionamientos ambientales que origina la convivencia con un progenitor obeso.

En algunos casos la obesidad es secundaria a una enfermedad endocrina, como sucede el hipotroidismo y en el síndrome de Cushing. Asimismo, también puede estar asociada a lesiones hipotalámicas.

Sin embargo, la obesidad raramente se debe a causas endocrinas, hipotalámicas o genéticas. La mayor parte de los pacientes con obesidad presentan la llamada obesidad de origen metabólico, que aparece por un desequilibrio entre la oferta calórica y la demanda energética. Este desequilibrio es producido bien por un exceso de ingesta alimentaria (oferta calórica), bien por un descenso en el gasto energético, bien por ambas situaciones a la vez. Así pues, la cantidad de grasa almacenada dependerá del equilibrio que se establezca entre el aporte de sustratos y el gasto energético que se realice. Siempre que el aporte supere el gasto se producirá almacenamiento, y si no existen períodos en que el gasto sea superior al aporte, el almacenamiento de grasas se incrementará incesantemente. A favor de la teoría de la ingesta excesiva está el argumento de que en situaciones o épocas de hambre no existen obesos (Mancilla 1992).

Es este tipo de obesidad (de origen metabólico), la que interesa considerar para los fines de este estudio, no así las antes mencionadas, que implican aspectos genéticos o endocrinos.

2.2 La Obesidad y sus Implicaciones.

La obesidad se considera como un problema de salud ya que repercute en los niveles psicosocial, sociodinámico e institucional. Debido a ello, se deben de tomar en cuenta, cuando se estudia la obesidad, las relaciones interpersonales de la persona con problemas de obesidad, y especialmente su núcleo familiar; también, se deben de considerar sus hábitos alimentarios, el aspecto genético, el entorno social, y por supuesto los factores emocionales, afectivos y psicológicos que presenta.

Implicaciones Fisiológicas

Según Taylor, (1985) la obesidad es un fenómeno multifactorial que es a su vez causa y consecuencia de diversos trastornos físicos y psicológicos en el individuo. Es causa en tanto que una vez que se ha desarrollado afecta

irremediablemente el estado físico, emocional y psicológico del individuo que la presenta. Físicamente, puede ir asociada con la falta de energía y el letargo. Como se tienen que consumir más calorías para mover una masa mayor, la acción o actividad se hace especialmente laboriosa para la persona con problemas de peso. Por ello, la obesidad acrecienta la tendencia a la inactividad y tiende a perpetuarse por sí misma. Expresado de otra manera, la obesidad constituye un círculo vicioso. Una vez que la persona ha acumulado un exceso significativo de tejido adiposo, los mecanismos que regulan el peso se derrumban y se hace especialmente difícil lograr el equilibrio energético. Si una persona con sobrepeso ingiere grandes cantidades de azúcar, por ejemplo, que no convierte en energía, puede llegar a crear un círculo vicioso y una dependencia parecida a la adicción a las drogas. El ciclo sería el siguiente:

Se consume una cantidad exagerada de azúcar refinada (sacarosa) en una comida cualquiera. El organismo (el páncreas específicamente) tiene que producir mayor cantidad de la hormona insulina para quemar el exceso de azúcar que ha entrado repentinamente en el torrente sanguíneo. Al elaborar insulina, ésta quema más azúcar de la cuenta y produce una baja en la glucemia, lo que a su vez le induce a ingerir más azúcar para equilibrarla; y así sucesivamente, de manera que la persona con sobrepeso puede llegar a convertirse en francamente obesa.

Así la obesidad con frecuencia se complica por diversos problemas médicos. Generalmente, conforme las personas aumentan de peso, tienden a sentirse cansadas la mayor parte del tiempo y pueden tener dificultades al dormir. Para estas personas, se hace cada vez más difícil respirar por las noches conforme su peso aumenta. Las personas generalmente roncan y tienen episodios en que prácticamente dejan de respirar hasta por un minuto. Durante estos períodos de no respiración los latidos de su corazón son muy irregulares y pueden conducir incluso a ataques cardíacos. Asimismo, otro aspecto digno de tomarse en cuenta es

que los trastornos del sueño también suelen estar asociados con ansiedad y depresión.

Además, la obesidad aumenta el riesgo de desarrollar enfermedades como diabetes, presión arterial alta, ataques cardíacos y demás enfermedades cardiovasculares, arteroesclerosis, algunos tipos de cáncer, artritis y enfermedades de la piel, entre otras. Los individuos que presentan estas enfermedades relacionadas con la obesidad deben ser primeramente tratados con métodos dietéticos para tratar de que su peso vuelva a los rangos normales.

La diabetes, por ejemplo, es con frecuencia causada por obesidad, aunque no necesariamente está asociada con ella. Sin embargo, comúnmente la obesidad es una causa primaria de la misma. También, la obesidad resulta en un incremento en el riesgo para contraer el cáncer y, por otra parte, frecuentemente se complica por la artritis degenerativa, ya que al ganar peso se ven afectados los tejidos del cuerpo.

El colesterol alto también está asociado comúnmente con la obesidad y las personas pueden controlar satisfactoriamente su colesterol reduciendo su ingestión de grasas y bajando de peso.

Como se puede ver, entonces, la obesidad es una seria enfermedad que requiere tratamiento a largo plazo para controlar el proceso de enfermedad y prevenir sus múltiples complicaciones.

Implicaciones psicológicas

Alvarez, (1992) describe las siguientes implicaciones; cuando una persona desde pequeña es recompensada con comida por una buena acción, o cuando se utiliza la comida por una buena acción, o cuando se utiliza la comida para procurar cambiar su estado, o bien cuando simplemente ésta aprende que junto a toda gran fiesta o celebración la comida no puede estar ausente, en su adultez, va a recurrir a la comida cuando se le presenten situaciones de diversión - comida, o

entre estados emocionales - comida. Es por ello que cuando se trata a un paciente con obesidad o con algún trastorno, es importante identificar las asociaciones que le están ocasionando su estado y de esa manera poder “romper” con ellas, sustituyéndolas con asociaciones que lo conduzcan a un estado deseable.

Existe una grave asociación entre los estados emocionales, los condicionamientos sociales y la comida. Aquí puede observarse la actitud desfavorable hacia la comida, la cual, con frecuencia para estas personas se convierte en su “enemiga”. A menudo estas personas sienten una intensa lucha en contra de aquello que pueden o no llevarse a la boca; la comida para ellas se convierte en una obsesión, en una preocupación constante, a veces durante toda su vida.

Si una persona, en cambio, está asociada a la sensación placentera del chocolate o del pastel, y lo tiene frente a sí, con una probabilidad lo comerá, a no ser que antes de ello cambie su enfoque y se centre en las consecuencias. Si sus objetivos, y por lo tanto su motivación, son poderosos, seguramente logrará contenerse y hará a un lado el pastel. En toda terapia, por tanto, deben considerarse los objetivos, el porqué se desea el cambio, las razones por las cuales un individuo desea modificar su estado actual. Si esto se pasa por alto, y si el individuo no tiene un porqué lo suficientemente poderoso para cambiar, es muy probable que no se obtengan los resultados esperados. Si no se explora el lado oculto de un trastorno alimentario puede ocurrir, incluso, que el paciente no desee en realidad cambiar porque dicha conducta de alguna manera u otra le esté reportando alguna ganancia secundaria, como podría ser captar la atención de quienes le rodean, enfermarse constantemente y así evitar responsabilidades, etcétera .

Dicho autor, argumenta que la comida se utiliza como un escape. Las personas a menudo intentan “fugarse” de su actual estado, que no les resulta

placentero. Utilizan la comida como compañía, como un medio para aliviar su soledad, su dolor, su insatisfacción.

Puede verse aquí cómo la obesidad a menudo guarda relación con la autoestima. Las personas con obesidad suelen sentirse mal consigo mismas, e inclusive, suelen despreciarse. Se reprochan su estado y ello les impide llevar una vida social y afectiva plena. Es importante además considerar lo que en psicología se conoce como "indefensión aprendida". Al recurrir a diversas dietas y ahondar en lo mismo una y otra vez sin conseguir resultados satisfactorios, con frecuencia la persona "aprende" que no es capaz de lograr lo que se propone y, por lo tanto, sencillamente se resigna a continuar con su estado actual, en este caso, con su físico indeseable.

Por otro lado, cuando la obesidad se presenta desde la niñez, es probable que la persona continúe siendo obesa toda su vida. Una vez más van involucrados los hábitos de la persona y el aprendizaje resultante del ambiente en el que la persona se ha desenvuelto. Además, en estos casos es necesario realizar un diagnóstico diferencial para poder identificar si existe un factor biológico de por medio, en cuyo caso, alteraría obviamente el curso del tratamiento.

Por lo cual, Alvarez, (1992), concluye que las implicaciones de la obesidad, entonces, no sólo son físicas sino también psicológicas y emocionales. Si bien los aspectos psicológicos son con frecuencia la causa de la obesidad, los individuos que presentan obesidad generalmente sufren consecuencias psicológicas de consideración. La obesidad, entonces, es causa y efecto de los aspectos psicológicos. Tiene lugar un círculo vicioso que no es fácil romper. Al sentirse mal consigo mismas, hay personas que comen en exceso y que buscan en la comida un alivio a sus conflictos emocionales, aunque este alivio sea tan solo temporal. Al empezar a engordar suelen sentirse cada vez peor consigo mismas, por lo que comen de más, y así sucesivamente hasta que se convierten en obesas. De allí en adelante muchas de ellas jamás consiguen una satisfacción plena y mucho menos

una autoaceptación que les permita disfrutar de lo que son y de los alimentos que consumen que, paradójicamente, encontrándose obesas no disfrutaban con plenitud.

Al exponer dichas implicaciones se hacen obvias, las limitaciones que la obesidad trae consigo, y además se torna necesario, definir las medidas que merece dicha situación para poder solventarla, encaminado a esto, se han realizado numerosas investigaciones y a continuación se presentan algunas.

2.3 Líneas de Investigación

En un estudio realizado por García, (1996) describe que dentro del estilo de vida de cada individuo, se encuentran englobados una serie de factores relevantes como el sedentarismo, los hábitos alimenticios, entre muchos otros que conducen al problema de la obesidad, la cual se haya vinculada universalmente a una serie de patologías: diabetes mellitus, hipertensión, enfermedades coronarias, las cuales representan serios factores que derivan en la reducción de las expectativas de vida.

Para esta investigación, utilizó una muestra total de 60 personas, dividida en dos grupos, 32 obesos y 28 no obesos, los cuales en su totalidad eran empleados del periódico "El Universal", casados y de ambos sexos. Para indagar la posible relación entre, estilo de vida, (sedentarismo, hábitos alimenticios, situación familiar, situación laboral y personalidad) y obesidad. Para tal efecto, se aplicaron 2 cuestionarios, el primero conformado por 69 ítems referentes a algunos de los factores del estilo de vida y el segundo integrado por el inventario de ansiedad Rasgo - Estado (IDARE) y el cuestionario clínico para el diagnóstico del síndrome depresivo, conteniendo 60 ítems. Lo anterior para comprobar la hipótesis: sí el estilo de vida guarda relación con la obesidad entonces habría factores específicos que serían compartidos con los individuos obesos mismos que diferirían de los no obesos.

El diseño de selección de muestra se basó en un muestreo no aleatorio intencional con un diseño expostfacto correlacional usando un análisis estadístico

no paramétrico(prueba U de Mann Whitney). Se encontró que las mujeres obesas y no obesas son diferentes en los factores sedentarismo, hábitos alimenticios, situación laboral y depresión, a un nivel de significación de $p < 0.001$; mientras que los hombres obesos y no obesos son diferentes en: sedentarismo, hábitos alimenticios, situación familiar, con un nivel de confianza del 99.9%. Asimismo comparando mujeres y hombres obesos (no obesos) estadísticamente se observó que comparten prácticas en su estilo de vida con un nivel de significación de $p < 0.001$. por lo tanto en dicha investigación se concluye que los individuos comparten prácticas que se asocian o no a la obesidad.

Otro tipo de investigación que se han realizado en torno a la obesidad, obedece a la búsqueda de una alternativa de cambio eficaz, para el tratamiento de dicho padecimiento, teniendo como centro de interés los factores psicológicos, debido a que la intervención médica y nutricional, no contempla el cambio de hábitos, ni de pensamientos, lo cual favorece a que si se pierde peso en un régimen alimenticio, al terminarlo vuelve a ingerir sus alimentos de la manera en que siempre lo había hecho, y recupera su peso.

Ante dicha problemática Zierold, (1991) propone un programa cognitivo - conductual de modificación de hábitos alimenticios.

Este programa de modificación de conducta intenta enseñar como controlar el peso. Durante 21 semanas se trabajará para cambiar los hábitos alimentarios. El peso será una de las mediciones que reflejará que tan efectivamente se están modificando dichos hábitos. En la medida que esto se vaya logrando, se tornará más hábil para controlar sus hábitos y perderá más peso.

La diferencia fundamental entre las personas que consiguen controlar su peso y las que no lo logran, radica en sus habilidades de autocontrol. Son individuos que se concentran en mejorar sus hábitos alimentarios y de ejercicio físico, y no en perder peso. Confían en que el cambio en sus costumbres conducirá a la pérdida y el control permanente de peso.

Generalmente, la pérdida de peso implica una restricción de calorías sin embargo esta restricción ha de significar un cambio de actitudes en el consumo de calorías; dónde, cuándo, cuánto y por qué se come. Dicho cambio requiere tiempo. La modificación de lo hábitos de toda una vida requiere, no obstante, algo más que buenas intenciones. Se necesita un esfuerzo concentrado y el desarrollo de habilidades efectivas.

Entre dichas habilidades figura sin lugar a dudas el autocontrol. El que practica el autocontrol adopta un enfoque hacia sus dilemas activos y que solucionan problemas no se resigna a una aceptación pasiva de problemas y complicaciones, en lugar de eso indaga con energía y acepta el desafío, identifica las áreas generales donde sus problemas pueden encontrarse.

Después de tomar una actitud alerta hacia el problema y de concretar sus situación general, la persona que practica autocontrol recolecta información. Esta observación frecuentemente comprende registros que le permite revisar y analizar los datos.

Una clave importante en cualquier tipo de programa de modificación de conducta es el uso de algún tipo de retroalimentación sobre la conducta. Así utilizamos un *registro de comida* para ayudar al sujeto a estar alerta sobre lo que come y las circunstancias en que lo hace.

A los pacientes se les pide que lleven un registro de todo lo que comen en el día. Cada vez que comen deben escribir con mucha precisión lo que comieron, la cantidad la hora del día, el lugar donde estaba y como se sentían; esto, con la finalidad de ayudar al sujeto a definir su problema de horario, lugar y circunstancias en relación a la ingesta de comida. El hecho de llevar un registro diario de comidas es una de las partes fundamentales del programa. Incrementa de manera muy importante un estado de alerta sobre la cantidad y calidad de lo que se come y sobre una gran variedad de situaciones; tanto medio ambientales, como

psicológicas, asociadas con la comida. Después de años arrastrando el problema de la obesidad, muchos pacientes aprenden de sus registros lo mucho que comen y las circunstancias que rodean el acto de comer.

La revisión de registros precisos los capacita para identificar regularidades o patrones importantes. La identificación de las posibles causas permite al que práctica autocontrol examinar posibles soluciones. Entre más numerosas sean las soluciones, habrá mayores probabilidades de que una de ellas constituya la solución efectiva.

Después de analizar sus opciones el individuo limita su elección a la que considera más viable y la prueba.

Finalmente ha de evaluar lo adecuado de las soluciones. Debe examinarse los resultados de su experimento y decidirse por el curso de acción; si la prueba fue un éxito, puede decidir continuar y quizá extender el uso de la estrategia comprobada. Si los resultados fueron poco favorables, se incita a mejorar la estrategia. Los pasos de este proceso son:

- Especifique el área general del problema (la comida).
- Recolecte información
- Identifique las regularidades, pautas y las posibles causa del problema.
- Examine las distintas opciones y soluciones posibles
- Limite las opciones y experimentos.
- Compare sus datos actuales con los anteriores.
- Extienda, revise o sustituya la solución.

Los registros personales que colecten datos sobre la frecuencia de un comportamiento, su ubicación física, la hora del día y cualesquiera eventos asociados, pueden ser de un valor incalculable para indicar patrones y seguir posibles fuentes del problema.

La pérdida permanente de peso es una empresa difícil y lenta. Un autocontrol perdurable es resultado de un ejercicio activo de paciencia. Se debe trabajar activamente para mejorar las habilidades y patrones de energía.

Dicho autor señala, que el autocontrol exitoso requiere una ingeniería ambiental efectiva. Para lo cual argumenta; que los que controlan exitosamente su peso viven en ambientes “delgados” son expertos en el diseño ambiental. El poder de la influencia ambiental se hace más evidente, cuando uno se da cuenta de ser receptor de cuando menos tres fuentes de alimentación de su medio: cognoscitiva, física y social. Cada una de ellas tiene un impacto considerable sobre el comportamiento del individuo. En primer lugar, las propias cogniciones pueden ejercer una influencia considerable sobre la manera como se siente y el modo como actúa. Los propios pensamientos, monólogos, objetivos y normas constituyen el ambiente privado.

En el segundo lugar, el comportamiento recibe la influencia de su medio ambiente físico. La sensibilidad a sus alrededores físicos es literalmente esencial para su supervivencia.

En tercer lugar; sus acciones se ven notablemente afectadas por su ambiente social o sea los actos de otras personas hacia uno mismo.

La relación entre sus ambientes y su comportamiento es reciproca, es una calle de dos sentidos. El autocontrol es un proceso activo, y el individuo es un agente que crea y diseña sus ambientes, ya sea que este consiente de ello o no. Se puede influir sobre su medio para que funcione a su favor o en su contra; se puede crear un ambiente tanto para adelgazar como para engordar.

Otra de las fases del programa, es la del período de cinco semanas de mantenimiento de comportamientos, después de cinco semanas de instrucciones muy activas. A veces el dar un número muy elevado de técnicas de autocontrol,

solo hace que los sujetos se confundan y los resultados sean muy poco efectivos. Por eso los dos períodos de mantenimiento hacen que las técnicas se practiquen una y otra vez. Esto da oportunidad de establecer primeramente dichos comportamientos, antes de ser sometidos a la presión de un nuevo y extenso aprendizaje.

Como ya se hizo evidente los tratamientos de la obesidad deberían ir más allá de proporcionar únicamente una dieta que indique lo que debe comer y en que cantidad; de tal manera, el objetivo fundamental consiste en ayudar al individuo a desarrollar un estilo de vida sano y en equilibrio.

Una consideración más que debe destacarse en este y en todos los tratamientos, consiste en que el individuo acepte la responsabilidad del cambio y no se la adjudique al terapeuta o a otras personas. Ya que solo cuando el individuo se hace responsable de su propio comportamiento, puede lograr cambios efectivos y duraderos.

Siendo responsable con sus aspiraciones, puede así definir los objetivos que desea lograr. Nietzsche expresó que cuando un ser humano tiene un por qué, casi siempre podrá encontrar el cómo, y es verdad. Para lograr cualquier cambio trascendente un individuo ha de tener un porqué lo suficientemente poderoso que lo impulse a lograrlo ya que de lo contrario abandonará a la primera dificultad. Por ello el inicio de un programa alimentario, debe estar marcado por objetivos concretos y lógicos con base en aspectos tales como: la severidad de la obesidad y de las condiciones bajo las cuales se presente dicho padecimiento las características conductuales de la persona, el ritmo de adelgazamiento y la genética.

Todo lo anterior con la finalidad de incidir en esta enfermedad multifactorial, que desencadena tantos problemas a nivel físico y psicológico, ya

como en un mecánico automotriz, y en el caso del primero quizá, su dinámica de trabajo (permanecer sentado frente a su escritorio o computadora), no le permite tener el gasto energético adecuado a su metabolismo, y resulta un factor para que suba de peso.

La pareja representa una dimensión de calidad de vida muy importante que debe considerarse, pues varía entre el aspecto emocional y la función sexual, ya que como se mencionó anteriormente dicha problemática trae consigo, que la persona que la padece no se acepte como tal, por lo tanto la falta de seguridad en su aspecto físico, incide en el hecho de que no puede disfrutar de su cuerpo, limitando, la expresión, y la recepción de demostraciones de placer sexual.

En cuanto a las actividades recreativas, se hace evidente que la obesidad propicia deficiencias en el rendimiento físico, lo cual se observa en el desempeño de actividades aeróbicas y anaeróbicas, presentándose el cansancio muy precipitadamente, acompañado comúnmente, por la elevación de la presión arterial.

Otra de las dimensiones de la calidad de vida que debe considerarse dentro del estudio de la obesidad es el bienestar físico y el psicológico. El aspecto físico se encuentra rodeado de limitantes, que como ya se mencionó, se presenta un bajo rendimiento físico, susceptibilidad para algunas enfermedades, como lo son: diabetes, presión arterial alta, ataques cardíacos y demás enfermedades cardiovasculares, arteroesclerosis, algunos tipos de cáncer, artritis y enfermedades de la piel, entre otras. Para dichas enfermedades en el estudio de la calidad de vida del obeso se debe considerar, sí se tiene conciencia de las repercusiones a ese nivel, y sí se tienen conocimiento de las medidas de prevención, y sí es así por qué no les da importancia.

A nivel psicológico, puede observarse que la obesidad a menudo guarda relación con la autoestima. Las personas con obesidad suelen sentirse mal consigo mismas, e inclusive, suelen despreciarse. Se reprochan su estado y ello les impide

llevar una vida social y afectiva plena. Lo cual nos indica que en el estudio de la Calidad de Vida, con esta población se debe considerar, el manejo del estrés, ya que como se mencionó, en algunas personas, la ingesta excesiva conforma la respuesta, frente a niveles muy altos de estrés, propiciando que se presenten episodios de depresión; por lo tanto hay que ver como se alimentan, cuando están ansiosos. En este mismo rubro, se debe considerar las actitudes que corresponden a sus capacidades de autocontrol.

De tal manera se hace evidente la calidad multifactorial de la obesidad, teniendo como principal eje, que dicho padecimiento se presenta en mayor porcentaje, debido a una ingesta mayor, a los requerimientos energéticos corporales, lo cual es producto de un aprendizaje disfuncional de hábitos alimenticios. Dicho padecimiento debe ser tratado en todas sus dimensiones, ya que no es suficiente quitar los kilos excedentes en el paciente, hay que cambiar sus costumbres sus pensamientos respecto a la comida, y así evitaremos que una vez terminado el tratamiento, recupere su peso.

CAPITULO 3

ANOREXIA.

La conducta alimentaria, como objeto de estudio, tiene por sí misma gran relevancia, ya que representa una respuesta biológica inherente a todo ser vivo. Sin embargo, esa conducta cobra más valor aún, si se toma en cuenta que la alimentación en el ser humano deja de ser totalmente instintiva para convertirse en una respuesta altamente condicionada por factores de otro orden; esto es, psicológicos, sociales, y culturales. Así intervienen, por lo tanto, aspectos emocionales y de placer, entre otros, que la hacen más compleja y la convierten en fuente de conflicto generadora de desórdenes alimenticios.

El estudio de la conducta alimentaria tiene que ir más allá de su base biológica (*aspectos neuroendócrinos, neuroquímicos*), lo que exige una aproximación multifactorial que, al mismo tiempo que ve al individuo como una unidad funcional, lo entiende en su realidad, en su interrelación sujeto - sociedad, es decir, desde una concepción biológica, psicológica y social (Barber 1995). Dentro del campo de estudio de los desórdenes alimenticios, se encuentra la anorexia, la cual figura como una entidad muy compleja, que indudablemente, requiere una intervención multidisciplinaria.

3.1 Antecedentes Históricos.

Poch (1995), afirma que los reportes históricos tempranos de mujeres que ayunaban y mueren tras su estado de inanición son considerados por algunos teóricos como las primeras muestras de anorexia. Por ejemplo, en el año 895, se hace referencia a Friderada; que fue una mujer que habitó en la ciudad de Babiera y sólo consumía productos lácteos, vomitando tras cada ingesta alimentaria, y permanecía meses sin comer.

Años después en la edad medía, las mujeres, siguiendo un modelo de ascepticismo, comían muy poco, porque creían que era una de las maneras para desprenderse de sus lazos terrenales e intensificar su espiritualidad. Restringir su

consumo de alimentos era sólo una forma más de autosacrificio, entre muchas otras cosas, como dormir sobre piedras, el aislamiento de la sociedad y autoflagelarse.

Dicho autor señala que en 1347 nace Catalina Benincasa, quien a partir de los 16 años y hasta su muerte sólo se alimentó de pan, hierbas crudas y agua perdiendo la mitad de su peso. Ella es conocida como Santa Catalina de Siena, porque decidió sacrificar su vida por la iglesia, dejando de comer hasta su muerte.

La literatura teológica del siglo V al XVI refiere casos de muchas jóvenes que ayunaban, como un signo de elevación espiritual o de posesión satánica, lo cual en algunos casos las llevó a la canonización y en otros a la hoguera. Por otra parte en 1667 en Inglaterra una joven llamada Marthe Taylor despertó un gran interés ayunando durante varios meses, presentando amenorrea antes de la pérdida de peso (Silverman, 1986).

Los autores anteriores, al igual que muchos otros, mencionan casos, en donde se describe las condiciones y los motivos por los que las mujeres ayunaban, (argumentando que son antecedentes de la anorexia) siendo por lo regular espirituales y místicos, por lo tanto puede afirmarse que las mujeres, antes del siglo XX no tenían propiamente anorexia, ni esas situaciones pueden considerarse como antecedentes históricos, ya que les faltaba el ingrediente básico: que los ayunos fueran motivados por un terror mórbido a engordar. Así, los informes históricos antiguos difieren de los casos modernos de varias maneras.

El miedo normal a volverse obeso, aparece claramente en 1890, en un estudio de Charcot, donde describe un caso en que trató a una joven anoréxica en un estado muy demacrado. Un día mientras la desvestía, encontró que ella tenía un lazo muy apretado alrededor de la cintura. La paciente le confesó que ese lazo era la medida que su cintura nunca debía exceder: “prefiero morir de hambre antes de volverme tan obesa como mi madre”. Desde ese momento Charcot comprendió la

fuerza motivante y el síntoma constitutivo de la anorexia. Como puede observarse en la anorexia, se basa el diagnóstico en el terror a subir de peso inicialmente, en estos tiempos dicho padecimiento se ha agudizado en su prevalencia y adquirido caracteres patológicos muy definidos (Holtz, 1995). A continuación, se describen dichas características de la anorexia.

3.2 Definición y Características.

Según Bay (1996, pág. 43), “la anorexia es un síndrome que afecta generalmente a las mujeres adolescentes, pero también a prepúberes, mujeres mayores, y en menor medida a hombres, caracterizado por una pérdida de peso autoinducida por medio de la restricción alimentaria y/o el uso de laxantes y diuréticos, provocación de vómitos o exceso de ejercitación física, miedo a la gordura, y amenorrea en la mujer o pérdida de interés sexual en el varón”.

La persona con este trastorno intenta mantener un peso corporal por debajo del nivel normal mínimo para su edad y talla (DSM IV, 1995). En dicho padecimiento se presenta un miedo intenso a la obesidad, lo cual ocasiona que la persona disminuya la ingesta total de alimentos con la finalidad de perder peso. Además de seguir métodos como: una dieta muy restringida, diuréticos y ejercicio excesivo. Estos pacientes generalmente no tienen conciencia de enfermedad, también existe una alteración en la autoimagen de estas personas, ya que perciben su peso y su silueta más grande de lo que realmente es (Bay, 1996).

A continuación se presentan los subtipos de anorexia según la definición del DSM IV:

Restrictivo: Es cuando la pérdida de peso se consigue haciendo dieta, ayunando o realizando ejercicio excesivo, durante los episodios de anorexia por lo general los sujetos no recurren a atracones ni a purgas.

Compulsivo / Purgativo: Es cuando el individuo pasa regularmente por episodios de atracones o purgas, recurriendo también a la provocación de vómito, la utilización de laxantes o diuréticos o enemas de manera excesiva (este concepto también se conoce como bulimarexia).

Las personas con este tipo de padecimiento, pueden presentar síntomas asociados como: el estado de ánimo deprimido, retraimiento social, irritabilidad, insomnio y pérdida de interés por el sexo.

Anorexia Nerviosa Primaria: En este padecimiento no coexiste ninguna otra enfermedad más que el miedo intenso a subir de peso.

Anorexia Nerviosa Secundaria: Es consecuencia de alguna enfermedad psiquiátrica como la esquizofrenia o la depresión.

Como puede observarse, en todos los subtipos de anorexia existe el denominador común, de la negación a la obesidad y la restricción de alimentos, lo cual figura a partir, de pensamientos irracionales, basados en una fuerte carga cultural, que determina parte importante de la etiología de dicho padecimiento, a continuación se describe algunos puntos relevantes en torno a las causas de la anorexia.

3.3 Etiología de la Anorexia.

Factores Predisponentes; como lo son: situaciones de estrés, antecedentes en hermanas, raza, el nivel socioeconómico, ciertas profesiones, antecedentes de obesidad, trastornos de la autopercepción del tamaño corporal.

En el apartado anterior se hacía alusión, a que la raza es un factor importante en la prevalencia de la anorexia, en el caso de México, las mujeres son de estatura de 1.60m. en promedio y en su morfología cuentan con una estructura ósea de dimensiones superiores al estereotipo que se maneja en la mercadotecnia

internacional, lo cual impide, que la mayor parte de las mujeres mexicanas, puedan presentar una imagen similar a la establecida culturalmente como perfecta. Y dicha situación favorece a la prevalencia del síndrome en cuestión. Lo cual deriva de una mala abstracción de la información que recibe por todos los medios publicitarios; evidenciando la influencia social.

Al respecto, Salamero, (1996) y Duker, (1995) argumentan que los factores socioculturales del modelo estético corporal juegan un papel importante en la génesis y desarrollo de los trastornos alimentarios. De tal manera que la influencia de la publicidad de productos adelgazantes a través de los distintos medios de comunicación, está siendo considerada como el hecho explicativo y favorecedor de la veloz difusión social de los modelos corporales delgados. Lo cual se presenta debido a la asociación de síntomas de patología alimentaria con el hecho de recordar frases, imágenes o melodías que suelen acompañar a los anuncios implicados. Es frecuente que las casas de moda que surten a los estratos sociales más altos fabriquen sus modelos sin incluir talles para la población con sobrepeso, y algunas hasta llegan a marcar las prendas con un número de talle menor al que le corresponde, creando la fantasía de una imagen corporal más esbelta. Es lógico así, pensar en la relevancia de dicha publicidad y mercadotecnia en la inducción y/o mantenimiento de la anorexia.

Se ha tratado de dar explicaciones genéticas y de encontrar factores innatos que predispongan al individuo a ser anoréxico. Algunas condiciones precursoras de la anorexia podrían ser: alto peso al nacer, excelente nutrición durante la niñez y pubertad temprana.

Cuando la anorexia se instala en el individuo, se empieza a desarrollar una enfermedad con una dinámica fisiológica interna, independiente del factor psicológico que lo originó. De tal manera, en la anorexia se da un cambio conductual sin cambio aparente, siguiéndole un período de formación del síndrome y más tarde, oscilaciones físicas transitorias. Los eventos

desencadenantes son aparición de los cambios puberales y la consiguiente sexualización corporal, así como también la presencia de situaciones altamente estresantes y la incapacidad para hacer frente a esas situaciones (Barber, 1995).

En este sentido, figuran los factores cognitivos descritos por Bay (1996), quien argumenta que en las anoréxicas el pensamiento se vuelve egocéntrico, concreto y dicotómico, en donde no hay cabida para los puntos intermedios. Así, se torna difícil para la persona regular su ingesta de comida o su actividad física sin caer en extremos. Todas las anoréxicas coinciden en algún punto, en que la delgadez es fundamental para su sensación de bienestar y su autoestima comienza a ser regulada por un sistema de valores que tiene como eje el peso corporal. Hay un refuerzo positivo en la pérdida de peso exitosa y de la evitación del incremento de peso; la evitación de las comidas perpetua una retracción social y así se mantiene el ciclo. Dicho autor señala diferentes tipos de trastornos del pensamiento como son:

Abstracción selectiva: Basar una conclusión en detalles aislados, ignorando evidencia contradictoria. ("sí Beatriz volvió del viaje con exceso de peso, ese viaje no lo debo hacer", "ningún hombre en lo absoluto podría querer a una mujer con sobrepeso", "una sola cucharada de azúcar, echa a perder la dieta que he llevado", "La fiesta es el viernes, y como no voy a caber en mi ropa, el miércoles y el jueves solo voy a tomar agua").

Sobregeneralización: Por medio de la cual extraen una regla a partir de un hecho y la aplican a situaciones disímiles. ("si Allan perdió dos kilos por una diarrea, los laxantes deben ser un buen método para bajar de peso", "sí bajé dos kilos la semana pasada haciendo una hora y media de ejercicio diario, esta semana haré tres horas diarias", "a Michelle, aunque sea anoréxica, la contrataron para el comercial porque tiene 58 cm. de cintura, no debe ser tan malo").

Magnificación de los estímulos: Es notable que para estas pacientes las cosas suelen estar connotadas exageradamente. (Para Lilith, una molestia

abdominal era un dolor que la hacía revolear los ojos, llevarse la mano a la panza y hablar en tono de quejido”, “me duele insoportablemente la cabeza”, “siento escalofrío y hormigueo en los brazos”).

Razonamiento dicotómico: Piensan en términos extremos y absolutos. (La perspectiva de tener tres o cuatro kilos más, equivale a volverse un elefante). (“mira esta lonja, me veo terrible”, “la gente solo me dice que soy bonita cuando me veo delgada”, “mi mamá dice que coma bien, por que ella no es la que parece bodoquito)

Personalización y autoreferencia: Hacen una interpretación egocéntrica de hechos impersonales. (“La doctora me postergó la cita para que yo siga engordando dos días más”, “me dicen que no estoy gorda, porque me tienen lastima”, “cuando hablan de productos light, me están echando indirectas”).

Pensamiento supersticioso: Creen en la relación causa - efecto de hechos no contingentes.

Años atrás, el diagnóstico de ésta afección se realizaba descartando toda enfermedad clínica capaz de provocar pérdida de peso, así como trastornos psíquicos que se pudieran acompañar de inapetencia. De este modo, se presentan las principales consideraciones en diagnóstico de la anorexia.

3.4 Diagnóstico de la Anorexia.

Bay (1996) y Duker (1995) proponen algunos criterios que permiten hacer el diagnóstico de la enfermedad, estos son:

- La conducta del paciente lleva una pérdida de peso pronunciada.
- Hay un trastorno endócrino que se manifiesta clínicamente por interrupción de la menstruación. (En los varones, el equivalente de éste síntoma es la pérdida del apetito sexual).

- Hay una psicopatología caracterizada por un temor mórbido a engordar.

Distintos autores han ido modificando los criterios diagnósticos, siendo los más recientes los del DSM -III -R y los del I.C.D - 10 (1986):

DSM -III -R:

- Negativa a mantener el peso corporal por encima de un peso normal mínimo para edad y talla, por ejemplo, pérdida de peso que lleva a mantener el peso corporal un 15 % por debajo del establecido; o fracaso en obtener la ganancia de un peso normal durante el período de crecimiento, alcanzando un peso 15 % inferior.
- Intenso temor a subir de peso o a engordar, a pesar de estar con déficit de peso.
- Un trastorno en la manera en que se vivencia el peso, tamaño o forma del cuerpo propio, por ejemplo, la persona manifiesta "sentirse gorda" aunque esté emaciada, cree que una parte de su cuerpo está "demasiado gorda" aún cuando obviamente está por debajo de su peso.
- En las mujeres, la ausencia de por lo menos tres ciclos menstruales consecutivos, cuando de lo contrario debían haberse presentado (amenorrea primaria o secundaria). Se considera que una mujer tiene amenorrea si sus períodos ocurren solo por inducción hormonal, por ejemplo, administración de estrógenos.

I.C.D - 10 (1986), de la Organización Mundial de la Salud:

- Hay una pérdida de peso significativa. Pacientes prepúberes pueden mostrar fracaso en la ganancia de peso establecido durante el período de crecimiento.

- La pérdida de peso es autoinducida por medio de: a) la evitación de “alimentos que engordan”, y uno o más de los siguientes; b) vómitos autoinducidos; c) laxantes; d) exceso de ejercicio físico; e) uso de inhibidores del apetito y/o diuréticos.
- Una psicopatología específica, según la cual persiste como idea sobrevalorada e intrusiva el horror a la gordura y/o la flaccidez, y la paciente se impone un umbral de bajo peso.
- Un trastorno que involucra el eje hipotálamo - hipofisario - gonadal, que se manifiesta en la mujer como amenorrea y en el varón como pérdida del interés sexual y de la potencia. También puede haber niveles elevados de hormona de crecimiento, incremento de niveles de cortisol, cambios en el metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina.
- Si la aparición es prepuberal, la secuencia de acontecimientos puberales se retrasa o se detiene (se interrumpe el crecimiento, en las niñas no se desarrollan los pechos y hay amenorrea primaria; en los varones, los genitales permanecen juveniles. Con la recuperación, generalmente se completa la pubertad en forma normal, pero se retrasa la menarca.

Resulta evidente que en ambos criterios ya no se habla de un porcentaje de déficit de peso necesario para establecer el diagnóstico, y esto es crucial porque es un error esperar a que el paciente esté caquéctico para hacer el diagnóstico, cuando todos los otros signos están presentes. También se debate acerca de la inclusión de amenorrea o pérdida de apetito sexual como criterio.

Quienes insisten en la posibilidad de una anomalía primaria en la función hipotalámica se basan en dos hechos; en aproximadamente un 15% de las pacientes con anorexia, se interrumpe la menstruación antes del descenso de peso. El otro dato es que la restauración de peso a un nivel saludable no siempre se acompaña de recuperación de la menstruación. Sin embargo, resulta posible que la

disfunción menstrual sea secundaria a anomalías en los hábitos o a niveles de actividad. Esta afirmación se apoya en la evidencia de que en la bulimia nerviosa se normaliza la menstruación con el establecimiento de hábitos alimentarios sanos, sin ningún cambio significativo en el peso.

Como ya se mencionó la anorexia es un complejo síndrome, con características de etiología y de diagnóstico, muy específicas. Dichos lineamientos son el producto de muchas investigaciones que se han realizado en torno a este padecimiento, con la finalidad de evitar que siga aumentando su prevalencia, y conocer que otras situaciones no se han considerado, y sin embargo son fuertes factores anorécticos.

3.5 Líneas de Investigación.

La propagación de la cultura *Ligth*, como un factor para la anorexia se presenta en todas las edades, y en los diversos niveles socioeconómicos.

Gómez y Avila (1995), estudiaron una muestra de 487 niños que cursaban el 5° y 6° grado de primaria para ver si había seguimiento de dietas; en sus resultados encontraron que un 25% había hecho cambios en su alimentación, el 19% con la finalidad de bajar de peso y un 6% con el fin de subirlo, los porcentajes se comportaron de manera similar en ambos sexos.

En cuanto al efecto nivel socioeconómico, en la probabilidad de que se presente la anorexia, Mujica (1998), realizó una investigación, con la finalidad de determinar la relación entre las conductas alimentarias de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios y el nivel socioeconómico, en estudiantes de preparatorias públicas y privadas, a los que se les aplicó un cuestionario sobre alimentación y salud.

La muestra estuvo conformada por adolescentes hombres y mujeres de niveles socioeconómicos medio y bajo con un rango de edades entre 14 y 19 años, siendo la edad promedio en el total de la muestra de 16 años.

Los resultados que se obtuvieron en relación al nivel socioeconómico, demuestran que en los dos niveles (alto y bajo), el aspecto económico, no es el único factor, también deben considerarse las implicaciones culturales. En este caso los padres de los adolescentes de nivel medio además del ingreso, tenían un mayor nivel de estudios que los de clase baja.

A este tenor, en la investigación de Escobar (1992), se observó mayor prevalencia de conductas alimentarias de riesgo en alumnas que asistían a escuelas privadas en comparación con las que acudían a instituciones públicas, ello se debió a que las estudiantes de escuelas privadas se pesaban como mínimo una vez a la semana, realizaban alguna actividad física en forma excesiva, consumían alimentos dietéticos, había la presencia de atracones y dietas hipocalóricas.

Holtz (1992), citado en Mujica (1988), en una muestra de 90 estudiantes mujeres de una preparatoria privada observó que la media del peso de los adolescentes se encontraba dentro de los rangos normales para su estatura y edad, presentando sin embargo un peso deseado de 3 kilogramos por debajo de éste; entre las conductas alimentarias anómalas estaban el seguimiento de dietas (59%) accesos bulímicos (51.8%), consumo de anfetaminas (27.7%), diuréticos (12%) y laxantes (6%); la presencia de amenorrea (19.3%) y una preocupación por el peso corporal en el 81% de los casos.

En otro estudio realizado por Unikel (1998), destacó la presencia del síndrome parcial de desórdenes del comer en el 52% de los casos de una población de adolescentes mujeres estudiantes de ballet, en comparación con las que estaban en escuelas públicas con un 26.8% y con un grupo de estudiantes de escuelas privadas que obtuvo un 42.5%.

Los síndromes parciales que más se reportaron en estos grupos fueron:

- Sentimientos de culpa al consumir alimentos engordantes.

- Seguimiento de dietas.
- Preocupación por comer, la figura y el peso.

Otro hallazgo importante fue que estos síndromes parciales, se presentan en 2.4 veces más en profesionistas, como lo son bailarinas de Ballet o modelos.

Como puede observarse la anorexia se desata y se mantiene por circunstancias de relativa consistencia, las cuales obedecen en gran medida a la búsqueda del cuerpo ideal, o peor aún, al terror por subir algunos gramos. Lo cual representa una grave patología, que trae consigo serios problemas de índole psicológico y físico.

En la búsqueda de establecer las condiciones para fomentar los hábitos funcionales para el paciente, se han propuesto muchas alternativas de cambio en las diferentes modalidades de tratamiento.

3.6 Tratamiento de la Anorexia.

A continuación se presenta una alternativa de cambio, basada en el enfoque cognitivo conductual, con estrategias modificadas para anoréxicas, partiendo de la hipótesis, de que el desarrollo y conservación del padecimiento fue elaborado por creencias irracionales comunes. Dicha técnica se basa en la terapia racional emotiva de Ellis (1981), en la cual señala que un desorden emocional implica siempre, *un debería, tengo que, es necesario que*, de manera absolutista, que las personas perturbadas siempre están demandando o imperando de sí mismas y de los demás y que su pensamiento de *necesidad perturbadora*, sería mejor que fuera revisado científicamente y dominado persistentemente para evitar que vuelva a surgir y afligirles en el futuro.

Este proceso engloba el descubrimiento de las creencias irracionales, o el método diagnóstico y la penosa utilización de los procedimientos lógico - empíricos de la investigación científica, preguntando, debatiendo, poniendo en

duda y discutiendo las creencias irracionales. La finalidad de este proceso es inducir a la persona a que reconozca lo absurdo de sus creencias, a que las abandone ya que adopta otras nuevas y más apropiadas.

De tal modo, que la finalidad primordial de la intervención clínica es alterar el proceso cognitivo de "falsas concepciones y errores en la manera de pensar del paciente". Entre esas cogniciones irracionales, figuran las siguientes:

- Dicotomía de razonamiento, pensamientos extremos que dividen la alimentación entre hacerlo y no hacerlo.

De tal manera, se necesita que la paciente sea consciente, de las circunstancias que se presentan al momento en que decide dejar de comer. Para tal efecto, el terapeuta debe sugerir la realización de registros, donde se haga evidente, qué es lo que impulsa a la negación de ingerir alimentos. Dichos registros deben contener, las respuestas que presenta a los tres niveles de conducta, *cognitivo, motor y fisiológico*, lo cual implica que la paciente, pueda reportar qué *piensa*, antes, durante y después de negarse a comer, lo que nos permitirá, conocer a fondo los pensamientos irracionales que maneja. En cuanto a sus respuestas motoras, es importante saber qué *hace*, ya que una vez que decidió no comer, esa conclusión pudo ser a causa de que miró su cuerpo, y encontró, una falsa imagen de flacidez, lo cual quizá, la lleva a realizar dos horas de ejercicio, en lugar de la intención principal. De tal manera, es importante saber qué hace antes, durante y después. Es necesario saber cómo se *siente* en las mismas instancias, ya que la anorexia presenta un cuadro sintomático muy definido, que entre sus principales características figura la hipoglucemia, lo cual propicia que la paciente tenga frío, y se abrigue, llevando así a tener una percepción corporal, mas grande de lo común, favoreciendo a más acciones restrictivas.

Una vez que la paciente reporta lo anterior constantemente, se debe trabajar sobre sus pensamientos irracionales, enfrentando a la paciente con sus propias

contradicciones, haciéndola consciente de su negligencia. Para tal efecto sería importante que la paciente conozca las implicaciones de la anorexia, que en muchos casos llevan a la muerte. Una vez que conoce las graves consecuencias de la misma. Se trabaja en la reestructuración cognitiva, que comúnmente, consistirá en el cambio de valores corporales (autoconcepto), y se entrenará en detención de pensamiento, para que una vez que la paciente comience a angustiarse por las consecuencias del comer; sustituya su pensamiento, y se centre en que debe alimentarse, en que un cuerpo muy delgado, no siempre es del todo sano. Es recomendable que se le ofrezca información (y se fomente su búsqueda), acerca de los alimentos que son nutritivos y la manera en que debe consumirlos.

Para asegurar el mantenimiento de dichos efectos se debe informar a la familia, del trabajo realizado, y enterarles que van a jugar un papel muy importante en la consistencia de las conductas aprendidas, para lo cual es necesario un cambio de fondo y forma en el ambiente familiar.

La anterior es una de las tantas formas de intervención, que figura en el campo de terapia psicológica. Lo que es un hecho, es que todas las alternativas de cambio, que se generen en las distintas perspectivas, tienen el objetivo común, de modificar las actitudes de la paciente hacia la comida, y de fomentar en ella, las condiciones para que pueda aceptar su cuerpo.

A partir de lo descrito anteriormente, podemos afirmar que: como en otros trastornos de la alimentación, la anorexia ha visto aumentada notablemente su incidencia en las últimas décadas, principalmente en adolescentes y adultos del sexo femenino. Quienes la padecen se caracterizan por presentar una marcada pérdida de peso y un deseo continuo por adelgazar a pesar de encontrarse en un estado de caquexia (en gran parte de los casos); así como, en la presencia de una actitud negativa hacia su silueta e imagen corporales. A su vez, estos pacientes

muestran insatisfacciones y déficits en el área social e interpersonal. Como ya se mencionó la etiología de la anorexia es compleja y multideterminada, como se observó a lo largo de este capítulo. No se pueden aislar causas únicas, sino que factores psicológicos, familiares, socioculturales y biológicos, se unen en el desarrollo y mantenimiento de la anorexia.

De tal manera, la anorexia representa un síndrome que tiende a agudizarse, y que cada vez exige una mayor atención de las disciplinas dedicadas a la prevención, el fomento y el tratamiento para la salud de manera integral.

MÉTODO

Descripción de la Muestra

Se seleccionó una muestra intencional, no aleatoria de (N= 196) mujeres que presentaban desordenes alimentarios. El primer grupo (n = 99) constituido por anoréxicas, y el segundo (n= 97) estuvo representado por mujeres que presentaban obesidad.

Los criterios de inclusión para las anoréxicas, consistieron en la afirmación de 7 o más ítems, de un cuestionario con 10 preguntas cerradas (si o no), donde se ilustran las características más comunes de las anoréxicas, según lo criterios de (Bay, 1996), (ver anexo 1).

En el caso de las obesas, el criterio fundamental, consistía en un sobrepeso mayor al 25%, del establecido para su edad y estatura.

Los rangos de las edades de las participantes, se encontraban entre los 15 y los 21 años.

Materiales.

- Cuestionario Calidad de Vida
- Cuestionario de hábitos alimenticios
- Lápices con goma.

Escenario

La aplicación de los cuestionarios se llevó cabo en las instalaciones de dos preparatorias Colegio Hermann Hesse SC. y Colegio Latinoamericano Mexicano SC. Ambos ubicados en la colonia Santa María la Ribera

Instrumento

El cuestionario, inicialmente, recopila datos básicos como lo son: el sexo, la edad, el peso, el servicio médico que utiliza y la escolaridad. Dicho instrumento pertenece a las escalas categóricas tipo Likert, que son utilizadas para medir actitudes, y presenta 5 alternativas de respuesta; por ejemplo:

Completamente de acuerdo	De acuerdo	Regular	En desacuerdo	Completamente en desacuerdo
1	2	3	4	5

Con base en esas alternativas de respuesta, se exploran diferentes dimensiones para el estudio de Calidad de Vida. El instrumento esta constituido por 127 ítems dividido en dos subescalas; la primera subescala es la que evalúa *Funcionamiento de la Salud* y está constituida por 68 ítems, en cinco áreas, la segunda evalúa el *Funcionamiento Psicosocial* y contiene 58 ítems, en cuatro áreas, (anexo 2) las dos subescalas se describen a continuación:

Funcionamiento de la Salud

1. Respuesta a Enfermedad					
Tipos de ítems	"quedarse en cama"		"obedecer todas las indicaciones del médico"		
Tipos de respuesta	No	Probablemente no	Regular	Probablemente Si	Si
	1	2	3	4	5
2. Hábitos de Salud					
Tipos de ítems	"Comer menos"		"Comer entre comidas"		
Tipos de respuesta	Diario	A menudo	Algunas veces	Pocas Veces	Nunca
	1	2	3	4	5
3. Historia de Salud					
Tipos de ítems	"¿cómo es su salud comparada con la de otras personas de su edad?"				
Tipos de respuesta	Pésima	Mala	Regular	Buena	Excelente
	1	2	3	4	5
4. Uso del Sector Salud					
Tipos de ítems	"El año pasado, ¿cuantas veces fue al consultorio del doctor?"				
Tipos de respuesta	A	B	C	D	E
	0	1	2	3-5	6 o más
5. Creencias y Actitudes con Respecto a la Salud					
Tipos de ítems	"Estoy al pendiente de las reacciones de mi cuerpo"				
Tipos de respuesta	No	Un poco	Regular	Casi	Si
	1	2	3	4	5

Funcionamiento psicosocial

1. Estrés de vida					
Tipos de ítems	"Cambio de trabajo"		"Problemas con la esposa (o) o familiares"		
Tipos de respuesta	Nada tenso 1	Muy poco tenso 2	Poco tenso 3	Muy tenso 4	Totalmente tenso 5
2. Afrontamiento					
Tipos de ítems	"Acepto mis sentimientos"		"Mantengo la calma"		
Tipos de respuesta	Me describe muy mal 1	Un poco 2	Regular 3	Bastante 4	Me describe muy bien 5
3. Apoyo social					
Tipos de ítems	"Que tan satisfecho estuvo con la ayuda, guía o información que recibió"				
Tipos de respuesta	Nada satisfecho 1	Un poco 2	Regular 3	Bastante 4	Muy satisfecho 5
4. Salud psicológica.					
Tipos de ítems	"¿Que tan cerca ha estado de sus ideales?"			"¿se ha sentido criticado?"	
Tipos de respuesta	Muy poco 1	Un poco 2	Regular 3	Bastante 4	Mucho 5

El instrumento ha sido diseñado con los suficientes elementos, para evaluar de manera multidimensional, todas las áreas de Calidad de Vida en cualquier población.

Procedimiento

En el Colegio Hermann Hesse, la aplicación del instrumento se llevó a cabo en un aula de la institución, designada por las autoridades. Al inicio de cada hora de clase, se trasladaba a todo un grupo (45 en promedio). Y se seleccionaba a las personas que cubrían los criterios. Con base en esta dinámica, asistieron al salón todos los grupos de los dos turnos (cuatro grupos por cada grado, 4°, 5° y 6°).

Una vez que llegaban al salón, se les explicaba, que el instrumento había sido aplicado en diferentes poblaciones, para ser utilizado en el área de la salud. Y en esa ocasión se enfocaba a mujeres con desordenes alimenticios, por lo que se les preguntaba, si tenían conocimiento de lo que era la anorexia (Cabe destacarse, que en ningún salón fue necesaria una explicación, ya que en todos los grupos

tenían conocimiento de las características y el impacto de dicho síndrome), de tal manera, las mujeres que consideraban tener algunos aspectos de la sintomatología correspondiente, permanecían en su asiento, y solo esperaban a que salieran los demás, de tal modo, se les proporcionaba un cuestionarios de 10 preguntas cerradas con dos opciones, si afirmaban 7 de los 10 ítems, se les proporcionaba el cuestionario de calidad de vida, en caso contrario; se les agradecía y se les invitaba a retirarse, sólo en un par de casos, algunas de ellas tenían solo 6 afirmaciones, y a partir de sus argumentos se decidió que lo contestaran, ya que aseguraban que les había sido diagnosticado dicho padecimiento.

En el caso de las obesas, no se especificaba que también eran requeridas por esa peculiaridad, solo se les invitaba a participar, a partir de las evidencias físicas, una vez que se definía que su sobrepeso excedía el 25% se les proporcionaba el instrumento, de no ser así también se retiraban.

En ambos grupos, las indicaciones que se les sugería, consistían en que:

- Contestaran con la mayor veracidad posible, ya que esa información sería totalmente confidencial.
- Que siempre marcaran con una cruz.
- Que lo contestaran con lápiz.
- Se les especificaba que algunos cuadros del instrumento eran para uso de los investigadores, por lo tanto ahí no debían escribir.
- Que debían llenar solo una opción de respuesta.

En el CLAM, la obtención de los datos, se llevó a cabo con base en la misma dinámica, con la única diferencia, que en esta ocasión el investigador se trasladaba a los salones, donde tomaban sus clases normalmente.

Una vez que se recopilaron los datos, se procedió a la captura y análisis de información, para lo cual se utilizó el programa SPSS (Paquete estadístico aplicado a las ciencias sociales en su versión para Windows), aplicando el estadístico de

frecuencia, correlación y la *t de Student* para muestras independientes. Con un nivel de significación de $\alpha = .05$ con la finalidad de confiabilizar los datos obtenidos.

Posteriormente se llevó a cabo un análisis de algunas dimensiones de Calidad de Vida, tomando en cuenta las áreas del instrumento que inciden con la anorexia y la obesidad.

RESULTADOS

El objetivo del presente estudio consistió en: Comparar la Calidad de Vida en mujeres que presentan obesidad y anorexia. Para tal efecto se utilizó un instrumento que evalúa la calidad de vida. Este estudio formó parte de una investigación mayor, cuyo objetivo fundamental consiste en la validación de dicho instrumento, para su aplicación en el sector salud.

Una vez que se recopilaron los datos se procedió a la captura y análisis de la información, por medio del SPSS. Los resultados que se obtuvieron se describen a continuación:

Se seleccionó una muestra total de 196 que presentaban desordenes alimentarios. El primer grupo constituido por 99 anoréxicas, y el segundo estuvo representado por 97 mujeres que presentaban obesidad.

Respecto al cuestionario que se les aplicó a las anoréxicas, de manera previa al instrumento, podemos observar que se encontró un puntaje total en el ítem 7, correspondiente a la afirmación siguiente "Consideras que tienes exceso de peso aunque todos te digan lo contrario" y el menor puntaje se encontró en el ítem 9, el cual pregunta: "¿ha habido ocasiones en que no menstrúes por un periodo de tres meses o más?". (ver figura 1)

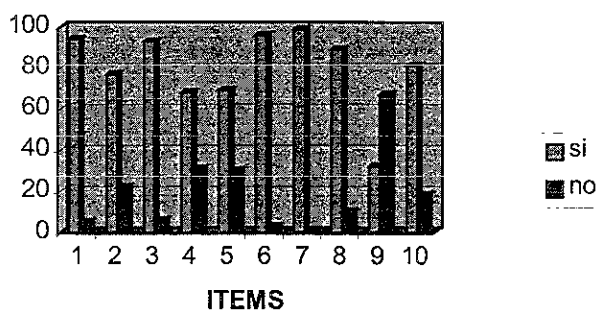


Figura 1. Frecuencia de los puntajes del grupo de las anoréxicas, en el cuestionario previo a la aplicación del instrumento.

Lo cual en razón de los ítems nos indica lo siguiente : (ver tabla 1)

Pregunta	Sí		No	
	frecuencia	%	frecuencia	%
1. ¿Te has sometido en alguna ocasión a dietas?	94	94.9	5	5.1
2. ¿Permaneces en ese régimen por largos periodos de tiempo?	77	77.8	22	22.2
3. ¿En alguna ocasión ha sido sin supervisión médica?	93	93.9	6	6.1
4. ¿Has utilizado laxantes o diuréticos?	68	68.7	31	31.3
5. ¿Te has sometido a rutinas excesivas de ejercicio?	69	69.7	30	30.3
6. ¿Al mirarte en el espejo has considerado que tienes exceso de peso?	96	97.0	3	3.0
7. ¿Consideras que tienes exceso de peso aunque todos te digan lo contrario?	99	100	0	0
8. ¿Procuras mantener tu peso por debajo de lo establecido para tu edad y estatura?	89	89.9	10	10.1
9. ¿ha habido ocasiones en que no menstrúes por periodos de tres meses o más?	32	32.3	67	67.7
10. ¿Piensas que actualmente ser delgada es sinónimo de ser bella?	81	81.8	18	18.2

Tabla 1. frecuencia y porcentaje en cada uno de los ítems del cuestionario para detectar anorexia

El rango de edades de la muestra, se localizaba para las anoréxicas entre los 15 y los 20 años con una moda = 17 años, media = 17.13 , encontrándose en esa edad la mayor frecuencia 39 (ver figura 2).

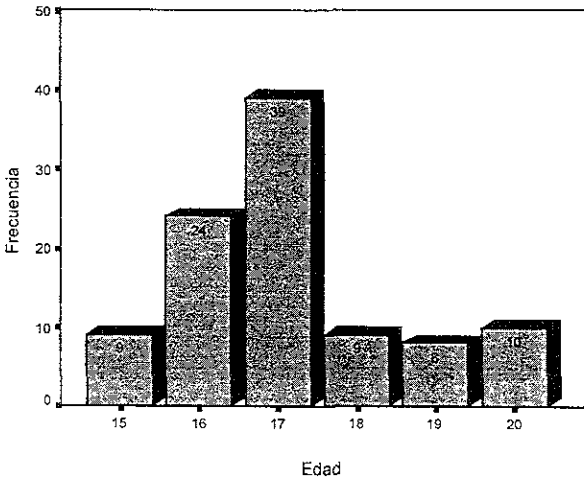


Figura 2. Frecuencia de edad en el grupo de las anorexicas.

En el caso de las obesas, el rango de edad se situaba, entre los 15 y los 21 años con una moda = 16 años, media = 16.88, encontrándose en esa edad la mayor frecuencia con 30 de ellas (ver figura 3)

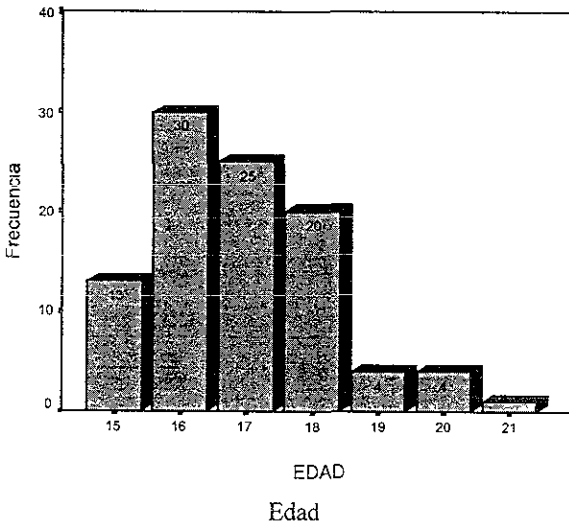


Figura 3. Frecuencia de edad en el grupo de las obesas.

De tal manera, a continuación se describen los resultados, obtenidos por medio del instrumento, incidiendo en las dimensiones de interés, para los fines de este estudio.

En relación a la categoría de Salud total, en la que el puntaje de los ítems, se obtuvo como mínimo 1 y un máximo de 5; se encontró que en el grupo de anoréxicas, 50 marcaron la opción 3 media = 3.06 (regular) y 21 la opción 2 (mala), encontrándose el menor puntaje en la opción 1 ("pésima"), ya que solo la marcaron 4 de ellas (Figura 4).

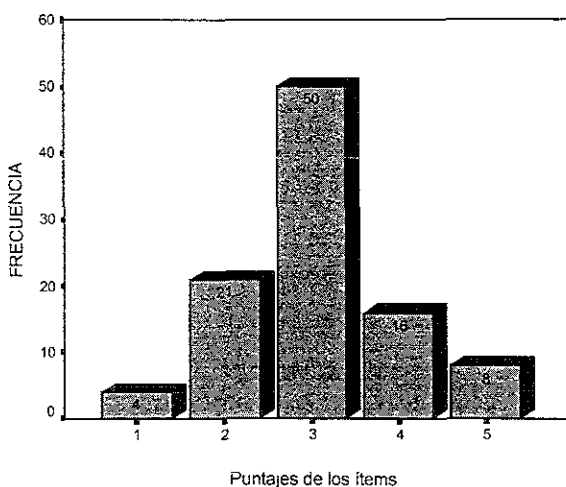


Figura 4. Frecuencia de los puntajes del grupo de las anoréxicas, en la categoría de Salud Total.

En el grupo de las obesas, para la categoría de salud total, la frecuencia más alta fue de 44 y se ubica en la opción 4, media = 3.79 (bien), se observa un puntaje alto en la opción 5 (Excelente) teniendo, una frecuencia de 20, y el menor puntaje se encontró en la alternativa 2 (mala) con una frecuencia de 7 (Figura 5).

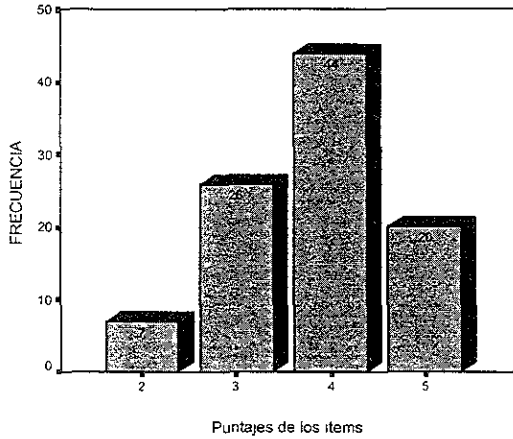


Figura 5. Frecuencia de los puntajes del grupo de las obesas, en la categoría de Salud Total.

En relación a la categoría de Salud Reciente, se encontró que en el grupo de anoréxicas, 58 marcaron la opción 3, media = 2.89 (regular) y 21 la opción (mala), encontrándose el menor puntaje en la opción 5 (Excelente), teniendo una frecuencia de 1 (Figura 6).

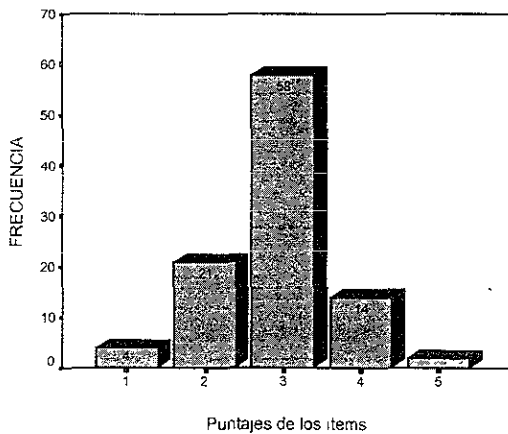


Figura 6. Frecuencia de los puntajes del grupo de las anoréxicas, en la categoría de Salud Reciente.

En cuanto a su salud reciente, las obesas, eligieron con mayor frecuencia la alternativa 4, media = 3.42 (bien) con un puntaje de 37 y de igual manera obtuvieron un puntaje alto en la opción 3 (regular) y 10 de ellas consideran excelente su salud, marcando la alternativa 5 (Figura 7).

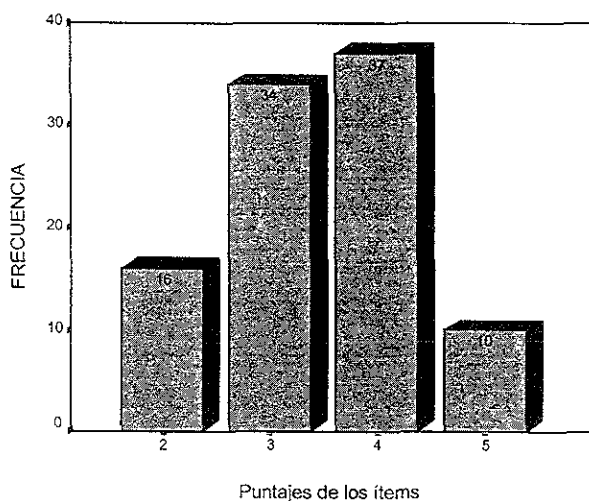


Figura 7. Frecuencia de los puntajes del grupo de las obesas, en la categoría de Salud Reciente.

De tal modo, que entre éstas dos variables, Salud total y Salud Reciente, se encontró una fuerza de la correlación de .547 y una significación de .000 (a dos coias) en el grupo de las anoréxicas, y en el caso de las obesas se obtuvo una fuerza correlación de .501 con una significación de .000 lo cual nos indica que en ambos casos la correlación es significativa ($\text{sig} = .000 < \alpha .05$).

En relación a los datos obtenidos mediante la prueba t de Student, se observa que si hay diferencias significativas entre el grupo de anoréxicas y el de obesas, en relación a la salud total obteniendo el siguiente resultado $t = -5.983$, $g l = 194$, $p = .000 < \alpha .05$.

En cuanto a la categoría de Salud Reciente, se encontró que $t = -4.505$ y $p = .000 < \alpha .05$, es decir que, también existen diferencias significativas entre la salud reciente del grupo de anoréxicas y el de obesas.

Por otra parte, en lo que respecta a los hábitos positivos, en las anoréxicas, se obtuvo un puntaje mínimo de 26 y un máximo de 56, donde las frecuencias más altas se encuentran en los puntajes 42 y 56 pertenecientes a la alternativa 4, media = 45.72 (pocas veces) con una frecuencia total de 65 (Figura 8).

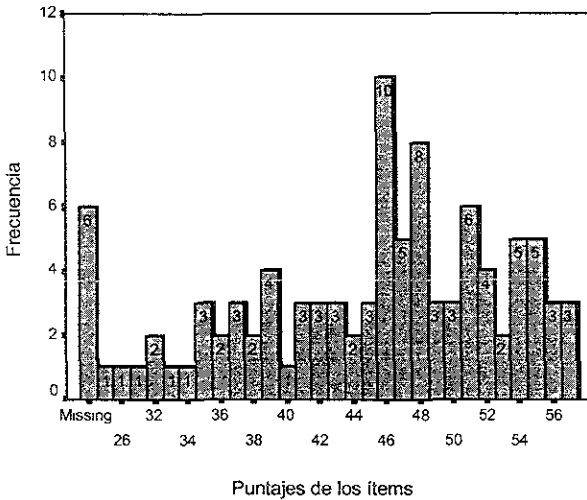


Figura 8. Frecuencia de los puntajes del grupo de las anoréxicas, en la categoría de hábitos positivos.

En el caso de las obesas, para esta categoría se obtuvo un mínimo de 36 y un máximo de 57, observándose las frecuencias más altas en los puntajes que van del 42 al 53, media = 44.60, pertenecientes a la opción 3 (Algunas veces), con una frecuencia total de 39, de igual forma se encuentran puntajes altos en el rango que abarca de 35 a 41 perteneciente a la alternativa 2 (a menudo), con una frecuencia total de 32 (Figura 9).

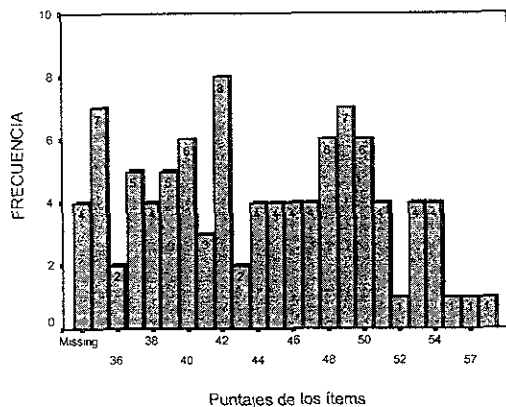


Figura 9. Frecuencia de los puntajes del grupo de las obesas, en la categoría de hábitos positivos.

En lo concerniente a la vigilancia de salud se obtuvo en las anoréxicas un mínimo de 5 y un máximo de 25, encontrándose las frecuencias más altas en el rango de 15 a 20 perteneciente a la alternativa de respuesta 4, media = 15.29 (Casi) con una frecuencia total de 48, otro de los bloques que se encontraba con frecuencias altas era el inmediato inferior, que abarca del 9 al 14, y corresponde a la opción 3 (regular) presentando una frecuencia total de 29 (Figura 10).

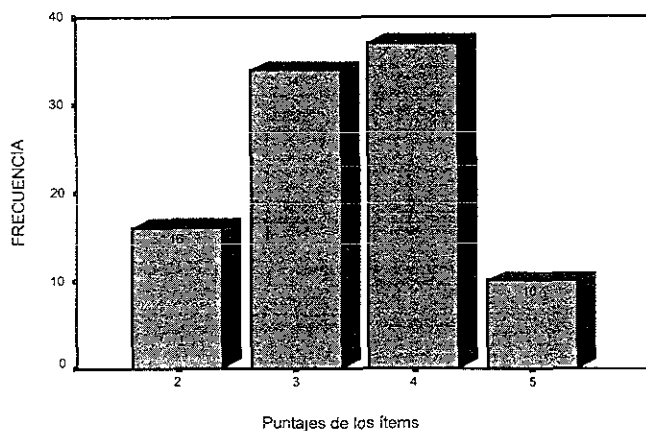


Figura 10. Frecuencia de los puntajes del grupo de las anoréxicas, en la categoría de Vigilancia de Salud.

Para esta categoría, se obtuvo un mínimo de 6 y un máximo de 24, en el caso de las obesas, observándose las frecuencias más altas, en los puntajes que van del 15 al 20, los cuales corresponden a la alternativa 4, media = 16.57 (Figura 11).

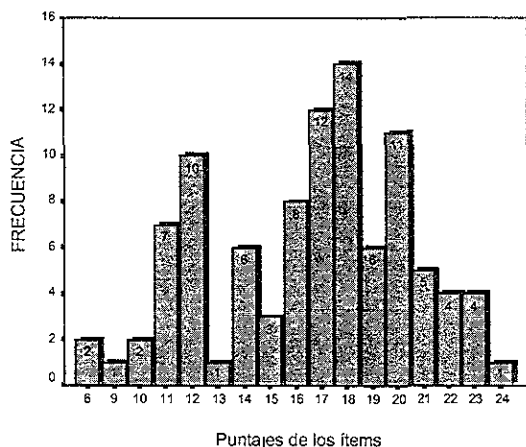


Figura 11. Frecuencia de los puntajes del grupo de las obesas, en la categoría de Vigilancia de Salud.

Entre éstas dos variables, Hábitos Positivos y Vigilancia de Salud, se encontró una fuerza de la correlación de -0.319 y una significación de $.002 < \alpha .05$ (a dos colas) en el grupo de las anoréxicas, y en el caso de las obesas se obtuvo una fuerza de la correlación de -0.352 con una significación de $.001 < \alpha .05$ lo cual nos indica que en ambos casos la correlación es significativa.

En relación a los datos obtenidos mediante la prueba t de Student, se observa que no hay diferencias significativas entre el grupo de anoréxicas y el de obesas, en relación a los hábitos positivos obteniendo el siguiente resultado $t = 1.113$, $gl = 184$, $p = .267 > \alpha .05$.

En cuanto a la categoría de Vigilancia de Salud, se encontró que $t = -2.115$, $gl = 194$, $p = .036 < \alpha .05$, es decir, que si existen diferencias significativas en la vigilancia de salud entre el grupo de anoréxicas y el de obesas

Por otra parte en cuanto a hábitos negativos se refiere, en el caso de las anoréxicas, se obtuvo una mínima de 26 y una máxima de 45, observándose las frecuencias más altas en el bloque que abarca del puntaje 31 al 41, media = 34.06 correspondiente a la alternativa de respuesta 4 (pocas veces) con una frecuencia total de 53, de igual forma se observan frecuencias altas, en el bloque del 21 al 30, correspondientes a la opción 3 (algunas veces), Figura 12.

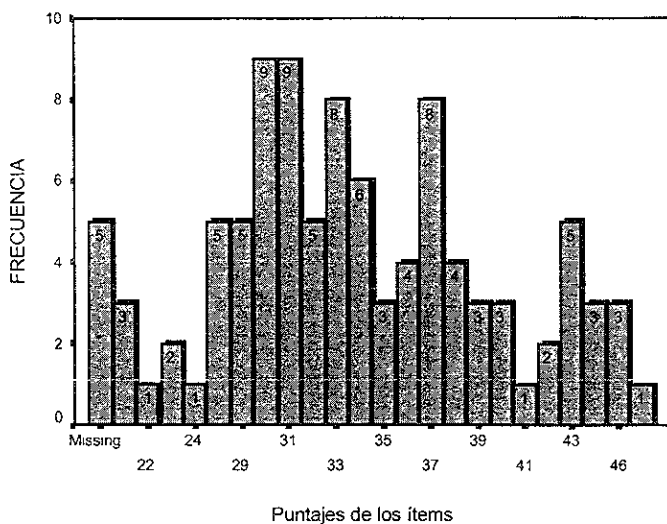


Figura 12. Frecuencia de los puntajes del grupo de las anoréxicas, en la categoría de hábitos negativos.

En esa misma categoría, se obtuvo para las obesas, un puntaje mínimo de 25 y un máximo de 45, presentando las frecuencias más altas el bloque correspondiente a los puntajes 30 y 40, media = 35.86, correspondientes al alternativa de respuesta 4 (pocas veces) con una frecuencia total de 60, en el bloque inmediato superior, también se encuentran frecuencias altas, las cuales corresponden a la opción 5 (nunca), (Figura 13).

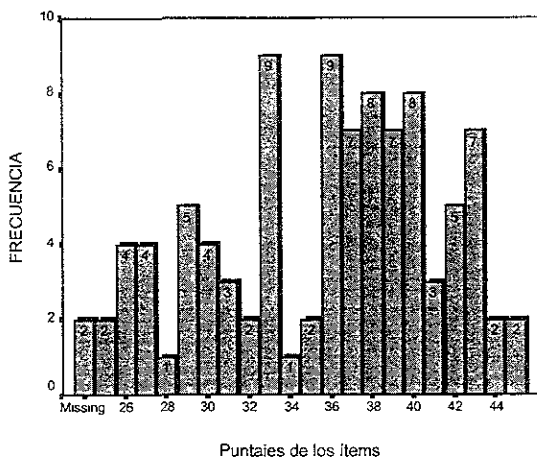


Figura 13. Frecuencia de los puntajes del grupo de las anoréxicas, en la categoría de hábitos negativos

Mediante la aplicación de la prueba *t de Student*, se observa que si hay diferencias significativas entre el grupo de anoréxicas y el de obesas, en relación a los hábitos negativos obteniendo el siguiente resultado $t = -2.130$, $gl = 187$, $p = .035 < \alpha .05$.

Por otra parte, se evaluó también, la categoría correspondiente a el estado ansioso, con un puntaje mínimo de 5 y máximo de 15 para el grupo de anoréxicas, tuvo una frecuencia total de 50 en el rango de puntajes que abarcaba del 12 al 15, media = 11.34, el cual pertenecía a la alternativa de respuesta 5 (mucho), en el caso de las obesas, las frecuencias más altas también se presentan en la alternativa 5, con una frecuencia total de 44, media 11.04 (Figuras 14 y 15).

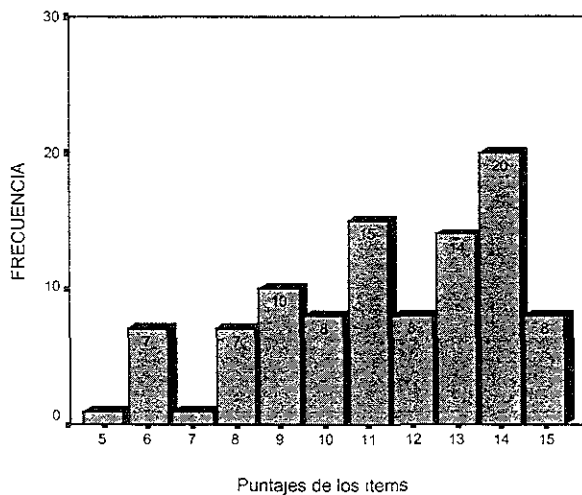


Figura 14. Frecuencia de los puntajes del grupo de las anoréxicas, en la categoría de Estado Ansioso).

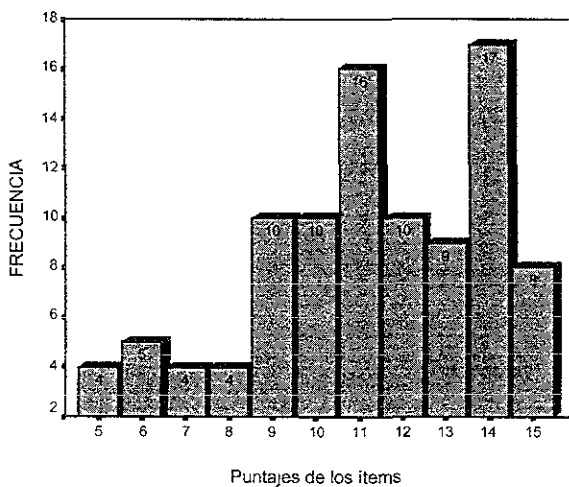


Figura 15. Frecuencia de los puntajes del grupo de las obesas, en la categoría de Estado ansioso.

Se revisó de manera individual un ítem, que incidía en la cantidad de comida, que ingerían y se manejo así: "Comer menos", en el caso de las anoréxicas se observó, la mayor frecuencia en la alternativa 1 (diario) 28, presentando puntajes muy similares en las alternativas inmediatas superiores (Figura 16).

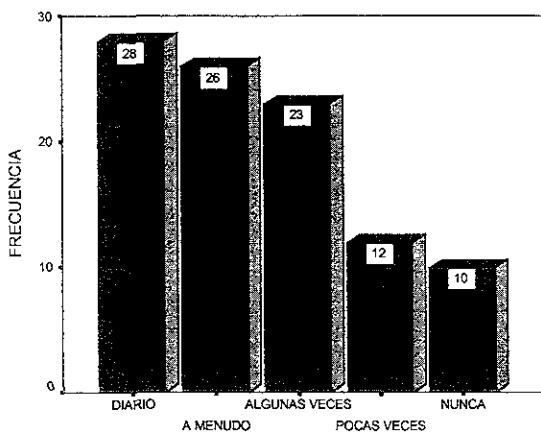


Figura 16. Frecuencia de los puntajes del grupo de las anoréxicas, en el ítem "Comer menos"

En el caso de las obesas se observa una mayor frecuencia en la opción 3 (algunas veces) con una frecuencia de 28, y en la opción 4 (Pocas veces) con 27 (Figura 17).

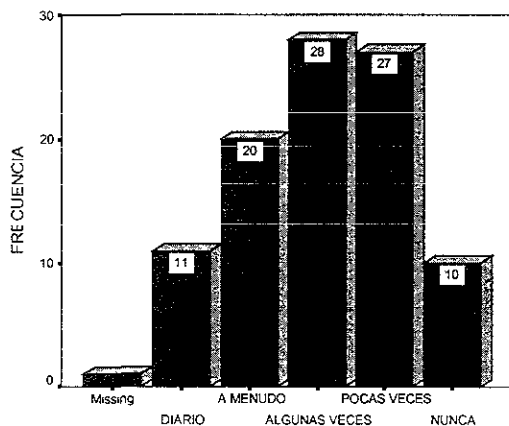


Figura 17. Frecuencia de los puntajes del grupo de las anoréxicas, en el ítem "Comer menos".

DISCUSION

El propósito de la presente investigación consistió en evaluar y asimismo, comparar la calidad de vida de mujeres obesas y anoréxicas. La muestra estuvo conformada por 196 mujeres, de las cuales 99 eran anoréxicas y 97 de ellas, presentaban obesidad.

La población esta constituida de manera heterogénea, en razón de su escolaridad, ya que todas ellas son pertenecientes a dos preparatorias privadas, de nivel económico medio, y están ubicadas en la misma zona. Dicha condición favorece en gran medida, para alcanzar los fines de esta investigación, ya que concordando con Escobar(1992) y con Holtz (1992), citado en Mujica (1988), existe una gran prevalencia de trastornos alimentarios, en las escuelas privadas a ese nivel. Lo anterior pudo observarse, en el momento en que llegó a presentarse la existencia de hasta 5 anoréxicas en un solo salón. Resulta importante señalar, que al ser cuestionadas acerca de la posibilidad de ser anoréxicas, muchas de ellas se denominaban así, y algunas otras permanecían calladas hasta que eran señaladas; a partir de está situación, hubo quienes se apenaban pero finalmente lo aceptaban y también hubo algunas que lo reconocían sin ningún problema; el hecho de saberse anoréxicas y aceptarlo, nos indica que al comienzo del padecimiento, si existe un conocimiento de la patología, y más aun, nos indica que para ellas es aceptable, saberse anoréxicas primero que obesas, esto refleja que dicha permisibilidad, en gran medida favorece a la agudización de los síntomas, lo cual lleva al padecimiento a situaciones extremas, donde se pierde el control y por ende el conocimiento, de su situación y de la gravedad que representa la anorexia.

Como ya se mencionó, la población se constituyó por estudiantes de preparatoria y el hecho de pertenecer a escuelas de este nivel académico, estandariza las edades, ya que generalmente, el rango se encuentra entre los 15 y los 18 años. En este caso, habían personas de mayor edad, para las anoréxicas, el rango de edades se presentó entre los 15 y los 20 años. Los resultados nos

muestran, que en la población estudiada, los 17 años representa la edad con mayor prevalencia para la anorexia, también se encontró que en las mujeres con obesidad, el rango de edades era de 15 a 21, y la mayor prevalencia de este padecimiento se ubicó en los 16 años.

Una de las principales actitudes en que es preciso incidir en el caso de las anoréxicas y las obesas, la constituye sus hábitos alimenticios, ya que en ambas dicha acción representa, el factor principal de su padecimiento. Lo anterior exige conocer la cantidad de alimento que se ingiere, para lo cual, se retomó de manera individual un ítem del instrumento, el cual se maneja así: "comer menos": los resultados nos indican que en el caso de las anoréxicas, la mayor frecuencia se encontró, en la alternativa que indicaba que diariamente procuraban comer menos, lo cual coincide con el DSM IV, donde se afirma que el tipo de anorexia que se presenta más comúnmente, es la de tipo restrictivo, en la cual, quien la presenta hace dietas o ayunos. En este caso, se hace evidente que comienza a gestarse la anorexia, ya que en ellas, no se presentan aún las situaciones extremas, donde los ayunos son muy prolongados, y aún sus cuerpos no se observan muy reducidos en tallas; ya que como se mencionó a lo largo de este trabajo; la anorexia es digna de cuidado desde que se comienzan a presentar los síntomas y de ninguna manera se puede esperar a que la paciente se encuentre con un cuerpo altamente reducido de peso y totalmente desnutrida, para intervenir en la desaparición de la anorexia.

En el caso de las obesas, afirmaron, que el hecho de comer menos, lo realizan pocas veces, lo cual apoya los argumentos de Mancilla (1992), donde explica, que la mayor causa en el origen de este padecimiento, la constituye la llamada "obesidad de origen metabólico", que se presenta con un desequilibrio, entre la oferta calórica y la demanda energética. Este desequilibrio es producido bien por un exceso de ingesta alimentaria, o bien por un descenso en el gasto energético o por ambas situaciones. Si bien se hace evidente que diariamente comen bien, también señalan que pocas veces comen menos, lo cual obedece a que

por momentos tratan de cuidar la cantidad de su ingesta, pero como ya se mencionó, la mayor parte de las personas que presentan obesidad, también presentan una historia de fracasos, en la intención de perder peso, por lo cual hasta que no logren un cambio en sus hábitos alimenticios, seguirán presentando, periodos de atención en su ingesta, los cuales comúnmente, se presentarán por periodos muy pequeños en tiempo y nuevamente no tendrán éxito.

Por otra parte, en el cuestionario previo al instrumento, que se les aplicó a las anoréxicas se encontró, que algunas actitudes, sí pueden considerarse, como patrones de relativa consistencia, en las anoréxicas. Se observó, que la restricción de alimento la hacen muy continuamente, y por períodos muy largos de tiempo, sin orientación médica, (Bay, 1997; Duker 1995) de esta forma, también se encontró la clara distorsión, en su conciencia corporal, ya que ellas asumen que se sienten obesas, sin considerar opiniones, y de alguna manera permanecen pendientes de su cuerpo. Se observó que en gran medida, recurren a situaciones extremas, como hacer mucho ejercicio, y en menor medida, al uso de laxantes y diuréticos. También resultó evidente la influencia sociocultural, donde ellas afirma que ser delgada es sinónimo de ser bella, Salamero (1996). Una condición de muy poca incidencia, fue la referente a la amenorrea. Al respecto Duker (1995), debate acerca de la inclusión de esta característica como criterio. Haciendo evidente que en el diagnóstico de la anorexia, para considerarlo un criterio, se debe poner un especial cuidado, en la historia personal de la paciente en razón de su estado hormonal.

Todo lo anterior, nos indica que un punto de interés en el caso de las anoréxicas y las obesas, radica en los efectos, que dicho padecimiento provoca en la salud, desde un punto de vista integral. Razón por la cual, en este estudio nos centramos en lo que según Nussbaum (1993), corresponde a las funciones; física y emocional, de la calidad de vida.

Una vez delimitadas las dimensiones de interés para este fin, se procedió a seleccionar las escalas del instrumento de Calidad de Vida, donde se presentara una incidencia directa; obteniendo las siguientes áreas: Salud Total, Salud Reciente, Hábitos Positivos, Hábitos Negativos y el Estado Ansioso.

Los resultados que se obtuvieron, nos muestran que en razón de la Salud Total, existen diferencias significativas entre las anoréxicas y las obesas. En el primer grupo, con un porcentaje considerablemente alto, expresaron que en ese rubro su condición es regular, y que tiende a la condición mala, de hecho hubo algunas que calificaron su salud total como pésima, al respecto Bay (1996) menciona que las anoréxicas en sus prácticas de ayuno, presentan un cuadro sintomático, que permanece durante períodos prolongados, donde generalmente figura la hipoglucemia, dolores de cabeza y una gran diversidad de problemas gastrointestinales. Lo anterior se presenta de manera, quizá no muy intensa, pero si constante, lo que propicia lo que dicho autor denomina, magnificación de estímulos, donde exageran sus sensaciones.

En el caso de las obesas, los resultados sugieren que consideran su salud total como "bien", y tiende a regular y excelente. Lo cual nos indica que las consecuencias de la obesidad en esta edad, no son muy evidentes, ya que, como se mencionó anteriormente, la obesidad aumenta el riesgo de desarrollo de algunas enfermedades como diabetes, presión alta, ataques cardiacos y demás enfermedades cardiovasculares, algunos tipos de cáncer, entre otras. Pero todos los padecimientos anteriores, presentan una mayor incidencia en personas mayores, por lo cual en las participantes de esta investigación su salud, puede considerarse excelente, aunque a largo plazo se esté gestando un padecimiento mayor.

En cuanto a la categoría de Salud Reciente, se encontró que también hay diferencias significativas, entre las anoréxicas y las obesas, y más aún, los resultados nos muestran lo mismo, que se obtuvo en salud total; considerando las

anoréxicas, que su salud es regular, tendiendo a mala. Las obesas por su parte, consideraban que su salud era buena, tendiendo a regular y excelente.

En el área de Hábitos Positivos las anoréxicas, reflejaron que lo hacen pocas veces, evidenciando que ponen poco interés, en las necesidades de su cuerpo, su nutrición, sus horas de sueño, entre otras. Las obesas por su parte, reportan que lo hacen algunas veces y a menudo. Lo cual nos indica que este segundo grupo, si come alimentos nutritivos, si desayuna bien, si descansa bien, lo que quizá no considera, es que si bien debe nutrirse de manera adecuada, no debe ser en una cantidad mayor a sus requerimientos, y debe ser bajo algunas condiciones especiales, de tiempo y espacio.

En ese tenor, se encuentra la Vigilancia de Salud, en donde los resultados de ambos grupos, demuestran que ellos consideran que en ese rubro, su actitud es casi, la cual en razón de la modalidad de los ítems, refleja que ellas, casi si están al pendiente de las reacciones de su cuerpo, casi si atienden el rendimiento de su cuerpo, casi si son capaces de anticipar futuros problemas en su salud, entre otras. Lo cual nos permite observar que ambas se interesan por las reacciones físicas, lo que resulta interesante saber, es el sentido que manejan en relación con esa vigilancia, ya que la anoréxica, bien puede vigilar las reacciones de su cuerpo, pero puede ser para no dejarlo subir un gramo. Ahora, como es sabido, las anoréxicas se encuentran en un estado de verdadero riesgo, por lo cual resulta paradójico que ellas afirmen que son capaces de anticipar problemas en su salud, lo anterior obedece, a lo que argumenta Bay (1996), donde explica que estas pacientes generalmente no tienen conciencia de enfermedad.

Las obesas, por su parte, pueden estar al pendiente de las reacciones de su cuerpo, ya que como se mencionó, en la mayor parte de la población obesa existe una historia de fracasos ante dietas y tratamientos, en donde se mantienen haciendo dietas, que pueden ir de uno a tres días, o durar varias semanas, lo cual las mantiene al pendiente, de su peso, y de sus cambios físicos.

También se evaluaron los Hábitos Negativos, encontrando que existen diferencias significativas, entre ambos grupos, ya que aunque en los dos casos, respondieron que pocas veces presentaban hábitos negativos, en el caso de las anoréxicas, se inclinaba la respuesta hacia algunas veces y las obesas hacia nunca. Lo cual nos indica que las anoréxicas, si presentan algunas de las actitudes que indica el instrumento, ya que algunas de ellas expresaron que consumían drogas, fumaban y en menor medida, consumían bebidas alcohólicas.

Entre los hábitos negativos de mayor incidencia en el caso de las obesas, figura el de comer entre comidas, el cual expresaron que lo realizan algunas veces, dicha acción representa un factor muy importante en el mantenimiento de la obesidad, y figura como una de las primeras modificaciones que se realizan al iniciar un tratamiento para el cambio de hábitos alimenticios (Zierold, 1991).

Por otra parte Alvarez, (1992) afirma que existe una grave asociación entre los estados emocionales, los condicionamientos sociales y la comida. Razón por la cual, un área del instrumento que exige un especial interés, es la que comprende el estado ansioso.

En dicha área, tanto las anoréxicas, como las obesas, en su mayoría respondieron que su estado ansioso era mucho, el cual representaba el extremo superior, y resulta muy ilustrativo, ya que como se ha mencionado, las personas a menudo responden comiendo ante un estado ansioso, la comida, se utiliza como un escape, como compañía, como un medio para aliviar su dolor, su insatisfacción. Lo cual nos demuestra que las implicaciones de la obesidad también pueden ser emocionales, ya que como dice Alvarez (1992), los aspectos psicológicos son con frecuencia la causa de la obesidad, los individuos que presentan obesidad generalmente sufren consecuencias psicológicas de consideración ya que en torno a su padecimiento representan su causa y su efecto. De tal manera tiene lugar un círculo vicioso que no es fácil de romper. Al sentirse mal consigo mismas, hay

personas que comen en exceso y que buscan en la comida un alivio a sus conflictos emocionales, aunque este alivio sea solo temporal, al empezar a engordar suelen sentirse cada vez peor consigo mismas, por lo que comen de más, y así sucesivamente hasta que se convierten en obesas. Entre las actitudes que se destacan en la evaluación del estado ansioso, figura el sentirse criticado, por lo cual para las obesas, ese temor se encuentra constantemente presente, ya que su autoconcepto se encuentra por demás devaluado; una vez que se presenta la obesidad, las personas se sienten mal consigo mismas e incluso, suelen despreciarse. Por lo cual se incrementa la posibilidad de sentirse criticado.

En cuanto a esa posibilidad, en el caso de las anoréxicas, se presenta con mucha frecuencia, ya que ellas tienen una fuerte distorsión cognitiva la cual según Bay, (1996) no le permite recibir halagos, o pero aun, cualquier comentario, es susceptible de modificarse, para evidenciar que todos la consideran gorda. Otro agente que propicia que la anoréxica presente un estado ansioso, consiste en ese fuerte y permanente terror a engordar.

Lo anterior, nos indica que en relación con el objetivo de la presente investigación, el cual consistió, en evaluar y comparar la calidad de vida en las anoréxicas y las obesas. Se encontró que existen diferencias significativas, entre ambos grupos, siendo en las anoréxicas, donde se presentan, claras deficiencias en su calidad de vida, evidenciando principalmente su mala salud, sus malos hábitos, el poco cuidado que tienen de bienestar físico, y la gran ansiedad que dicho padecimiento les provoca. Cabe destacar que en ambos grupos las diferencias fueron muy sutiles, ya que, aunque se describen claras discrepancias entre ellos, esos datos se observaron solamente en las categorías presentadas, contrariamente, en el resto del instrumento no hubo diferencias significativas.

En el caso de las obesas, se encontró, que se encuentran en un buen estado de salud, que tienen buenos hábitos en general, y su única deficiencia son sus altos niveles de ansiedad. Al respecto Davidson (1981), afirma que la ansiedad, el estrés y la depresión, deben ser valorados ya que pueden por si mismos desencadenar y mantener en algunos casos el mecanismo de la obesidad.

CONCLUSIONES

Al lo largo de este estudio, se estableció que el intento de reflejar y medir la calidad de vida responde a la idea de que por diversas razones, en formas, grados y dimensiones distintas, la calidad de vida es insuficiente, pero puede y debe mejorarse. Lo cual respondería al intento de las personas por satisfacer sus necesidades de la mejor forma posible creando instituciones y estructuras de relaciones que le sean útiles en su búsqueda de satisfactores. Los hombres experimentan una sensación de bienestar cuando las necesidades que siente, se ven apreciablemente reducidas; tales necesidades son a la vez biológicas y aprendidas, de modo que la cultura influye en su número y contenido (Setién, 1993).

Lo cual nos demuestra que la perspectiva de calidad de vida, debe establecer las condiciones, en las que se presenta una incidencia total en las diferentes dimensiones que conforman integralmente al individuo, por lo cual se estableció, un concepto de calidad de vida que enmarca todas esas dimensiones, y la define como un constructo multidimensional subjetivo, que se refiere al grado de satisfacción de un individuo, ponderada según la importancia que el sujeto concede a cada una de las áreas o aspectos de la vida (familia, trabajo, pareja, hijos, actividades recreativas, amigos, bienestar físico y económico, entre otras) que determinan su bienestar (García, 1997).

Todos estos componentes de la calidad de vida nos señalan que su complejidad, no puede medirse directamente, ya que es un concepto multidimensional que admite perspectivas muy diversas, donde la importancia de cada dimensión ha de ser expresadas y por tanto es necesario encontrar conceptos operativos para facilitar las medidas de las misma. Por lo cual se definen tres comportamientos fundamentales dentro del campo de la calidad de vida; el primero es la función física que comprende la discapacidad, ocupación, manejo del hogar, sueño, nutrición, sexo, y entretenimientos, la segunda función es social;

familia, vida social y dependencia, y por último una tercer función: la emocional, que comprende aislamiento, la depresión y la ansiedad.

Lo anterior nos demuestra la controversia que el concepto de Calidad de Vida suscita, a partir de dichas características que lo conforman, donde se debe establecer las necesidades de bienestar de manera integral para cada población en particular; lo cual nos indica que el instrumento general, que podría utilizarse para medir todas las áreas de la Calidad de Vida, debe ser lo suficientemente sensible para garantizar que abarque a todo tipo de persona en general y ser susceptible de hacer las modificaciones que lo adecuen a cualquier sujeto o situación en particular; ya que como se mencionó, tales instrumentos deben proveer los elementos en términos de detección e intervención para poder crear las condiciones que favorecerán a mejorar la calidad y la cantidad de vida de las personas.

Se definió la necesidad de trabajar con anoréxicas y obesas, a partir de que en nuestra sociedad se maneja un concepto de belleza, el cual apunta a las figuras delgadas, lo cual deriva de la extensa publicidad, de modas y productos, para delgadas, o bien para adelgazar. Siendo esta situación el evidente motor, para que se presenten trastorno alimenticios.

De esta manera como un trastorno alimentario, encontramos a la obesidad, la cual se observa como un complejo síndrome en el que están involucrados factores genéticos, metabólicos, neurales, socioeconómicos y psicológicos, entre otros, ha sido investigada exhaustivamente. A partir de lo cual se ha especulado múltiples causas y mecanismos como generadores de la misma; un mecanismo basal disminuido, una mayor absorción y utilización de los alimentos, un trastorno hereditario que hace que las células adiposas acumulen mayor cantidad de grasa o por la lentitud de las células adiposas para movilizarse de los depósitos cuando los tejidos requieren calorías, sin embargo, la teoría más aceptada es la existencia de la ruptura entre el equilibrio energético del balance ingreso – gasto derivado en una

acumulación excesiva de tejido adiposo que se manifiesta en un aumento de peso corporal debido a que el organismo ingiere más alimento de lo que necesita para cubrir sus requerimientos de energía almacenando el resto en forma de grasa. Lo anterior figura como producto de un aprendizaje disfuncional de hábitos alimenticios. Motivo por el cual, la obesidad es considerada como una situación no deseable, ni física, ni psicológicamente, ya que no solamente representa una molestia, sino que es verdaderamente una enfermedad cargada de amenazas y peligros, que exige ser tratada y más aun establecer las condiciones para prevenirla.

Como se mencionaba, la cultura, impone los estereotipos corporales, y el interés de investigar también a la población conformada por las anoréxicas, figura a partir, de la fuerte influencia que dicha cultura ofrece, por medio de publicidad, que envía mensajes contradictorios, entre la belleza, la salud, la alimentación y el peso. Evitando que se formen buenos hábitos alimenticios lo cual se traduce en la sobrealimentación o la subalimentación.

En ese sentido se presenta la anorexia en la cual la persona intenta mantener su peso corporal por debajo del nivel normal mínimo para su edad y estatura, presentando un miedo intenso a la obesidad, lo cual ocasiona que la persona disminuya la ingesta total de alimentos con la finalidad de perder peso, además de seguir métodos como: una dieta muy restringida, diuréticos, laxantes, una dieta muy restringida y ejercicio excesivo. Es muy común que estas pacientes no tengan conciencia de la enfermedad, y también es común que presenten una alteración en su autoimagen lo que las lleva a percibir su cuerpo y su silueta mucho más grande de lo que realmente es.

Las anoréxicas presentan severos trastornos del pensamiento, con una clara tendencia dicotómica, la cual deriva en una práctica de sus actividades, basada en los extremos. La anorexia es compleja en su etiología y mantenimiento, ya que en

torno a este padecimiento, se encuentran inmersos varios factores, entre los que destacan los psicológicos, familiares, socioculturales y biológicos.

Como puede observarse, la anorexia y la obesidad, se muestran como padecimientos, que tienden a agudizarse, y que cada vez exigen una mayor atención, de las disciplinas dedicadas a la prevención, el fomento y el tratamiento para la salud de manera integral.

Con base en la relevancia de dichos padecimientos, se busco evaluar cuales son los factores, que inciden en la calidad de vida en ambos grupos y así mismo realizar una comparación.

Se encontró, que las anoréxicas, perciben notables deficiencias, en su salud, ya que ellas mismas consideran que su estado, es más precario que en sus coetáneas; lo anterior, resulta lógico ya que una mujer que presenta anorexia, se encuentra en un evidente estado de desnutrición, lo cual origina severas complicaciones. Algo que resulta importante señalar, es que las participantes de esta investigación, fueron ubicadas, en preparatorias particulares, y no en clínicas de atención especializada para anoréxicas, lo cual, favorece a que ellas perciban su salud como regular - casi mala, quizá en un centro de esa índole, encuentren en grados más complicados de salud.

También se encontró, que practican muy pocos hábitos positivos, en comparación con lo negativos, que señala el instrumento, lo cual expresa que realmente, su pensamiento es dicotómico, y quizá en su aceptación o no aceptación definitiva, asumen el no poner atención en su salud, no comer, consumir drogas, no dormir bien, sobre ejercitarse y simplemente lo hacen.

Las obesas en cambio, señalan que su salud es buena, en comparación con la de otras personas; como ya se mencionó, la población participante perteneciente a este grupo, es de una edad relativamente joven (15 a 21), lo cual resulta tendencioso, ya que todas las complicaciones que se presentan con la obesidad, son a edad más avanzada.

Se observó que cuentan con hábitos positivos, lo cual también en razón de la evaluación resulta contradictorio, ya que entre, los hábitos que enuncia, el instrumento se encuentran los relacionados con: comer alimentos nutritivos, desayunar substancialmente, lo cual nos indica que quizá su alimentación es rica en nutrición, pero también puede serlo en el contenido energético. En ambos grupos se detectó un alto índice de ansiedad. Que como ya se mencionó, ese estado es sin duda, uno de los principales factores que originan y mantienen, algunas veces dicha condición. Ya que en el caso de las obesas, puede ser un factor para comer más y en el caso de las anoréxicas podría ser lo que las llevó a distorsionar sus cogniciones.

Al comparar la calidad de vida entre las anoréxicas y las obesas, mediante la aplicación de este instrumento, se encontraron diferencias que señalan que en el primer grupo, existen deficiencias en su calidad de vida, más considerables que en el segundo caso.

En ambos casos las necesidades detectadas, por el instrumento, son de posible solvencia, mediante el tratamiento cognitivo conductual, que se describe para los dos grupos, en el sustento teórico de esta investigación. Por lo cual, entre las dimensiones de calidad de vida en que se debe incidir, en el caso de las obesas, el tratamiento se centraría, en el cambio de hábitos alimenticios, en el caso de las anoréxicas, figura en primer plano el cambio de valores corporales, ya que un cambio de esa índole, y una modificación de sus distorsiones cognitivas, derivaría en la solvencia de su estado ansioso.

Cabe mencionarse, que mediante el instrumento se detectó, que un tratamiento psicológico, en ambas poblaciones sería suficiente. Lo que se atribuye a que se trata de una población escolarizada, presentándose varias implicaciones en razón de edad y capacidades. Quizá las sugerencias habrían sido diferentes, en el caso de anoréxicas de mayor edad, diferente ocupación, o quizá en una bailarina, o una modelo, se agudiza más el padecimiento, o tal vez en el caso de las que ya

reciben atención clínica, por encontrarse en un estado avanzado. En el caso de las obesas, seguramente se sugeriría un tratamiento más complejo y a nivel multidisciplinario, en otra situación, por ejemplo, amas de casa de 50 a 60 años. Porque como ya se mencionó, obesidad, trae consigo complicaciones a largo plazo generalmente, lo cual se confirmó en esta investigación.

Para finalizar es importante recalcar que en definitiva siempre será mejor, la prevención que el tratamiento, por lo que se requiere de una cultura alimentaria que fomente hábitos sanos. El promover este tipo de hábitos, junto con una actividad física moderada desde la infancia, así como un clima familiar y social afectivo favorable, constituye una de las formas más eficaces de prevenir el desarrollo de la obesidad y de los trastornos alimentarios.

BIBLIOGRAFÍA

Alvaradejo, G. (1996). *Estudio Preliminar a la Construcción de una Escala de Calidad de Vida para Pacientes que Sobreviven a Padecimiento Oncológico*, México: UNAM. Tesis de licenciatura

Alvarez, G. (1992). *Determinación del Perfil Psicológico en Obesos*. México: UNAM. Tesis de Licenciatura

Alvaro, M. (1996). Diferencias Cuantitativas y Cualitativas entre Mujeres y Varones Medidas a través de los Usos del Tiempo. *Revista de psicología social*, 2 (11) 163 - 183.

Barber, S. (1995). Los Extremos en los Trastornos alimenticios: Anorexia y Obesidad. *Psicología Iberoamericana* 3 (2) 20 -34.

Bay, L. (1996). *Anorexia nerviosa y Bulimia: amenazas en la Autonomía* México: Paidós.

Berg, A. (1989). *Estudios sobre Nutrición; su Importancia en el Desarrollo Socioeconómico*. México: Limusa.

Buorges, R. (1987). Guías para la Orientación Alimentaria. *Cuadernos de Nutrición*. 5 (1) 18 - 26.

Bray, G. (1989). *El Paciente Obeso*. Nueva York: Saunders.

Brock, D. (1993). *Calidad de Vida, Medidas en Salud, Cuidados y Ética Médica*. Nueva York: Marth.

- Davidson, O. (1981). *Medicina Conductual: Cambiando los Estilos de Vida*. Nueva York: Brunel - Mazel.
- Decourt, J. (1987). *La Obesidad*. España: Paidós.
- Duker, M. (1995). *Anorexia Nerviosa y Bulimia, un Tratamiento Integrado*. México: Limusa
- Othmer, E. (1980). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM III*. Barcelona: Masson.
- Othmer, E. (1987). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM IV*. Barcelona: Masson.
- Ellis, A. (1981). *Manual de Terapia Racional Emotiva*. España: Desclee de Brouwer.
- Escobar, G. (1992). *Prevalencia de Conductas Generalmente Presentes en Pacientes que Padecen Anorexia y Bulimia en Estudiantes de Secundaria, Preparatoria y Universidad de la Ciudad de México*. México: UNAM Tesis de Licenciatura.
- Fernández, C. (1994). Emociones y Salud. *Anuario de Psicología*. 61 25-32.
- Font, A. (1994). Cáncer y Calidad de Vida. *Anuario de Psicología*. 61 41-50.
- García, R. (1997). *Un Modelo Multidisciplinario en el Estudio del Fenómeno Urbano, Calidad de Vida*. México: Instituto de Investigación Antropológica, Universidad Nacional Autónoma de México.

García, J. (1975). Obesidad. *Revista de la Facultad de Medicina*, 18 (9) 30-34

García, M. (1996). *Estilo de Vida y Obesidad; Estudio Exploratorio Sobre Algunos Indicadores de Asociación*. México: Tesis UNAM. ENEPI.

Gómez, G. (1995). *Conducta Alimentaria y Obesidad*. México: UNAM.

González, E. (1992). *Diagnostico de la Salud en México*. México: Trillas.

Gonzales, P. (1997). *La Calidad de Vida en Pacientes VIH-SIDA, Seropositivos*. Proyecto de Tesis Doctoral en Psicología. México: UNAM.

Hernández, Z. (1997). Variables Condicionantes en la Calidad de Vida de Personas de la Tercera Edad. *Psicología Iberoamericana*. 5 (2) 23 - 32.

Holtz, V. (1995). Antecedentes Históricos de la Anorexia Nerviosa. *Psicología Iberoamericana*. 3 (2) 5 - 13.

Icaza, J. (1981). *Nutrición*. México: Iberoamericana.

Lisberg, I. (1991). La Obesidad. *Revista Ilustrada de la Organización Mundial de la Salud* 2 (8) 16-24.

Mancilla, J. (1992). Rasgos de Personalidad Comunes en Obesos. *Revista de Salud Pública de México*. 10 (1) 81 - 85.

Mojica, V. (1998). *Relación entre Conductas Alimentarias de Riesgo y Nivel Socioeconómico, en Estudiantes de Preparatorias Públicas y Privadas*. México: UNAM Tesis de Licenciatura.

Nussbaum, M. (1993). *La Calidad de Vida*. México: Fondo de Cultura Económica.

Palomar, L. (1995). *Diseño de un Instrumento de Medición sobre Calidad de Vida*. México: UNAM. Tesis de Maestría en Psicología Clínica.

Pierre, R. (1982). *Calidad de Vida en el Trabajo, Antiestrés y Creatividad*, México: Trillas.

Poch, J. (1995). *Enciclopedia de la Psicología*. España: Crédito Reymo.

Salamero, M. (1996). Influencias Socioculturales Favorecedoras del Adelgazamiento y Sintomatología Alimentaria. *Revista de psiquiatría* 23 (5), 125 - 133.

Saldaña, C. (1988). *Obesidad*. Barcelona: Martínez Roca.

San Martín, H. y Pastor, V. (1990). *Epidemiología de la Vejez*. Madrid: Mc. Graw Hill.

Secchi, J. (1996). Reflexiones sobre Calidad de Vida en el Paciente con SIDA. *Actualizaciones en SIDA*. 4 (12) 86 - 91.

Setién, M. (1993). *Indicadores Sociales de Calidad de Vida, Un sistema de Medición Aplicado al País Vasco*. España: Siglo XXI.

Silverman, J. (1988). Anorexia Nerviosa en Inglaterra del siglo XVI. *Revista internacional de desordenes alimenticios*, 5 (5), 847 - 853.

Sirgo, A. (2000). Evaluación de Calidad de Vida en Pacientes con Cáncer de Pulmón. *Revista Electrónica de Psicología* 3 (3) 1137 - 8492. Disponible en www.psicología.com.

Sumay, A. (1996). La Calidad de Vida y la Calidad Debida (o deseada). *Actualizaciones en SIDA*. 4 (12) 91 - 96.

Taylor, K. (1985). *Nutrición Clínica*. México: Mc Graw Hill.

Zierold, G. (1991). *Programa Cognitivo Conductual de Modificación de Hábitos Alimenticios, Ensayos sobre Psicoterapia e Investigación Clínica en México*. México: UNAM.

Lea cuidadosamente cada pregunta y marque sus respuestas con una cruz en las opciones de respuesta "SI" - "NO", sus respuestas no se consideraran como correctas o incorrectas, así que le solicitamos responder sin pensar demasiado y con la mayor veracidad.

Los datos que usted aporte serán **TOTALMENTE CONFIDENCIALES** y solo con fines de investigación.

Edad: _____ Peso: _____ Estatura: _____

1.- ¿Te has sometido en alguna ocasión a dietas?

Si _____ No _____

2.- ¿Has permanecido en ese régimen por largos periodos de tiempo?

Si _____ No _____

3.- ¿En alguna ocasión ha sido sin supervisión médica?

Si _____ No _____

4.- ¿Has utilizado laxantes o diuréticos?

Si _____ No _____

5.- Para bajar de peso, ¿te has sometido a rutinas excesivas de ejercicio?

Si _____ No _____

6.- Al mirarte en el espejo ¿has considerado que tienes exceso de peso?

Si _____ No _____

7.-¿ Consideras que tienes exceso de peso aunque todos te digan lo contrario?

Si _____ No _____

8.- ¿ Procuras mantener tu peso por debajo del establecido para tu edad y estatura?

Si _____ No _____

9.- ¿ Ha habido ocasiones en que no menstrúes por un periodo de tres meses o más?

Si _____ No _____

10.- ¿ Piensas que actualmente, ser delgada es sinónimo de ser bella?

Si _____ No _____

Te agradecemos tu interés y cooperación.

¿Pasará la noche en el Hospital para recibir algún tratamiento? (no por embarazo o nacimiento) Señale el número de admisiones, no el número de noches pasadas en el Hospital	A 0	B 1	C 2	D 3-5	E 6 o mas
¿Recibir un tratamiento en cualquiera de los siguientes lugares. Emergencias, Clínica u Hospital Señale el número de admisiones, no el número de noches pasadas	A 0	B 1	C 2	D 3-5	E 6 o mas

TN

TE

Esta de acuerdo con las siguientes afirmaciones?

0 Un poco Regular Casi SI
2 3 4 5

Atiendo mucho al rendimiento de mi cuerpo	1	2	3	4	5
Atiendo y cuido mi salud	1	2	3	4	5
Aunque los médicos me dicen que estoy bien, me preocupa mi salud	1	2	3	4	5
Confío en el juicio de los doctores	1	2	3	4	5
Cuento con los conocimientos para cuidar mi salud	1	2	3	4	5
Es bueno el sistema de salud de mi país	1	2	3	4	5
Es importante tener buena salud para conseguir los propósitos en la vida	1	2	3	4	5
Estoy al pendiente de las reacciones de mi cuerpo	1	2	3	4	5
Me enfermo muy frecuentemente	1	2	3	4	5
Se requiere de buena salud para ser productivo y feliz	1	2	3	4	5
Siempre confío en los doctores	1	2	3	4	5
Sigo las instrucciones de los médicos aunque no entienda las razones	1	2	3	4	5
Son confiables los hospitales y el personal médico para cuidar mi salud	1	2	3	4	5
Soy capaz de anticipar futuros problemas en mi salud	1	2	3	4	5
Soy más vulnerable para contraer enfermedades que otras personas de mi edad	1	2	3	4	5
Soy muy bueno para cuidar mi salud	1	2	3	4	5
Soy muy capaz para cuidar mi salud	1	2	3	4	5
Tener buena salud es importante para una vida feliz	1	2	3	4	5
Tengo los conocimientos adecuados para atender mis enfermedades	1	2	3	4	5
Tengo objetivos para conservar mi salud	1	2	3	4	5
Es deficiente el sistema de salud del país	1	2	3	4	5
Me molesta ver lo mal que se encuentra la medicina en el sistema de salud	1	2	3	4	5
Existen cosas más importantes que la salud	1	2	3	4	5
Mis oportunidades de vida son mejores que las de otras personas de mi edad	1	2	3	4	5

EA VS VL CP CS HI

	1				
	2				

¿En qué año pasado, en cual de las siguientes situaciones se encontró?

Marque 0 (NO) si NO le ocurrió

Marque 1 (SI) si SI le ocurrió

Para cada situación que SI le haya ocurrido, marque que tanta tensión sintió. Seleccione el número que más se acerque a su respuesta. Si marca NO, deje sin marcar los números siguientes de ese mismo renglón.

Situación	Muy poco tenso	Poco tenso	Muy tenso	Totamente tenso	EP
	1	2	3	5	
Adquirió una casa nueva	0		1	1 2 3 4 5	<input type="checkbox"/>
Algún amigo tuvo problemas serios	0		1	1 2 3 4 5	<input type="checkbox"/>
Algún hijo se fue de la casa	0		1	1 2 3 4 5	<input type="checkbox"/>
Cambio de casa o departamento	0		1	1 2 3 4 5	<input type="checkbox"/>
Cambio de trabajo	0		1	1 2 3 4 5	<input type="checkbox"/>
Dejó el trabajo o lo despidieron	0		1	1 2 3 4 5	<input type="checkbox"/>
Enfermedad grave de un familiar o amigo	0		1	1 2 3 4 5	<input type="checkbox"/>
Muerte de un familiar o amigo	0		1	1 2 3 4 5	<input type="checkbox"/>
Nacimiento de un hijo	0		1	1 2 3 4 5	<input type="checkbox"/>
Problemas con el jefe o compañeros	0		1	1 2 3 4 5	<input type="checkbox"/>
Problemas con la esposa (o) o familiares	0		1	1 2 3 4 5	<input type="checkbox"/>
Problemas financieros	0		1	1 2 3 4 5	<input type="checkbox"/>
Se cambió de ciudad	0		1	1 2 3 4 5	<input type="checkbox"/>
Su hijo (a) empezó o dejó la escuela	0		1	1 2 3 4 5	<input type="checkbox"/>
Su hijo (a) tuvo problemas	0		1	1 2 3 4 5	<input type="checkbox"/>
Tuvo problemas legales	0		1	1 2 3 4 5	<input type="checkbox"/>
Usted sufrió una enfermedad	0		1	1 2 3 4 5	<input type="checkbox"/>

NE

Situación	Un poco	Regular	Bastante	Mucho	EG	
	2	3	4	5		
El año pasado, ¿qué tanto estrés o tensión tuvo?	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>

Para las siguientes afirmaciones, marque el número que mejor lo describe cuando está bajo estrés o tensión.

Afirmación	Me describe muy mal	Un poco	Regular	Bastante	Me describe muy bien	HA
	1	2	3	4	5	
Acepto mis sentimientos	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
Mantiengo la calma	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
Procuro controlar la situación	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
Trato de conocer mejor la situación	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
Trato de sentirme mejor	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
Trato de solucionar mis problemas	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>

Las siguientes 13 preguntas se refieren a sus relaciones durante el año pasado con amigos y familiares cercanos que sean adultos

ninguno Un poco Regular Bastante Mucho
1 2 3 4 5

El año pasado ¿Cuanta ayuda, guía o información recibí de sus amigos y familiares más cercanos?	1	2	3	4	5
¿Cuanta ayuda, guía o información espera recibir en el futuro?	1	2	3	4	5

AO AI AT

¿Qué tan satisfecho Un poco Regular Bastante Muy satisfecho
1 2 3 4 5

¿Qué tan satisfecho estuvo con la ayuda, guía o información que recibió?	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

--

ninguno Un poco Regular Bastante Mucho
1 2 3 4 5

El año pasado ¿Qué tanto apoyo emocional recibí de sus familiares y amigos más cercanos?	1	2	3	4	5
¿Qué tanto apoyo emocional espera recibir en el futuro?	1	2	3	4	5

AO AI AT

¿Qué tan satisfecho Un poco Regular Bastante Muy satisfecho
1 2 3 4 5

¿Qué tan satisfecho estuvo con el apoyo emocional recibido?	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

--

Un poco Un poco Regular Bastante Muy a menudo
1 2 3 4 5

El año pasado ¿Que tan a menudo sus familiares y amigos hicieron o le dieron cosas que usted necesitaba?	1	2	3	4	5
¿Qué tan probable es que ellos hagan o le den cosas en el futuro?	1	2	3	4	5

AO AI AT

¿Qué tan satisfecho Un poco Regular Bastante Muy satisfecho
1 2 3 4 5

¿Que tan satisfecho estuvo con las cosas que hicieron o le dieron?	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

--

TS = =

Al responder las siguientes preguntas, piense en amigos y familiares cercanos adultos y solo considere el año pasado.

Un poco Un poco Regular Bastante Muy a menudo
1 2 3 4 5

¿Que tan a menudo sus familiares y amigos cercanos estuvieron impacientes o enojados con usted?	1	2	3	4	5
¿Que tan a menudo sus familiares y amigos cercanos fueron poco considerados e insensibles con usted?	1	2	3	4	5
¿Que tan a menudo sus familiares y amigos cercanos le llamaron la atención por su forma de ser?	1	2	3	4	5
¿Que tan a menudo sus familiares y amigos cercanos se burlaron, hicieron chismes o lo rechazaron?	1	2	3	4	5

IN

