



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA

ORTOREXIA: ¿UN TRASTORNO DE LA
ALIMENTACIÓN?

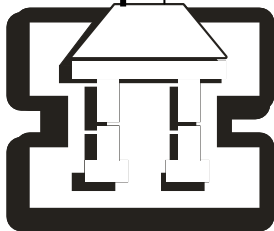
T E S I S E M P Í R I C A
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A N :
A N A L A U R A M E D I N A B A C A
M A R Í A D E L R O S A R I O R O D R Í G U E Z T I N A J E R O

COMISIÓN DICTAMINADORA:

MTRA. ARACELI SILVERIO CORTÉS

MTRO. ERNESTO ARENAS GOVEA

MTRA. ANA ELENA DEL BOSQUE FUENTES





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Un eterno agradecimiento a:

Mi familia, por tantos desvelos que vivieron a mi lado y por todo el apoyo que me brindaron durante toda la carrera profesional.

Mi amigo y pareja, que siempre gozó junto conmigo alegrías, tristezas, tareas y desvelos. BDQ

Y a todos los maestros que estuvieron a lo largo de toda mi formación académica.

Ana Laura

Gracias a:

Todos los que estuvieron a mi lado en mi formación profesional.

Mi familia, mi novio, amigos y conocidos, que en todo momento me ofrecieron su apoyo y comprensión.

Y a todas las personas que hicieron posible la elaboración de este trabajo.

María del Rosario

ÍNDICE TEMÁTICO

INTRODUCCIÓN	5
RESUMEN	12
1. ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN	13
1.1 Antecedentes	13
1.2 Definiciones	19
1.2.1 Nutrición	19
1.2.2 Alimentación	21
1.3 Alimentación-Nutrición	22
1.4 Nutrientes y alimentos	24
1.5 Clasificación de los alimentos	29
1.6 Leyes de la alimentación	34
2. DIETAS	38
2.1 Definición	38
2.2 Clasificación	39
2.2.1 Dietoterapias	39
2.2.2 Ideológicas	42
2.3 Planeación de una dieta	45
3. TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN	48
3.1 Anorexia	49
3.1.1 Historia	49
3.1.2 Definición	50
3.1.3 Características	51
3.1.4 Factores y consecuencias	52
3.1.4.1 Físicas	52
3.1.4.2 Psicológicas	52
3.1.4.3 Conductuales	53
3.1.4.4 Familiares	54
3.2 Bulimia	54
3.2.1 Historia	54
3.2.2 Definición	55
3.2.3 Características	56

3.2.4 Factores y consecuencias	57
3.2.4.1 Físicas	58
3.2.4.2 Psicológicas	58
3.2.4.3 Conductuales	59
3.2.4.4 Sociales y Familiares	59
3.3 Obesidad	60
3.3.1 Definición	61
3.3.2 Características	61
3.3.3 Causas	62
3.3.4 Consecuencias	63
3.3.4.1 Físicas	64
3.3.4.2 Psicológicas	64
3.3.4.3 Sociales	65
3.3.4.4 Familiares	66
4. ORTOREXIA	69
4.1 Antecedentes	70
4.2 Definición	70
4.3 Características	71
4.4 Consecuencias	74
3.4.4.1 Físicas	74
3.4.4.2 Psicológicas	75
3.4.4.3 Sociales	75
4.5 Pautas para el Diagnóstico	76
CONCLUSIONES	79
ANEXOS	87
METODOLOGÍA	96
RESULTADOS	99
BIBLIOGRAFÍA	128

INTRODUCCIÓN

México es un país de grandes contrastes. Por ello, es que para hablar de alimentación humana no basta con centrarse en el organismo como sistema biológico, sino que es indispensable analizar lo psicológico, social y cultural que implica, lo cual parece ser el camino para aproximarse al estudio de las patologías alimentarias, las que hasta hace poco más de tres décadas has sido identificadas y denominadas como trastornos de alimentación.

Así pues, el ser humano es un ser biopsicosocial, motivo por el cual la nutrición ejerce una influencia importante en las tres esferas. En el *aspecto biológico*, promueve el desarrollo y el crecimiento óptimo del organismo, así como el funcionamiento armónico de todos los sistemas y aparatos. En la esfera *psicológica* la nutrición fomenta un adecuado equilibrio tanto de las funciones psicológicas simples, por ejemplo la propagación de los impulsos eléctricos, como de las complejas, en el caso del aprendizaje, la memoria, la motivación y la percepción. Finalmente, en el ámbito *social*, la nutrición se relaciona con diversos aspectos como son: a) los económicos, que incrementan la productividad y propicia el desarrollo de las naciones; y b) culturales y educativos, ya que una nación bien alimentada tiene mayor potencial para realizarse en estos dos campos y, además, tiende a manifestar mejores hábitos higiénicos y nutriólogicos en su alimentación.

De ahí es que el consumo de los alimentos disponibles está de manera fundamental, determinado por los hábitos o tradiciones alimentarias, pues aun cuando éstos pueden cambiar, por lo general son bastante fijos y no se modifican de modo sustancial, en los diferentes sectores de la población. La manera de seleccionar, comprar, preparar y servir los alimentos, así como su distribución, dentro de la familia o con la comunidad, determinan el consumo de elementos nutritivos de cada individuo.

Esquivel, Martínez y Martínez (1998) hacen referencia a que la alimentación cotidiana, el régimen que se sigue a diario, sin importar si cumple o no con los requisitos nutricios, reciben el nombre de *dieta*, palabra que desde su punto de vista deriva del latín y del griego y significa “régimen de vida”.

Así, la dieta tiene una importante acción integradora que la constituye en la práctica y la teoría, la unidad de la alimentación y su valor nutrimental depende del conjunto de alimentos que la componen, el modo en que éstos se combinan en la preparación de un platillo y los tratamientos culinarios a que se someten.

Ahora bien, en la elección de los alimentos participan numerosos agentes psicológicos, sociales y culturales. De este modo, ante esta complejidad de factores, se pueden generar trastornos que conllevan, en su primer momento, a una conducta alterada que después dará lugar a la desnutrición.

Generalmente, estos trastornos son desviaciones en el comportamiento de la alimentación, que conducen a una enfermedad o a una incapacidad. Éstos se clasifican con base en sus resultados terminales visibles (delgadez extrema o gordura) o en las variaciones de los patrones de alimentación (ayuno, restricción de alimentos o compulsión a comer) (Huse y Lucas; 2002).

Los trastornos de alimentación más contemplados son la anorexia, la bulimia, los no específicos y la obesidad.

En el caso de la anorexia, puede ser definida como un síndrome caracterizado por la pérdida excesiva de peso, alteración de la imagen corporal (y por ende miedo excesivo a engordar, aunque la figura sea esquelética) (Herscovici y Bay, 1990; Cía, 1995). Además se presentan períodos de intensa actividad física, negación de la gravedad de la enfermedad producida por la pérdida de peso y desinterés por efectuar algún tipo de tratamiento.

Por otra parte, el trastorno de la bulimia, se caracteriza por una compulsión al comer y purgas que se relacionan con pérdida del control sobre la comida y una persistente preocupación acerca de la figura y el peso corporal. Después de terminada la compulsión de comer se presenta un episodio de vómito autoinducido y/o la utilización de laxantes o purgantes generalmente alternado con el ayuno, todo esto con el fin de mantener el peso del cuerpo en control dentro de los límites normales (Calvo, 1998).

Ambos trastornos (anorexia y bulimia) tienen como principal influencia el medio social, en donde la obsesión cultural por la esbeltez tiende a transformarse en una motivación psicológica para que una persona manifieste este tipo de trastornos (Huse y Lucas, 2002) y en donde la imagen corporal, estará determinada también socialmente por la moda, las creencias, pensamientos y emociones.

La contraparte de estos dos trastornos, en el que se hace presente un exceso de peso y no una pérdida de éste, es la obesidad, que se define como un “aumento en la proporción del tejido adiposo corporal” (Alvarenga, Brito y González; 2000, p. 1), o bien, como la acumulación positiva de energía que se almacena en forma de grasa, debido a una ingesta calórica que es excesiva con relación a las necesidades energéticas del individuo; es un excedente de energía almacenada (Scheider, 1990; Bermuda y Roche, 2001)

Esta ingesta excesiva de comida, se genera principalmente por un estilo de comer incorrecto que consiste en comer deprisa, comer con demasiada frecuencia, o bien, por crearse algunas ideas falsas respecto a la obesidad en el cual las personas consideran que estar obesos (en términos coloquiales “gorditos”) es signo de una buena salud y fortaleza. No obstante, en la práctica clínica se ha observado cierta relación de la obesidad con acontecimientos que suelen conllevar una disminución de la actividad física, ya que la falta de ésta también origina un ascenso en el peso corporal, como son: mejora de status socioeconómico, constitución de una pareja, pérdida del empleo, descenso notable en la actividad laboral, independencia de los hijos, entre otros (Saldaña y García, 2000)

No obstante a estos padecimientos, en la actualidad, se está empezando a presentar otro acontecimiento, “la ortorexia”, el cual también está relacionado con los alimentos, sólo que existe poca información tanto a nivel poblacional como bibliográfico, razón por la que se ha fijado nuestro interés en él para el siguiente trabajo.

La ortorexia, a diferencia de la anorexia, la bulimia y la obesidad, en donde el factor clave es la cantidad de la comida, considera la “calidad” de ésta y se caracteriza por la obsesión de ingerir comida sana, es decir, cualquier producto procedente de la agricultura ecológica libre de transgénicos, colorantes, excluyendo grasas, carnes y aquellos alimentos cultivados con pesticidas. Las personas que sufren este trastorno, son capaces de quedarse sin comer si no están seguros de lo que van a ingerir. La dieta saludable para los ortoréxicos se transforma en una auténtica obsesión, que puede impedir que el cuerpo se beneficie de la nutrición básica, ya que no sustituye los alimentos que rechaza por otros que puedan aportarle los mismos complementos nutricionales y esto se traduce en: anemia, carencias vitamínicas, así como falta de energía.

Así, el perfil del ortoréxico es el de una persona obsesivo-compulsiva, rígida, estricta y muy exigente consigo misma ya que la obsesión empieza cuando se basa en la comida que, supuestamente, es beneficiosa para el cuerpo. Aunque es totalmente recomendable el seguir una dieta equilibrada, el exceso hace peligrar la salud de quien espera encontrar en la alimentación la cura a todos los males.

De esta manera, aunque, la mayoría de las veces los especialistas recomiendan comer alimentos variados; mantener el peso ideal; evitar el exceso de grasas y aceites, grasas saturadas y colesterol; consumir alimentos con suficiente almidón y fibra; evitar el exceso de azúcar y sodio, y, en caso de beber alcohol, hacerlo moderadamente. La creciente prosperidad y mejora de la calidad de vida en muchos países desarrollados ha hecho que los ciudadanos empiecen a tomar conciencia de la influencia de la dieta en su salud; quienes disfrutan de mayor

prosperidad y educación adoptan sus decisiones dietéticas en función de consejos profesionales o a la vista de los beneficios que ellos mismos perciben. En varias ocasiones, también es visto que las personas con menor capacidad adquisitiva, conscientes de la energía esencial que aportan los alimentos, gastan en comida una proporción mayor de sus escasos ingresos; mientras, por otro lado, la gente con mayor ingreso económico, ha tenido la posibilidad de ver la comida más en términos de disfrute y busca una mayor calidad en los ingredientes del producto, y una mayor variedad de los mismos, alternando entre dietas equilibradas y otras que no lo son.

Estas situaciones y otras más, son las que al igual que en los otros trastornos hace que algunas personas se inmiscuyan demasiado en su manera de comer. Sin embargo, no hay que confundir nunca la preocupación por una vida sana con la obsesión, ya que la palabra clave en cualquier problema de la conducta alimentaria radica en si la actitud de la persona con respecto a la comida, al peso y a los ejercicios es lo suficientemente significativa como para cambiar su estilo de vida.

Ahora bien, aunque no hay demasiada información sobre el tema de la ortorexia, es importante tomar en cuenta que en países Europeos ya se está presentando y si bien no existe un número claro de pacientes con este padecimiento, es un hecho la presencia de algunos casos de este tipo. Asimismo, se ha visto que esto ha ayudado para que países Americanos y latinoamericanos estén empezando a involucrarse en su alimentación al grado de mostrar que ya existen personas con las características de esta perturbación.

Puede que se trate de un padecimiento poco común que la anorexia y la bulimia, pero lo que no cabe duda es que, en la actualidad, se está convirtiendo en un área de interés cada vez más creciente y aunque no ha sido reconocida oficialmente, el término ha desencadenado muchas discusiones en internet, así como en grupos de apoyo.

Del mismo modo, puede que se trate de otra patología que nos deja caer la sociedad de consumo con su afán de ventas y publicidad engañosa, diciéndonos que es un posible trastorno alimentario y una ilusoria búsqueda de la salud total.

Es así, que nuestro objetivo es plantear una línea de investigación acerca de la ortorexia, a través de los pocos hallazgos que se tienen de ésta mediante un estudio exploratorio que abarque principalmente los indicios de que la enfermedad se está manifestando en una gran parte de la población mundial, pero sobre todo se pretende informar de manera veraz a las personas acerca de esta perturbación alimenticia para que en un futuro (esperamos no muy lejano) se continúen abriendo nuevas líneas de investigación sobre este tópico y así, se pueda identificar si alguien la está padeciendo, ya que es importante recordar que no deja de ser un factor que afecta la esfera biopsicosocial del individuo.

Además, es de vital importancia abarcar a la ortorexia como trastorno de la alimentación, puesto que muchas veces las personas caen en los excesos por presiones sociales o bien, por mera influencia de los medios de comunicación masiva que, sin tomar en cuenta contextos, hábitos, necesidades corporales, constitución o habilidades, dominan a cierto grupo de la sociedad, que ante la exigencia de verse como aquellos, se ven obligados a seguir sus mismos pasos (estereotipos), sin tomar en cuenta, que a la larga, su vida social y familiar, así como su salud se verán fuertemente afectadas.

Por medio de este trabajo, también se pretende ahondar si la ortorexia es realmente una alimentación saludable, o bien, si es una dieta llevada al extremo por creencias obsesivas autoimpuestas por las personas, ya sea por falta de información (acerca de los alimentos transgénicos o bien, que han sido tratados por pesticidas u hormonas como las carnes) o por la aparición de un trastorno obsesivo-compulsivo y/o de la alimentación. Además, es indispensable saber si este trastorno como tal, puede ser padecido por la sociedad mexicana y cuáles son los grupos más expuestos a padecerlo y de ser así, conocer las razones que

orillaron a estas personas a caer sobre el camino de la dieta “sana u obsesiva”. Finalmente, indagar si este trastorno se trata de algo que sólo afecta a una cultura bien definida con características muy particulares y por tal se puede estar más propenso a padecerlo como los europeos o puede también presentarse en países americanos y en específico en México.

RESUMEN

Los trastornos de la alimentación hacen referencia a una alteración de la conducta relacionada con la ingesta de comida que consiste principalmente en dejar de comer o hacerlo en exceso; son el caso de la anorexia, bulimia y obesidad, en donde las personas se enfocan a la cantidad de alimentos que consumen. No obstante, se pretendió analizar un posible trastorno de la alimentación que a diferencia de los anteriores se enfoca en la calidad de los alimentos: la ortorexia, por ello, se realizó un estudio exploratorio en donde el principal objetivo fue plantear una línea de investigación acerca de esta conducta alimentaria. El estudio se aplicó en dos etapas; en la primera, se analizaron diversos puntos de vista de especialistas como nutriólogos, médicos y psicólogos, con el fin de saber más acerca de este posible trastorno. En la siguiente etapa, se aplicó un cuestionario a una muestra de personas que realizan rutinas de ejercicio en gimnasios – como característica de inclusión –, para conocer si los rasgos que diferencian a la ortorexia de los demás trastornos se están presentado en los mexicanos.

Los resultados en la primera fase indicaron que existen discrepancias entre considerar a la ortorexia como un trastorno con características propias, o bien, como una de las variaciones de la anorexia y/o bulimia; o simplemente como un trastorno aún no especificado. Además de que la ortorexia puede ser considerada desde su etimología como una correcta alimentación, o bien, como una obsesión por la comida saludable. En la segunda fase, una gran cantidad de personas se inclinó por poner atención a lo que consumían, puesto que lo relacionaban con su autoestima, no obstante, no consideran la alimentación como punto primordial dentro de su vida cotidiana, sino como parte de ella. Para el cierre de este trabajo se determinó que la ortorexia aún no puede ser considerada como trastorno. No obstante, es necesario seguir investigando sobre este tema para que más especialistas conozcan este término aún poco usual en nuestro país y así poder dar un diagnóstico preciso, puesto que no se descarta que

aunque fueron pocos los casos de probable ortorexia en este estudio, la población está propensa de padecerlo.

CAPÍTULO 1

ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN

La necesidad de alimentarse ha hecho al hombre relacionarse con su entorno y lo ha obligado a cambiar, alterar y reestructurar el planeta en el que vive. Por eso, a lo largo de su historia, ha intentado, por muchas vías, conseguir más y mejores alimentos; ha perfeccionado y diversificado sus utensilios para arrancar raíces o cazar, ha utilizado el fuego para poder asimilar algunos productos inadecuados a su aparato digestivo, ha desarrollado la agricultura para tener a su alcance los vegetales más apetecibles y, por último, ha domesticado los animales para asegurarse el continuo abastecimiento de carne.

Así pues, desde la antigüedad y hasta nuestros días, se le ha ido dando una mayor importancia tanto al valor nutritivo de los alimentos, como a los nutrientes contenidos en ellos dado que satisfacen una de las necesidades del individuo.

Debido a este cambio y a la importante necesidad que ha tenido y tiene el hombre por cubrir sus necesidades básicas de alimento, es que en el presente capítulo se tomarán en cuenta algunos acontecimientos de la historia que poco a poco se han ido estableciendo en la vida de éste. También se hablará sobre las características de los conceptos básicos que se relacionan con el proceso de la nutrición humana.

1.1 Antecedentes

A lo largo de la Prehistoria el ser humano fue cazador y nómada, se alimentó de las carnes de los grandes animales y tuvo problemas para realizar una comida con regularidad, puesto que dependía de las capturas y desconocía los más elementales métodos de conservación de alimentos. Leakey (1989), argumenta que ya en ese entonces los primeros hombres probaban continuamente nuevas formas de alimento y que preferían o rechazaban unas sobre otras quizá por su

sabor, textura, olor o incluso por su color. Sin embargo, Leakey (1989); Larrañaga, Carballo, Rodríguez y Fernández (1997) hacen mención de que no fue sino hasta el descubrimiento del fuego lo que alteró radicalmente la historia de la alimentación humana, ya que no solo ayudó al hombre a capturar animales, sino que le procuró formas variadas de preparar un mismo alimento, volviendo más asimilables las proteínas animales y más digeribles los gránulos de almidón de los cereales.

Posteriormente, el desarrollo de la agricultura, considerado siempre como una revolución por los sucesos acontecidos en la historia, crea una nueva forma de vida hecha posible gracias a la implantación del cultivo y la cría de ganado por parte de unos hábiles cazadores-recolectores. Así pues, la agricultura no era una forma de vida superior, sino que es posible que fuera adoptada por necesidad.

No obstante, el origen de la agricultura, aunque se trató de una evolución gradual más que de una revolución inmediata, constituyó un cambio de estilo de vida adoptado con relativa rapidez. Por ello, lentamente el tipo de manutención fue variando hasta nuestros días, en los que el conocimiento sobre el tema fue mayor.

La historia de la agricultura puede dividirse en cuatro grandes periodos de duración desigual, cuyas fechas difieren enormemente según las regiones: prehistórico, histórico (incluido el periodo romano) feudal y científico.

Agricultura prehistórica

Los primeros agricultores pertenecían en su mayor parte a la cultura del neolítico. Los emplazamientos ocupados por estos pueblos se encontraban en lo que hoy son Irak, Irán, Israel, Jordania, Siria y Turquía; en el Sureste asiático, en la actual Tailandia; en África, a lo largo de río Nilo en Egipto; y en Europa, en las márgenes del río Danubio y Macedonia, Tracia y Tesalia. También se han identificado primitivos centros agrícolas en el área del Huang He (río Amarillo),

en China; en el valle del río Indo, en India y Pakistán; y en la cuenca de México, al noroeste del istmo de Tehuantepec.

El agricultor empezó, probablemente, fijándose en qué plantas silvestres eran comestibles o útiles de algún modo, y aprendiendo a conservar sus semillas para replantarlas en terrenos despejados con anterioridad. El cultivo durante un largo periodo de tiempo de las plantas más prolíficas y resistentes producía una variedad estable. Los rebaños de cabras y ovejas estaban compuestos por animales salvajes jóvenes capturados, y aquellos que presentaban los caracteres más deseables, tales como cuernos pequeños y una elevada producción de leche, eran criados de forma selectiva. Los uros parecen ser los antecesores del ganado vacuno europeo, y el buey salvaje asiático es el del cebú, el ganado vacuno con gibas de Asia. El gato, el perro y los pollos fueron domesticados muy pronto. La transición de la caza y la recolección a la dependencia de la producción propia de alimentos se produjo de forma gradual, y en algunos lugares aislados del mundo, aún no se ha logrado. Las cosechas y el suministro propio de carne eran complementados por la pesca y la caza de aves, así como por la carne de animales salvajes.

La combinación de cosechas y la cría de animales era el patrón más habitual en el neolítico. No obstante, los pastores nómadas recorrían las estepas de Europa y Asia, donde fueron domesticados el caballo y el camello.

Las primeras herramientas agrícolas eran de madera y piedra. Incluían la azada de piedra; la hoz para recoger el grano fabricada con palas de piedra afilada; la pértiga empleada para agujerear el suelo y plantar semillas y, con posteriores adaptaciones, como pala o azadón; y un arado rudimentario, una rama de árbol modificada empleada para levantar la superficie del suelo y prepararlo para la siembra. Más tarde se adaptó el arado para el tiro por bueyes.

Aunque los asentamientos neolíticos eran más permanentes que los campamentos de los pueblos cazadores, las aldeas tenían que trasladarse periódicamente en algunas áreas, ya que sus campos perdían fertilidad a causa de la sobreexplotación. Esto resultaba más necesario en el norte de Europa, donde los campos se despejaban mediante la técnica de la tala y el incendio.

Agricultura histórica

Con el final del neolítico y la introducción de los metales, prácticamente llegó a su fin la era de las innovaciones en la agricultura. El siguiente periodo histórico, conocido a través de información escrita y dibujada, incluyendo la Biblia, los registros y monumentos de Oriente Próximo y escritos chinos, griegos y romanos, estuvo dedicado a las mejoras de las técnicas ya existentes. Algunas plantas empezaron a adquirir importancia. Las uvas y el vino se mencionan en registros egipcios ya alrededor del 2900 A. C., y el comercio de aceite de oliva estaba ya generalizado en el área del Mediterráneo en el primer milenio A. C. El centeno y la avena se cultivaban en el norte de Europa hacia el año 1000 A. C. En América, el maíz fue el cereal más difundido.

Muchas verduras y frutas, incluyendo cebollas, melones y pepinos, se cultivaban en el tercer milenio A. C. en Rusia. Los dátiles e higos eran una importante fuente de azúcar en Oriente Próximo, y en el área del Mediterráneo se cultivaban la manzana, la granada, el melocotón y la mora.

El perfeccionamiento de las herramientas y el equipamiento fue de especial importancia. Las herramientas de metal eran más duraderas y eficaces, y el cultivo se vio impulsado gracias a la ayuda de útiles como el arado tirado por bueyes equipado con una reja metálica, descubierto en el siglo X A. C. en Palestina.

Agricultura feudal

En Europa, el periodo feudal comenzó poco después de la caída del Imperio romano, y alcanzó su cumbre hacia el año 1100 d.C.

Durante el periodo de dominio árabe en Egipto y España, la irrigación se extendió a tierras que antes eran improductivas o estériles. Se producía arroz, caña de azúcar, algodón y verduras como las alcachofas y las espinacas, además de azafrán, una especia típicamente española. Se crió el gusano de seda, así como su fuente de alimento, el árbol de la morera.

En este período, los alimentos que se servían en una propiedad feudal variaban dependiendo de la estación y de la valía como cazador de su señor. Un feudo de grandes dimensiones contaba con un molino para moler el grano, un horno para hornear el pan, un estanque de peces, huertos, tal vez una prensa para el vino o el aceite, y jardines de hierbas aromáticas y hortalizas. Tenían también abejas para obtener miel.

Con la lana de las ovejas criadas en la propiedad se fabricaba la ropa. La lana era hilada para obtener hilazas, con las que elaborar tejidos y finalmente prendas de vestir. Asimismo, era posible conseguir telas a partir del lino, que se cultivaba con este fin y para la extracción de aceite.

En América, por otro lado, la base material de las grandes civilizaciones era principalmente la agricultura. Una inmensa variedad de plantas cultivadas satisfacía las necesidades alimenticias y proporcionaban materia prima para las artesanías. Casi todas las regiones cultivaban un número de plantas que como el maíz, el frijol, la papa, se adaptaban a las distintas condiciones ambientales. Aparte de la calabaza, los americanos plantaban jitomate (tomate), miltomate, huanlizontli y hierbas como el epazote. Había también una gran variedad de frutales: aguacate, chirimoya, mamey, zapote, capulín, guayaba, etc. El maguey y el nopal, característicos de Mesoamérica se cultivaban en sus diversas

variedades, no sólo como alimento sino que utilizaban la fibra para fabricar telas de vestir. En las tierras templadas, el cultivo del algodón era uno de los más destacados.

Agricultura científica

Al llegar el siglo XVI, la población europea iba en aumento, y la producción agrícola entró de nuevo en una fase de expansión. Se inició un nuevo periodo de exploraciones y colonización para intentar soslayar el control por parte de Turquía del comercio de especias, para dar un hogar a los refugiados religiosos, y para obtener recursos para unas naciones europeas que estaban convencidas de que la única riqueza eran los metales preciosos.

El descubrimiento de América favoreció el hallazgo de especies vegetales y animales hasta entonces desconocidas en Europa. La agricultura colonial comenzó no sólo para proveer de alimentos a los colonizadores, sino también para producir cosechas comerciales y suministrar alimentos a la metrópolis. Esto representaba el cultivo de productos como el azúcar, el algodón, el tabaco, la papa o patata, el tomate y el té, así como la producción de productos animales tales como lana y pieles.

La revolución científica producto del renacimiento y el Siglo de las Luces en Europa favoreció la experimentación en la agricultura así como en otros campos. Desde 1660 en adelante, los propietarios de las mayores superficies habían empezado a incrementar el tamaño de sus posesiones, a menudo a expensas de pequeños agricultores independientes. Cuando llegó la era victoriana, el modelo agrícola se basaba en la relación entre el terrateniente, dependiente de las rentas; el agricultor, que producía las cosechas; y los jornaleros sin tierras. El drenaje hizo cultivables más tierras y, con la Revolución Industrial, surgió la maquinaria agrícola.

La demanda de alimentos para los trabajadores urbanos y de materias primas para la industria produjo una reestructuración del comercio mundial. Ciencia y tecnología desarrolladas con fines industriales fueron aplicadas a la agricultura, dando lugar finalmente al nacimiento de la industria agrícola de mediados del siglo XX.

Los avances en el transporte afectaron también a la agricultura. Las carreteras, canales y ferrocarriles permitieron a los agricultores obtener los suministros necesarios y comercializar sus productos en un mercado más amplio. Los alimentos podían protegerse durante el transporte y era posible trasladarlos a menor coste gracias a los trenes, los barcos y la refrigeración, avances producidos a finales del siglo XIX y principios del XX.

La situación económica, en especial la inflación descontrolada, amenazaba por igual al productor y al consumidor de alimentos. Estos problemas se convirtieron en los factores determinantes del cambio y el desarrollo agrícolas.

Así pues, Lowenberg, Todhunter, Wilson, Feeney y Savage (1979) argumentan que la nutrición es una ciencia del siglo XX y que tardó tanto en desarrollarse debido al aislamiento y la medida de los elementos nutritivos, que no fue posible lograr sino después del proceso de la química moderna y de la invención de instrumentos científicos aptos para el estudio cuantitativo de porciones infinitesimales de dichas materias presentes en los alimentos y en el cuerpo humano.

1.2 Definiciones

1.2.1 Nutrición

El término nutrición tiene distintas acepciones, según el punto de vista desde el que se considere. Puede significar un estado de los seres vivos; así, una persona puede estar bien o mal nutrida (Robinson y Weigley, 1986); o puede entenderse como el conjunto de procesos armónicos y coordinados entre sí, que tienen lugar

en cada una de las células e incluyen la incorporación y utilización, por parte del organismo, de la energía y materiales estructurales y catalíticos de los cuales dependen la composición corporal, la salud y la vida misma (Ramos, 1985; Esquivel, Martínez y Martínez, 1998).

De la misma forma, la nutrición ha sido considerada como un conjunto de fenómenos químicos, fisiológicos y biológicos, cuyo resultado final es el aprovechamiento de los nutrientes por nuestro organismo (Larrañaga, *et al.*, 1997), los cuales varían con las características personales y del medio ambiente y con los patrones culturales y económicos, de las personas y de los grupos humanos (Olascoaga, 1985).

La nutrición también es tomada como ciencia que estudia lo relacionado con el crecimiento, mantenimiento, y reparación del organismo que dependen de la digestión de alimentos y estudio de estos mismos, o ciencia de los nutrimentos en su relación con la salud (Buss, Tyler, Barber y Crawley, 1987).

Finalmente, el Consejo de Alimentos y Nutrición de la Asociación Médica Estadounidense define a la nutrición como “la ciencia que se ocupa de los alimentos; los nutrimentos y las otras sustancias que aquellos contienen; su acción, interacción y balance en relación con la salud y la enfermedad, así como de los procesos por medio de los cuales el organismo ingiere, digiere, absorbe, transporta, utiliza y excreta las sustancias alimenticias (Icaza y Behar, 1979).

Ahora bien, para la formación y mantenimiento de los tejidos del ser humano, así como para el buen funcionamiento de todos sus órganos internos y obtención de energía necesaria para la vida y sus actividades, el organismo requiere ingerir una gran variedad de elementos compuestos de nutrientes que se conocen con el nombre de sustancias nutritivas.

1.2.2 Alimentación

Para González (1994) el término “alimentación” es el más general y se refiere a todo lo relacionado con los alimentos, ya sea a las técnicas mediante las cuales se consigue formar esos alimentos, como a su conservación y a los procesos por los cuales tomamos del mundo exterior una serie de sustancias que, contenidas en los alimentos, llamados nutrientes, componen la dieta. Así mismo, argumenta que dentro de la alimentación existen numerosos conceptos y vertientes, tales como:

- a) Bromatología. Ciencia que estudia los procesos que se relacionan a estas sustancias desde que se forman o se crean hasta que el consumidor los utiliza para comer.
- b) Dietética. Ciencia que investiga acerca del metabolismo basal y energético así como las posibles dietas generales y terapéuticas.
- c) Nutrición. Ciencia encargada de ver lo relacionado con los nutrientes de los alimentos, desde que se ingieren hasta su aprovechamiento por el organismo.

Ramos (1985) menciona que la alimentación es una acción voluntaria y consistente en proporcionar al cuerpo esa serie de productos nutritivos que, contenidos en los alimentos, son necesarios para la nutrición.

Álvarez, Mancilla, Martínez y López (1990) dicen que el proceso llamado alimentación adopta formas muy diferentes de país a país, de un estrato social a otro, de familia en familia, entre un miembro y otro de la misma, e inclusive en términos generales, tiene variaciones en un mismo sujeto de acuerdo al contexto situacional en que se encuentre.

Así pues, Martínez y García (2001) refieren que la alimentación cumple las siguientes funciones: a) calmar el hambre y el apetito; b) proporcionar al organismo los nutrientes necesarios para satisfacer sus necesidades; c) mantener

la salud del organismo o para recuperar un estado de salud perdido; y d) es una fuente de placer, una señal de cultura y tiene significación familiar.

Asimismo, Behar y Dlcaza (1981) señalan que el alimento tiene muchos significados para el ser humano. En primer lugar, satisface una de sus necesidades primarias, el hambre. En segundo lugar, constituye un estímulo psicofísico, ya que tiene forma, consistencia, color, olor, sabor y temperatura. En tercero, está asociado a una serie de situaciones vinculadas que tienen un significado emocional para la persona. Finalmente, actúa como integrador social y como vehículo de las sustancias nutritivas.

De este modo, se le denomina alimento a toda sustancia sólida o líquida comestible, que contiene compuestos complejos en los que existen sustancias con valor nutritivo y otras que carecen de ello (Robinson, Weigley, 1986), que una vez deglutida, aporta:

- a) Materiales a partir de los cuales el organismo puede producir movimiento, calor, o cualquier otra forma de esos elementos,
- b) Materiales para el crecimiento, reparación tisular y reproducción y/o
- c) Sustancias necesarias para la regulación de la producción de energía y de los procesos de crecimiento y reparación tisular (Buss, *et al.*, 1987 y Cameron, 1992).

1.3 Alimentación- Nutrición

A pesar de reconocer que la alimentación desempeña un papel básico e inherente dentro del desarrollo del ser humano, muchas veces es utilizado como un sinónimo de la nutrición. Larrañaga, *et al.* (1997) e Higashida (1991, citada en Álvarez, *et al.* 1990) señalan que esto no puede ser posible dado que hay una característica esencial que distingue ambos procesos, su voluntariedad; pues la nutrición es un proceso involuntario por el que los nutrientes y otras sustancias ingeridas se incorporan al medio interno y cumplen funciones energéticas. En cambio, la alimentación es un proceso voluntario mediante el cual elegimos los

alimentos y la forma de consumirlos, según apetencias, hábitos, clima, contextos sociales, etc.; es evidente que ambos conceptos están íntimamente relacionados, pero conservan connotaciones particulares.

Ahora bien, el ser humano mantiene una relación permanente con su medio para conservar su existencia y conseguir el equilibrio. Dicha relación de intercambio, por medio de la cual el sujeto consigue las sustancias necesarias para su organismo, se hallan basados en una conducta alimentaria. Larrañaga, *et al.* (1997) menciona que dentro de ésta influyen numerosas variables de tipo fisiológico, psicológico y sociocultural.

La primera variable que influye en la conducta alimentaria de una persona es su calidad de especie biológica. En este sentido, hasta que el alimento sea adecuado desde el punto de vista fisiológico. Su unidad cultural es el nutriente, al que se le exigen dos propiedades: calidad higiénica, esto es que no existan riesgos para la salud ni intoxicaciones, y calidad dietética, es decir, que exista correspondencia entre su ingestión y los elementos que el organismo humano necesita para desarrollarse y regenerarse.

La segunda variable es la relativa a las apetencias y sentidos que caracterizan al ser humano: el alimento no sólo es un conjunto de nutrientes, también presenta unas propiedades organolépticas (color, olor, sabor, entre otros) que estimulan los órganos de los sentidos. La unidad cultural es el alimento.

Finalmente, la tercer variable es la que identifica al ser humano como un ser social. El alimento cobra ya un sentido simbólico de comunicación, ya sea de la madre con el niño o de un individuo con un grupo de amigos. A través de alimento se movilizan patrones de conducta, relaciones de jerarquía, normas o prohibiciones religiosas, etc. La unidad cultural es la comida.

Así pues, Torres y Trápaga (2001) refieren que los hábitos alimentarios se estructuran como resultado de diversos factores o condiciones: la disponibilidad de los alimentos (regionales y nacionales), las costumbres transmitidas a través del tiempo, los cambios socioeconómicos por los que atraviesan las poblaciones, las condiciones físicas ambientales, los avances tecnológicos de producción y procesamiento de alimentos, así como la influencia de los medios masivos de comunicación- por la penetración de la radio y la televisión.

1.4 Nutrientes y alimentos

Existen numerosas definiciones del concepto *nutriente*, pero todas estas remarcan la importancia de tres características para considerar a una sustancia como tal:

- a) Que tenga una composición química definida
- b) Que se sepa la función que desempeña en el organismo
- c) Que su carencia, de lugar al llamado “síndrome carencial” con un cuadro clínico determinado, y la toma de nuevo de ese nutriente haga que desaparezca el dicho padecimiento (González, 1994).

Los nutrientes suelen clasificarse por su función, así se habla de *nutrientes energéticos* como los hidratos de carbono, grasas y proteínas (en forma de almidones o de azúcares) ya que proporcionan la energía necesaria para el desarrollo de la actividad física y el mantenimiento de las funciones esenciales; *nutrientes constructores o plásticos* como las proteínas, algunos lípidos y micronutrientes como el calcio y el fósforo ya que intervienen en la formación de tejidos en el crecimiento y en la reparación y mantenimiento de las estructuras ya formadas; *nutrientes protectores o reguladores* como las vitaminas, aminoácidos y sales minerales que influyen en la resistencia a infecciones o en los procesos reguladores del organismo (González, 1994; Martínez y García, 2001 y Cameron, 1992).

Además de esta clasificación, Larrañaga, *et al.* (1997) menciona que existen otras más en las cuales los nutrientes se agrupan:

a) Según su cantidad en:

1. Macronutrientes. Se localizan en aquellos alimentos que contienen varios nutrientes. Generalmente suministran sólo energía, por lo que se denominan calorías vacías. A este grupo pertenecen los aceites en general, las harinas refinadas, sus derivados y el azúcar, también se incluye, aunque no sea nutriente, el alcohol y las bebidas que lo contienen.

2. Micronutrientes. Son los nutrientes menos abundantes en los alimentos que al ser absorbidos en cantidades muy pequeñas, resultan esenciales en el crecimiento y el metabolismo del ser humano. Dentro de este grupo se hallan las vitaminas y los minerales.

b) Dependiendo de cómo tenga que tomarlos el organismo, se clasifican en:

1. Esenciales. Son aquellos tomados del exterior que comprenden un total aproximado de entre 45 y 50 sustancias y que ayudan a mantener la salud y un crecimiento normal. Aparte del agua y el oxígeno, incluyen también unos ocho aminoácidos constituyentes de las proteínas, cuatro vitaminas liposolubles y diez hidrosolubles, unos diez minerales y tres electrólitos.

2. No esenciales. Considerados así porque requieren de una síntesis para que se puedan transformar en proteínas. A este grupo pertenecen los hidratos de carbono.

Ahora bien, los nutrientes pueden incluirse en 6 grupos básicos, todos los cuales están presentes en las comidas de las personas saludables. La falta de la cantidad mínima necesaria de cualquiera de ellos lleva a cabo un estado de desnutrición y, en casos extremos, la inanición. Buss, *et al.* (1987) y González (1994) hablan de la clasificación y características de cada uno de ellos:

Proteínas. La función primordial es la de producir tejido corporal y sintetizar enzimas, algunas hormonas como la insulina, que regulan la comunicación entre órganos y células, y otras sustancias complejas, que rigen los procesos corporales.

Una deficiencia de proteínas acompañada de falta de energía da origen a una forma de malnutrición proteico-energética es conocida con el nombre de marasmo, que se caracteriza por pérdida de grasa corporal y desgaste de músculos.

Con respecto a dicho nutriente, Lowenberg, *et al.* (1979) argumentan que la palabra proteína viene del vocablo griego que significa “primero”, sin embargo, también hacen hincapié que ésta no ocupa el primer lugar en la nutrición, dado que se requieren cantidades proporcionadas de varios de ellos.

Vitaminas. Las vitaminas liposolubles son compuestos orgánicos que actúan sobre todo en los sistemas enzimáticos para mejorar el metabolismo de las proteínas, los hidratos de carbono y las grasas. Sin estas sustancias no podría tener lugar la descomposición y asimilación de los alimentos. Ciertas vitaminas participan en la formación de las células de la sangre, hormonas, sustancias químicas del sistema nervioso y materiales genéticos. Las vitaminas se clasifican en dos grupos: liposolubles e hidrosolubles.

VITAMINA	ALIMENTOS EN LOS QUE SE ENCUENTRA	FUNCIONES PRINCIPALES	EFFECTOS DE LA DEFICIENCIA
<i>Liposoluble</i>			
A	Vegetales, productos lácteos, hígado	Componente de pigmentos sensibles a la luz. Afecta a la vista y al mantenimiento de la piel	Ceguera nocturna, ceguera permanente, sequedad en la piel
D	Productos lácteos, huevos, aceite de hígado de pescado, luz ultravioleta	Absorción de calcio, formación de los huesos	Raquitismo

E	Margarina, semillas, verduras de hoja verde	Protege contra la oxidación de ácidos grasos y membranas celulares	Anemia
K	Verduras de hoja verde	Coagulador sanguíneo	Inhibición de la coagulación de la sangre

Hidrosoluble

B ₁ (Tiamina)	Vísceras, cerdo, cereales, legumbres	Metabolismo de los hidratos de carbono. Regulación de las funciones nerviosas y cardíacas	Beriberi (debilidad muscular, mala coordinación e insuficiencia cardíaca)
B ₂ (Riboflavina)	Productos lácteos, hígado, huevos, cereales, legumbres	Metabolismo	Irritación ocular, inflamación y ruptura de células epidérmicas
B ₃ (Nicotinamida)	Hígado, carne magra, cereales, legumbres	Reacciones de oxidación-reducción en la respiración celular	Pelagra (dermatitis, diarrea y trastornos mentales)
B ₅ (Ácido pantoténico)	Productos lácteos, hígado, huevos, cereales, legumbres	Metabolismo	Fatiga, pérdida de coordinación
B ₆ (Piridoxina)	Cereales, verduras, carnes	Metabolismo de los aminoácidos	Convulsiones, alteraciones en la piel y cálculos renales
B ₁₂ (Cobalamina)	Carnes rojas, huevos, productos lácteos	Metabolismo de los ácidos nucleicos	Anemia perniciosa, trastornos neurológicos
Biotina	Carnes, verduras, legumbres	Síntesis de ácidos grasos y metabolismo de aminoácidos	Depresión, fatiga, náuseas
C (Ácido ascórbico)	Cítricos, verduras de hoja verde, tomates	Formación de colágeno en dientes, huesos y tejido conectivo de vasos sanguíneos	Escorbuto (hemorragias y caída de dientes)
Ácido fólico	Alimentos integrales, verduras de hoja verde, legumbres	Metabolismo de los ácidos nucleicos	Anemia, diarrea

Minerales. Los minerales son necesarios para la reconstrucción estructural de los tejidos corporales además de que participan en procesos tales como la acción de los sistemas enzimáticos, contracción muscular, reacciones nerviosas y coagulación de la sangre. Estos nutrientes minerales, que deben ser suministrados en la dieta, se dividen en dos clases: macroelementos, tales como calcio, fósforo, magnesio, sodio, hierro, yodo y potasio; y microelementos, tales como cobre, cobalto, manganeso, flúor y zinc.

MINERAL	ALIMENTOS EN LOS QUE SE ENCUENTRA	FUNCIONES PRINCIPALES	EFECTOS DE LA DEFICIENCIA
Principal			
Calcio	Leche, queso, legumbres, verduras	Formación de huesos y dientes, coagulación sanguínea y transmisión nerviosa	Raquitismo, osteoporosis
Cloro	Alimentos que contienen sal, algunas verduras y frutas	Regulación de fluidos entre células o capas de células	Desequilibrio ácido-base en los fluidos corporales (muy raro)
Magnesio	Cereales, verduras de hoja verde	Activación de enzimas, síntesis de proteínas	Fallos en el crecimiento, problemas de comportamiento, convulsiones
Fósforo	Leche, queso, yogur, pescado, aves de corral, carnes, cereales	Formación de huesos y dientes, mantenimiento del equilibrio ácido-base	Debilidad, pérdida de calcio
Potasio	Bananas, verduras, patatas, leche, carnes	Mantenimiento del equilibrio ácido-base y de fluidos, transmisión nerviosa	Calambres musculares, pérdida del apetito, ritmo cardíaco irregular
Azufre	Pescado, aves de corral, carnes	Mantenimiento del equilibrio ácido-base y funcionamiento del hígado	Trastornos poco probables aunque el cuerpo reciba menos cantidades de las necesarias
Sodio	Sal de mesa	Mantenimiento del equilibrio ácido-base y del nivel de agua en el cuerpo, función nerviosa	Calambres musculares, pérdida del apetito
Traza			
Cromo	Legumbres, cereales, vísceras, grasas, aceites vegetales, carnes, cereales	Metabolismo de la glucosa	Aparición de diabetes en adultos
Cobre	Carnes, agua potable	Formación de glóbulos rojos	Anemia, afecta al desarrollo de huesos y tejido nervioso
Flúor	Agua potable, té, marisco	Mantenimiento de la estructura ósea, resistencia a la caries dental	Osteoporosis, caries dental
Yodo	Pescado de mar, marisco, productos lácteos, verduras, sal yodada	Síntesis de las hormonas tiroideas	Inflamación del tiroides (bocio)
Hierro	Carnes magras, huevos, cereales, verduras de hoja verde, legumbres	Formación de hemoglobina	Anemia
Selenio	Marisco, carnes, cereales	Previene la descomposición de grasas y otras sustancias químicas del cuerpo	Anemia
Zinc	Carnes magras, pan y cereales, legumbres, marisco	Componente de muchas enzimas	Fallos en el crecimiento, atrofia de las glándulas sexuales, retraso en la curación de heridas

Hidratos de carbono. Aportan gran cantidad de energía en la mayoría de las dietas humanas. Los alimentos ricos en hidratos de carbono suelen ser los más baratos y abundantes en comparación con los alimentos de alto contenido en proteínas o grasa. Los hidratos de carbono se queman durante el metabolismo para producir energía, liberando dióxido de carbono y agua. Los seres humanos también obtienen energía, aunque de manera más compleja, de las grasas y proteínas de la dieta, así como del alcohol.

Hay dos tipos de hidratos de carbono: féculas, que se encuentran principalmente en los cereales, legumbres y tubérculos, y azúcares, que están presentes en los vegetales y frutas. Los hidratos de carbono son utilizados por las células en forma de glucosa, principal combustible del cuerpo.

Grasas. Aunque más escasas que los hidratos de carbono, las grasas producen más del doble de energía. Por ser un combustible compacto, las grasas se almacenan muy bien para ser utilizadas después en caso de que se reduzca el aporte de hidratos de carbono.

1.5 Clasificación de los alimentos

El objetivo principal de una clasificación de alimentos es el de proporcionar una guía de fácil aplicación en la enseñanza de la buena nutrición. La elaboración de la misma no es tarea fácil y más aún si existen notables diferencias culturales y variabilidad en el índice de alfabetismo de los grupos de población de los países.

Dada la diversidad de clasificaciones surgidas en torno a los alimentos, se ha intentado establecer una de uso generalizado y que evite derivar problemas. Ésta es la que los reúne por grupos. Larrañaga, *et al.* (1997) señala que dicha clasificación nace como una necesidad metodológica de los programas de educación alimentario-nutricional, para ofrecer a la población a la que van destinados una información adecuada, suficiente y sencilla que le permita alimentarse en función de sus disponibilidades.

Los criterios utilizados para establecer esta clasificación se establecieron principalmente en la similitud en contenido de nutrientes, cantidad de ingestión recomendada, y fomento o disminución de ciertos consumos, entre otros. Así, los grupos, pirámides o ruedas de alimentos existentes responden a objetivos muy concretos de la política sanitario-nutricional y de alimentación de cada país, e incluso de diferentes regiones, lo que origina clasificaciones, en ocasiones dispares.

Una de las primeras clasificaciones, realizada en E. U. durante la Primera Guerra Mundial, establecía cinco grupos de alimentos: 1) vegetales, 2) carne, pescados y leche, 3) cereales, 4) azúcares y 5) grasas.

Años más tarde, durante la Segunda Guerra Mundial, ampliaron esta clasificación a siete grupos. En España también se reconocen estos en la Rueda de los Alimentos. Así, se hallan: 1) leche y derivados lácteos, 2) carnes, pescados y huevos, 3) tubérculos, legumbres y frutos secos, 4) verduras y hortalizas, 5) frutas, 6) cereales, derivados y azúcar, y 7) aceites y grasas. Dicha clasificación es aceptada por la organización Mundial de la Salud (OMS) (González, 1994).

En Francia se propone una clasificación en seis grupos: 1) leche y derivados, 2) carnes, pescado y huevos, 3) aceites y grasas, 4) cereales y derivados, azúcar, 5) frutas, verduras y hortalizas, y 6) agua y bebidas.

Béhar y Dlcaza (1981) señalan que en una clasificación de alimentos, no puede atenderse rigurosamente las características botánicas del alimento, su valor nutritivo y su uso, ya que la combinación de ambos factores hacen posible una clasificación al alcance del pueblo. Por ello, los alimentos se pueden dividir en tres grupos básicos, con el propósito de tener una base práctica para recomendar una dieta balanceada, indicando la necesidad de consumir alimentos de cada uno de los grupos de comida. Estos grupos son:

- Productos animales
- Hortalizas y frutas
- Granos y raíces

Cormillot, Chaufan, Squillace y Dima (1995) hablan de otra clasificación (pirámide) formada por 5 grupos básicos en los cuales los alimentos no son buenos o malos, sino que ocupan un lugar diferente dentro de una alimentación completa y equilibrada.

La pirámide se asienta sobre el piso de los cereales y sus derivados (pan, pastas, etc.), que serán integrales de preferencia, ya que así conservarán toda la riqueza en minerales y vitaminas con la que la naturaleza los dotó.

El segundo piso está repartido entre las hortalizas y las frutas, en cantidades aproximadamente iguales. Frescas o cocidas, también constituyen una fuente esencial de vitaminas y minerales y comparten con los cereales la base de una alimentación saludable.

Las carnes y los lácteos, protagonistas y platos principales en otras épocas, pasaron a ser más bien un complemento, no menos importante por cierto (proveen proteínas de primerísima calidad y son fuentes irremplazables de hierro y calcio, respectivamente), pero complemento al fin. Se revalorizan las fuentes vegetales de proteínas (legumbres, frutos secos) que reemplazan al tradicional plato de las carnes, por lo menos la mitad de las veces.

Las grasas (tanto dentro de los alimentos como agregadas) y los azúcares se consideran un accesorio más que un grupo de alimentos, y su uso debe ser lo más moderado posible, restringiéndolo en particular en casos de obesidad (ver figura 1.1).

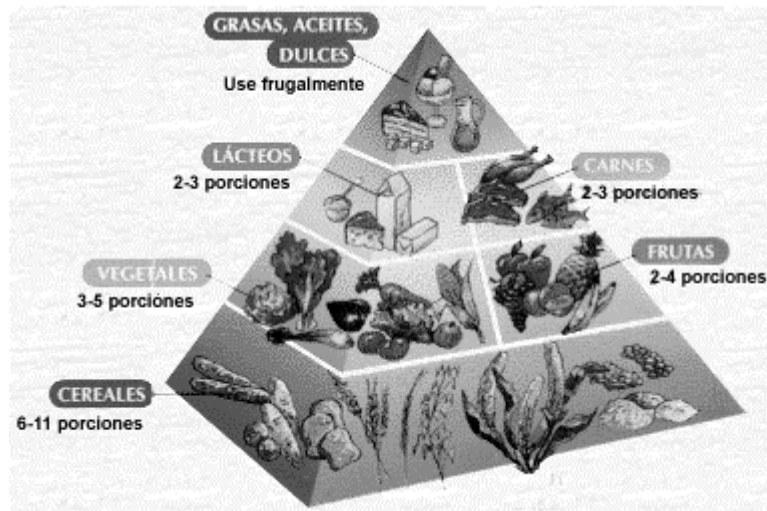


Figura 1.1 Pirámide alimentaria según Cormillot, Chaufan, Squillace y Dima (1995)

Al igual que la clasificación por grupos, durante las últimas décadas han aparecido en el mercado nuevos productos alimenticios de características muy diversas, y que progresivamente se han englobado bajo el término anglosajón, cada vez más extendido y aceptado, cuyo significado literal corresponde al concepto de “alimento nuevo y original”.

Estos nuevos alimentos en general son fruto de la aplicación de nuevas tecnologías tanto en el campo de la producción - animal o vegetal - como en el de la conservación y utilización, y pretenden ser unas veces un complemento y otras una alternativa a los productos tradicionales.

Así pues, ante la oferta de productos con distintas finalidades alimentarias y nutritivas, Cervera, Clapés y Rigolfas (2000) han intentado definir los más usuales.

Alimentos transgénicos. La transferencia de genes por vía sexual se ha producido de un modo natural a lo largo de la vida. Los cruces entre especies han permitido mejorar y fortalecer muchas clases de plantas y animales, y colaborar en su evolución.

La biotecnología ha hecho posible las barreras sexuales en la transferencia génica y actualmente es posible introducir genes de unos organismos a otros independientemente de su distancia filogenética.

Alimentos funcionales. Son aquellos productos que ofrecen posibles beneficios a la salud, incluyendo en este grupo todo alimento o ingrediente alimentario modificado, diseñado o preparado de tal forma que sus beneficios para la salud pueden sobrepasar los ya asociados a los elementos nutritivos que contenía originariamente dicho producto; por ejemplo, la leche enriquecida en calcio y antioxidantes.

Alimentos nutracéuticos. Bajo esta denominación se incluye todo alimento derivado de sustancias de origen natural que pueden ser consumidas cotidianamente y que son capaces de asegurar la regulación de una función corporal o de influir en ella, por ejemplo, una bebida energética, una sopa, una barrita o un batido hipocalórico.

Suplementos alimentarios. Son productos concebidos para complementar una determinada dieta con vitaminas, minerales, aminoácidos u otros ingredientes nutritivos.

Se presentan generalmente en forma de cápsulas o líquidos y, como su nombre indica, son un complemento y, por tanto, no sustituyen una comida o un régimen.

Alimentos medicamento. Son preparados que, si bien pueden suministrarse por vía oral, tuvieron origen en la necesidad de mejorar la alimentación artificial, tanto enteral como parental. Deben ser capaces de cubrir la demanda energética-

nutricional de personas en situaciones críticas o con serias limitaciones para alimentarse de forma convencional; por ello, son considerados a veces como un medicamento.

1.6 Leyes de la Alimentación

El régimen normal o “dieta correcta” debe ser suficiente, completo, armónico y adecuado para el sujeto que lo va a recibir. Además, tiene que considerar la disponibilidad de alimentos en la región, los hábitos del individuo, así como su situación económica y social.

Para lograr estos fines, se han dictado las leyes de la alimentación que tratan de orientar la acción, los juicios y los procedimientos a seguir en un régimen, el cual se debe prescribir técnica y científicamente, para que el hombre sano se mantenga como tal, o para que el enfermo recupere la salud. Estas leyes según Ramos (1985) y Esquivel, *et al.* (1998) son las siguientes:

Ley de la cantidad. La cantidad de la alimentación debe ser suficiente para satisfacer las exigencias energéticas del organismo y mantener el equilibrio de su balance.

Esta ley está relacionada, de manera básica, con el aporte energético de la dieta y abarca dos conceptos diferentes y solidarios: el concepto del valor calórico total, referente a los nutrimentos energéticos que ofrecen al organismo calor y energía química; y el concepto del balance, que se refiere al equilibrio entre la ingestión y el gasto energético del organismo. De acuerdo con esta ley, el régimen de alimentación o dieta puede ser:

Suficiente. Cuando aporta las calorías necesarias para mantener la salud, y la normalidad de las funciones del organismo en relación con la edad, sexo, trabajo, ambiente, horas de sueño.

Insuficiente. Cuando no alcanza a cubrir los gastos energéticos del organismo y lleva al balance negativo de los nutrimentos energéticos, por consumo de las reservas de lípidos, glucógeno y proteínas.

Generoso. El que aporta de 115 a 125% del requerimiento calórico ordinario, con el fin de compensar algunos gastos fisiológicos en situaciones como embarazo, práctica de deportes; o bien, en estados fisiopatológicos como fiebre, desnutrición.

Excesivo. Es el que se aleja mucho de la normalidad sin justificación fisiológica ni fisiopatológica y lleva a la obesidad cuando se mantiene por varios meses.

Ley de la calidad. El régimen alimentario debe ser completo en su composición para ofrecer al organismo, todas las sustancias que lo integran.

En la dieta hay nutrimentos dispensables e indispensables y el ser humano requiere de ambos. Son aproximadamente 75 nutrientes, cuyas cantidades necesarias varían con la edad, sexo, actividad y situación fisiológica, entre otros.

Por la cantidad y calidad de nutrimentos en la dieta relacionados con los requerimientos orgánicos, los regímenes se clasifican en:

- a) *Completo.* El que aporta todos los nutrimentos en las cantidades convenientes para reponer el gasto del organismo.
- b) *Incompleto.* El que aporta cantidades menores de nutrimentos en relación con las necesidades del sujeto.

c) *Carente*. El que no aporta una o más de los nutrimentos y lleva a la enfermedad o la muerte, cuando se mantiene por mayor tiempo del que permiten las reservas.

Ley de la armonía. Las cantidades de los diversos principios que integran la alimentación deben guardar una relación de proporciones entre sí.

La interpretación de esta ley ha llevado al siguiente porcentaje calórico de una dieta que se considera razonable:

Carbohidratos	60 a 65%
Lípidos	30 a 35%
Proteínas	10 a 15%

Asimismo, esta Ley establece un equilibrio en los nutrimentos que permite una mejor absorción y utilización, por lo cual no puede referirse tan sólo a los nutrientes energéticos, sino también a otros en cuyas relaciones intervienen numerosos factores.

Ley de la adecuación. La finalidad de la alimentación está supeditada a su adecuación al organismo.

En esta ley hay dos directivas que cumplir: la finalidad y la adecuación de la alimentación. Cuando se prescribe una dieta, a sanos o enfermos, debe conocerse su finalidad, variable para cada sexo y momento biológico de la vida. Por otra parte, también es importante adecuarla al organismo que la va a consumir. Esta adaptación tiene exigencias imperiosas, como las que derivan del estado del aparato digestivo y de otras variables como las tradiciones alimentarias, el nivel socioeconómico y las creencias religiosas.

La adecuación debe tener un propósito que con frecuencia se descuida. Lograrlo es menos difícil si se recuerda que el hombre es, en todo momento y para todo objeto, un ser biopsicosocial.

Estas leyes se relacionan completamente entre sí; por ello, para que la alimentación sea equilibrada deben cumplirse todas, pues el abandono de una lleva necesariamente al incumplimiento de las otras.

Como se vio a lo largo de este capítulo la alimentación ha sido una de las necesidades y preocupaciones fundamentales del hombre y uno de los factores determinantes para la formación y progreso de las sociedades. Asimismo, se observó que el ser humano logra un pleno desarrollo cuando recibe las cantidades y combinaciones adecuadas de los nutrimentos, ya que de lo contrario hacen presentes malos hábitos alimentarios que ponen en peligro el bienestar físico y emocional del individuo.

Una de las mejores formas para lograr este pleno desarrollo en la vida del ser humano, consiste en los alimentos o mezclas de ellos en las cantidades que son ingeridos diariamente, es decir en las dietas. En el siguiente capítulo se hablará más sobre las características de este término, así como de su importancia en la vida del hombre.

CAPÍTULO 2

DIETAS

Hoy en día, la mayor parte de la gente tiene la posibilidad de elegir lo que quiere comer. Asimismo, la mayoría puede decidir cuánto desea comer. Sin embargo, no siempre ha sido así. Desde sus orígenes, el ser humano posee un fuerte instinto de supervivencia y fue este impulso primitivo lo que lo llevó a seleccionar animales y buscar plantas comestibles que le permitieran sobrevivir. De esta manera, la “dieta” del ser humano (patrón habitual de consumo y bebida), fue determinada desde el punto de vista cualitativo por la clase de alimento que podía ser aprovechable; y cuantitativamente, por la cantidad en que éste estaba disponible. En esta etapa primitiva del desarrollo del ser humano, la selección era limitada, se reducía a una selección instintiva de alimentos que no le causaban efectos nocivos al comerlos. Conforme transcurrió el tiempo, el ser humano amplió la variedad de los alimentos disponibles gracias a la domesticación de animales y el cultivo de aquellas plantas que demostraron ser fuentes útiles de alimentación (Cameron, 1992).

2.1 Definición

Esquivel, Martínez y Martínez (1998) hacen referencia a la palabra dieta que se deriva del latín y del griego y significa “régimen de vida”, es decir, por dieta se entiende la alimentación cotidiana, el régimen que se sigue a diario, sin importar si cumple o no con los requisitos nutricios. En otras palabras, la comida que consumimos todos los días se denomina ‘dieta’ y será balanceada si proporciona una cantidad suficiente, pero no excesiva, de cada uno de los nutrimentos que se requieren para la salud (Cameron, 1992; Brownsell; Griffith y Jones, 1993). La dieta debe brindar una cantidad adecuada de energía; porciones óptimas de proteínas, almidones y grasas; suficiente fibra dietética y cantidades adecuadas de ácidos grasos, vitaminas y minerales. Esta dieta debe ser tan variada como sea

posible, en términos de diversidad de alimentos seleccionados, para asegurar que se obtenga el equilibrio de distintos nutrientes (Brownsell, *et al.*, 1993).

Así, Quintín (1990) y Martínez y García, (2001), consideran que una dieta normal cubre las necesidades del organismo, porque es suficiente en calorías, completa en todos los nutrientes, armónicos en las proporciones calorigénicas, plásticas y reguladoras y están adecuadas a los caracteres fisiológicos y al medio en que se vive.

La dieta debe ser adecuada a las condiciones fisiológicas o fisiopatológicas del organismo que ha de recibirla; de lo contrario, la alimentación será incorrecta y necesariamente nociva. Por ello, una dieta adecuada ha de consistir en saber cuánto se necesita diariamente de cada nutrimento; esto conllevará a una buena alimentación o a un estado nutricional óptimo. De no ser así, el estado de salud del individuo se verá deteriorado al grado de disminuir los niveles adecuados de los nutrientes que el cuerpo requiere para su buen funcionamiento (Scheider, 1990; Martínez, *et al.*, 2001).

2.2 Clasificación

Las dietas pueden clasificarse de acuerdo al estado de salud del individuo en el que éste se ve forzado a llevar una dieta dentro de su tratamiento (dietoterapias), o bien, la dieta puede ser por gusto a cierto tipo de régimen dietético y que su fin no está en torno al peso o mejorar la salud por enfermedad (ideológicas).

2.2.1 Dietoterapias

La dietoterapia consiste en un cúmulo de actividades preventivas y curativas, que junto con la medicina emplea las dietas adecuadas para evitar perturbaciones de la nutrición y para acelerar la curación (Esquivel, Martínez y Martínez, 1998). Se aplica a los enfermos con alteraciones de una o varias de las funciones de nutrición. En otras palabras, la dietoterapia, se refiere al estudio de los métodos culinarios adecuados para elaborar las preparaciones alimenticias, con el fin de

ajustarlas a la fisiología de las personas sanas y a la fisiopatología de los enfermos, sin perder de vista los hábitos, gustos, condiciones económicas y medio ambientales de los individuos (Quintín, 1990).

Aunado a la elaboración de la dietoterapia, se deben de seguir ciertas normas que deben ajustarse a lo siguiente:

- ♣ Serán adecuados en los caracteres fisicoquímicos y nutriólogicos de cada persona de acuerdo a sus necesidades particulares, para evitar que se produzcan perturbaciones de la nutrición y para curar las alteraciones que ceden mejor con los alimentos.
- ♣ Ser insuficientes en valor calórico para lograr el reposo de los órganos afectados, o de valor calórico normal, para lograr la recuperación rápida del peso y equilibrar los balances perturbados.
- ♣ Ser incompletos o carentes, o por el contrario ser ricos en uno o varios nutrientes, para lograr efectos de acción favorable o para combatir las alteraciones que se desea curar. Por ejemplo, una persona que padece diabetes, debe llevar una dieta carente de alimentos con alto contenido en azúcares; o bien, aquella que tiene anemia debe llevar una dieta rica en hierro.
- ♣ El régimen terapéutico se emplea en las enfermedades de la nutrición, con el fin de curar o impedir que empeore el problema.

Los propósitos que debe cubrir una dieta terapéutica son:

- ♣ La dieta es el único tratamiento de la enfermedad
- ♣ La dieta forma parte del tratamiento junto con los fármacos
- ♣ Tiene por objeto prevenir la aparición de síntomas
- ♣ En algunas enfermedades debe excluirse de la dieta algunos alimentos o nutrientes
- ♣ Presentarse de tal forma o con tal textura que pueda ser ingerida por el paciente (Cervera; Clapes y Rigolfas, 2000; González, 1994 a)

Para adecuar una dieta terapéutica, de acuerdo a las necesidades particulares del individuo, se sigue el siguiente orden: examen clínico, prescripción dietológica, desarrollo dietético a seguir, elaboración de las preparaciones, distribución de las raciones, entrega de las dietas, estudio de la aceptación o rechazo de algunas preparaciones y análisis de las repercusiones sobre el estado de nutrición de los enfermos y de la evolución de los padecimientos.

La aplicación de un régimen dietoterapéutico, en cierta persona, actuará como medicamento, ya que aumentará la cantidad de algún nutriente causante de la enfermedad, o bien, corregirá los balances alterados. Para tal objetivo, las dietas se podrán clasificar de acuerdo a la composición química (cantidad de calorías o nutrientes) o en dietas hospitalarias.

Las primeras se pueden especificar de la siguiente manera:

- ♣ Por el valor calórico total
 - Dieta insuficiente en valor calórico: No cubre las exigencias energéticas y calóricas del organismo
 - Dieta suficiente en valor calórico: Proporciona el valor calórico adecuado
 - Dieta generosa: Aporta hasta 50% más de las calorías suficientes
 - Régimen de recuperación: Proporciona hasta el doble de requerimiento normal de calorías
- ♣ Por la cantidad de los principios nutritivos
 - Dieta carente: Contiene cantidades muy bajas o nulas de algunos nutrientes
 - Dieta incompleta: Aportan cantidades de los nutrientes ligeramente por debajo de los requerimientos mínimos normales.
 - Dieta completa: Aporta una cantidad igual o ligeramente superior de los nutrientes recomendados.
 - Dieta generosa: Puede ser hiperhidrocarbonada, hiperproteíca, hipergrasa o generosa en alguna vitamina o mineral.

- ♣ Por la armonía de los nutrientes
 - Dieta armónica: Aporta al organismo cantidades proporcionales de todos los nutrientes, para mantener el balance normal, con relación a los gastos orgánicos.
 - Dieta inarmónica: Se caracteriza por el predominio de unos nutrientes sobre otros, o por la menor cantidad de alguno de ellos (Bender, 1977; Quintín, 1990; Cervera, *et al.*, 2000).

Las dietas hospitalarias de acuerdo a Bender (1977), son:

- ♣ Dieta líquida: están constituidas por jugos de fruta, papillas, consomés, leche, gelatina y bebidas.
- ♣ Dieta Blanda: Es pobre en fibra y consiste fundamentalmente en líquidos y semilíquidos.
- ♣ Dieta ligera: se evita todo tipo de alimentos fritos y grasos. Las frutas y verduras tienen que someterse a cocción.

2.2.2 Ideológicas

Se llaman así, porque su meta no es reducir peso, sino que desean transmitir una nueva sensación de vida: 'atención a los alimentos en apariencia modestos pero realmente muy ricos' (Oberbeil, 1992).

Entre algunas de estas dietas sobresalen la macrobiótica, el régimen Schnitzer, la vegetariana, la dieta Hay y la dieta mediterránea.

La dieta macrobiótica (vida larga), es un régimen de alimentación vegetariana que se basa en los principios del budismo Zen y que busca conseguir un máximo de salud. Esta filosofía incluye la división de los alimentos en yin y yang, es decir, en lo pasivo y activo; en lo femenino y lo masculino; en verano e invierno. Los alimentos yin, están constituidos por dulces, frutas y vitaminas hidrosolubles; en el yang se encuentran los huevos, la carne de cerdo y vitaminas liposolubles. Este sistema de dieta incluye diez subdietas que va del -3 al +7; en las cinco primeras

(-3 a +2), incluye cantidades decrecientes de alimentos de origen animal; las cinco últimas, son exclusivamente vegetarianas y contienen cantidades crecientes de granos de cereales hasta llegar a la subdieta número siete (+7). (Oberbeil, 1992; Martínez, *et al.*, 2001; Covián, 1988). No obstante, aunque es una dieta adecuada para la reducción de peso, no se recomienda porque no se cubren los requerimientos mínimos de algunos minerales, de ciertas vitaminas y carece de proteínas de alto valor biológico.

Caso parecido es el de la comida vegetariana, aunque con sus respectivas discrepancias. Las personas que siguen este régimen se subdividen en tres tipos: Los estrictos, que rechazan cualquier tipo de alimento de origen animal, incluyendo huevos y productos lácteos; los llamados lactovegetarianos, que consumen productos lácteos incluida la leche; finalmente, los ovo-lacto-vegetarianos (los más comunes), que además de consumir leche y productos lácteos, consumen huevos (Martínez, *et al.*, 2001)

La ventaja de esta dieta, es que ofrece una buena digestión por el alto contenido de fibra; sin embargo, puede ser perjudicial por tener un aporte deficitario en proteínas, grasas, minerales y vitaminas (Oberbeil, 1992)

Por su parte, la dieta Hay, se basa en suponer que las proteínas y los hidratos de carbono no pueden ser digeridos y asimilados cuando se encuentran juntos en una misma comida, ya que las primeras requieren para su digestión un medio ácido mientras que los segundos requieren un medio alcalino; es decir, se trata de no tomar al mismo tiempo alimentos de predominio ácido con los de predominio alcalino. Esto se explica porque las proteínas contienen una estructura compleja que para su absorción y desintegración necesitan un medio ácido, caso contrario de los carbohidratos, que por su fácil digestión y ligereza requieren de un medio alcalino. La única ventaja con la que cuenta es que su composición con fruta, verdura, papas y poca carne, la hacen una dieta mixta y sana. Su desventaja es

que si se mantiene esta dieta en bajos niveles calóricos, pueden aparecer síntomas de debilidad o trastornos nerviosos (Oberbeil, 1992; Covián, 1988).

Ahora bien, el régimen Schnitzer, consiste en consumir de 75 a 80% de carbohidratos, hasta el 10 o 15% de proteínas y 5 a 10% de grasas. En esta dieta está permitido consumir frutas, verduras, legumbres, papas, cereales, y productos lácteos como leche, así como huevos. Los alimentos prohibidos son el azúcar, los dulces y el alcohol.

Su ventaja es que por su elevado porcentaje de carbohidratos, proporciona una saciedad rápida y duradera y se incrementa la motilidad intestinal. Su desventaja es que a medio y largo plazo conduce a una carencia de proteínas y de grasas, además de un aporte deficitario de determinados minerales y vitaminas como la B y B₁₂; además impide la absorción de hierro, zinc, calcio, yodo y magnesio (Oberbeil, 1992).

Finalmente, se encuentra la dieta mediterránea que aumenta la cantidad diaria de cereales, hortalizas de hoja y fruto, fruta dulce y cítricos, pescado y todo ello cocinado con aderezo o aceite de oliva; además de acompañar a la comida con un vaso de vino. Conjuntamente, esta alimentación debe ir acompañada de actividad física. En resumidas cuentas, la dieta mediterránea, ofrece fibra en gran cantidad, vitaminas y minerales necesarios para el organismo, grasas saludables (aceite de oliva, grasas animales y pescado) y salud en la bebida (una copa de vino en la comida), ya que impide la oxidación de lipoproteínas que transportan el colesterol a la sangre. No obstante, no se debe abusar del consumo de vino, tomando como pretexto beberlo con la comida; más bien, ingerirlo en la cantidad recomendada (Martínez, *et al.*, 2001).

En conclusión, cada una de estas dietas ideológicas se diferencian entre sí por la cantidad de alimentos que consumen de uno u otro grupo, o bien, por los alimentos que tienen permitido comer o no. Su semejanza estriba en que su finalidad es alcanzar la salud y la vida plena a través de una correcta alimentación y que cada una de ellas así la ha determinado.

2.3 Planeación de una dieta

Los hábitos alimentarios de cada individuo se adquieren en la infancia y van enriqueciéndose con el transcurso de los años, según las circunstancias en que se ingieren los alimentos, el prestigio social de los mismos, así como el bienestar y el placer que su consumo suponen. Todo esto es necesario tenerlo en cuenta al prescribir una dieta, ya que un cambio brusco de alimentación puede afectar tanto física como psicológicamente al individuo.

Por tanto, debe conocerse a fondo no solo lo que consume la persona, sino cómo, dónde, con quién y por qué lo come, pues no hay que olvidar que la alimentación está llena de afectividad.

Por eso, se tiene que llevar a cabo una evaluación nutricional, la cual debe ser periódica y multidisciplinaria, para determinar el estado nutricional del individuo, que consta de evaluaciones antropométricas, clínicas, bioquímicas y dietéticas (Robinson y Weigley, 1986).

La antropometría incluye mediciones corporales que después se comparan con un estándar de mediciones normales o medias. Dentro de la evaluación clínica se toman en cuenta los siguiente aspectos: comportamiento; apariencia de la piel, pelo, ojos, boca, dientes, esqueleto e infecciones. Los estudios bioquímicos darán una idea de los nutrimentos hallados en el organismo, a partir de estudios de sangre o de orina. En último lugar, la evaluación dietética, da una base para el asesoramiento dietético y junto con la información antropométrica, bioquímica y

clínica puede proporcionar un perfil nutricional del paciente (Larrañaga, *et al.*, 1997; Robinson y Weigley, 1986). Además de estos puntos es de vital importancia tomar en cuenta el balance energético, ya sea positivo (los gastos energéticos son superiores a los ingresos) o negativo (Cuando los ingresos superan a las pérdidas), para así poder encaminar una dieta adecuada (Larrañaga, *et al.*, 1997). El balance de energía es trascendente para apreciar de que modo la dieta y el ejercicio pueden influir sobre el peso y la composición corporal (Watton, Cambbell y Grade, 1988).

Además, hay aspectos psicológicos muy importantes que deben considerarse, como la situación de enfermedad o el estado de necesidad de orientación que debe tener la persona sobre su alimentación cotidiana y de apoyo lo cual puede hacer que su enfoque de las circunstancias cotidianas exageren la importancia de lo familiar o habitual (Larrañaga, *et al.*, 1997).

Así, los primeros puntos que considera Cervera y cols., (2000), para la instauración de una dieta, después de haber realizado los estudios anteriores son: La dieta debe cubrir las necesidades nutritivas del individuo; las modificaciones de los hábitos, serán tan prudentes como sea posible, para evitar frustraciones inútiles al individuo; la prescripción debe ser positiva. Esto significa que la persona ha de saber lo que debe de comer y no solamente lo que no debe de consumir. Por eso, es preferible darle al individuo una lista de los alimentos permitidos y no permitidos, así como una orientación sobre la distribución de los alimentos durante el día, sin olvidar que la dieta se mantenga en equilibrio. Aunado a estos puntos, es indispensable que la dieta cubra los siguientes requisitos:

- ♣ Variedad. Referida a los alimentos, como a su presentación y condimentación.
- ♣ Nivel de ajuste a las recomendaciones para las características del individuo
- ♣ Repertorio calórico en las diferentes tomas.

Ahora, no solamente hay que tomar en cuenta el estado fisiológico y químico del individuo, sino también el aspecto sociocultural y psicosomático que le rodea. Por ejemplo, la herencia cultural, la educación del paladar, las costumbres familiares, las horas de comida, entre otros factores. En el aspecto psicológico deben considerarse la situación de enfermedad o el estado de necesidad de orientación sobre su alimentación cotidiana y de apoyo, ya que esto puede provocar en el paciente una exageración de lo familiar y habitual. Además es preciso saber interpretar las reacciones frente a la comida, según los aspectos emocionales del paciente y no sólo en función de sus necesidades metabólicas (Larrañaga, *et al.*, 1997).

Ya se dijo a lo largo de este capítulo que la dieta depende, en primer lugar, del alimento disponible en cada región del mundo; y en segundo lugar, se puede realizar una dieta especial, específicamente en dos circunstancias; la primera, en caso de enfermedad; y la otra, cuando se siguen ciertas creencias sobre los alimentos y el balance de éstos para alcanzar la salud plena. Para cada uno de los casos se toma en cuenta la cantidad de cada alimento, o bien, si puede o no ser consumido por la persona. No obstante, existen casos en los que parecería que la dieta se está llevando al extremo, ya sea por exceso o defecto; a la larga, esto origina un trastorno de la alimentación, que va acompañado generalmente de trastornos psicológicos por una alteración de la imagen, o bien, por el aislamiento social, por tener una figura física no aceptable en la sociedad. En la mayoría de los casos, estos trastornos son originados por la misma humanidad, que ofrece por un lado, que el cuerpo perfecto es el de una persona delgada; y por el otro, el auge de productos chatarra, que cada día son más consumidos y a su vez aumenta en número de personas obesas. No obstante, la enorme preocupación que aqueja hacia estos trastornos, ya sea por déficit o superávit, son las secuelas tanto físicas como psicológicas que puede padecer la persona. A continuación se revisarán en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO 3

TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

“La sociedad actual es producto de un desarrollo económico e industrial que ha modelado nuevas formas de vida, las cuales han repercutido en la percepción y aprobación del cuerpo humano. Un área de sumo interés es la relación cuerpo-alimentación, que ha venido transformándose en las últimas décadas por las influencias culturales que favorecen los cambios en las conductas alimentarias por los valores estéticos, que exigen tener un extremo cuidado en lo que se come y cuánto se come, con la finalidad de que el cuerpo refleje una acentuada delgadez” (p. 19, Vázquez, Álvarez y Mancilla, 2000).

Del lado opuesto a esta situación, la humanidad también se ha visto envuelta del un proceso de industrialización, que ha propiciado estilos de vida que facilitan el almacenamiento de grasa en el cuerpo (por ende a la obesidad), por el incremento de sedentarismo en la población, situación que lo acerca a consumir alimentos altos en grasa y carbohidratos; ejemplo de ello son las comidas rápidas y chatarra (Gómez y Ávila, 1998).

Dentro de lo anterior se considera que la obesidad es un factor de riesgo para la salud. Por ello, es que un creciente número de personas, en su mayoría adolescentes mujeres se someten a dieta con el deseo de ser delgadas (Molina y Luciano, 1995), consecuencia de una obsesión cultural en la que el papel de la apariencia física y el atractivo sexual, están relacionados con la autoestima y el éxito social de la mujer (Unikel, Saucedo-Molina, Villatoro y Fleiz, 2002; Toro y Vilardell, 1987)

Estas influencias socioculturales basadas en la delgadez, contribuyen a un incremento de los trastornos de la alimentación (Vázquez, *et al.*, 2000), sobre todo porque se quiere alcanzar el estándar de belleza que ofrecen los medios de comunicación, reconociendo a éste como el ideal corporal (Vázquez, Ocampo, López, Mancilla, y Álvarez, 2002; Toro y Vilardell, 1987)

Las consecuencias de seguir el estereotipo de la delgadez, conlleva a la aparición de la anorexia y/o la bulimia, que son patologías en su mayoría presentadas por mujeres, que se inician generalmente en la adolescencia (Behar, Botero, Corsi y Muñoz, 1994).

No obstante, nos enfrentamos a trastornos de la alimentación con polos opuestos. Por una parte, aquellos que están encaminados a seguir un patrón de conducta, para lograr una esbeltez inigualable; y aquellos que son propensos a incrementar su grasa corporal. Su parecido radica en que no dejan de ser trastornos alimentarios que se caracterizan por alteraciones importantes de las conductas relacionadas con la ingesta de comida (Castro y Vanderlinden, 1991). En suma, los trastornos alimentarios se clasifican con base en los resultados terminales visibles (delgadez extrema o gordura) o en las variaciones de los patrones de alimentación (ayuno, restricción de alimentos, compulsión al comer) (Huse y Lucas, 2002).

3.1 Anorexia

El cuadro de anorexia coincide aproximadamente en un 80% de los casos con la adolescencia, con una edad media de aparición entre los 13 y 14 años de edad (Morande, 1999). Las personas más propensas a padecerlo son mujeres y de acuerdo a estadísticas, 5.4% de la población de adolescentes, está propensa a padecer un trastorno alimentario de este tipo; las edades de alto riesgo son de los 13 a los 15 años (Unikel, *et al.*, 2002). O bien, una de cada cien jóvenes padece de anorexia (Vázquez, *et al.*, 2000).

3.1.1 Historia

Ya desde la antigüedad se hallan evidencias históricas que muestran la existencia de este trastorno como una conducta alimentaria inadecuada. Por ejemplo, entre los egipcios se pensaba que la comida era una de las causas del enfermarse y por ello, se purgaban una vez al mes. Durante la edad media, se sabe que muchas mujeres jóvenes con convicciones religiosas se sometían a ayunos prolongados,

subsistiendo únicamente con mínimas cantidades de alimentos. Para finales del siglo XIX, apenas existían referencias en la literatura médica en las que ya se encontraban algunos de los síntomas esenciales del trastorno, como amenorrea, trastornos del apetito, estreñimiento, delgadez extrema y tendencia a trabajar ininterrumpidamente a pesar de la emaciación del cuerpo. La descripción clínica clásica de la anorexia se debe a Lassegue (1873, citado en Chinchilla, 1995; Caparros y Sanfelió, 1997) que la denomina *anorexia hysterica* y a Gull (1868, citado en Chinchilla, 1995; Caparros, *et al.*, 1997), que es el primero en emplear el término *anorexia nervosa* (Guillemont y Laxenaire, 1994; Chinchilla, 1995; Caparros, *et al.*, 1997; Huse y Lucas, 2002)

3.1.2 Definición

El término anorexia proviene del griego *an*, privativo y *oresis*, deseo (falta anormal de ganas de comer) (Martínez-Fornés, 1994) y es denominado por los griegos de la antigüedad como *anoreektous* o *asitous* que significa, los que carecen de apetito o evitan el alimento. Hipócrates (citado en Chinchilla, 1995) emplea el término *asitia* o *inedia* para definir la abstinencia alimentaria. Así, la anorexia es una enfermedad relacionada con la dieta y significa “pérdida del apetito” (Cameron, 1992).

Actualmente, la anorexia es conceptualizada como un síndrome, caracterizado por adelgazamiento voluntario producido por una disminución importante de la ingesta y un miedo intenso a convertirse en obesa, a pesar de que se tenga un peso muy inferior a lo normal (caquexia) (González, 1994 a; Cervera, *et al.*, 2000). Lo esencial del trastorno es una alteración en la manera en la que el peso, la forma y la imagen corporal son percibidos (Cía, 1995), ya que a la persona le hace verse horrible con exceso de grasa en abdomen, caderas y muslos (Martínez-Fornés, 1994).

Chinchilla (1995), define a la anorexia como “un trastorno caracterizado por el rechazo persistente de los alimentos, consecuencia de un temor irracional ante la

posibilidad de aumentar de peso en el momento actual o en el futuro, justamente con una alteración en la percepción de la imagen corporal, que da lugar a una intensa pérdida de peso y que conduce a un estado de desnutrición progresiva” (p.34)

3.1.3 Características

Aunado a este trastorno existen ciertos rasgos que lo diferencian de otros y que dan la pauta para diagnosticar a la anorexia como tal.

Huse y Lucas (2002); Cía (1995); Cervera, *et al.* (2000); Huse y Lucas, (2002) y Caparros, *et al.* (1997), concuerdan en las pautas para el diagnóstico de la persona anoréxica, basándose fundamentalmente en el DSM-IV (1995):

- ♣ Descenso mayor del 15% del peso estándar esperado para la edad y talla de la persona.
- ♣ Vómitos autoprovocados, ejercicio excesivo, consumo de fármacos diuréticos y laxantes, purgas intestinales autoprovocadas.
- ♣ Distorsión de la imagen corporal.
- ♣ Trastorno endocrino generalizado que provoca la pérdida de la menstruación, o bien, el apetito sexual en hombres.
- ♣ Miedo intenso a engordar y rechazo a mantener el peso corporal

Además, la anorexia puede clasificarse de la siguiente manera:

- ♣ Tipo restrictivo: La persona anoréxica no ha efectuado atracones o crisis de voracidad o glotonería, ni tampoco ha realizado conductas compensatorias para purgar la misma.
- ♣ Tipo atracones/conductas compensatorias: La persona no mantiene un control permanente sobre su restricción voluntaria de su ingesta y pasa por periodos de atracones, a menudo acompañado de vómitos, laxantes o diuréticos.

A diferencia de la anorexia, la bulimia presenta cuadros persistentes de atracones acompañados de vómito y uso de laxantes; la anoréxica, sólo recurre a este método como otra alternativa más para seguir bajando de peso y no como una conducta constante y repetitiva.

3.1.4 Factores y Consecuencias

Existen factores de riesgo que influyen decididamente en la aparición de este trastorno, desde el sexo (en su mayoría son mujeres), trastornos psicopatológicos y acontecimientos vitales estresantes, hasta la distorsión de la imagen corporal e intentos de modificarla a través de conductas autodestructivas (Raich, Deus, Muñoz, Pérez y Requena, 1991). Desde este punto de vista, la anorexia tiene que verse desde una perspectiva multidimensional (Castro y Vanderlinden, 1991; Serrano, Van De Bosch, Roelandts y Cornu, 1992) que abarque tanto sus conductas, como sus pensamientos, emociones y repercusiones físicas, así como sus relaciones familiares.

3.1.4.1 Físicas

Los signos físicos más comunes son piel delgada y seca, aparición de lanugo, complexión pálida y pérdida de grasa corporal. Puede presentarse bradicardia, hipotensión, hipotermia e intolerancia al frío. A menudo estas personas presentan dolor abdominal y sensación de plenitud. El estreñimiento es común. La amenorrea es característica en las mujeres mientras que en los hombres se presenta una pérdida del interés sexual (Crispo, Figueroa y Guelar, 1994; Huse y Lucas, 2002; Morande, 1999).

3.1.4.2 Psicológicas

Todo empieza con la aparición y reiteración de una serie de cogniciones relacionadas con el aspecto del cuerpo y la valoración estética del mismo. Y lo que pudo empezar como una normalidad, e incluso corresponder a hechos objetivos, se transforma en distorsiones cognitivas (Toro y Vilardell, 1987).

Las características psicológicas comprenden cumplimiento, perfeccionismo y altos logros académicos; el miedo a engordar y la percepción distorsionada de la imagen corporal (Raich, *et al.*, 1991; Calvo, 1998). Obsesión marcada por adelgazar, minimización de la gravedad de la enfermedad producida por la pérdida de peso (Cía, 1995; Huse y Lucas, 2002). Puede presentar baja autoestima, ansiedad, trastornos obsesivo-compulsivos, pobre relación social y problemas familiares (Behar, 1992; Raich, 1997). Además queda comprobado que la anorexia va acompañada de un cuadro de depresión que incluye tristeza, aislamiento, desesperanza, sentimientos de culpa, autodesprecio y fantasías de muerte (Turón, 2000)

La anoréxica presenta aspectos cognitivos inadecuados y persistentes que se refieren principalmente a la comida, al peso o al aspecto corporal. Estas distorsiones pueden clasificarse de la siguiente manera:

- ♣ Abstracciones selectivas: “Si como una sola galleta me descontrolaré y comeré doscientas”.
- ♣ Generalizaciones excesivas: “Nunca tengo hambre”.
- ♣ Magnificación de consecuencias negativas: “Si he subido un kilo con esto que comí pronto pesaré lo doble”.
- ♣ Pensamiento dicotómico: “Si me he dado un atracón, debo ayunar tres días completos, por lo menos”.
- ♣ Ideas autorreferenciales: “Cuando como parece que todo el mundo me mira”.
- ♣ Pensamiento supersticioso: “Mi cuerpo es como una bolsa en la que se deposita, aumentando el peso, cualquier cosa que ingiera” (Garner y Bemis, 1982, citados en Raich, 1997).

3.1.4.3 Conductuales

Su patrón de dieta restrictiva es el primer paso y en él suele evitar por completo el consumo de carbohidratos y productos con un alto valor de calorías (Huse y Lucas, 2002). Disminución notable de la ingesta alimentaria, intenso ejercicio, provocación del vómito o empleo de laxantes o diuréticos (Cía, 1995). También

pueden aparecer alteraciones del sueño, ya que la anoréxica reduce sus horas de sueño en la medida en que según sabe, tendrá un mayor consumo energético si en lugar de dormir realiza más actividad física (Toro y Vilardell, 1987).

3.1.4.4 Familiares

Para Cía (1995), los factores predisponentes en esta área son carencias o perturbaciones en el vínculo parento-filial o disfunciones en el sistema familiar; clase social elevada; mitos y mandatos familiares que acentúan la apariencia exterior y premian la delgadez y el perfeccionismo.

No obstante, la familia no tiene por qué ser la causante de una anorexia, pero si ya está afectada por la enfermedad, puede mantenerla, mediatizarla y complicarla. Es decir, los familiares de la anoréxica evolucionan y actúan de modo paralelo a como evoluciona y actúa la anoréxica. En muchas ocasiones, la misma familia atribuye ideas a su entorno de cuál es el cuerpo perfecto que quieren y a veces, hasta la alimentación que debe seguirse (Toro y Vilardell, 1987).

3.2 Bulimia

El núcleo psicopatológico de este trastorno al igual que en la Anorexia Nerviosa reside en la intensa preocupación por el peso y/o la imagen corporal. Esta preocupación puede diferir en el modo o la manera en que las pacientes perciben su imagen. La enfermedad, que aparece generalmente en mujeres jóvenes adolescentes, suele iniciarse después del intento continuo o repetido de realizar una dieta estricta, con la finalidad de disminuir de peso.

3.2.1 Historia

En la antigua Roma era costumbre en los festines interminables de las clases pudientes provocarse el vómito para seguir disfrutando el placer de comer. Esta costumbre romana nada tiene que ver con la bulimia, dado que para ellos el vómito era un hábito social, lo provocaban para seguir comiendo y no por el temor

a engordar, no era compulsivo, ni creaba sentimientos de autculpabilidad, al contrario, era muy gratificante.

En 1932, Wulff (citado en Guillemot y Laxenaire, 1994) describe un síndrome particular caracterizado por la alternancia de períodos de ascetismo y de voracidad insaciable, estableciendo ya de este modo implícitamente la relación entre anorexia y bulimia. Sin embargo, no es sino hasta la década de los 60 cuando, bajo la presión social y publicitaria de culto al cuerpo delgado y unisex, la bulimia pasa de ser un trastorno alimentario acompañante de la obesidad a ser un síndrome autónomo denominado bulimia.

3.2.2 Definición

El término bulimia procede del griego *bous* (buey) y *limós* (hambre). Hambre de buey, hambre canina (Chinchilla, 1995), caracterizada por un apetito voraz e insaciable, acompañado de malestar y angustia, que obliga a comer en exceso y aprisa (Martínez- Fornés, 1994) seguido, generalmente, de un proceso de purga ocurrido por medio del vómito autoinducido, abuso de laxantes, diuréticos (píldora de agua), ayuno y ejercicio excesivo (Sherman y Thompson, 1999; Igoín, 1992).

No obstante, Rausch (1996) refiere que en la bulimia casi nadie comienza a vomitar o purgarse con la idea de instalar esta conducta como método sistemático para controlar el peso; por el contrario, argumenta que generalmente inicia de forma azarosa (porque lo vio en la televisión, porque una amiga lo hace, porque cuando se intoxicó y tuvo una diarrea y vómito perdió peso, etc.)

La bulimia se produce por una crisis y de una forma estereotipada para cada paciente. Primero, hay una sensación de malestar difícilmente explicable, como una forma de angustia, en la cual se interpreta una necesidad de comida, que poco a poco se impone en el ánimo de la paciente. Posteriormente, llega la fase de remordimiento que puede ser el origen de una nueva crisis. Dentro de esta segunda etapa, la finalidad en este trastorno no es nutrirse sino compensar, es

decir, llenar un vacío insoportable, ya que el acto alimentario es tomado como un mecanismo de descarga (González, 1994 b). Finalmente, después de cada crisis la enferma experimenta una sensación de doble fracaso, por no poder controlar su alimentación y por no adelgazar (Cervera, Clapes y Rigolfas, 2000).

3.2.3 Características

A diferencia de la anorexia nerviosa, cuya delgadez extrema pone de manifiesto la existencia de un problema, la persona con bulimia nerviosa tiene peso normal o incluso exceso de peso, y la enfermedad puede cursar de forma secreta durante años (Rausch, 1996). Rasgos como este, son los que dan pie a dictar las características diagnósticas de la bulimia.

Así autores como Chinchilla (1995) concuerdan en las pautas para el diagnóstico de la persona bulímica, basándose fundamentalmente en el DSM-IV (1995):

- Episodios recurrentes de sobreingesta. Un episodio de este tipo se caracteriza por: comer en un período discreto de tiempo una cantidad de comida que es superior a la que la mayoría de la gente comería durante un período de tiempo similar y en circunstancias parecidas. Sentimiento de falta de control sobre la ingesta durante este episodio (por ejemplo, sentir que uno no es capaz de parar de comer o de controlar la cantidad que se está comiendo).
- Conductas recurrentes inadecuadas para compensar y prevenir el aumento de peso, como vómito autoinducido, abuso de laxantes, diuréticos u otras medicaciones, ayuno o ejercicio excesivo.
- Los episodios de sobreingesta y las conductas compensatorias inadecuadas ocurren, como media, dos veces a la semana durante tres meses.
- La autoestima está excesivamente influida por la figura y el peso.
- El trastorno no ocurre exclusivamente durante episodios de anorexia nerviosa

De ahí es que en 1785, Motherby (citado en Chinchilla, 1995) distingue tres tipos de bulimia: a) bulimia del tipo hambre pura; b) bulimia asociada con desvanecimientos; c) bulimia que finaliza con vómitos.

3.2.4 Factores y consecuencias

Al igual que en la anorexia, en la bulimia existen algunos factores de riesgo para que una persona padezca este trastorno, algunos de estos se relacionan con características tales como: ser mujer (de unos 20 años y de tez blanca), baja autoestima, insatisfacción de su imagen corporal, algún trastorno de personalidad, con posible historia de depresiones o que ha realizado dietas crónicas, nivel socioeconómico medio-alto, peso estable a un nivel deseado o normal o ligeramente menor, preocupación narcisista por su corporalidad; en ocasiones con un tipo de trabajo medio, o escolares de grado medio o universitario, responsables en los mismos; buen aspecto y vestimenta, atractivas para los hombres y para ellas; generalmente solteras; madres, educadoras, refinadas, brillantes, menos ausentes o con obligaciones no tan intensas, preocupadas por el control de los hijos, limitadas en efectos hacia los mismos o con cierto protocolo; historia familiar de desordenes alimentarios, depresivos y comunicación dinámica inadecuada o conflictiva; patología personal de obesidad, depresiones, abuso de sustancias; familias interesadas en la apariencia y relaciones humanas estilizadas; así como, padres que suelen estar acomplejados y absorbidos por sus ocupaciones, distantes en el trato emocional.

Asimismo, existen algunos aspectos epidemiológicos y etiopatogénicos, que también contribuyen a que se manifieste este tipo de trastorno, algunos de ellos son: se da más en países desarrollados; lo padecen de un 10-15% de los jóvenes adolescentes; usualmente se presenta en mujeres en una proporción de 10 a 1; inicia en la adolescencia o primera edad adulta; generalmente predomina en padres obesos, o en aquellas personas en las que se presentó una obesidad temprana como biotipo; psicótico histérico-ansioso y/u obsesivo; es más frecuente en casos de AN, vida sedentaria, etc., en donde hay un curso crónico, morbilidad depresiva en familiares de primer grado, relación con ansiedad-depresión y/o consumo de alcohol, anfetaminas u otras drogas; así como el hecho de ser cleptómanas ([www. anycities.com](http://www.anycities.com)).

Por otra parte, Rausch (1996); Sherman y Thompson (1999) argumentan que una persona con este trastorno tiene respuestas tanto en su conducta, pensamientos, emociones y repercusiones físicas, como en sus relaciones familiares. Algunas de estas son:

3.2.4.1 Físicas

Dentro de esta perspectiva, las personas que padecen bulimia nerviosa, presentan síntomas como: mareos y dolor de cabeza; callosidades en los dedos, líneas y puntos rojos alrededor de los ojos; aumento de tamaño de las glándulas (ubicadas detrás del maxilar), que produce hinchazón de la cara; dolor de garganta o de estómago (por la lesión de la mucosa debido al jugo gástrico); sangrado y/o irritación gástrica y esofágica; anormalidades del intestino grueso debido al abuso de laxantes; luego del atracón puede haber náuseas, sueño, molestia o dolor abdominal; diarrea por abuso de laxantes o por haber mezclado alimentos que producen intolerancia; constipación en periodos de restricción alimentaria o como consecuencia del abuso prolongado de laxantes; deterioro de los dientes; irregularidades menstruales en las mujeres; frecuentes y notables variaciones de peso; erosiones y/o callosidades en el dorso de la mano que utiliza para provocarse vómitos (estas lesiones se observan en la zona de roce de la mano con los dientes); además, suele haber quejas de sentirse débil o cansado.

3.2.4.2 Psicológicas

Lo más importante en la génesis de la bulímica son una serie de trastornos psicológicos como la neurosis de angustia, los sentimientos de culpa, vergüenza, disforia, depresión (Martínez- Fornés, 1994), además de cambios de ánimo frecuentes en los que se incluye tristeza y remordimiento; enojo y ansiedad; autoevaluaciones dependiendo del peso; necesidad de aprobación externa/dependencia; pensamientos extremistas e irracionales; compulsividad e irresponsabilidad; así como, dificultad para la toma de decisiones.

3.2.4.3 Conductuales

Entre la preocupación normativa por el peso con conducta alimentaria normal, y anorexia y bulimia nerviosa existen conductas no saludables como hiperfagia sin vómito, vómito sin hiperfagia, dieta intermitente y dieta crónica o ayuno (Mora y Raich, 1994); a la vez, la bulímica deja rastros del atracón alimentario en la casa; desaparece medicación de la casa, o aparecen frascos de pastillas extrañas en cajones; sustrae dinero suficiente como para comprar a escondidas comida o medicación; constantemente muestra preocupación y habla acerca del peso y el cuerpo; obsesión por pesarse, pesarse constantemente; va al baño regularmente después de comer y hace correr el agua o pone música para que no se oiga vomitar; come comida de dieta delante de los demás y, sin embargo, sube de peso; con frecuencia tiene urgencia por ir al baño; adopta rutinas de actividad física exagerada; esconde comida en sitios extraños (closets, cajones, carteras, debajo de la cama, entre otros) para comerla mas tarde; niega la evidencia cuando es sorprendido por alguien en pleno atracón; muestra pérdida del apetito sexual o la proliferación de relaciones promiscuas; constipación e incontinencia y taponamiento de los baños debido a la comida o al vómito allí depositados

En los estudios realizados por Thomas (2000) y Thomas, Turón, Sánchez- Planell y Vallejo (1992) acerca de la bulimia y su relación con la depresión encuentran que dentro de las alteraciones psicopatológicas existe una reciprocidad entre los trastornos ligados al descontrol impulsivo y los del estado de ánimo. Por ello, la impulsividad en este tipo de personas se asocia con conductas antisociales, alcoholismo y drogodependencias, robos y mayor riesgo autolítico.

3.2.4.4 Sociales y familiares

La vida social de estas personas con frecuencia depende de su atracón alimentario, que se convierte así en el factor que las lleva a cancelar o no la salida. Así es que la sociedad contribuye a la bulimia mediante su preocupación por la esbeltez, y a las mujeres en particular, se les bombardea con mensajes de que el atractivo, el éxito y la felicidad dependen de estar delgada.

En este sentido, la familia puede contribuir al desarrollo de la bulimia al proporcionar entorno, valores, actitudes y comportamientos modelados y reforzados dentro de esta unidad social (Thomas, 2000).

Este tipo de acontecimientos hacen que en ocasiones también haya pérdida de la sociabilidad en la persona bulímica, ya que sus hábitos alimenticios y de ejercicio interfieren con su vida cotidiana (trabajo, familia y amistades); o bien hacen que se vuelva muy crítico con lo que el resto elige comer, especialmente si es una comida que la sociedad ha mencionado ser poco sana (golosinas, dulces, comidas altas en contenido calórico, comida chatarra).

3.3 Obesidad

Después de haber sido considerada durante largo tiempo como un signo de buena salud e incluso como un índice de bienestar económico y social, la obesidad se contempla actualmente en su verdadero aspecto, es decir, como causa principal de diversas patologías, tanto metabólicas, como motoras, sin olvidar la gran relación existente entre la obesidad y algunos trastornos psíquicos (Cervera, *et al.*, 2000).

Como complemento, Madrid (1998) menciona que por muchos años la obesidad fue considerada como un trastorno con fuentes determinantes conductuales manifestados psicopatológicamente en sobrealimentación, pues se creía que los obesos comían excesivamente en respuesta a sentimientos negativos como frustración, tristeza o inseguridad, y la comida era vista como proveedora de bienestar en ausencia de otras fuentes de consuelo.

Por esta razón, la obesidad es considerada como una epidemia mundial debido a su prevalencia en todas las regiones del mundo y se ha considerado durante mucho tiempo como un problema exclusivo de los países industrializados. No obstante, muchas personas que habitan en zonas consideradas como subdesarrolladas también presentan este problema, debido a una predisposición genética.

En México, la prevalencia varía según la región de estudio: 10% en la zona rural, 12% en zonas suburbanas y 30% en el área urbana. Considerando como indicador un índice de masa corporal (IMC), mayor a 30, en la ciudad de México se alcanzan niveles de hasta 36% en las mujeres entre los 50 y 69 años de edad pertenecientes a un estrato socioeconómico bajo y alto; 22.2% en hombres con edades de 40 a 49 años, del estrato bajo y superior (López, Brito y González, 2000).

3.3.1 Definición

La obesidad puede ser definida como un aumento de peso o un exceso de grasa corporal o tejido adiposo, en relación con el peso estándar, que se fundamenta, por la talla, el sexo y la edad (Alemany, 1992; Cameron, 1992; Lolas, 1992; González, 1994 b; Saldaña, 1994; Campollo, 1995; Coronas, Schinca y Pujades, 1998; López, *et al.*, 2000; Cervera, *et al.*, 2000; León, 2001). Operacionalmente hablando, puede definirse como un exceso de peso superior al 20% con relación al peso ideal calculado principalmente en función de la estatura y se produce cuando el balance energético es positivo (Moreno, *et al.*, 1997; Vargas, *et al.*, 2002), es decir, si las calorías ingeridas rebasan las gastadas, entonces el exceso se acumula en forma de grasas (Saldaña y García, 2000).

3.3.2 Características

Las personas más afectadas por esta valoración social de la obesidad son las mujeres jóvenes y de status socioeconómico medio-alto o alto, y el problema aumenta si han padecido de sobrepeso desde la infancia. Por ello, una población de especial riesgo, además de la infantil, es la adolescente, dado que las consecuencias de la discriminación social se agravan en estas edades y afectan a todas las áreas del desarrollo afectivo, personal, comportamental y de relaciones interpersonales. No obstante, aunque el problema se concentre en este tipo de población, el inconveniente de la obesidad se manifiesta en todas las edades (Murcia, 1997).

Esquivel, Martínez y Martínez (1998) señalan que la obesidad se puede presentar en todas las edades, pero es más frecuente después de los 30 años; a la vez hacen alusión a dos tipos de obesos adultos; los que inician su aumento de peso durante la niñez y la adolescencia (obesidad hiperplástica) y los que lo hacen después (obesidad hipertrófica)

Asimismo, la obesidad se ha clasificado de acuerdo a Campollo (1995), en diferentes grados. Con base en el peso se considera obesidad grado I un sobrepeso entre el 10 y 25% del peso teórico normal; grado II sobrepeso entre el 25 y 40% y grado III más del 40%.

Por otra parte, Saldaña y Rossell (1988, citados en Saldaña, 1994), clasifican a la obesidad de acuerdo a los siguientes criterios:

- ♣ 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
- ♣ En función de la causa

3.3.3 Causas

En la mayoría de los casos, las costumbres alimentarias pueden ser el factor más importante en la génesis de la obesidad, pues en algunas familias la alimentación excesiva constituye la norma de recreación y sociabilidad. Por ello, Vera y Fernández (1989) señalan que:

- a) Los estímulos externos afectan a la conducta de comer, tanto en el obeso como en el que no lo es. Así, parece que el sitio donde se come afecta al estilo de comer, a la cantidad y al tipo de comida en ambos grupos de sujetos.
- b) Las personas obesas consumen más calorías de las que necesitan para mantenerse delgadas, aunque esto no implica que coman más que las no obesas. Braguinsky (1996) señala que esto es porque en muchas ocasiones las personas obesas sufren una enfermedad de la que no son

responsables, comen moderadamente pero su organismo gasta muy pocas calorías, con lo cual deben controlar constantemente su alimentación para no engordar.

- c) Las personas obesas que tienen un estilo de comer rápido pueden beneficiarse cambiándolo, ya que éste parece estar asociado con una menor saciación.

Saldaña y García (2000), señalan que los individuos obesos comen de prisa y frecuentemente; además, la obesidad está relacionada con acontecimientos que suelen conllevar una disminución de la actividad física, como son: mejora de status socioeconómico, constitución de una pareja, pérdida del empleo, descenso notable en la actividad laboral, entre otros.

Asimismo, Gold (1976, citado en López, *et al.*, 1998) argumenta que de acuerdo al ajuste emocional del individuo: la actividad oral funciona como un mecanismo de adaptación ante la presencia de signos de ansiedad, tensión, tristeza y frustración; el hambre reemplaza situaciones de excitación, melancolía o ira; y la comida actúa como una droga para hacer frente a la carencia de ajuste social.

Además de estos factores etiológicos Cormillot, *et al.*, (1995) mencionan a la herencia, las hormonas (tiroides), el uso de drogas utilizadas con fines terapéuticos y el sedentarismo.

Así pues, López, *et al.*, (1998) refiere que la obesidad es un fenómeno multicausal, dado que en el convergen factores bioquímicos, sociales, genéticos, psicológicos, culturales, entre otros.

3.3. 4 Consecuencias

En la obesidad, al contrario de los trastornos en donde la idea es perder peso, existen factores que hacen que la persona adquiera un mayor peso, lo cual

también contribuye para que se desarrollen consecuencias a nivel físico, psicológico y social en la vida de ésta.

3.3.4.1 Físicas

De acuerdo a Esquivel, *et al.*, (1998) y Aburto (1999) una persona obesa presenta mayor probabilidad de mortalidad y morbilidad, no sólo por cardiopatías, arteriosclerosis y diabetes, sino también por muchos otros trastornos (digestivos, renales, articulares, respiratorios, ortopédicos, nerviosos). Así como, alteraciones del sueño, hambre patológica, problemas sexuales, transpiración excesiva, incontinencia urinaria (en mujeres), imposibilidad para higienizarse solos y limitaciones en la locomoción (Madrid, 1998).

Asimismo, Álvarez, *et al.*, (1998) argumentan que el exceso de masa grasa tiene consecuencias patológicas de dos tipos: a) mecánicas, que dependen de la sobrecarga ponderal, y b) metabólicas, que se relacionan con el metabolismo de los lípidos, de la glucosa y de algunas otras vías, que puede conducir a algunas otras patologías.

3.3.4.2 Psicológicas

López, Mancilla y Álvarez (1998) así como Cotmillot, Zukerfeld, Olkies y Murva (1994) hacen referencia a que los individuos obesos se caracterizan por presentar una mayor ansiedad, depresión, niveles elevados de tensión, impulsividad y agresividad. En el caso de los niños, sentimientos de fracaso y frustración, ocasionados en gran medida por las constantes burlas de sus compañeros; existe una autoimagen deteriorada, lo que genera un concepto sobre sí misma (o) detestable, y por lo tanto, una autoestima pobre. Asimismo, Jiménez (1997) señala que en ocasiones presentan sentimientos de vergüenza, pasividad, timidez e inhibición; además de mostrar una personalidad que se asemeja a la de los pacientes con algún desajuste emocional (fobias, estrés postraumático, psicastenia, esquizofrenia) y en ocasiones adicción al alcohol y al tabaco.

No obstante, a estas características, Stunkard y Wadden (1992, citados en Aymamí y Serrano, 1997) concluyen que no existe un tipo de personalidad que defina a los sujetos con obesidad mórbida, ni tampoco se evidencian alteraciones psicopatológicas específicas diferentes a las que se pueden hallar en la población general. Esto se debe, según ellos, a que el análisis de los posibles factores de predicción de la intervención quirúrgica en dichos pacientes ha resultado ser confuso y contradictorio, es decir, a veces la intervención incrementa la autoestima y el autoconcepto, y se produce una disminución en las alteraciones de la imagen corporal y de la ingesta.

A diferencia de estos autores, los estudios de Faubel (1989, citado en López, *et al.*, 1998) revelan que los obesos no necesariamente tienen una pobre imagen corporal, ya que, si bien es cierto que vislumbran su cuerpo como menos conveniente, no se sienten menos atractivos o saludables; incluso un gran número de ellos se encuentra sumamente conforme con su condición.

Ahora, en el aspecto cognoscitivo, los sujetos obesos suelen presentar una serie de pensamientos negativos, los cuales se hallan relacionadas a cinco categorías:

- Pérdida de peso (Me estoy sacrificando y estoy perdiendo muy poco peso)
- Habilidad para perder peso (No tengo fuerza de voluntad)
- Perfeccionismo en las metas (Me he comido un dulce, ya lo he estropeado todo)
- Pensamientos acerca de la comida (¡Qué buenos están los pasteles!)
- Excusas (...si no estuviera tan ocupado) (Mahoney y Mahoney 1976, citados en Vera y Fernández, 1989).

3.3.4.3 Sociales

Dentro de este ámbito, López, *et al.*, (1998) mencionan que los sujetos obesos se enfrentan con dificultades cuando intentan mantener o establecer relaciones interpersonales; esto porque carecen de algunas habilidades sociales como son: asertividad, autocontrol y ajuste social. En el caso de las relaciones familiares,

argumentan que la dinámica es disfuncional y con serios problemas en la intercomunicación.

Por otro lado, Murcia (1997) refiere que la obesidad podría ser la única forma aceptable de prejuicio social, ya que las personas con este problema sufren de marginación y rechazo, además de una discriminación en el mundo laboral.

Dichas diferencias, según Aymamí y Serrano (1997), producen en el obeso, una excesiva preocupación por el peso, hasta el punto de llegar a odiar su cuerpo y evitar el contacto social por miedo a ser descalificado personalmente.

3.3.4.4 Familiares

Al igual que en los trastornos mencionados con anterioridad; en éste, la familia juega un papel muy trascendente en el surgimiento y mantenimiento de dicho padecimiento.

De acuerdo a Onnis (1990, citado en López, *et al.*, 1998) el sistema familiar de sujetos obesos, anoréxicos y bulímicos, se caracteriza por ser más conflictivo, desorganizado, crítico y amurallado. A su vez, se muestra una gran incidencia de inmadurez, pasividad y conflictos en las relaciones interpersonales.

Esta clase de familias también se caracteriza por la presencia de amalgamamiento, rigidez y hastío, así como el empleo de patrones de comunicación pobres, lo que impide a veces expresar sus emociones.

Este tipo de familias establece límites entre la familia nuclear y la de origen, lo que a su vez origina confusión de los límites entre padres e hijos. Asimismo, es usual encontrar que los disturbios en las relaciones familiares y en los patrones de comunicación dan como resultado un mecanismo compensatorio, que en este caso es la obesidad.

Como se vio, los tres problemas alimentarios más comunes son la anorexia, la bulimia y la obesidad. La bulimia es, a la vez, similar y diferente de los otros dos trastornos. Aunque en ocasiones, la bulimia puede parecerle similar a la sobrealimentación compulsiva, por algunas de sus características, en realidad es más parecida a la anorexia. Con respecto a ello diversos autores entre los que se encuentran Chinchilla (1995); Sherman y Thompson (1999) y Esquivel, Martínez y Martínez (1998), concuerdan en que las principales características que diferencian a estos trastornos son:

AN	BN
<p>Inicio en edades más tempranas Predominio femenino Más demacradas Variablemente impulsivas Miedo a ser BN Peso previo al diagnóstico bajo Método de control de peso Restricción alimentaria Mayor control Mayor hiperactividad Amenorrea casi en el 100% No comen (niegan el hambre) La persona es más introvertida No se siente enferma Es sexualmente inactiva Ordenada y prolija Menor psicopatología asociada Frecuente hipotensión, bradicardia e hipotermia Menos conductas autolíticas directas Conductas bulímicas en el 50-70% de los casos ¿Mejor pronóstico? ¿Peor respuesta a los Ads? Pueden evolucionar hacia BN Complicaciones muy variadas</p>	<p>Inicio más tardío Predominio femenino Menos demacradas o aspecto normal, pasan más desapercibidas Mucho más impulsivas Deseo de ser AN Peso cercano al normal Método de control de peso Vómitos, laxantes- diuréticos Mayor descontrol Menor hiperactividad Menstrúa normalmente o con cierta frecuencia el 50% Pueden no comer a veces, pero la tendencia es a vomitarlo Suele ser más extravertida Si se siente enferma Sienten hambre Es sexualmente activa Es desorganizada Mayor psicopatología asociada de personalidad, sociopatías, consumo de tóxicos, cleptomanía; depresiva Más frecuentes conductas autolíticas Conductas bulímicas en el 100% de los casos Mejor respuesta a los Ads, sobre todo fluoxetina. Rara vez evoluciona hacia AN típica, pero si previa AN menos severa Complicaciones variadas y algunas derivadas de los vómitos o atracones</p>

Finalmente, la semejanza entre estos dos trastornos (anorexia y bulimia), es que las dos se preocupan por los alimentos y el peso corporal. La diferencia es que mientras la bulímica tiene que enfrentar a diario muestras de su incapacidad para controlarse a sí misma y lo que come, la anoréxica hambrienta que pierde peso siente que mantener el control es un triunfo (Duker y Slade, 1995).

Ahora a diferencia de la anorexia y la bulimia nerviosa, la obesidad no se considera un trastorno psiquiátrico, sino más bien un problema que puede acarrear alteraciones médicas importantes y que, por lo tanto, supone un riesgo para la salud. Sin embargo, después de lo expuesto, parece claro que la estigmatización y los prejuicios que la sociedad actual tiene contra los obesos y que afectan a todas las áreas de la vida de estas personas, desde la educacional, afectiva y familiar hasta la laboral, genera una serie de desventajas y alteraciones psicológicas significativas.

En suma, un trastorno alimentario no es solamente un problema vinculado a la comida o peso sino que se debe, en gran medida, al intento desviado de responder a dificultades o conflictos de distintos órdenes. Por ello, a pesar de que los trastornos mencionados son los más frecuentes en la sociedad actual, existen otros que al igual que éstos, muchas de las veces son originados también por los prejuicios sociales o por diferentes criterios diagnósticos que marcan que existe un desajuste en la personalidad de quien lo padece.

CAPÍTULO 4

ORTOREXIA

En los últimos tiempos, se le han atribuido grandes virtudes a los productos alimenticios naturales y orgánicos, hecho que no tiene ningún respaldo científico ya que se sabe que poseen las mismas propiedades nutritivas que los tratados industrialmente. Y a pesar de que la agricultura ecológica (sin herbicidas, plaguicidas, pesticidas y fertilizantes sintéticos), va en aumento, no ha sido suficiente para rebasar a los cultivos de producción agrícola total (Martínez y García, 2001). Mas bien, en el mercado de los alimentos, están destacando los famosos transgénicos, que son modificados genéticamente, para darles propiedades que antes no poseían, con el fin de hacerlas menos vulnerables, más duraderas y nutritivas para los seres humanos.

No obstante, ya en la actualidad es bien sabido que tanto los plaguicidas, herbicidas y demás productos que se utilizan para combatir a las plagas en los cultivos y el gran número de alimentos que ya ha sido modificados genéticamente, han dado la pauta a diversos conflictos, principalmente, porque se ha comprobado que la eliminación de las plagas con ciertos químicos, afecta a los seres humanos, convirtiéndose aquellos en tóxicos y nocivos para la salud; caso parecido el de los alimentos transgénicos que han suscitado polémica por el temor a que su consumo implique la transferencia de genes marcadores de resistencia al organismo del ser humano y provoquen que ciertas enfermedades sean inmunes ante los antibióticos, o bien, que su ingesta cause ciertas alergias entre las personas, a causa de la intolerancia a la modificación genética (Voclavik y Christian, 1998; Astiasarán y Martínez, 2000).

Estos factores son los principales detonantes de que un gran número de personas se abstengan de comer este tipo de alimentos ya que los consideran como alimentos no saludables y no naturales. Sin embargo, existen individuos que han

llevado al extremo tales creencias, al punto de no ingerir ciertos alimentos si no están seguros de su procedencia, convirtiéndose en una obsesión que probablemente llegue a convertirse en un trastorno de la alimentación y aunque hasta la fecha, tal vez esta obsesión no sea vista como una enfermedad, lo cierto es que este trastorno está manifestándose y ha sido denominado con el nombre de ortorexia.

4.1 Antecedentes

Este trastorno alimentario considerado como nuevo, ha nacido del consumo exclusivo de alimentos naturales, puros y dietéticos. Fue bautizado hace seis años como ortorexia, y se empezaron a detectar los primeros casos en España.

No existen datos oficiales sobre la prevalencia de la ortorexia en España, pero la doctora Isabel Zamarrón (citada en www.consumer.es, 2003 b) estima que los afectados representan todavía menos del 1% de sus pacientes.

Por otro lado, el panorama es muy distinto en Estados Unidos donde se cuentan por millares los nuevos casos que se suman a la lista por este mal. No es de extrañar que fuese en ese país donde se acuñó el término de ortorexia, y fue acogido con escepticismo en el mundo médico por la imprecisión de su diagnóstico (www.consumer.es, 2003 b).

4.2 Definición

Esta palabra fue definida por primera vez por el médico norteamericano Steve Bratman en un libro publicado en el año 2000 en Estados Unidos y que lleva por título "Health Food Junkies", o lo que es lo mismo, "Yonkies de comida sana". También puede conceptualizarse como *"la obsesión patológica por la comida biológicamente pura"* en la que las víctimas de esta enfermedad sufren una preocupación excesiva por la comida sana, convirtiéndose en el principal objetivo de su vida (www.padenpitus.com).

Es así, que la palabra ortorexia proviene del griego orthos (justo, recto) y exía (apetencia), con lo que podría definirse como apetito justo o correcto (www.consumer.es, 2003 b; www.anycities.com) Por el momento este concepto no está recogido en ningún diccionario ni los síntomas que engloba son reconocidos como una enfermedad por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En suma, la ortorexia se trata de un trastorno de la conducta alimentaria que consiste en la obsesión por la comida sana y obliga a seguir una dieta con alimentos procedentes de la agricultura ecológica, libres de transgénicos y que excluye la carne y las grasas de todo tipo. Los involucrados suelen ser tan estrictos que incluso se sienten culpables cuando no lo cumplen y se castigan con dietas y ayunos donde hacen falta nutrientes aún más rígidos (Safont, 2001).

Ahora bien, las personas se obsesionan tanto con cubrir una dieta con comida saludable, que para lograrlo presentan ciertos comportamientos y actitudes que les ayuda hacerlo, es decir, muestran ciertas características que los identifican como ortoréxicos.

4.3 Características

Podría decirse que la ortorexia es un comportamiento obsesivo-compulsivo caracterizado por la preocupación de qué comer y la transferencia de los principales valores de la vida hacia el acto de comer, lo cual hace que los afectados tengan "un menú en vez de una vida". Según González (1994 a) ese es el ideal que profesan vegetarianos, vegetarianos, frutistas, crudistas, macrobióticos, entre otros.

La sintomatología, comienza con un: "quiero mejorar mi dieta", pero este buen propósito se va convirtiendo en una obsesión, porque los afectados (generalmente personas cultas, con grados superiores de estudio, pero con un estilo de vida

sofisticado) tienden a comportarse en forma compulsiva, se preocupan exageradamente por ser perfectos y se apegan estrictamente a reglas y normas incluso muchos han padecido antes anorexia o bulimia (www.nutrar.com), que sí son consideradas como enfermedades y que se hallan en la raíz de este nuevo trastorno de la conducta alimentaria. El paciente ortoréxico ha pasado previamente por una de las dos patologías citadas y se ha quedado con un planteamiento de dieta inadecuado, que termina transformándose en obsesión» (www.consumer.es, 2003 a).

La fijación de la gente por la comida sana les lleva a ingerir sólo alimentos procedentes de la agricultura ecológica, libres de transgénicos y olvidándose en la mayoría de los casos de incluir en sus dietas, carnes o grasas de ningún tipo.

Así, junto a la censura que aplican a sus menús, surge una serie de manías relacionadas con las tareas de cocina: el lavado exagerado de frutas y verduras, la casi nula cocción de los alimentos o la predilección por un determinado utensilio o recipiente. Ritos obligados a los que se suma el análisis meticuloso del etiquetado antes de cada compra. La fijación por lo sano puede producir en el organismo el efecto contrario al deseado. "Tanta restricción no deja indiferente a nuestro organismo y, con el tiempo, los síntomas físicos son manifiestos", ya que dicho trastorno puede acarrear carencias nutricionales.

El ortoréxico no sustituye los alimentos que rechaza por otros que puedan aportarle los mismos complementos nutricionales. Esto se traduce en anemia, carencias vitamínicas o de oligoelementos o falta de energía, explica la doctora Isabel Zamarrón (citada en Safont, 2001), del Departamento de Nutrición del Hospital Ramón y Cajal, en Madrid.

Ahora bien, algunos de los síntomas y señales de alerta en la ortorexia son: la obsesión por comidas sanas, obsesión por seguir su rutina de ejercicios, pérdida de la sociabilidad, ya que sus hábitos alimenticios y de ejercicio interfieren con su

vida cotidiana (trabajo, familia y amistades), puede ser muy crítico con lo que el resto elige comer, especialmente si es una comida que la sociedad ha mencionado ser poco sana (golosinas, dulces, comidas altas en contenido calórico, comida chatarra) y son capaces de quedarse sin comer si no están seguros de lo que van a ingerir.

Por otra parte, Gómez (2003) menciona que entre las características clínicas destacan: presentación por oscilaciones cíclicas extremas (trasladan a la alimentación el "todo o nada"), rituales obsesivos en la preparación, materiales y tiendas de comida; carecen de conciencia de enfermedad; patrones de comportamiento anormales durante bastante tiempo y, lo más grave, "separación y aislamiento social, que lleva a un empobrecimiento de la calidad de vida".

Normalmente, quienes sufren de ortorexia, son personas muy estrictas, controladas y exigentes consigo mismas y con los demás. Las mujeres, la adolescencia y quienes se dedican a deportes tales como el culturismo, el atletismo y otros, son los grupos más vulnerables ya que en general son muy sensibles frente al valor nutritivo de los alimentos y su repercusión sobre la figura o imagen corporal. Su personalidad suele ser extremista; todo o nada, obeso o delgado (www.consumer.es, 2003 a).

Asimismo, Gómez (2003) refiere que a diferencia de otras psicopatías relacionadas con la alimentación, la incidencia en la ortorexia es la misma entre ambos sexos, aunque "mientras que en las mujeres suele subyacer el deseo de pérdida de peso, en los varones está el de mantenerse sano", e incide especialmente en personas con un elevado nivel socioeconómico.

Cuando la obsesión por "comer sano" se lleva al extremo, llega un punto en que todo gira en torno a la comida; controlar lo que comen, imponerse prohibiciones y programar detalladamente las comidas se convierte en una prioridad para poder sentirse seguros, tranquilos y dueños de cada situación.

Debido a las características de esta nueva acepción, las personas ortoréxicas presentan ciertas consecuencias que llegan a afectar en la vida de estos y en la de las personas que los rodean.

4.4 Consecuencias

En las personas ortoréxicas es tan grande la obsesión por ingerir comida sana que empiezan a hacerse visibles consecuencias en su apariencia, comportamiento y estado emocional, así como en su vida social.

4.4.1 Físicas

Entre las consecuencias físicas destacan los déficit nutricionales, como la anemia y la pérdida de vitaminas. La dieta saludable se transforma en una auténtica obsesión, que puede impedir que el cuerpo se beneficie de la nutrición básica. Las mujeres que sufren ortorexia, igual que a las anoréxicas, están muy delgadas, casi demacradas por el déficit calórico, pierden la menstruación, se les estropea el cabello, pueden sufrir, desnutrición, problemas renales, osteoporosis, hipervitaminosis o hipovitaminosis, depresión, enfermedades psicológicas y aislamiento social (www.saludmania.com; www.padenpitus.com).

De esta forma los niveles de equilibrio del cuerpo se desploman, se pierde hierro, y proteínas y en la mayoría de los casos se desencadenan otras enfermedades mucho más graves como la osteoporosis, la hipervitaminosis o la hipovitaminosis.

Y como toda obsesión trae consecuencias negativas, ésta no es la excepción. La salud de la persona se ve afectada seriamente por la carencia de nutrientes esenciales. Por ejemplo, no ingerir grasas afecta la metabolización de vitaminas liposolubles en el organismo; no consumir carne hace que se reduzcan los niveles de hierro y, aunque los vegetales también aporten proteínas, son de calidad inferior. Por el hecho de que la agricultura ecológica no emplee pesticidas, se corre el riesgo que las frutas y los vegetales alojen parásitos o larvas peligrosas para la salud (www.terra.com.mx).

Además, no sólo constituye un mal a nivel físico sino también psicológico, que en la mayoría de los casos tiene que ser tratado por un especialista (Tania Mora, www.mundogar.com).

4.4.2 Psicológicas

Los argumentos que utiliza una persona ortoréxica para justificar su tipo de alimentación, serían: “busco una mejor salud”, “tengo miedo a ser envenenado por la industria alimenticia por los aditivos que utiliza”, o “he encontrado una razón espiritual al comer estos alimentos” (www.terra.com.mx)

El paciente ortoréxico convierte la comida en el centro de su vida. Y esta actitud puede resultar peligrosa para su salud y para su equilibrio emocional.

Así, la pérdida de la sociabilidad, «por seguir una dieta caprichosa», es una de las consecuencias psicológicas de la ortorexia. Pero, en el fondo de todo, subyace el miedo. «Al igual que la anorexia y la bulimia, la ortorexia es una forma inadecuada de manejar la angustia» (www.terra.com.mx)

4.4.3 Sociales

Las consecuencias que tiene esta enfermedad sobre la vida y el entorno social son principalmente:

- Rechazo a comer fuera de casa para evitar tentaciones y porque es contrario a sus teorías.
- Distanciamiento de amigos y familiares, pues todo su mundo gira en torno a sus estrictas normas a cerca de la comida.
- Cambios de carácter: debido al aislamiento a que suele dar lugar este trastorno, la persona adquiere un carácter irritable y amargo.
- Se produce un círculo vicioso debido a la falta de satisfacciones afectivas, lo que conduce a una preocupación aún mayor por la comida (www.consumer.es, 2003 b).

A decir de lo anterior, un ortoréxico lleva su dieta tan estricta, que comer con otras personas o fuera de su casa puede convertirse en un gran problema. Prefiere pasar hambre antes que comer alimentos impuros y acaba dejando de ir a casa de familiares o amigos por lo que le puedan dar de comer. Son los mayores consumidores de productos dietéticos, biológicos, integrales y sin grasas y los restaurantes vegetarianos, japoneses o macrobióticos suelen ser sus preferidos (www.saludmania.com)

Así, todos y cada uno de los factores mencionados son los que han dado la pauta para establecer un diagnóstico de esta nueva sintomatología que en la actualidad se está haciendo presente no sólo en países como España o Estados Unidos, sino también en México.

4.5 Pautas para el diagnóstico

Bratman (citado en www.consumer.es, 2003 a), estableció pautas para el diagnóstico de la ortorexia, a través de las siguientes preguntas:

- ¿Pasa más de tres horas al día pensando, incluso dándole vueltas, a su dieta sana?
- ¿Se preocupa más de la calidad de los alimentos que del placer y el disfrute de comerlos?
- ¿Conforme aumenta la calidad de su comida, cree usted que disminuye su calidad de vida?
- ¿Se siente culpable cuando se salta sus convicciones dietéticas?
- ¿Planifica hoy cada detalle de lo que va a comer mañana?
- ¿Le aísla socialmente su manera de comer?
- ¿Se ha vuelto más estricto consigo mismo?
- ¿Aumenta su autoestima cuando cree que come alimentos sanos?

Por consiguiente, es necesario considerar estas cuestiones como focos rojos para detectar si alguna persona cercana está en riesgo de padecer esta anomalía alimenticia.

En definitiva, "el ortoréxico se convierte en víctima de su propia dieta. La felicidad debe convertirse en una obsesión", es decir, es importante que las personas cuiden que la dieta que llevan sea completa y equilibrada de acuerdo a la pirámide de alimentación mostrada por Cormillot, Chaufan, Squillace y Dima (1995) en el capítulo uno, pero sin introducirse tanto en ella para cubrirla al pie de la letra. Desafortunadamente en la actualidad muchas personas no lo toman en cuenta y caen en este trastorno, pues su régimen de dieta no es suficiente, completo y armónico, tal y como debería de ser según las leyes de alimentación descritas por Ramos (1985) y Esquivel, *et al.*, (1998).

Además, sigue existiendo mucha controversia sobre este trastorno de la conducta alimentaria y en general de si puede o no considerarse como tal. Las asociaciones médicas internacionales aún no la aceptan como una enfermedad; incluso muchos médicos rehúsan hablar del tema; algunos psiquiatras lo ven como un problema fóbico, o como una preocupación obsesiva y excesiva por el deseo de comer sano. Sin embargo, en todos los casos de ortorexia, el miedo juega un papel fundamental, hay un pánico excesivo a comer de una forma convencional.

Como se ha visto a lo largo de los últimos capítulos, el ser humano ha estado propenso a contraer nuevos padecimientos que al igual que otros trastornos alteran la vida, en sus tres esferas (biológica, psicológica y social).

De ahí es que surge la idea de investigar no sólo en el ámbito teórico, sino también en el práctico sobre el conocimiento de la Ortorexia, tanto con los profesionistas que tienen más relación en el tratamiento de Trastornos Alimenticios, como con un posible grupo de riesgo (personas deportistas, que acuden algún Gimnasio).

A partir de los datos teóricos obtenidos, se inicio con la parte práctica de la investigación realizada, la cual estuvo basada en dos etapas, que se describirán a continuación.

CONCLUSIONES

Corno ya se expuso, el objetivo de este trabajo fue plantear una línea de investigación acerca de la ortorexia, a través de los pocos conocimientos que se tienen de ésta, mediante un estudio exploratorio que abarcará principalmente los indicios de que la enfermedad se está manifestando en una parte de la población actual; pero sobre todo se pretende ofrecer una fuente de información a las personas acerca de este trastorno alimenticio para que en un futuro (se espera no muy lejano), se puedan abrir nuevas líneas de investigación sobre este tema e identificar si alguien la padece. El objetivo se cumplió, ya que gracias a la información teórica que se recopiló y a las opiniones de los diferentes profesionistas, se observó que a pesar de que hay poco conocimiento sobre el tema y probablemente el número de casos es contado, en la gran mayoría de las personas (en este caso, las que acuden a los gimnasios), sin importar condición social, ya están empezando a poner más interés en lo que consumen al comer, lo cual puede por un lado promover la salud, pero por otro, si se lleva a los extremos puede ocasionar trastornos en ella.

Este trabajo estuvo basado en dos etapas; en la primera de ellas, el objetivo fue recabar información preliminar acerca de la ortorexia, con diversos especialistas con el fin de obtener diferentes puntos de vista acerca de ésta, por lo que se corroboró que existe un debate entre todas las personas que tienen relación con el contenido del tema y su aceptación como trastorno de la alimentación.

Los datos obtenidos en la primera fase, indicaron que hay diferencias entre las opiniones que dieron los tres grupos de profesionistas. En primer lugar las nutriólogas argumentaron que es bueno que la gente se preocupe por la composición de los alimentos, pero sin caer en una obsesión que rompa el equilibrio de su alimentación. En este sector, no todas conocen a la ortorexia y las que conocen del tema, unas no están de acuerdo en que es una preocupación excesiva por comer alimentos sanos y naturales, pues señalan que es un trastorno

no específico desencadenado de la anorexia o bulimia, originados por causas multifactoriales. En páginas de internet como www.consumer.es y www.nutrar.com, opinan lo mismo que estas profesionistas, ya que en ambas se señala que las personas que padecen ortorexia, suelen preocuparse exageradamente (obsesión) por ser perfectos y se apegan estrictamente a las reglas y normas; además, marcan que muchos de los involucrados ya han padecido antes una patología como la anorexia y la bulimia.

Asimismo, las nutriólogas opinaron que las personas de mayor riesgo, pudieran aquellas que acuden al gimnasio, ballet, danza, corte y confección; así como las que estudian moda.

Por otro lado, en los médicos, se encontró un conocimiento mínimo sobre el tema por parte de algunos de ellos, razón por la que no dieron su punto de vista. Sin embargo, de las personas que sí tienen noción, hubo una gran discrepancia; por un lado, se mencionó que para ver a la ortorexia, depende del enfoque con que lo hagas, ya que médicamente ortorexia significa el buen comer (sin caer en la obsesión) y toda persona bien informada deberla ser ortoréxica, dado que come de manera balanceada, tomando en cuenta la calidad y cantidad de los alimentos (razón por la cual no puede ser considerada un trastorno como en psicología y psiquiatría); por otro lado, uno de los médicos señaló que sí es un trastorno, ya que la gente pone interés en los que come y la composición de los alimentos, siguiendo con ello una dieta sana con nutrimentos naturales. Safont (2001), argumenta que suelen ser tan estrictos que incluso se sienten culpables cuando no lo cumplen y se castigan con dietas y ayunos más rígidos.

Otra de las discrepancias halladas fue que uno de los médicos mencionó que no hay ortorexia buena, dado que de cualquier manera afecta al organismo, pues afirmó que a pesar de que no es considerada aún como un trastorno, por no saber hacer un buen diagnóstico, pronto empezará a reconocerse como tal y al igual que la anorexia y la bulimia estará clasificado en el DSM-IV.

Finalmente, en el caso de las psicólogas, las opiniones también variaron entre ellas, ya que al igual que en los otros grupos de profesionistas, no todas conocían el término de ortorexia o el contenido de ésta, por lo que sólo se mencionó que es conteo de calorías y es una subclasificación de un trastorno básico o general como lo son la anorexia y la bulimia y que por la misma razón cuentan con las mismas características y consecuencias (problemas orgánicos, desajuste emocional, aislamiento, angustia), que son las personas que se apegan mucho a un tipo de alimentos, como los macrobióticos, los vegetales, sin proteínas o simplemente los que ponen demasiada atención en la composición de los alimentos que consumen o los que pasan pensando las 24 horas del día qué van a comer, como y donde van a comer o revisando las etiquetas de todo aquello que sea comestible. Debido a estos puntos de vista, se señaló que antes de considerar a la ortorexia como un trastorno, se tendría que ver a la persona y platicar con ella para saber cuáles son las causas por las que únicamente escoge cierto tipo de alimentos, ya que muchas veces esto hace que el profesionista se confunda al dar un diagnóstico. González (1994 a) coincide con esto, pues argumenta que la ortorexia es un comportamiento obsesivo-compulsivo, caracterizado por la preocupación de qué comer y la transferencia de los principales valores de la vida hacia el mismo acto, lo cual hace que los afectados tengan “un menú en vez de una vida”. Del mismo modo, señala que este padecimiento es el ideal que profesan las personas vegetarianas, crudistas, frutistas y macrobióticos, los cuales acaban por suprimir de su dieta diaria grupos de alimentos básicos.

Ahora, todos los profesionistas coincidieron en que al igual que en los otros trastornos, el tratamiento para las personas que supuestamente pueden padecer ortorexia, es aceptar que tienen un problema y que necesitan un apoyo para realizar un cambio de conducta y educación en cuanto al valor original que les dan a los alimentos, empleando una dieta que ayude a recuperar los nutrimentos que perdieron por falta de una buena alimentación. Asimismo, concuerdan en que debe ser un trabajo multidisciplinario, sin tiempo determinado para la recuperación de una persona, debido a las causas multifactoriales por las que se originó.

Con relación a la parte práctica de las entrevistas a especialistas, hubo dificultades para hallar a médicos especializados en trastornos de la alimentación, sin embargo, los que fueron contactados cooperaron sin problema. En cuanto a la aplicación de cuestionarios en los gimnasios, no se presentó ningún inconveniente, puesto que la mayoría de las personas contactadas lo contestó.

Por otro lado, en la segunda etapa, el propósito fue identificar si existen rasgos de ortorexia en un grupo específico de la sociedad mexicana que está más propenso a sufrirlo y observar las características específicas que lo conforman. De este modo, se halló que la mayoría de los deportistas encuestados en los gimnasios consideran importante cuidar su alimentación, preocuparse por los alimentos transgénicos (pero no al grado de no comer o averiguar su procedencia) y relacionar alimentación sana con una buena autoestima. Ahora, aunque los rasgos mostrados por la sociedad hasta hoy en día son mínimos, no se niega la posibilidad de que los índices de riesgo de padecer una posible ortorexia en un futuro sean altos.

Los datos derivados dentro de esta fase, mostraron que a toda la muestra (aunque a unos más que a otros) les interesa su manera de alimentarse, razón por la que la mayoría de ellos consideran importante comer hasta estar satisfechos, eligiendo alimentos basados en sus gustos y necesidades para poder disfrutarlos y evitar malestares. Además, gran parte de ellos opinaron que por lo general, la alimentación que llevan es una buena combinación de nutrimentos, razón por la cual pueden establecer una rutina en su manera de comer sin que afecte su vida cotidiana, es decir, que gracias a que se alimentan sanamente, pueden establecer una forma específica para ingerir sus alimentos en relación a la hora, cantidad y lugar, sin que esto interfiera en los ámbitos en los que se desenvuelve (escuela, trabajo y familia).

No obstante a la idea de que la alimentación que se lleva es buena, la mayoría de las personas que acuden al gimnasio, consideran importante seleccionar sus

alimentos en base a la cantidad de calorías que contienen, así como en su preparación y recipientes donde se cocinan.

Por otra parte, se vio que gran parte de ésta población señala que el hecho de comer fuera de casa no es algo que afecte sus vidas y les haga sentir sentimientos de culpa por haberlo hecho. De la misma manera, creen que para tener una buena alimentación, no es necesario pasar un largo período de tiempo pensando o planificando una dieta sana, o lo que van a ingerir en los días siguientes. Finalmente, con los resultados obtenidos, se observó que para este grupo de individuos que fueron tomados como muestra, su manera de comer, no los aísla socialmente, aunque ya están empezando a tomar medidas (siendo más estrictos) en cuanto a la selección de lo que comen, ya que consideran que el comer sanamente hace que se sientan bien con ellos mismos y aumente su autoestima.

Durante la realización del proyecto, se tuvo un poco de dificultad en la búsqueda de información teórica, debido a que es un tema del que se conocen muy pocos casos, ya que hace poco que empezó a tratarse en México, además son mínimos los libros que lo han incluido y no lo abordan de forma clara. No obstante, la mayoría de los datos se obtuvieron de internet, en donde se mostró un panorama más amplio tanto del tópico como en los países en donde ya es tornado como un trastorno (principalmente en países europeos y más actualmente en Estados Unidos de América), puesto que las personas desean sólo consumir alimentos totalmente naturales libres de tratamientos con fertilizantes, o bien, que no hayan sido tratados transgénicamente; pero al surgir en ellos la duda de si serán completamente naturales a no, deciden no consumir ningún alimento y con ello, llegar a un cuadro de desnutrición.

No obstante, ante los resultados obtenidos y a las dificultades a las que nos enfrentamos, se llegó a las siguientes conclusiones:

Con relación a considerarlo como una subclasificación de la anorexia y la bulimia, cabe decir que se tendría que analizar la relación que existe entre ambos, para confirmar o descartar la posibilidad de que uno sea la causa o consecuencia del otro, ya que es bien sabido que en la anorexia y la bulimia la principal característica es mantener una figura estética ante la sociedad (como principal objetivo y preocupación), restringiendo cualquier tipo de alimento que en apariencia haga subir de peso a las personas, aunque este no se consuma en exceso; mientras que en el caso de la ortorexia, las personas solo se preocupan por tener una buena alimentación natural y no se enfocan hacia su peso; mas bien, a tener buena salud física. Sin embargo, cabe mencionar que en los tres casos existe una marcada descompensación de nutrimentos, además de que pueden aparecer sentimientos de frustración si no llegan a concretar su objetivo.

Por otra parte, es claro que cada trastorno específico o no, cuenta con alguna característica muy particular que lo hace diferente a los otros; no obstante, también es cierto que en varias ocasiones dichas peculiaridades se parecen o tienen alguna relación, razón por la cual puede presentarse cierta confusión en querer dar un diagnóstico y más aún si no se cuenta con un trabajo multidisciplinario, el cual desafortunadamente no siempre se emplea debido a que es muy costoso y no se cuentan con los recursos económicos suficientes para poder pagarlo.

Asimismo, no se puede hablar de la ortorexia como un trastorno de la alimentación como tal, presente ya en nuestro país, a pesar de que contiene los suficientes elementos específicos y particulares que lo hacen único ante otro tipo de perturbaciones, ya que los datos obtenidos en este trabajo no son del todo concluyentes. Ahora, esto no impide mencionar que es importante que se tome conciencia, desde los profesionistas hasta la población en sí, de que en la actualidad hay un exceso de presión social e influencia por parte de los medios de comunicación que están introduciendo ideas a las personas sobre ciertos estereotipos que deben seguir, o bien sobre algunos químicos que han sido

encontrados en determinados alimentos. De igual forma, es de suma importancia tomar en cuenta la idea actual que se está impartiendo acerca de mantener una buena salud.

En relación con el número de casos, se halló que fueron muy pocos los que se han presentado, lo cual no quiere decir que no haya casos de ortorexia o que sean escasas las personas que puedan padecerla, por el contrario, es un foco de alarma que indica que si se podría estar dando la ortorexia en nuestro entorno y sería importante considerar a personas naturistas, vegetarianas, de meditación, entre otras, para saber en qué dimensiones se está presentando realmente y para no sólo quedarnos con un sector específico como en este caso. Además sería significativo averiguar qué opinan las personas acerca de su alimentación, ya que a veces creen que ésta es muy sana y sin dificultades y no acuden a solicitar ayuda profesional, porque para ellos la ortorexia aún no la enfocan como un problema.

Es importante considerar que uno de los trabajos del psicólogo y quizás el más importante con la realización de este trabajo, es el alertar a la gente sobre este tipo de problemas a los que ya nos estamos enfrentando, para evitarlo y para que estén concientes de las consecuencias que pueden tener. Asimismo, es de suma importancia que se lleve a cabo una prevención primaria en la que se difunda, por medio de talleres, la información que se tiene sobre el tema.

No obstante al tipo de estudio, es fundamental considerar el papel del psicólogo dentro de esta cuestión, la cual aunque no es tomada aún como problema, ya empieza a llamar la atención de los individuos afectando al igual que en los otros trastornos tanto el ámbito físico, como el social y el psicológico. Esto último, es el punto clave para el trabajo de nosotros como profesionistas, ya que como se vio a lo largo del trabajo el estado emocional, las ideas, las relaciones familiares-sociales y la cultura, influyen en la aparición y prevalencia de este tipo de dificultades.

Ahora, además de conocer el nivel de incidencia que actualmente existe ante este tipo de trastorno, la importancia de este estudio fue conocer cómo influye en cada individuo algún tipo de ideología que con la ayuda de los medios de comunicación, amigos y familia, las personas se van apropiando de esa idea hasta convertirla en un estereotipo indispensable para su vida y así sentirse aceptados.

Finalmente, cabe mencionar que el estudio fue meramente exploratorio, por ello, se espera que se siga investigando sobre él para hacerle frente a este posible problema y saber más a fondo cual es la población más propensa a padecerlo.

ANEXO 1

ANEXO 1
CUESTIONARIO PARA NUTRIÓLOGOS

- ♣ ¿A qué se le llama nutrición?
- ♣ ¿Qué es la alimentación?
- ♣ ¿Cómo clasifican los alimentos?
- ♣ ¿Qué es alimentación balanceada?
- ♣ ¿Qué es una dieta?
- ♣ ¿Quién es el profesional idóneo para plantear una dieta?
- ♣ ¿Qué es un trastorno de la alimentación? y ¿A qué se debe que éste aparezca?
- ♣ ¿Cuáles son los trastornos alimentarios más comunes? ¿en que consiste cada uno de ellos?
- ♣ ¿Qué opina de las personas que se preocupan por la composición de los alimentos (conservadores, químicos, etc.)?
- ♣ ¿Considera que esta preocupación sea un problema? ¿por qué?
- ♣ ¿Qué es la ortorexia? ¿en que consiste?
- ♣ ¿Quiénes son las personas más propensas a padecerla?
- ♣ ¿Podría considerarse como un trastorno de la alimentación?
- ♣ ¿Cuál sería el tratamiento a seguir en estos casos?
- ♣ ¿Considera importante el trabajo multidisciplinario? ¿por qué?

ANEXO 1

CUESTIONARIO PARA PSICÓLOGOS

- ♣ ¿Qué es un trastorno de la alimentación?, ¿Cómo surge?
- ♣ ¿Por qué se origina?
- ♣ ¿Quiénes son las personas más propensas a padecerlo? ¿Por qué cree que suceda esto?
- ♣ ¿Cuáles son las causas psicológicas que orillan a la persona a sufrir este tipo de trastorno?
- ♣ ¿Qué factores psicológicos hacen que este trastorno se mantenga?
- ♣ ¿Qué es la ortorexia?
- ♣ ¿Cuáles son las principales características psicológicas, emocionales, conductuales, sociales y familiares de las personas que la presentan?
- ♣ ¿Con qué frecuencia se le llegan a presentar este tipo de casos?
- ♣ ¿Entre que edades se encuentran las personas que lo padecen?
- ♣ ¿Qué consecuencias psicológicas trae este trastorno alimentario en la persona que lo padece y en la familia de éste mismo?
- ♣ ¿Se puede evitar la aparición de un trastorno? ¿Cómo?
- ♣ ¿Cuál es el primer paso a seguir para romper la cadena del trastorno (del no comer)?
- ♣ Cuando se le da una dieta a uno de los pacientes, ¿cuál es la función que cumple un psicólogo?
- ♣ ¿Considera importante el trabajo multidisciplinario? ¿por qué?

ANEXO 1

CUESTIONARIO PARA MÉDICOS

- ♣ ¿Qué es la alimentación?
- ♣ ¿Cuándo se dice que hay una mala alimentación?
- ♣ ¿De qué manera o cómo afecta al organismo una mala alimentación?
- ♣ ¿Qué es una dieta?
- ♣ ¿Quién es el profesional idóneo para plantear o elaborar una dieta?
- ♣ ¿Qué función tiene un médico cuando se sugiere una dieta?
- ♣ ¿Qué pasa cuando la dieta no se lleva a cabo adecuadamente?
- ♣ ¿Qué es un trastorno de la alimentación? y ¿A qué se debe que éste aparezca?
- ♣ ¿Cómo se ve afectado el organismo cuando se presenta un cuadro de trastorno alimentario?
- ♣ ¿Qué se hace en casos específicos como anorexia/bulimia/obesidad?
- ♣ ¿Qué es la ortorexia?
- ♣ ¿Qué tipo de personas la llega a padecer con mayor frecuencia?
- ♣ ¿Podría considerarse como un trastorno de la alimentación?
- ♣ ¿Médicamente, qué se hace en un caso de ortorexia?, ¿Cuál es el primer paso que llevan a cabo?
- ♣ ¿Tiempo aproximado o promedio para la recuperación de una persona? (duración del tratamiento médico)
- ♣ ¿Considera importante el trabajo multidisciplinario? ¿por qué?

ANEXO 2

ANEXO 2
CUESTIONARIO APLICADO A LOS DEPORTISTAS

Este trabajo es con el fin de ver la opinión de las personas, que acuden a instituciones como el Gimnasio, en relación a su forma de seleccionar los alimentos que consumen. Por ello, quisiéramos pedir tu ayuda para que contestes unas preguntas que no te llevaran mucho tiempo. Tus respuestas serán confidenciales y anónimas.

Sexo: _____ **Edad:** _____ **Profesión:** _____

1. ¿Terminas de comer por que crees que debes hacerlo, en lugar de hacerlo cuando tu cuerpo está satisfecho?
a) siempre b) casi siempre c) rara vez d) casi nunca e) nunca

2. ¿Eliges tus alimentos tomando en cuenta aquellos que disfrutas más?
a) siempre b) casi siempre c) rara vez d) casi nunca e) nunca

3. ¿Llegas a sentir malestares como debilidad, cansancio, mareo, dolor de cabeza cuando disminuyes lo que comes o cuando te pones a dieta?
a) siempre b) casi siempre c) rara vez d) casi nunca e) nunca

4. ¿Crees que tu alimentación es una combinación de alimentos sanos?
a) siempre b) casi siempre c) rara vez d) casi nunca e) nunca

5. ¿Disfrutas tu alimentación?
a) siempre b) casi siempre c) rara vez d) casi nunca e) nunca

6. ¿Estableces una forma específica para comer (hora, cantidad, lugar)?
a) siempre b) casi siempre c) rara vez d) casi nunca e) nunca
7. ¿Tus hábitos alimenticios obstaculizan algún aspecto de tu vida cotidiana (trabajo, familia, amistades)?
a) siempre b) casi siempre c) rara vez d) casi nunca e) nunca
8. ¿Observas lo que otra gente come y lo comparas para determinar que o cuando comerás tú?
a) siempre b) casi siempre c) rara vez d) casi nunca e) nunca
9. ¿Acostumbras seleccionar tus comidas en base a la cantidad de calorías de tienen?
a) siempre b) casi siempre c) rara vez d) casi nunca e) nunca
10. ¿Excluyes de tu alimentación carnes, grasas y alimentos tratados con herbicidas o pesticidas?
a) siempre b) casi siempre c) rara vez d) casi nunca e) nunca
11. ¿Pones demasiada atención en lo que comes (composición, preparación y recipientes donde se cocinan)?
a) siempre b) casi siempre c) rara vez d) casi nunca e) nunca
12. Antes de ingerir un alimento ¿investigas su procedencia?
a) siempre b) casi siempre c) rara vez d) casi nunca e) nunca
13. ¿Te sientes culpable cuando comes fuera de casa?
a) siempre b) casi siempre c) rara vez d) casi nunca e) nunca

14. ¿Pasas más de tres horas al día pensando, incluso dándole vueltas, a tu dieta sana?
- a) siempre b) casi siempre c) rara vez d) casi nunca e) nunca**
15. ¿Conforme disminuye la calidad de tu comida, crees que disminuye tu calidad de vida?
- a) siempre b) casi siempre c) rara vez d) casi nunca e) nunca**
16. ¿Te sientes culpable cuando no cumples tus reglas dietéticas?
- a) siempre b) casi siempre c) rara vez d) casi nunca e) nunca**
17. ¿Planificas hoy cada detalle de lo que vas a comer mañana?
- a) siempre b) casi siempre c) rara vez d) casi nunca e) nunca**
18. ¿Te aísla socialmente tu manera de comer?
- a) siempre b) casi siempre c) rara vez d) casi nunca e) nunca**
19. ¿Te has vuelto más estricto contigo mismo en cuanto a de la selección de tus alimentos?
- a) siempre b) casi siempre c) rara vez d) casi nunca e) nunca**
20. ¿Aumenta tu autoestima cuando crees que comes alimentos sanos?
- a) siempre b) casi siempre c) rara vez d) casi nunca e) nunca**

- Gracias por tu Colaboración-

**ANEXO 2
CODIFICACIÓN**

Preguntas	Valores de Respuestas				
	a	b	c	d	e
2, 5	0	1	2	3	4
1, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20	4	3	2	1	0

METODOLOGÍA

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

- ♣ ¿Es la ortorexia un trastorno de la alimentación y cuáles son los síntomas que lo caracterizan?
- ♣ ¿Cómo se origina este trastorno?
- ♣ ¿Qué población es más propensa a sufrirlo y con qué características cuentan?

PRIMERA ETAPA

Objetivo: Recabar información preliminar acerca de la ortorexia, con diversos especialistas, con el fin de obtener diversos puntos de vista acerca de ésta.

POBLACIÓN

Participaron diferentes profesionales de la salud, entre los que se hallaron 4 médicos, 4 psicólogos y 5 Nutriólogos, relacionados con los trastornos de la alimentación

SITUACIÓN EXPERIMENTAL

Se visitará cada una de las instituciones, centros de atención y clínicas con previa cita y permiso si así lo solicitaran dichos establecimientos.

INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

Entrevista semiestructurada (ver anexo 1)

MATERIAL

- *Entrevista escrita
- *Grabadora
- *Bolígrafos

*Papel

PROCEDIMIENTO

Se acudirá a la estancia, con la finalidad de solicitar una cita, siempre y cuando exista disposición por parte de ésta. Consecutivamente, se asistirá a la cita planeada para realizar la entrevista. El lugar de la aplicación no está determinado. Se realizará la entrevista.

SEGUNDA ETAPA

POBLACIÓN

Estuvo conformada por 120 deportistas que acuden a practicar algún deporte al gimnasio. Para ello, se consideraron a 60 individuos de 3 diferentes Delegaciones del D. F. (20 de la Álvaro Obregón, 20 de la Cuauhtémoc y 20 de la G. A. M.) y 60 de 3 Municipios del Estado de México (20 de C. Izcalli, 20 de Atizapán y 20 de Tepetzotlán).

Objetivo: Identificar si existen rasgos de ortorexia en un grupo específico de la sociedad mexicana que está más propenso a sufrirlo y observar las características específicas que lo conforman.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- ♣ Edad: de 17 años en adelante
- ♣ Sexo indistinto

SITUACIÓN EXPERIMENTAL

El cuestionario o test se aplicará en lugares como: deportivos y gimnasios

INSTRUMENTOS

Cuestionario (ver anexo 2)

MATERIAL

- *Cuestionarios
- *Lápices y Bolígrafos
- *Hojas blancas

PROCEDIMIENTO

Se hará una previa visita a estos lugares con el fin de identificar a aquellas personas que cumplan con las características antes mencionadas; posteriormente se pedirá su consentimiento para la aplicación del instrumento de medición. No habrá un lugar ni tiempo específico para la aplicación.

TIPO DE ESTUDIO

El tipo de estudio a utilizar en esta investigación será Exploratorio, dado que éste, tiene como finalidad examinar un tema o problema de investigación poco estudiado o que no ha sido abordado antes; así mismo, este tipo de estudio sirve para familiarizarnos con fenómenos relativamente desconocidos, obtener información sobre la posibilidad de llevar a cabo una investigación más completa sobre un contexto particular de la vida real, investigar problemas del comportamiento humano que consideren cruciales los profesionales en determinada área, identificar conceptos o variables promisorias, establecer prioridades para investigaciones posteriores o bien, sugerir afirmaciones verificables.

RESULTADOS

Como se pudo ver, la investigación estuvo basada en dos etapas, en las cuales se pretendía averiguar si la ortorexia es un trastorno de la alimentación, los síntomas que la caracterizan, así como las causas y la población que es más propensa a sufrirla. Debido a esto, se entrevistó a los profesionistas más relacionados con personas que sufren alguna perturbación en su alimentación, esto, con la finalidad de averiguar que tanto conocen del tema. Igualmente, se encuestó a deportistas de diferentes Gimnasios ubicados en tres Delegaciones del D. F. y tres municipios del Estado de México, para ver que tan preocupados se hallan este tipo de individuos por su manera de comer.

Los resultados obtenidos fueron presentados de manera independiente. En primer lugar, se analizaron los datos recabados por los profesionistas exponiéndolos de manera cualitativa, debido a las preguntas abiertas que se les realizaron. Por otra parte, la información de los deportistas, fue más cuantitativa, ya que en este caso sí se elaboró un cuestionario, con opciones para ser respondido. A continuación se muestran los datos obtenidos:

Primera Etapa

Dentro de esta etapa, se observó que hubo diferentes puntos de vista de acuerdo a las entrevistas realizadas a los diferentes profesionistas (Nutriólogos, Médicos y Psicólogos) relacionados con personas que padecen trastornos alimenticios. Los resultados, son los siguientes:

Nutriólogos

Dentro de este sector de profesionistas, se entrevistaron a cinco nutriólogas, las cuales concuerdan en que la nutrición es un proceso interno en el cual el

organismo obtiene, asimila y metaboliza los nutrimentos que consume diariamente. Asimismo, consideran que la alimentación forma parte de este proceso y que se caracteriza por el acto (físicamente) de obtener los alimentos.

Al preguntarles acerca de cómo clasifican los alimentos, la nutrióloga 1 argumentó que para fines prácticos se hace en Frutas y verduras, origen animal ricos en proteínas, grasas, granos y derivados; la nutrióloga 2 mencionó tres grupos grandes (hidratos de carbono, proteínas y grasas) y tres grupos pequeños (vitaminas, minerales y agua); la nutrióloga 3 dijo que existen diferentes formas, las cuales dependen de la disponibilidad de los alimentos, de que éste sea considerado como tal por cierta cultura y por el aporte energético o nutrimental que den al organismo. Asimismo, comenta que con esto se busca que cada país tenga una forma didáctica de agruparlos y señala como ejemplo a E. U. en donde se emplea una pirámide, Canadá un arcoiris y finalmente México “el Plato del buen comer”. Al igual que esta última nutrióloga, la 4ª expuso que la agrupación se basa en diversas formas, pero que la aplicación más práctica desde el punto de vista de educación para todos los pacientes, es a nivel bromatológico, en donde hay Hidratos de carbono, proteínas y grasas, tratando de agrupar los que sean muy similares en cuanto a su valor bromatológico. Finalmente, la nutrióloga 5 señaló, que los alimentos se pueden clasificar por distintas formas en “el plato del buen comer”, por colores y por la pirámide; o bien por cantidades (lo que debes comer).

Al igual que con el nombre de las clasificaciones, lo que se dijo sobre una alimentación balanceada en cada una de las entrevistas fue distinto, ya que la primer profesionista, marcó que no se dice balanceada, sino equilibrada, debido a que los alimentos que componen la dieta guardan, o deben guardar, proporciones adecuadas entre sí. La segunda nutrióloga, tampoco emplea la palabra balanceada; sin embargo, considera que podría ser sinónimo de equilibrio y en función de esto se hace referencia a un aporte conveniente de proteínas, grasas e hidratos de carbono. La tercera, señaló que una alimentación es balanceada

cuando es equilibrada, adecuada, inocua de acuerdo al estado fisiológico de la persona y cuando cubre los requerimientos necesarios en el proceso de desarrollo del individuo. La cuarta, hizo referencia a que es adecuada cuando el organismo adquiere todos los nutrimentos. Por último, la quinta nutrióloga dijo que sí puede haber una alimentación balanceada, siempre y cuando se cuente con una buena información adecuada sobre el tema.

Con relación a lo anterior, se pasó a otro de los puntos a analizar: la definición de dieta y su principal administrador. Aquí todas coincidieron en que todo aquello que se consume en un día se le llama “dieta”, y que el profesional idóneo para plantearla es el nutriólogo, el cual más que una dieta hace un cambio de hábitos alimentarios en la vida de la persona.

No obstante, a esto último, tres de las nutriólogas, señalaron que el dietista no puede dar un régimen alimentario, debido a que no cuenta con los conocimientos habilidades y actitudes necesarias para evaluar el estado de nutrición actual de un usuario, ya que se encuentran más enfocados a calcular las cantidades de los alimentos que se van a consumir, es decir son más técnicos.

En contraste a este punto de vista, las otras dos nutriólogas señalaron que ambas personas, nutriólogo y dietista pueden diseñar una dieta, siempre y cuando cuenten con la capacitación y el conocimiento para hacerlo.

Al hacer hincapié en los trastornos alimenticios, todas las nutriólogas opinaron que son un desajuste emocional y mental en el organismo que se caracteriza por una imagen corporal alterada en donde la persona rompe con el equilibrio del aporte de nutrimentos. Éste es producido por una serie de causas multifactoriales en las que intervienen factores individuales, familiares, sociales y culturales, los cuales junto con los medios de comunicación hacen creer al individuo que, con una figura delgada puede tener la vida resuelta o que es una salida fácil para deshacerse de sus problemas.

Considerando que el punto principal de la entrevista fue ver las opiniones sobre la ortorexia, se les preguntó qué opinan sobre las personas que se preocupan por la composición de los alimentos, por los químicos y los conservadores. Dentro de las respuestas obtenidas, se dijo que es bueno que la gente ponga interés en lo que come, pero sin caer en los extremos (obsesión-compulsión); asimismo, se mencionó que todo depende de la información que se tenga sobre los alimentos y su procedencia, ya que hay sustancias o comestibles que a pesar de ser transgénicos son manipulados por el hombre y llevados a diferentes partes del mundo para ser consumidos. Con respecto a ello, se señaló como ejemplo el arroz que desarrollan tradicionalmente los chinos.

Por otro lado, al preguntar sobre la definición de la ortorexia y sus características, se encontró que una de las nutriólogas entrevistadas, a pesar de su amplia experiencia en la práctica desconoce el término y su contenido. En contraste, se halló que es considerada como una preocupación excesiva por comer alimentos sanos y naturales, y caracterizada por la planeación y clasificación de estos en: macrobióticos, sin conservadores, sin carnes blancas o rojas, solo vegetales. Cabe mencionar que, de acuerdo a las respuestas de dos nutriólogas, las personas ortoréticas eligen una de estas clasificaciones para su dieta diaria (esto en base a un caso tratado y a lo que han escuchado dentro de la práctica en la que se han desenvuelto). En ninguna de las entrevistas se señaló el hecho de que una persona ortorética pueda incluir en su dieta, la carne.

Así, de acuerdo a las respuestas obtenidas por las nutriólogas en cuanto a quiénes son las personas más propensas a padecer este tipo de padecimiento, se halló que una de ellas considera que principalmente son aquellos individuos que convierten la preocupación de su salud en una obsesión. La segunda, señaló que no esta segura de que existan grupos de riesgo, como en el caso de la anorexia y la bulimia, sin embargo, considera que las personas más afectadas pudieran ser

aquellas que acuden al gimnasio, ballet, danza, corte y confección; las que estudian moda, se interesan por la higiene, o las que están deprimidas.

En contraparte a esta nutrióloga, una tercera dijo que las personas que tienen anorexia o bulimia, son las mismas que padecen ortorexia y que efectivamente las muchachas que estudian danza, ballet, moda, incluso de un cierto nivel cultural, son las que buscan ir más allá de lo que generalmente pueden ser. Por último, se hizo referencia a que las personas más propensas a padecerla, es gente madura que al igual que en cualquier trastorno viven con él, se recuperan y sufren recaídas, aunque no se puede evitar que en cualquier edad se pueda padecer.

Debido a su poco conocimiento y a la gran variedad de padecimientos no específicos que actualmente se han ido presentando, no puede considerarse como un trastorno sino como un "TAN" (trastorno no específico en el que se muestran uno o varios síntomas característicos de padecimientos como la anorexia y la bulimia), mencionó una de las nutriólogas; mientras que otra dijo que se convierte en perturbación en el momento en el que se llega a una obsesión y causa problemas en el comportamiento del sujeto; otra profesionalista argumentó que definitivamente si es un trastorno, y una más de ellas señaló que no se ha considerado en el DSM-IV, y que para hacerlo se tendría que valorar las características epidemiológicas y la posibilidad de que sea un padecimiento distinto al de los demás (anorexia y bulimia).

Por otro lado, al igual que en los otros trastornos, el tratamiento para la ortorexia inicia cuando la persona acepta que tiene un problema y que necesita apoyo para realizar un cambio de conducta y educación en cuanto al valor original que le da a los alimentos que consume. Una vez aceptado, el siguiente paso es acudir con un profesionalista, sin importar quien sea este (nutriólogo, médico o psicólogo), en donde se le realiza una entrevista y una evaluación médica para verificar que existe un padecimiento; posteriormente, ya que se detectó que hay un trastorno alimenticio, el psicólogo trabaja el restablecimiento de la estructura psíquica (ideas), el nutriólogo ve la orientación y educación nutrimental, mientras que el médico valora y trata las

alteraciones físicas generadas. No existe un tiempo determinado para el tratamiento, todo depende de la persona y la afectación que éste halla causado en ella.

Finalmente, las nutriólogas llegaron a la conclusión de que el padecimiento de un trastorno alimenticio requiere un trabajo integral al 100%, debido a las causas multifactoriales que hacen que se presente. No obstante, también argumentaron que el contar con un tipo de padecimiento de este tipo es muy caro y en varias ocasiones no se cuenta con los recursos necesarios para acudir con todos los profesionistas necesarios para su restablecimiento.

Médicos

A diferencia de las nutriólogas, se entrevistaron a dos hombres y dos mujeres, debido a que existen muy pocos profesionistas médicos, de acuerdo al resto de los profesionistas visitados y a la dificultad presentada, relacionados o especializados con los trastornos alimenticios.

De inicio, todos concordaron que la alimentación es el aporte de nutrimentos ideales tanto en cantidad como en calidad para sustentar las necesidades del organismo. De ahí que, cuando se carece de estas características y se rompe el equilibrio se dice que existe una mala alimentación, la cual afecta al organismo por medio de desnutrición (anemia) o exceso de alimentación (obesidad).

Cuando se analizó la definición de dieta y su principal administrador, se encontró que para dos de las profesionistas una dieta es lo que consumes diariamente, sin importar lo que sea. Por el contrario, los otros dos médicos mencionaron que se habla de dieta cuando se organiza lo que se come, siguiendo un régimen específico, de restricción o favorecimiento de alimentos. Debido esto, se dice que la dieta es adecuada cuando se organiza y planea de acuerdo a las características de la persona (edad, peso, talla, estado físico, hábitos, actividades).

Dentro de este campo, el médico 1 considera que cualquier persona relacionada con el área de la salud puede plantear una dieta. Pero cuando ya se habla de cálculos de

calorías o de balance energético, la persona ideal es el nutriólogo en primer término y después el resto de los especialistas. Ahora, una vez planteada la dieta, el médico tiene la función de establecer una correlación entre lo que se diseñó como régimen alimenticio y lo que se está tratando desde un punto de vista patológico.

El médico 2 mencionó que la persona más idónea para plantear la dieta siempre va a ser el nutriólogo y que la función del médico es marcar los lineamientos de la alimentación que se está llevando con la finalidad de evaluar resultados y determinar la pertinencia o la restricción de algunos alimentos.

En contraste, el médico 3 considera que el médico es quien debe plantear una dieta, llevando a cabo una valoración para proporcionar la adecuada a cada paciente, dependiendo de la enfermedad o el padecimiento que presente.

Finalmente, la médico 4 argumenta que debe ser el bariatra, el nutriólogo y los médicos que estudian la subespecialidad de nutrición. Ella opina que la función que cumple el médico al establecer una dieta es realizar un historial clínico, el cual es supervisado hasta que se cumple con el régimen alimenticio que se implantó. Asimismo, considera que el nutriólogo si tiene los conocimientos pero le falta tener contacto con ellos y relacionarse con la enfermedad.

En relación con el área vinculada a los trastornos alimenticios, los médicos argumentaron que el momento en el que una dieta no se lleva adecuadamente, hay ciertas desventajas para el paciente, lo cual hace que éste tenga un desajuste en su alimentación y en su organismo y que comience a presentar alteraciones (trastornos). Las causas de ello, son muy diversas y su etiología puede deberse a factores psicológicos, sociales, culturales (familia principalmente) y orgánicos.

Ante la presencia de un trastorno, el organismo puede presentar desde una **perversión** (vista desde el enfoque médico), hasta una alteración en cuanto a la

secreción, ritmo y cantidad de alimentos que se están consumiendo. También puede afectar la tiroides, causar una alteración metabólica, anemia u obesidad.

En cuestión al tratamiento que se lleva a cabo con las personas que sufren algún trastorno, los médicos entrevistados dijeron que en primer instancia, son ellos mismos los que deben determinar el origen de éste con la realización de una entrevista en la que trata de identificar las causas de la alteración física y en la que perciba si existe alguna perturbación orgánica que esté generando dicho problema. Una vez identificado el origen del problema, le sigue una parte terapéutica en donde se usan medicamentos que ayuden a aumentar o disminuir alguno de los nutrientes (proteínas, minerales), o bien se hace un ajuste en los hábitos alimenticios.

Las preguntas más usuales realizadas durante el interrogatorio, van relacionadas a lo siguiente: ¿Qué está determinando la alimentación del individuo?, ¿Cómo selecciona lo que come?, ¿En qué momento y horarios come?, ¿En qué se basan sus hábitos de alimentación?, ¿Qué tipo de alimentos consume?.

Ahora, con relación a la información sobre la ortorexia y sus características, se encontró que de los médicos entrevistados dos conocen el término y de ellos sólo uno lo aplica y lo considera como un trastorno muy común en la actualidad. Las otras dos doctoras desconocen el término y no saben de qué se trata.

Así pues, por un lado, se señaló que etimológicamente es el buen comer, pero que para algunas personas podría ser algo más que esto hasta el punto de convertirse en una obsesión. Pero, depende del enfoque del que se quiera ver, ya que médicamente la ortorexia es buena dado que se come bien, de manera balanceada, tomando en cuenta la cantidad y calidad de los alimentos.

Se argumentó que no se considerara como trastorno, pero que debido a que en la actualidad se está empezando a tomar en cuenta las compulsiones y el cuidado de la alimentación como una parte patológica, la gente ya lo está haciendo y más aún dentro del ámbito de la psicología y la psiquiatría.

Desde el punto de vista de este profesional, la ortorexia se puede presentar en cualquier momento de la vida dependiendo de que tanta información tenga el paciente para poder implementarla.

En contraparte a este médico, se mencionó que la ortorexia si es un trastorno, el cual se presenta en gran medida en personas jóvenes de entre 20-30 años, sin embargo, también puede manifestarse en el resto de las personas. Por lo que, es definida como un trastorno de la conducta alimentaria en donde la gente pone gran interés en lo que come y en la composición de los alimentos, siguiendo con ello una dieta sana con alimentos puramente naturales.

Con respecto al tratamiento que se lleva a cabo en personas que tienen un trastorno de alimentación, una de las personas entrevistadas dijo que no se utilizan medicamentos, ya que eso es función de los psiquiatras. Por otro lado, se señaló que sí se hace uso de medicamentos, pero antes de emplearlos se realiza una valoración en el paciente para ver si los requiere o no y en un caso afirmativo se emplean sustancias que equilibren el nutrimento con cual se está teniendo problemas (vitaminas, proteínas, minerales).

Uno de los médicos menciona que no hay una ortorexia buena, dado que de cualquier manera afecta al organismo, pues afirma que a pesar de no ser considerada en la actualidad como un trastorno, por no saber hacer un buen diagnóstico, pronto se hará y al igual que en la anorexia y la bulimia estará clasificado en el DSM-IV.

Por otra parte, todos los médicos estuvieron de acuerdo en que no hay un tiempo determinado para la recuperación de una persona; sin embargo, consideran debe haber una revisión periódica cada 2 o 3 meses. De igual manera, concordaron en que es importante el trabajo multidisciplinario debido a las causas multifactoriales en las que está envuelto el paciente.

Psicólogos

Este fue el último grupo de profesionistas que se entrevistó, en él, al igual que con las nutriólogas todas fueron mujeres y se entrevistaron a cuatro.

En primera instancia se observó que en este sector, todas opinan que un trastorno alimenticio es una modificación de la conducta del individuo, debido a una serie de causas multifactoriales dependiendo de la personalidad de cada individuo.

Por un lado se señaló que las personas que padecen un trastorno son altamente perfeccionistas, tienen problemas con sus impulsos, afectos y sensaciones y que a la vez muestran un alto nivel de insatisfacción corporal. Asimismo, se mencionó que las mujeres de 10 a 60 años son las que se hallan más envueltas en estos padecimientos.

En contraparte a este punto de vista, se dijo que no hay edad o clase social para que se presente un trastorno, pues se comentó que todo depende de la debilidad de la persona, de cómo esté formado y del trabajo o ámbito laboral en el que se desenvuelve. Por ello, se considera que las personas que hacen ejercicio y las modelos tienen más riesgo de caer en esta perturbación.

Todas las psicólogas concluyeron que un trastorno alimenticio es causado por diversos factores individuales (en su mayoría), familiares, sociales y culturales. De hecho, una de las opiniones dadas marcó que una de las principales causas por las que llegan las pacientes, es la baja autoestima y los problemas de familia (separación de los padres).

Estos factores no solo predisponen el trastorno, también hacen que se mantenga ya que lo que se está jugando con el alimento son esas fallas en la vida del sujeto.

Con respecto a las características que presentan las personas que tienen un trastorno alimentario, se nombró algunos padecimientos como asma corporal,

depresión, angustia, obsesión-compulsión y conductas alimenticias anómalas; además de cambios en el estado de ánimo, autoestima, carácter, aislamiento social, cansancio, agotamiento y descontrol en horarios, ya que en ocasiones suelen dormir mucho para evitar comer.

Por otro lado, se mencionó que los trastornos más vistos en la actualidad son la anorexia, la bulimia y los no específicos. En el caso de la obesidad, padecimiento que también se ve con mayor frecuencia en las comunidades, las psicólogas opinan que no necesariamente se cae en un trastorno, pues señalan que el hecho de que una persona esté obesa no solo pudo deberse a un desajuste emocional, sino que también pudo ser originada por diversos factores (herencia, costumbres, hábitos alimenticios de la familia).

En relación con la información sobre ortorexia, se encontró que al igual que en los otros grupos de profesionistas entrevistados, se desconocía el término o no tenían claro de que se trata. Con ello, los puntos de vista que se lograron obtener señalaron que es el conteo de calorías; que existen trastornos básicos que son la anorexia, bulimia y trastorno por atracón y que de ahí se han abierto varias subclasificaciones entre las que se encuentran la ortorexia y la vigorexia (padecimientos en los que la gente se apega a un tipo de alimentos como los macrobióticos, vegetarianos, entre otros; o bien, en los que se concentra en la realización de ejercicio excesivo).

Debido a esta diferencia de opiniones, se dijo que las características de la ortorexia están basadas en los otros trastornos, los cuales están estipulados de manera más general. En contraste, también se comentó que las personas ortoréxicas son aquellas que se apegan mucho a un tipo de alimentos como los macrobióticos, los vegetales, sin proteínas, o simplemente son los que ponen demasiada atención en la composición de los alimentos que consumen, o los que se la pasan pensando las 24 horas en ¿qué van a comer? ¿cómo y dónde lo van a comer? o revisando las etiquetas de todo aquello que sea comestible.

Algo que no se mencionó fue la frecuencia en la que se llega a presentar este tipo de padecimiento y las edades en que ocurre. En cuestión a las consecuencias psicológicas se señaló que son las mismas que traen el resto de los trastornos (problemas orgánicos, desajuste emocional, aislamiento, angustia).

Para concluir con este apartado las profesionistas señalaron que antes de tomar a la ortorexia como un trastorno, se tendría que ver a la persona y platicar con ella para ver cuales son las causas por las que únicamente escoge cierto tipo de alimentos, ya que muchas veces esto hace que el profesionista se confunda al dar un diagnóstico. También se dijo que no podemos buscar una clasificación para cada una de las variantes que pueda haber con la forma de alimentarse de las personas.

Ahora bien, al preguntar sobre la forma de evitar un trastorno y el tratamiento que se lleva a cabo una vez que ya se tiene; se argumentó que antes de que aparezca es importante implementar una prevención primaria que ayude no sólo a escaparse del trastorno, sino a estar informado sobre las posibles causas y consecuencias que acompañan a esta perturbación.

Por otra parte, una vez que ya se tiene un trastorno, el primer paso que debe realizar el individuo para romper la cadena del padecimiento es asistir con un especialista, sin importar profesión, tomando conciencia de la enfermedad en la que se encuentra él y las personas que están a su alrededor.

Una de las psicólogas, señaló que la idea es que traigan en mente que tiene que haber un trabajo multidisciplinario en el cual no existe un tiempo determinado para la aplicación del tratamiento, ya que hay que realizar una serie de evaluaciones y establecer una dieta en la que el psicólogo supervise si se puede o no cumplir con ella, las estrategias que se pueden emplear para evitar el vómito o el dejar de comer más de un grupo; además de ver lo referente a las emociones que se presentan.

Finalmente las psicólogas concluyeron que es muy importante el trabajo multidisciplinario debido al origen multifactorial del trastorno y a que un solo profesionalista no alcanza a abarcar todo lo que el paciente trae con relación a este mismo.

Como se vio, fueron pocos los profesionistas entrevistados, pero esto fue debido a que se trató de buscar aquellos que tuvieran más relación con los trastornos alimenticios para que se pudiera obtener toda la información posible sobre el tema de investigación (ortorexia).

No obstante, se hallaron muchas variantes en las opiniones dadas por cada una de las personas que se visitaron, encontrando como primer punto que una dieta debe ser equilibrada y no balanceada, ya que los alimentos que la componen deben guardar proporciones adecuadas entre si.

Asimismo, se observó que hubo discrepancia en cuanto a la persona que establece la dieta, de hecho se mencionaron a varios profesionistas entre los que se señaló al nutriólogo como el principal especialista para hacerlo; sin embargo, también se dijo que son los médicos quienes deben plantearla, pues se argumenta que los Nutriólogos aunque tienen los conocimientos no se relacionan, como los médicos con la enfermedad. Con estas opiniones se ve que en muchas ocasiones hay profesionistas que se atribuyen más méritos de los que les corresponden y creen que ellos pueden realizar todo el trabajo.

Con relación a la información que se pretendía obtener sobre la ortorexia, se encontraron una gran variedad de opiniones, desde las que se señalaron el nulo conocimiento del tema, hasta las que la tomaron como una simple anorexia o bulimia, o bien como una subclasificación de estas mismas. También hubo, quien argumentó que es un trastorno que al igual que en otros casos altera la conducta alimentaria del individuo.

Trastorno o no, lo que se percibió con las opiniones dadas por todos y cada uno de los profesionistas que tienen alguna relación con este tipo de padecimientos, es que hay muy poco conocimiento sobre el contenido del tema, sus causas, consecuencias y población de riesgo; de hecho, con estas entrevistas solo se mencionaron tres casos que han sido tratados; de ellos, no se puede decir que efectivamente son ortoréxicas ya que habría que analizar los patrones en los que se basaron los especialistas para realizar el diagnóstico.

Ahora, hay que tener presente que para decir que se está presentando un trastorno de la alimentación, debe haber un trabajo multidisciplinario en el cual se evalúe a la persona antes de dar un diagnóstico, para que una vez establecido éste, se lleve a cabo un tratamiento por parte de cada uno de los profesionistas que favorezcan en el restablecimiento del individuo, el cual no tiene un tiempo específico para ser aplicado.

En suma, se puede decir que no sólo los profesionistas, sino que toda la población en general estamos escasos de conocimientos en relación a este tópico, de ahí que no nos demos cuenta de quién la padece y quién no; o bien, quién se encuentra más propenso a padecerla.

Segunda Etapa

Dentro de ésta etapa de la metodología, se aplicaron 120 cuestionarios a una población de personas que asisten a realizar ejercicio a los gimnasios de tres distintas delegaciones del D. F. y tres municipios del Estado de México. En estos, la población fue elegida aleatoriamente conforme llegaban o terminaban su rutina.

Los resultados obtenidos mostraron que hubo diferencia entre las características generales (sexo, edad y ocupación) de cada grupo de personas a los que se les aplicó el cuestionario. Por un lado, en las Delegaciones, se halló que en la Cuauhtémoc hubo cantidades iguales de ambos sexos (masculino y femenino), en la Álvaro Obregón más mujeres que hombres y en la G. A. M. más varones que damas.

En cuestión a las edades se establecieron rangos de 5 debido a la amplitud de éstas. Con ello se observó que de las 20 personas entrevistadas en cada una de las Delegaciones, en la Cuauhtémoc y en la G. A. M. hubo más personas ubicadas dentro del rango de 15-20 años, mientras que en la A. Obregón hubo más de 26-30. Finalmente, se percibió que de la gente que acude hacer ejercicio, en la Cuauhtémoc y en la G. A. M. asisten más estudiantes, entre tanto en la A. Obregón van más los individuos dedicados a un oficio (ver tabla 1.1).

Características	Cuauhtémoc	Álvaro Obregón	G. A. M.	
Sexo	Masculino	10	8	14
	Femenino	10	12	6
Edades	15-20	6	2	7
	21-25	3	4	4
	26-30	1	6	6
	31-35	5	5	0
	36-40	0	1	1
	41-45	1	0	1
	46-50	1	1	0
	51-55	2	1	1
	56-60	0	0	0
	61-65	1	0	0
Ocupaciones	Ama de casa	2	0	0
	Estudiante	8	5	11
	Profesionista	7	4	2
	Comerciante	2	0	0
	Empleado	0	5	1
	Oficio	1	6	6
	Técnico	0	0	0

Tabla 1.1 Datos generales de las 60 personas encuestadas en las tres Delegaciones del D. F.

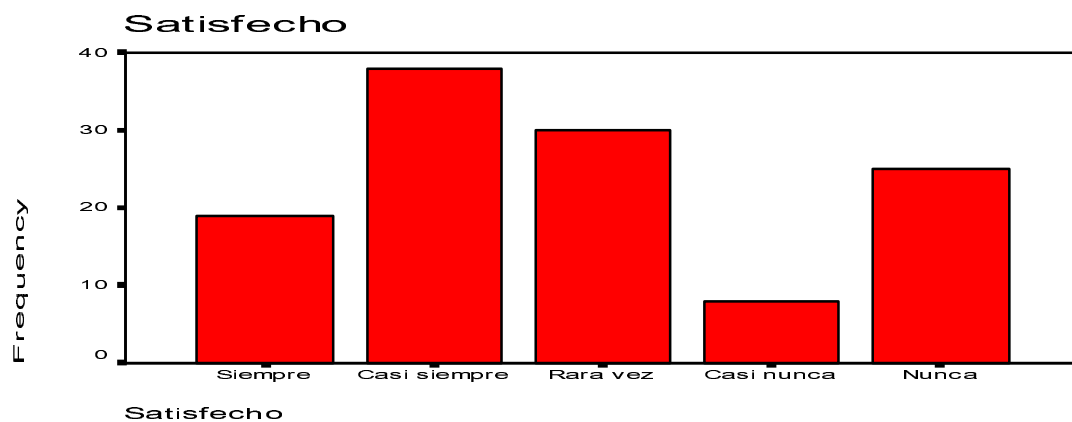
Por otro lado, en los resultados de los Municipios, se encontró que en C. Izcalli y en Atizapán hubo más hombres que mujeres, mientras que en Tepetzotlán fue lo contrario. En relación a las edades, en C. Izcalli se hallaron más personas dentro de los rangos de 21-30 años, en Tepetzotlán de 26-30 y en Atizapán más de 21-25. Por último, con las ocupaciones, se pudo observar que en C. Izcalli y en Atizapán las personas que asisten más hacer ejercicio son profesionistas y en Tepetzotlán hay más amas de casa (ver tabla 1.2).

Características	Cuautitlan Izcalli	Tepetzotlán	Atizapán	
Sexo	Masculino	14	6	13
	Femenino	6	14	7
Edades	15-20	2	4	4
	21-25	5	1	7
	26-30	5	5	6
	31-35	2	3	0
	36-40	4	4	1
	41-45	2	2	2
	46-50	0	1	0
	51-55	0	0	0
	56-60	0	0	0
	61-65	0	0	0
Ocupaciones	Ama de casa	0	7	0
	Estudiante	4	6	8
	Profesionista	11	2	9
	Comerciante	0	1	0
	Empleado	1	1	1
	Oficio	3	1	2
	Técnico	1	2	0

Tabla 1.2 Datos generales de las 60 personas encuestadas en los tres Municipios del Estado de México

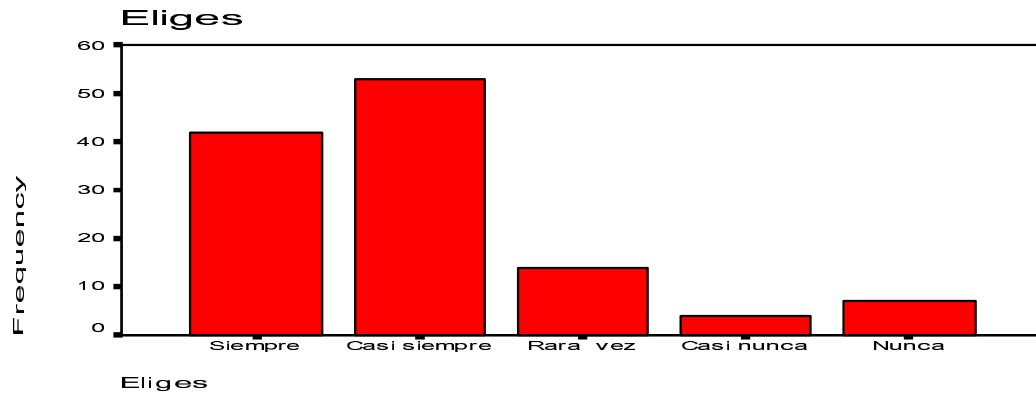
Ahora, en relación al cuestionario aplicado, se realizó un análisis de las respuestas dadas por las 120 personas en cada una de las 20 preguntas. Los resultados derivados revelaron lo siguiente:

En la primer pregunta, 38 personas mencionaron que casi siempre terminan de comer por que creen que deben hacerlo, en lugar de hacerlo cuando su cuerpo está satisfecho; 30 más marcaron que rara vez; 25 que nunca lo hacen; 19 que siempre y 8 que casi nunca (ver gráfica 1.1).



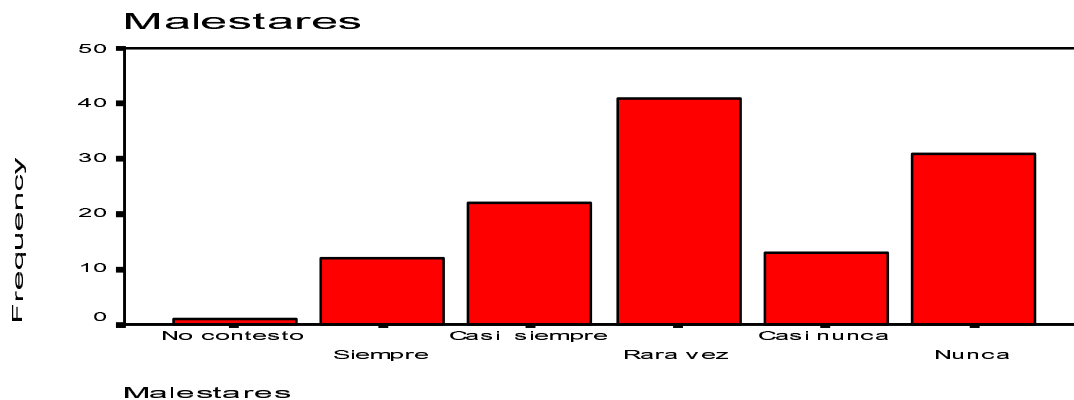
Gráfica 1.1 Frecuencia de las respuestas obtenidas en la pregunta No. 1
¿Terminas de comer por que crees que debes hacerlo, en lugar de hacerlo cuando tu cuerpo está satisfecho?

En la pregunta 2, la respuesta de mayor frecuencia obtenida, fue la de la casi siempre, ya que 53 personas mencionaron que eligen sus alimentos tomando en cuenta aquellos que disfrutan más. Posteriormente, le sigue la de siempre, respondida por 42 individuos y luego, la de rara vez dicha por 14. Asimismo, 7 señalaron que nunca y 4 que casi nunca (ver gráfica 1.2).



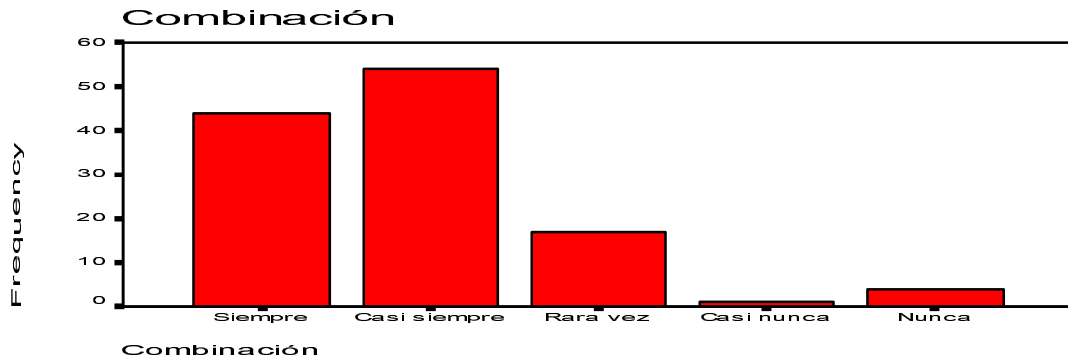
Gráfica 1.2 Frecuencia de las respuestas obtenidas en la pregunta No. 2
¿Eliges tus alimentos tomando en cuenta aquellos que disfrutas más?

Dentro de la pregunta 3, se pudo observar que 41 personas consideran que rara vez llegan a sentir malestares como debilidad, cansancio, mareo, o dolor de cabeza cuando disminuyen lo que comen o cuando se ponen a dieta. Asimismo, 31 individuos marcaron que nunca les pasa y 22 que casi siempre ocurre esto. Por el contrario, 13 dijeron que casi nunca; 12 que siempre y solo una persona no contestó a la cuestión (ver gráfica 1.3).



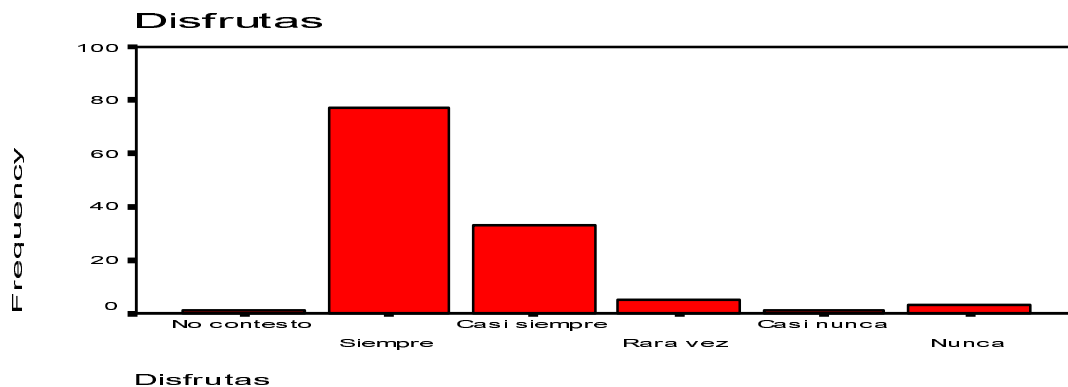
Gráfica 1.3 Frecuencia de las respuestas obtenidas en la pregunta No. 3
¿Llegas a sentir malestares como debilidad, cansancio, mareo, dolor de cabeza cuando disminuyes lo que comes o cuando te pones a dieta?

Con la pregunta 4, se vio que 54 personas marcaron que casi siempre creen que su alimentación es una combinación de alimentos sanos; otras 44 consideran que siempre es así; mientras que 17 señalaron que rara vez, 4 que nunca y 1 que casi nunca (ver gráfica 1.4).



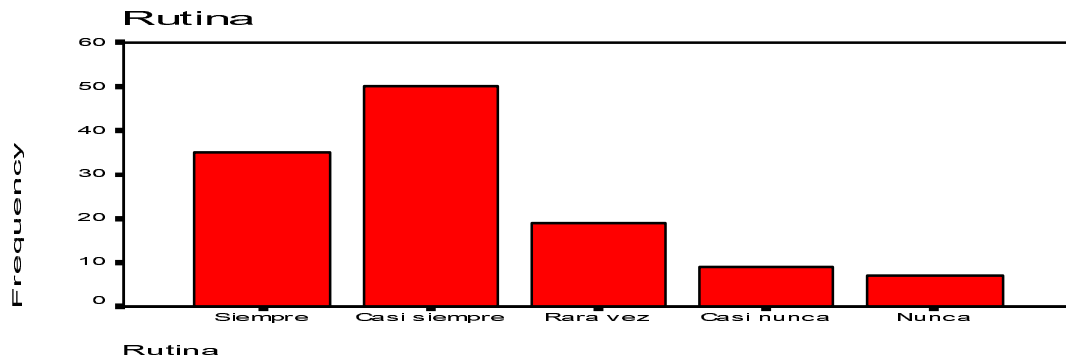
Gráfica 1.4 Frecuencia de las respuestas obtenidas en la pregunta No. 4
¿Crees que tu alimentación es una combinación de alimentos sanos?

En la cuestión 5, los datos mostraron que solo 77 personas consideran que siempre disfrutan su alimentación; 33 que casi siempre lo hacen y 5 que rara vez. En contraste, 3 señalaron que nunca disfrutan lo que comen y 1 casi nunca. Dentro de esta cuestión también hubo una persona que no respondió (ver gráfica 1.5).



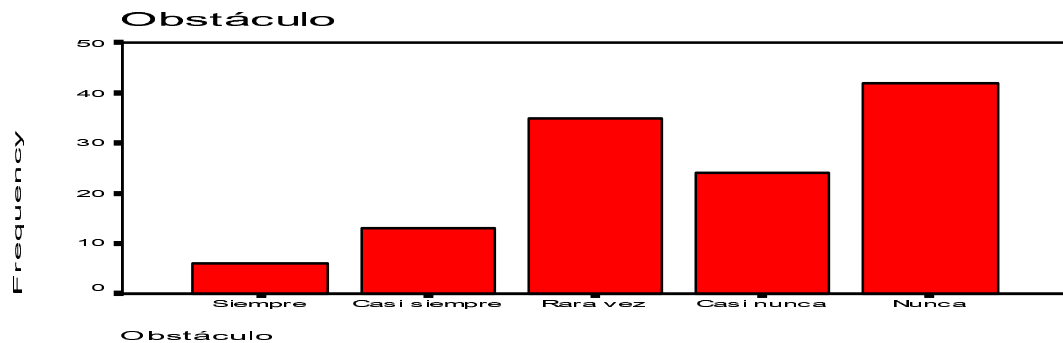
Gráfica 1.5 Frecuencia de las respuestas obtenidas en la pregunta No.5
¿Disfrutas tu alimentación?

Ante la pregunta 6, se percibió que 50 individuos casi siempre establecen una forma específica para comer, en relación a la hora, cantidad y lugar; a la vez 35 mencionaron que siempre lo hacen y 19 que rara vez. Por el contrario, 9 dijeron que casi nunca ocurre esto y 7 reafirmaron que nunca (ver gráfica 1.6).



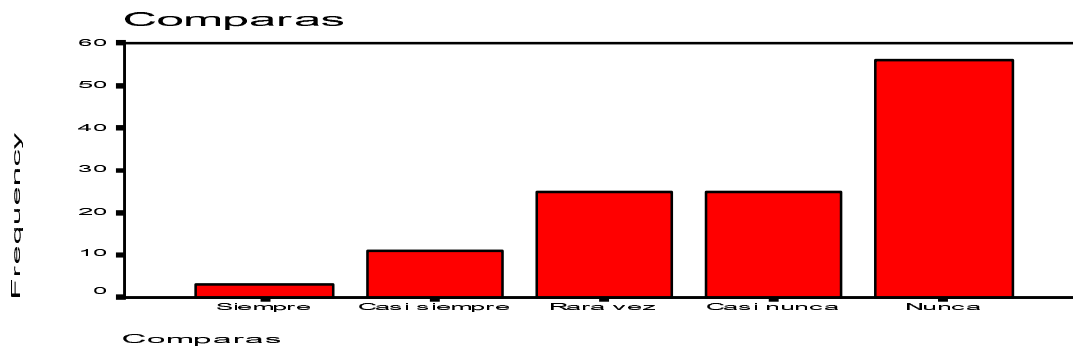
Gráfica 1.6 Frecuencia de las respuestas obtenidas en la pregunta No. 6
¿Estableces una forma específica para comer (hora, cantidad, lugar)?

Por otra parte, en la pregunta 7 se identificó que para 42 personas sus hábitos alimenticios nunca obstaculizan algún aspecto de su vida cotidiana (trabajo, familia y amistades); entre tanto para 35 rara vez llega a suceder; para 24 casi nunca; para 13 casi siempre llega a interferir, mientras que para 6 siempre lo hace (ver gráfica 1.7).



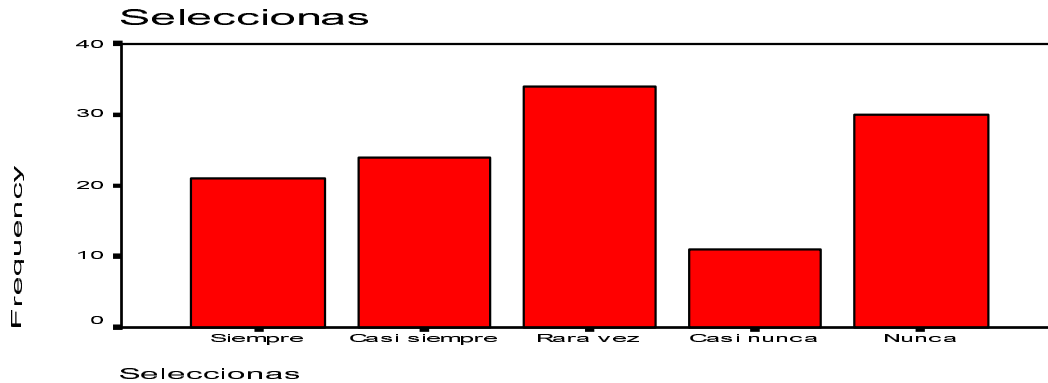
Gráfica 1.7 Frecuencia de las respuestas obtenidas en la pregunta No. 7
¿Tus hábitos alimenticios obstaculizan algún aspecto de tu vida cotidiana (trabajo, familia, amistades)?

Al igual que en la pregunta anterior, en la 8, se halló que la respuesta de nunca obtuvo una mayor frecuencia, ya que 56 personas señalaron que no acostumbran observar lo que otra gente come para compararlo y determinar qué o cuánto comerán ellas. En esta misma cuestión, 25 individuos dijeron que casi nunca lo hacen y otros 25 que es rara la vez. En contraste a dichas respuestas obtenidas, 11 respondieron que casi siempre y 3 que siempre realizan una observación (ver gráfica 1.8).



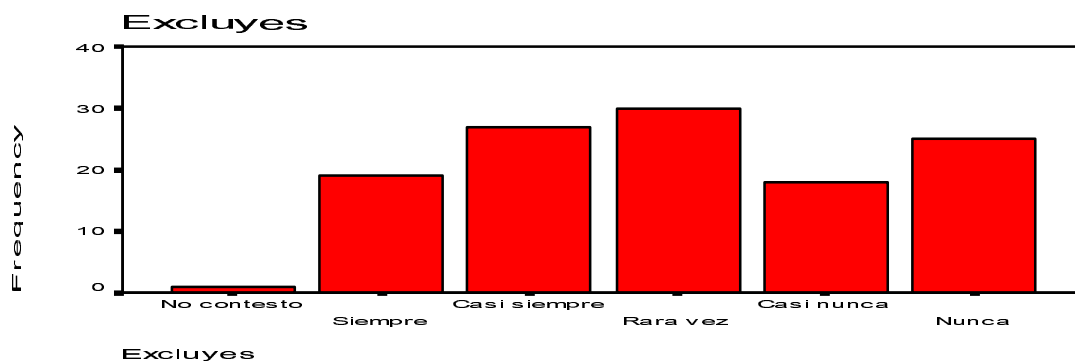
Gráfica 1.8 Frecuencia de las respuestas obtenidas en la pregunta No. 8
¿Observas lo que otra gente come y lo comparas para determinar que o cuando comerás tú?

En relación a la cuestión 9, se detectó que 34 personas rara vez acostumbran seleccionar sus alimentos en base a la cantidad de calorías que tienen; otras 30 señalaron que nunca lo hacen; pero, 24 más mencionaron que casi siempre acostumbran hacerlo; 21 que siempre y por ultimo 11 dijeron que casi nunca (ver gráfica 1.9).



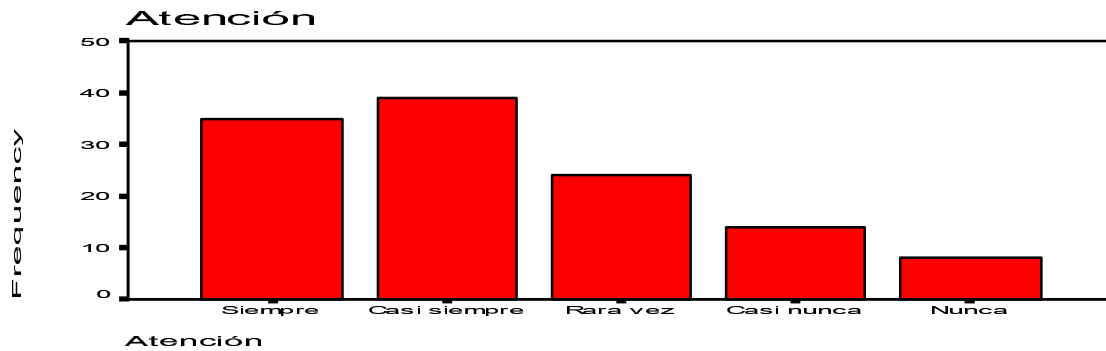
Gráfica 1.9 Frecuencia de las respuestas obtenidas en la pregunta No. 9
¿Acostumbras seleccionar tus comidas en base a la cantidad de calorías de tienen?

Al llegar a la pregunta 10, también nos encontramos con que una persona no respondió a la cuestión; sin embargo, de las restantes se observó que 30 individuos rara vez excluyen de su alimentación carnes, grasas y alimentos tratados con herbicidas o pesticidas; 27 más, señalaron que casi siempre eliminan estos alimentos de su dieta diaria; otros 25 marcaron que nunca lo hacen; por el contrario, 19 dijeron que siempre y 18 que casi nunca (ver gráfica 1.10).



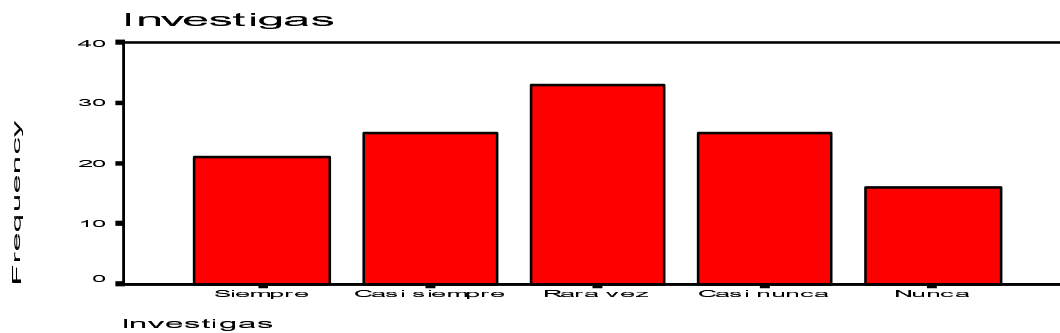
Gráfica 1.10 Frecuencia de las respuestas obtenidas en la pregunta No. 10
¿Excluyes de tu alimentación carnes, grasas y alimentos tratados con herbicidas o pesticidas?

Ahora, en la pregunta 11, 39 de las 120 personas, puntuaron que casi siempre ponen demasiada atención en lo que comen (tomando en cuenta desde la composición, preparación y recipientes donde cocinan); otras 35 más marcaron que siempre; 24 que rara vez; 14 que casi nunca y sólo 8 que nunca lo hacen (ver gráfica 1.11).



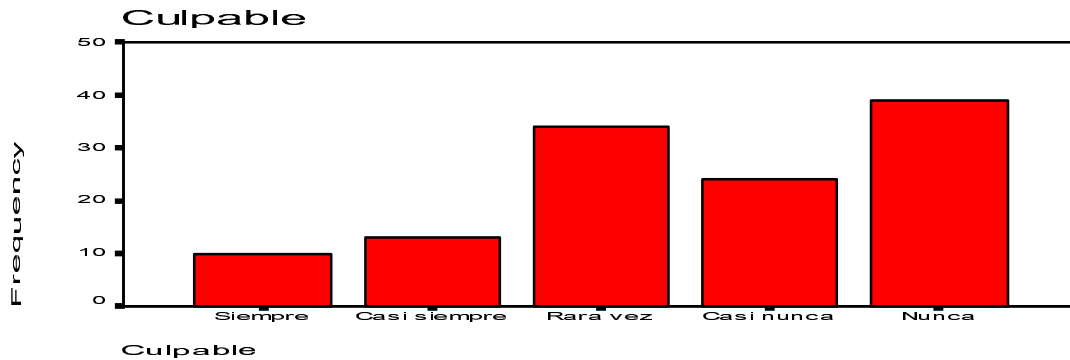
Gráfica 1.11 Frecuencia de las respuestas obtenidas en la pregunta No. 11
¿Pones demasiada atención en lo que comes (composición, preparación y recipientes donde se cocinan)?

En la siguiente pregunta, se halló que 33 individuos antes de ingerir un alimento, investigan su procedencia. También se encontró que mientras 25 personas casi siempre averiguan, otras 25 casi nunca lo hacen; asimismo, 21 siempre realizan dicha exploración al mismo tiempo en que 16 no lo llevan a cabo nunca (ver gráfica 1.12).



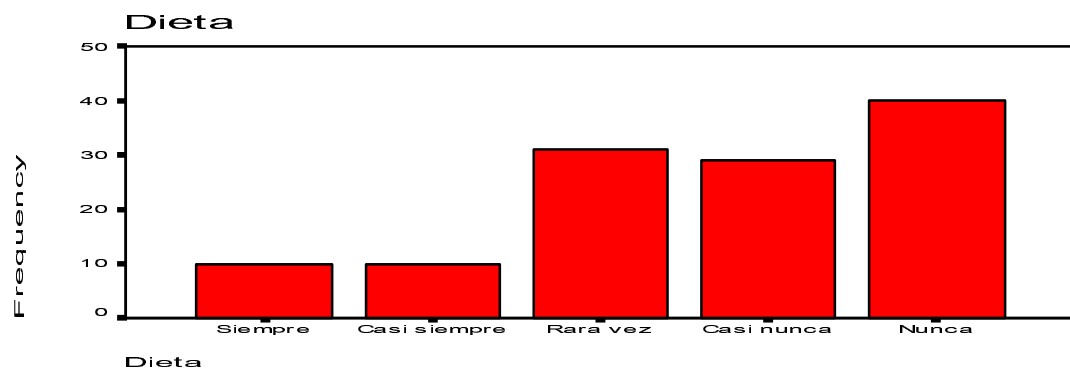
Gráfica 1.12 Frecuencia de las respuestas obtenidas en la pregunta No. 12
Antes de ingerir un alimento ¿investigas su procedencia?

En otra de las preguntas realizadas, la 13, 39 individuos señalaron que nunca se sienten culpables cuando comen fuera de casa; por otro lado, 34 marcaron que rara vez se llegan a sentir a sí; 24 más que casi nunca; 13 que casi siempre y finalmente 10 dicen que si sienten culpa cuando lo hacen (ver gráfica 1.13).



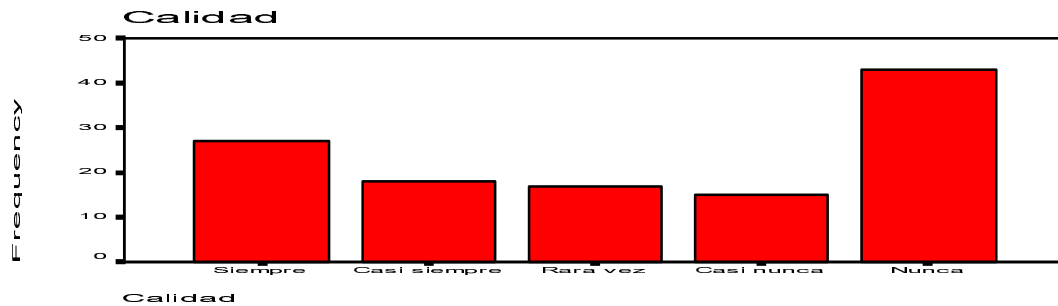
Gráfica 1.13 Frecuencia de las respuestas obtenidas en la pregunta No. 13
¿Te sientes culpable cuando comes fuera de casa?

Al igual que en la pregunta anterior, la respuesta de nunca obtuvo una mayor frecuencia, mostrando así que de las 120 personas encuestadas, 40 de ellas en ninguna ocasión pasan más de tres horas al día pensando, incluso dándole vueltas, a una dieta sana. Ahora, de las otras dos terceras partes de la población, 31 dijeron que rara vez hacen esto; 29 que casi nunca; y finalmente, 10 y 10 que siempre y casi siempre lo llevan a cabo (ver gráfica 1.14).



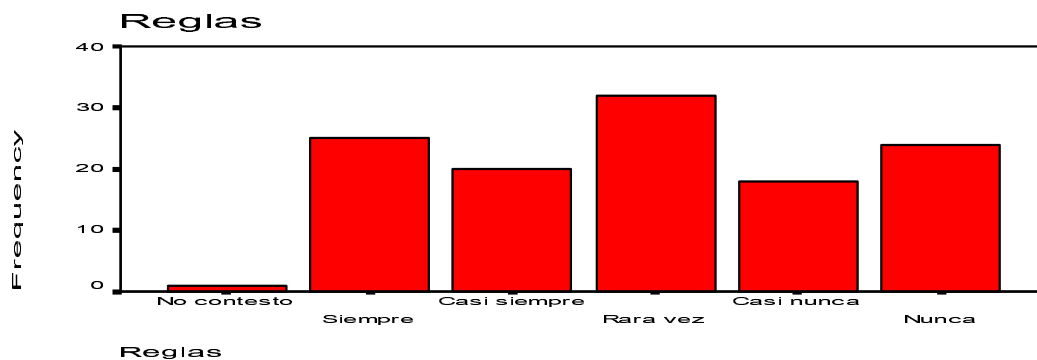
Gráfica 1.14 Frecuencia de las respuestas obtenidas en la pregunta No. 14
¿Pasas más de tres horas al día pensando, incluso dándole vueltas, a tu dieta sana?

Nuevamente en la pregunta 15, la respuesta de nunca fue la más alta, observándose con ello que 43 individuos marcan que jamás consideran que conforme disminuye la calidad de su comida, creen que disminuye su calidad de vida. Ahora, por el contrario, 27 personas más, señalan que siempre piensan esto; otras 18 que casi siempre; 17 que rara vez y 15 que casi nunca lo hacen (ver gráfica 1.15).



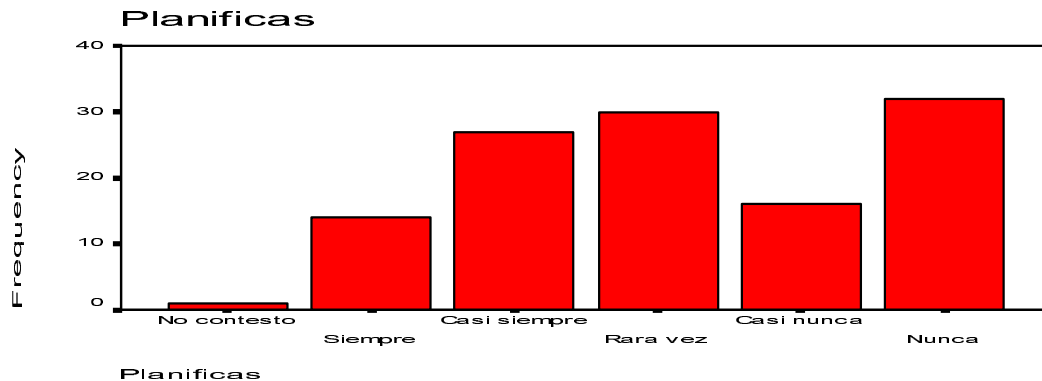
Gráfica 1.15 Frecuencia de las respuestas obtenidas en la pregunta No. 15
¿Conforme disminuye la calidad de tu comida, crees que disminuye tu calidad de vida?

En lo que respecta a la pregunta 16, se observó que 32 personas rara vez se sienten culpables cuando no cumplen sus reglas dietéticas; 25 dijeron que siempre sienten esa culpa; 24, por el contrario, señalaron que nunca les ocurre eso; 20 más, marcaron que casi siempre y 18 que casi nunca. En esta ocasión también hubo una persona que no dio su opinión (ver gráfica 1.16).



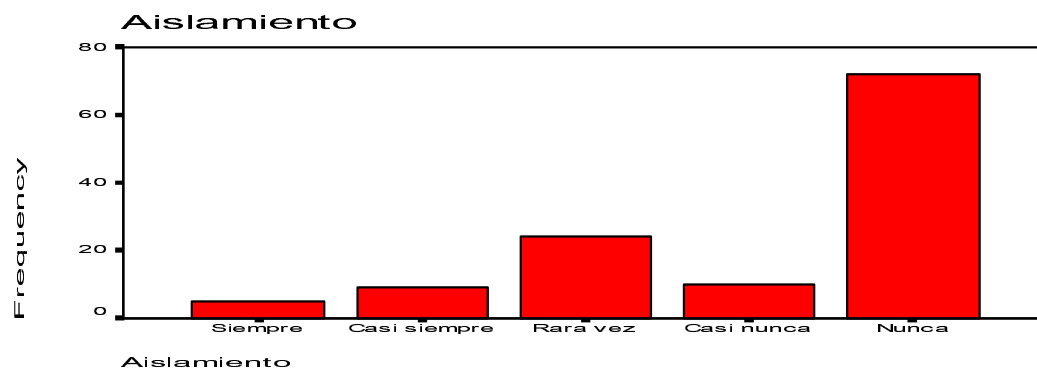
Gráfica 1.16 Frecuencia de las respuestas obtenidas en la pregunta No. 16
¿Te sientes culpable cuando no cumples tus reglas dietéticas?

En la siguiente pregunta, al igual que en la anterior, hubo una persona que no contestó a la cuestión; pero fuera de esta, 32 más dijeron que nunca planifican cada detalle de lo que van a comer al día siguiente; otras 30 marcaron que rara vez lo llegan hacer; 27 indicaron que casi siempre sucede; 16 que casi nunca y 14 que siempre (ver gráfica 1.17).



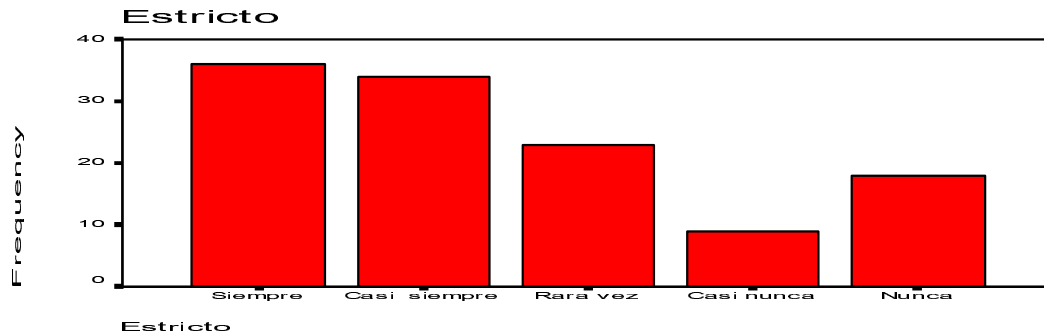
Gráfica 1.17 Frecuencia de las respuestas obtenidas en la pregunta No. 17
¿Planificas hoy cada detalle de lo que vas a comer mañana?

La pregunta 18, fue una de las cuestiones en donde gran parte de la población estuvo de acuerdo. Así pues, se observó que a 72 personas nunca los aísla socialmente su manera de comer; a 24 más rara vez lo hace; para 10 casi nunca pasa esto; pero por otro lado, para 9 personas casi siempre sucede y para otras 5 siempre ocurre (ver gráfica 1.18).



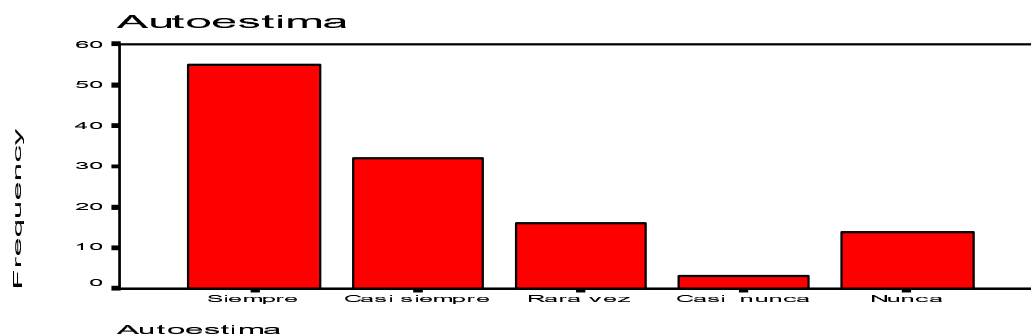
Gráfica 1.18 Frecuencia de las respuestas obtenidas en la pregunta No. 18
¿Te aísla socialmente tu manera de comer?

Ahora, en la cuestión 19, 36 individuos señalaron que siempre se han vuelto más estrictos con ellos mismos en cuanto a la selección de sus alimentos; 34 marcaron que casi siempre ocurre esto; 23 más dijeron que rara vez; por otro lado, 18 puntuaron que nunca ha pasado eso y 9 que casi nunca (ver gráfica 1.19).



Gráfica 1.19 Frecuencia de las respuestas obtenidas en la pregunta No. 19
¿Te has vuelto más estricto contigo mismo en cuanto a de la selección de tus alimentos?

En la última pregunta del cuestionario, 55 personas de las 120 señalaron que siempre aumenta su autoestima cuando creen que comen alimentos sanos; otras 32 mencionaron que casi siempre es así y 16 más dijeron que rara vez. En contraste a esto, 14 individuos puntuaron que nunca aumenta su autoestima y finalmente 3 coincidieron que casi nunca (ver gráfica 1.20).



Gráfica 1.20 Frecuencia de las respuestas obtenidas en la pregunta No. 20
¿Aumenta tu autoestima cuando crees que comes alimentos sanos?

En suma, se observó que de acuerdo a la mayoría de las respuestas obtenidas por las 120 personas en las 20 preguntas, existe un interés por parte de la población que acude a realizar ejercicio a los diferentes gimnasios, sin importar sexo o ubicación, en cuanto a la alimentación que llevan. Ahora, aunque las puntuaciones variaron un poco en las cuestiones 4 (¿Crees que tu alimentación es una combinación de alimentos sanos?), 8 (¿Observas lo que otra gente come y lo comparas para determinar que o cuando comerás tú?) y 18 (¿Te aísla socialmente tu manera de comer?), se observó que la preocupación por cuidar lo que comen sigue siendo importante para este tipo de personas, pero sin caer en los extremos (ver figura 1.1).

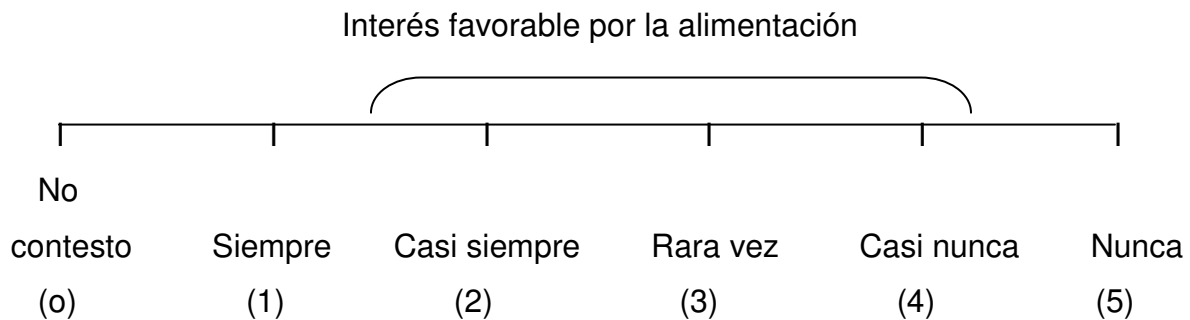


Figura 1.1 Interpretación gráfica de las respuestas obtenidas por las 120 personas en el cuestionario aplicado

Algo que se pudo percibir fue que toda la población tiene cierta preocupación (unos más que otros, pero existe) por su manera de comer, por la selección de lo que comen y por las consecuencias que esto les trae. Asimismo, se observó que a pesar de cuidar su bienestar y su salud, hay ocasiones en las que las circunstancias hacen que se rompa con las criterios que se estaban llevando y que se presenten malestares o sentimientos negativos (culpa) por haberlo hecho.

Ahora, todo esto no quiere decir que la frecuencia en la que se presentan dichas preocupaciones o sentimientos es constante o general, ya que depende de la situación y de los acontecimientos que orillaron a las personas hacerlo.

Finalmente, se observó que pocas veces la comida interfiere en las relaciones interpersonales de las personas que acuden a realizar ejercicio, o hace que se aíslen socialmente. No obstante a esto, se cree que una alimentación sana es igual a una autoestima alta.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aburto G. C., (1999) Psicología y Salud. Veracruz. 14.
2. Alemany, M. (1992). Obesidad y nutrición. Madrid: Alianza.
3. Álvarez R. G., Mancilla D. J., López A. X., Vázquez A. R., Ocampo T. M., y López A. V., (1998) Psicología Iberoamericana. 6, (2)
4. Álvarez, G., Mancilla, J., Martínez M., y López, X., (1990) Revista de Psicología social. México; UNAM Campus Iztacala y CONACYT, 2, (1)
5. Astiasarán, A. F. y Martínez, H. J. (2000). Alimentos. Composición y propiedades. España: Mc Graw Hill Interamericana de España.
6. Aymami S. N y Serrano P. F., (1997) Trastornos de la alimentación: Anorexia nerviosa, Bulimia y obesidad. En J. Turón. España: Masson S. A.
7. Behar, M. y Dlcasa, S., (1981) Nutrición. México: Interamericana.
8. Behar, R. (1992). "Roles genéricos y anorexia nerviosa". Psicología de América latina. 38, (2)
9. Behar, R.; Botero, J.; Corsi, P. y Muñoz, P. (1994). "Detección de trastornos del hábito de comer en una población estudiantil de la V región. Revista chilena de neuropsiquiatría. (32)
10. Bender, A. (1977). Nutrición y alimentos dietéticos. España: Acribia.
11. Bermuda, F. M. y Roche, C. E. (2001). Obesidad, algo más que un problema de peso. México. Sin editorial
12. Braguinsky J., (1996) En: E. Echeburúa. Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad. Madrid: Pirámide
13. Brownsell, V., Griffith, C. y Jones, E. (1993). La ciencia aplicada al estudio de los alimentos. México: Diana.
14. Buss, D., Tyler H., Barber S. y Crawley H., (1987) Manual de nutrición. España: Acribia S. A.
15. Calvo, R. (1998). En: E. Echeburúa. Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad. Madrid: Pirámide.

16. Cameron, F. (1992). Ciencia de los alimentos, nutrición y salud. México: Limusa.
17. Campollo, R. O. (1995). Obesidad: Bases fisiopatológicas y tratamiento. México: Porrúa.
18. Caparros, N. y Sanfelió, I. (1997). La anorexia. Una locura del cuerpo. España: Biblioteca Nueva.
19. Castro, J. y Vanderlinden, J. (1991). Anorexia y bulimia. La familia en su génesis y tratamiento. España: Martínez roca.
20. Cervera, P.; Clapes, J. y Rigolfas, R. (2000). Alimentación y dietoterapia. México: Interamericana Mc Graw Hill.
21. Cía, A. H. (1995). Trastorno obsesivo-compulsivo y síndromes relacionados. Buenos Aires: El ateneo.
22. Chinchilla, M. A. (1995). Guía teórico-práctica de los trastornos de conducta alimentaria: Anorexia nerviosa y Bulimia nerviosa. España: Masson.
23. Cormillot, A., Chaufan, C., Squillace, S., y Dima, E., (1995) La dieta del 2000. Alimentación, salud y recetas. España: Paidós Ibérica
24. Cormillot A., Zukerfeld R., Olkies A., y Murva C., (1994) Obesidad. Argentina: Panamericana
25. Coronas, R.; Schinca, P. y Pujades, M. (1998). En: R. Coronas. Manual práctico de dietética y nutrición. Barcelona: Médica Jims
26. Covián, G. F. (1988). Nutrición y salud. España: Temas de Hoy.
27. Crispo, R.; Figueroa, E. y Guelar, D. (1994). Trastornos del comer. Barcelona: Herder.
28. Duker, M. y Slade, R. (1995). Anorexia nerviosa y bulimia. Un tratamiento integrado. México: Limusa.
29. Echeburúa, E., (1998) Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad. Madrid: Pirámide.
30. Esquivel, H. R.; Martínez, C. S. y Martínez, C. J., (1998) Nutrición y Salud. México: Manual Moderno.
31. Gómez, A., (2003) "www.diariomedico.com"

32. Gómez, P. G. y Ávila, A. E. (1998). "Conducta alimentaria y obesidad". Psicología iberoamericana. 6, (2)
33. González, P. T. (1994 a). Alimentación para la salud I. Del campo a la mesa. España: Descleé de Brouwer.
34. González, P. T., (1994 b) Alimentación para la Salud II. Nutrición y Dietética. España; Descleé de Brouwer, S. A.
35. Guillemont, A. y Laxenaire, M. (1994). Anorexia nerviosa y bulimia: El peso de la cultura. Barcelona: Masson.
36. Herscovici, C. R. y Bay L. (1990). Anorexia nerviosa y bulimia. Amenazas a la autonomía. México: Paidós.
37. Huse, D. y Lucas, A. (2002). En: M. Shils, J. Olson y A. Ross. Nutrición en salud y enfermedad II. México: Mc Graw Hill Interamericana.
38. Icaza, J. S. y Behar, M., (1979) Nutrición. México; Interamericana
39. Igoín C., (1992) La bulimia y su infortunio. España: Axal
40. Jiménez M. S., (1997) Trastornos de la alimentación: Anorexia nerviosa, Bulimia y Obesidad. En J. Turón. España: Masson S. A.
41. Larrañaga, I. J.; Carballo, J. M.; Rodríguez, M. M., y Fernández, J. A., (1997) Dietética y dietoterapia. México: Mc Graw Hill, Interamericana
42. Leakey, R. E. (1989) Vida y Nutrición. En M. M. Sánchez (1989) México: Siglo XXI
43. León, C. D. (2001). "Obesidad: Un problema multifactorial". Psicología y salud. 11, (1)
44. Lolas, S. F. (1992). "Obesidad y conducta alimentaria. Aspectos diagnósticos y psicométricos". Acta psiquiátrica y psicología de América Latina. 38, (2)
45. López, A. J.; Brito, C. G. y González, B. J. (2000). Medicina interna. Obesidad. México: Mc Graw Hill.
46. López, A. X.; Mancilla D. J. y Álvarez, R. G. (1998). Psicología; iberoamericana 6, (2)
47. Lowenberg M., Todhunter E., Wilson E., Feeney M. y Savage J., (1979) Los alimentos y el hombre. México: Limusa

48. Madrid C. J., (1998) El libro de la obesidad y su tratamiento. Madrid: Áran
49. Martínez-Fornes, S. (1994). La obsesión por adelgazar. Bulimia y anorexia. España: Calpe.
50. Martines, M. J., y García, S. P. (2001) Nutrición humana. Valencia: Universidad Politécnica de Valencia
51. Molina, F. J. y Luciano, M. C. (1995). "Eliminación de un patrón inadecuado de conducta alimentaria. Estudio de un caso". Revista latinoamericana de psicología. 27, (3)
52. Mora, T., (s/a) "Ortorexia: Cuando comer bien se convierte en Obsesión" www.mundogar.com/ideas/reportaje.asp?FN=4&ID=1079-45k
53. Mora G. M., Raich E. R. (1994) Psiquis. Barcelona 15, (3)
54. Morande, G. (1999). La anorexia. Cómo combatir y prevenir el miedo a engordar de las adolescentes. España: Temas de Hoy.
55. Moreno, E. B.; Monereo, M. S. Y Álvarez, H. J. (1997). Obesidad. Barcelona: Aula médica.
56. Murcia, L. (1997) Trastornos de la alimentación: Anorexia nerviosa, Bulimia y Obesidad. En J. Turón; España: Masson S. A.
57. Oberbeil, K. (1992). Dietas a medida. España: Robin Book
58. Olascoaga, J. Q., (1985) Nutrición normal para toda la familia. México: Méndez Editores.
59. Quintín, O. J. (1990). Dietética. México: Méndez editores.
60. Raich, R. M.; Deus, J.; Muñoz, M. J.; Pérez, O. y Requena, A. (1991). "Estudio de las actitudes alimentarias en una muestra de adolescentes". Revista de psiquiatría de la facultad de medicina de Barcelona. 18, (7)
61. Raich, R. M. (1997). Anorexia y bulimia. Trastornos alimentarios. España: Pirámide.
62. Ramos, G. R., (1985) Alimentación normal en niños y adolescentes. Teoría y práctica. México: Manual Moderno.
63. Rausch H. C., (1996) La esclavitud de las dietas. Guía para reconocer y encarar un trastorno alimentario. Barcelona: Paidós.

64. Robinson, C. H., Weigley, S. E., (1986) Nutrición básica y dietoterapia. México: Ediciones Científicas la Prensa Medica Mexicana S. A.
65. Safont, (2001) en www.nutrar.com/detalle.asp?ID
66. Saldaña, C. (1994). Trastornos del comportamiento alimentario. Madrid: Fundación Universidad.
67. Saldaña, C. y García, E. (2000). En: Aplicaciones clínicas de la evaluación y modificación de conducta. España: Pirámide.
68. Scheider, W. L. (1990). Guía moderna para una buena nutrición. México: Mc Graw Hill.
69. Serrano, A.; Van Den Bosch, M.; Roelandts, A. y Cornu, G. (1992). “La hospitalización del pre-adolescente y del adolescente anoréxico en una unidad pediátrica”. Psicopatología. 12, (2).
70. Sherman R. T. y Thompson R. A., (1999) Bulimia. Una guía para familiares y amigos. México: Trillas.
71. Thomas P., (2000) Trastornos afectivos; ansiedad y depresión. En J. Vallejo y C. Gastú. Barcelona: Masson
72. Thomas P., Turón V., Sánchez-Planell L. y Vallejo J., (1992) Revista de Psiquiatría. Barcelona, 19 (4)
73. Toro, J. y Vilardell, E. (1987). Anorexia nerviosa. España: Martínez Roca.
74. Torres, T. F. y Trápaga, D. Y., (2001) La alimentación de los mexicanos en la alborada del tercer milenio. México, D. F.: Miguel Ángel Porrúa
75. Turón, V. J. (2000). En: V. J. Turón. Trastornos afectivos: Ansiedad y depresión. Barcelona: Masson.
76. Unikel, C.; Saucedo-Molina, T.; Villatoro, J. y Fleiz, C. (2002). “Conductas alimentarias de riesgo y distribución del índice de masa corporal en estudiantes de 13 a 18 años”. Salud mental. 25, (2)
77. Vargas, A.; Bastarrachea, S.; Laviada, M.; González, B. y Ávila, R. (2002). Obesidad. Consenso. México: Mc Graw Hill Interamericana.
78. Vázquez, R.; Álvarez, G. y Mancilla, J. (2000). “Consistencia interna y estructura factorial del cuestionario de influencia de los modelos estéticos corporales (CIMEC), en población mexicana”. Salud mental. 23, (6)

79. Vázquez, R.; Ocampo, M.; López, X.; Mancilla, J. y Álvarez, J. (2002). "La influencia de los modelos estéticos e insatisfacción corporal en estudiantes de danza con trastorno alimentario". Psicología conductual. 10, (2)
80. Vera G. M. y Fernández S. M., (1989) Prevención y tratamiento de la obesidad. España: Martínez roca.
81. Voclavik, V., y Christian, E., (1998). Fundamentos de ciencia de los alimentos. España: Acribia.
82. Watton, S.; Cambbell, S. y Grade, F. (1988). Nutrición y deporte. España: Acribia.
83. www. anycities.com/user1/esye/definiciones/ortorexia.html. "Entre sombras y espejos".
84. www.consumer.es/web/es/nutricion/salud_y_alimentacion/adulto_y_vejez/2003/01/14/55947.php - 56k - 2 Jun 2004. Ortorexia: "adictos a la comida saludable"
85. www.consumer.es/web/es/noticias/alimentacion/ 2003/04/25/60558.php - 51k. "Aparecen en España los primeros casos de ortorexia, el culto obsesivo a la comida sana"
86. www.padenpitus.com
87. www.saludmania.com
88. www.terra.com.mx