



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

“LA INCIDENCIA DE LOS ESTUDIANTES DE LA ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL DEL TURNO MATUTINO EN FACTORES DE RIESGO DE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA”

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO **DE LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL**

P R E S E N T A:

PAOLA JIMENEZ LOPEZ

DIRECTORA DE TESIS: Lic. Claudia C. López Olmedo

MEXICO, DF.

2008



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A MIS PADRES.

A MIS HERMANAS.

A CESAR (mi malvadobizco).

A MIS AMIGOS.

A QUIENES COMPARTIERON CONMIGO LA TRADICIÓN DEL AMERICANO.

A KELSSO Y TASHA (donde quiera que estés).

A LOS REVISORES.

A LA LIC. CLAUDIA CECILIA LOPEZ OLMEDO.

Saben que no soy de muchas palabras...

GRACIAS

PAOLA

INDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCION	2
I. ANTECEDENTES	4
1. ALIMENTACION Y NUTRICION, UN PROBLEMA DE SALUD EN MEXICO	4
1.1. Necesidades nutrimentales del organismo	5
1.1.2. La importancia de la alimentación	6
1.1.3. Alimentación y política	12
1.2. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	14
1.2.1. ¿Qué es un Trastorno de la Conducta Alimentaria?	14
1.2.2. Anorexia	15
1.2.3. Bulimia	25
1.2.4. Trastornos de la conducta alimentaria no especificados	46
1.2.5. Factores de riesgo y factores protectores	49
1.3. EL TRABAJADOR SOCIAL Y SU FUNCIÓN EN EL ÁREA DE LA SALUD	53
1.3.1. El Trabajo Social	53
1.3.2. Funciones del trabajador social	55
1.3.3. El perfil del trabajador social en salud	56
1.3.3.1. Perfil profesional en el plan de estudios	57
1.3.4. El trabajo social y la salud	58
1.3.5. El trabajo social en la salud alimentaria	66

II. METODOLOGIA	67
2.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	67
2.2. VARIABLES	67
2.3. DEFINICIÓN CONCEPTUAL	68
2.4. DEFINICIÓN OPERACIONAL	69
2.5. CONTROL DE VARIABLES	70
2.6. POBLACIÓN	71
2.7. MUESTRA	72
2.8. INSTRUMENTOS	73
2.9. PROCEDIMIENTO	73
2.10. ANÁLISIS ESTADÍSTICO	73
III. RESULTDOS Y DISCUSION	74
IV. RECOMENDACIONES Y CONCLUSIONES	107
BIBLIOGRAFIA	132
APENDICE	138

RESUMEN

En la presente investigación se pretendió localizar factores de riesgo de Trastornos de Conducta Alimentaria en alumnos del turno matutino, en específico, los asociados con la conducta alimentaria (saltarse alimentos, consumo de productos light), los relacionados con el cuerpo biológico (talla, edad, peso) y las prácticas compensatorias (tomar agua o fumar en lugar de comer etc.), con la finalidad de aportar a el conocimiento del perfil de los estudiantes de la ENTS, para esto se selecciono una muestra de 237 estudiantes de los cuales el 85% fueron mujeres y el 15% hombres. Esta es un investigación transeccional o transversal. Así como la muestra es estratificada.

Al final de la investigación podemos que no existe riesgo de adquisición de algún Trastorno de Conducta Alimentaria (TCA), sin embargo los estudiantes suelen tener conductas compulsivas hacia la comida como lo es el "atración", por último se muestra una posible forma de intervención con enfoque preventivo.

INTRODUCCION

Al paso del tiempo encontramos una sociedad que se encuentra en constante cambio, observamos avances tecnológicos, nuevas amenazas para la humanidad como enfermedades sin cura conocida y ante estos la necesidad de adaptación del ser humano al ambiente social, fisiológico y mental.

Esta adaptación no todos la logran, lo cual provoca una serie de efectos en sus vidas. Vemos a personas que se adaptan a la perfección y otras que toman medidas alarmantes para poder ser participes en los cambios que marca la sociedad, aunque estos pueden afectar en diversos rubros de la vida del ser humano, tales como su salud.

Actualmente, en la población mexicana se ha incrementado la presencia de trastornos de conducta alimentaria (TCA), la obesidad, la anorexia y la bulimia son registradas por los servicios de salud considerable en niños y jóvenes.

Dentro de las funciones como profesionales del Trabajo Social participamos en la investigación y promoción de la problemática psicosocial. En la presente trabajo se pretendió dar cuenta de indicadores de riesgo ante la presencia del Trastorno de Conducta Alimentaria (TCA).

Es importante investigar la presencia del trastorno de la conducta alimentaria en estudiantes de la licenciatura en Trabajo Social para abrir la posibilidad de incidir en la comunidad de la Escuela Nacional de Trabajo Social.

En el primer capítulo se describen aspectos principales de la nutrición y la alimentación para diferenciar los conceptos, se señala también, la importancia de la alimentación y las principales acciones políticas del país. Así mismo, se hace referencia a las características diagnósticas y tratamiento de los Trastornos de Conducta Alimentaria, los factores de

riesgo dando énfasis a los relacionados con los hábitos alimentarios y los relacionados a la actividad física, así como los factores protectores. Se describe el perfil y las funciones del Trabajo Social dentro del equipo interdisciplinario de salud mental en un hospital psiquiátrico dado que los TCA son un problema de salud mental, todo esto con el propósito de brindar una revisión teórica que sea útil para otros Trabajadores Sociales interesados en intervenir en esta problemática.

En el capítulo II se describe la metodología desarrollada en la presente investigación. En el capítulo III se presentan los resultados obtenidos, se explican las gráficas, y a grandes rasgos la dinámica que los estudiantes llevan dentro de la vida en las instalaciones educativas, la cual ayudará al lector a comprender los resultados de la aplicación del cuestionario y de las conclusiones. En el IV y último capítulo, se presentan las conclusiones y como sugerencia una propuesta de intervención en prevención a los TCA, en donde se concentra apuntes finales por parte de la autora.

I. ANTECEDENTES

1. ALIMENTACION Y NUTRICION, UN PROBLEMA DE SALUD EN MEXICO

Antes de hablar de problemas de alimentación primero revisaremos la definición de alimentación y nutrición como necesidades fundamentales para el desarrollo y salud de los mexicanos.

La nutrición es el proceso biológico en el que los organismos asimilan los alimentos y los líquidos necesarios para el funcionamiento, el crecimiento y el mantenimiento de sus funciones vitales y especialmente determinan una dieta óptima.

Aunque alimentación y nutrición se utilizan frecuentemente como sinónimos, son términos diferentes ya que:

- La nutrición hace referencia a los nutrientes que componen los alimentos y comprende un conjunto de fenómenos involuntarios que suceden tras la ingestión de los alimentos, es decir, la digestión, la absorción o paso a la sangre desde el tubo digestivo de sus componentes o nutrientes, su metabolismo o transformaciones químicas en las células y excreción o eliminación del organismo.
- La alimentación comprende un conjunto de actos voluntarios y conscientes que van dirigidos a la elección, preparación e ingestión de los alimentos, fenómenos muy relacionados con el medio sociocultural y económico (medio ambiente) y determinan al menos en gran parte, los hábitos dietéticos y estilos de vida.

Una nutrición adecuada es la que cubre:

- Los requerimientos de energía a través de la ingestión en las proporciones adecuadas de nutrientes energéticos como los hidratos de carbono y grasas. Estos requerimientos energéticos están

relacionados con la actividad física y el gasto energético de cada persona.

- Los requerimientos plásticos o estructurales proporcionados por las proteínas.
- Las necesidades de micro nutrientes no energéticos como las vitaminas y minerales.
- La correcta hidratación basada en el consumo de agua.

1.1. Necesidades nutrimentales del organismo

Como primer punto hay que reconocer lo que el cuerpo humano necesita. Como sabemos un organismo está formado por células que respiran, se nutren, crecen, eliminan sustancias tóxicas y se reproducen, permitiendo con ello que todo nuestro organismo realice exactamente estas mismas funciones vitales. Podemos decir que es una dependencia mutua, ya que al alimentarnos les brindamos los nutrientes y la energía que necesitan para sobrevivir, y ellas a su vez también trabajan sin descanso para mantenernos vivos y realizar actividades diarias como caminar, jugar, estudiar y hasta dormir. ¹

Los azúcares o glúcidos, llamados comúnmente carbohidratos son el combustible principal de nuestras células, y éstos están presentes en muchos de los alimentos que consumimos, al igual que lo están las proteínas, las grasas o lípidos, las vitaminas, los minerales y otras moléculas importantes. Podemos decir que la nutrición es uno de los

¹ Proyecto Colaborativo "Lo que tú necesitas"
<http://redescolar.ilce.edu.mx/redescolar/proyectos/indexproyec.htm> Enero 2008

procesos que el cuerpo necesita para obtener energía y realizar de manera óptima todas sus funciones.

Una adecuada nutrición también ayudará a preservar la salud, al fortalecer las células que protegen de los virus, bacterias, hongos parásitos rickettsias de enfermedades trasmisibles.

1. 1. 2. La importancia de la alimentación

La alimentación o la denominada "dieta" no es más que todo aquello que incluimos en las comidas día tras día, sea cual sea el tipo de alimentos que ingerimos, es decir, grasas, carbohidratos, lípidos, etc. Ahora, que si hablamos de nutrición es algo totalmente distinto, está abarca lo que un organismo necesita tanto para estar sano como para otra clase de situaciones que un ser humano pueda estar viviendo.

Estas situaciones pueden tomarse como las que un deportista, quien necesita un tipo de nutrición especial o la de una persona con alguna enfermedad.

Como se observa la nutrición es importante y no es igual para todas las personas ya que cada persona tiene requerimientos distintos, estos de acuerdo a su estilo de vida, ocupación, sexo, edad, salud entre otros factores.

Actualmente existe una nueva manera de ver los diferentes grupos de alimentos regularmente se nos presenta la Pirámide de la alimentación o nutricional, como la opción para identificar y sugerir las raciones recomendables al consumir nuestros alimentos y de está manera lograr una alimentación más equilibrada. Sin embargo; en nuestro país, para identificar los alimentos de nuestro entorno y tener una forma de revisar los diferentes grupos de alimentos que existen, así como las porciones

recomendables, nació “El Plato del Bien Comer”, escala nutrimental concebida para México. ²

Entre otras características, está escala cuenta con:

- Un diseño o representación circular.
- Indicación del tamaño de porciones recomendadas por medio de palabras como: muchas, suficientes y pocas.
- Promueve un mayor consumo de frutas y verduras.

“El Plato del Bien Comer”



Dentro de la dieta incluimos diferentes grupos de alimentos, los cuales aportan al organismo diversos nutrientes que ayudan a desempeñar actividades diarias. Ésta debe ser adecuada, completa, equilibrada, suficiente y variada.

Es importante destacar que cuando se dice adecuada, se refiere al hecho de que cada persona tiene requerimientos diferentes, ya que no

² Ibídem. Enero 14 2008

son iguales las necesidades alimenticias de niños, jóvenes, adultos e inclusive mujeres, pues por ejemplo ellas a lo largo de su vida necesitan más calcio que los hombres, debido a las necesidades que tienen cuando están en edad reproductiva.

Completa y equilibrada, se refiere a que la alimentación debe estar compuesta de varios elementos, tal como lo muestran los grupos de alimentos en el "Plato del Bien Comer". Para ello, es importante reconocer que aportan los alimentos, así como su clasificación de acuerdo a sus beneficios.

Por último, variada, es cuando consumimos alimentos con diferentes aportes nutricionales como vitaminas, carbohidratos, lípidos, etc. El término suficientes significa tener en cuenta las cantidades recomendadas conforme a lo que cada uno de nosotros necesita en las diferentes etapas de la vida. ³

Estas necesidades energéticas se pueden traducir en el consumo calórico, ésto es lo principal que nos aporta cualquier alimento que también se puede traducir en energía

En ocasiones el consumo de calorías no suele ser el adecuado para la actividad diaria de una determinada persona por eso es importante conocer los nutrimentos de los alimentos y por lo tanto cuanta energía nos aporta y si se puede gastarla, ya que si consumimos más de los que requerimos puede provocar otro tipo de problemas, tales como la

³ Ibídem. Enero 2008

obesidad y con estas diversas enfermedades como problemas del corazón y diabetes.

Llevar una alimentación equilibrada nos ayuda a desarrollarnos mejor en cualquier ámbito dentro de nuestra vida diaria.

De una manera más ilustrativa de lo que los diferentes grupos alimenticios y de sus beneficios tenemos que:

En primer lugar los carbohidratos, éstos proveen de energía a nuestro organismo, nos proporcionan tanto vitaminas como minerales y contribuyen, entre otras cosas, en la estructura de tejidos y órganos de nuestro cuerpo. Son sustancias químicas que incluyen azúcares como la glucosa, la fructuosa, la lactosa y los almidones. La miel, por ejemplo, es una mezcla de glucosa y fructuosa, en tanto que la lactosa es el azúcar de la leche.

Estos nutrientes se encuentran o están presentes en las frutas y algunos vegetales, al igual que en otros alimentos altos en fibra como: cereales, pastas, pan, pan integral y otros.

Por otro lado tenemos las grasas, cabe mencionar que no todas las grasas son malas, sino más bien su abuso contribuye a la obesidad y otras enfermedades.

Es preferible el consumo de grasas de origen vegetal contenidas en los frutos secos, aguacate, cacahuete, chocolate; o bien, las grasas de origen animal presentes en la carne, aceites, mantequilla, tocino y productos lácteos, por mencionar sólo algunas. Recordemos que las grasas (también llamadas lípidos), en conjunto con los carbohidratos proporcionan un gran aporte de energía; además, sirven para proteger nuestros órganos y defendernos de los cambios de temperatura.

Como parte del desarrollo, el cuerpo tiene diversas necesidades como la formación y renovación de tejidos. Por lo tanto, requerimos de diferentes componentes químicos para poder ayudarlo a lograr estas funciones vitales; su nombre... "las proteínas".

Las podemos encontrar en alimentos de origen animal como la leche, carnes (pollo, cerdo, cordero, conejo, etc.), huevos y pescado. Entre los de origen vegetal (incluidas las leguminosas o legumbres) tenemos: a los garbanzos, alubias, frijoles, lentejas y cereales como el arroz, el maíz, el trigo, entre otros.

A continuación una tabla de diversos alimentos con sus respectivos aportes nutrimental

TABLA DESCRIPTIVA DE ALIMENTOS Y SUS APORTES NUTRIMENTALES

gr.	Alimentos	Medidas	Carbohidratos	Proteínas	Lípidos
30	Cacahuates	30 a 35 piezas	18	29	47
100	Nueces	4 a 5 piezas	13	14	67
120	Frijoles	8 cucharadas	61	22	2
200	Jugo de naranja	1 vaso	9	0	0
100	Lentejas	7 a 8 cucharadas	61	24	1
25	Tortillas	1 pieza mediana	15	2	1
90	Carne de res	1 ración	0	19	18
90	Carne de Pollo	1 ración	0	18	10
100	Arroz	1 plato	80	7	1
100	Avena	6 a 8 cucharadas	74	12	3
80	Sopa de pasta	½ plato	73	10	1
30	Crema de leche	1 cucharada	2	2	37
15	Mantequilla	1 cucharada	0	0	40
30	Queso tipo	1 ración	2	25	31
100	americano	¼ de pieza	11	1	0
100	Melón	1 pieza	10	1	0
100	Durazno	1 pieza	10	1	0
100	Naranja	1 ración	8	1	0
100	Papaya	1 ración	5	1	0
100	Sandía	1 pieza	6	1	8
100	Aguacate	1 pieza	12	1	0
100	Ciruela	½ vaso	5	5	4
100	Yogur	1 pieza	32	1	0
50	Plátano	1 pieza	3	11	10
240	Huevo	1 taza	12	8	8
35	Leche de vaca	1 pieza	64	9	1
30	Bolillo	1 rebanada	63	11	2
30	Pan blanco de caja	1 rebanada	53	9	1
22	Pan de centeno	1 pieza	80	9	1
100	Pan de dulce	1 rebanada	0	24	4
100	Pescado	1 plato	5	3	0
100	Espinacas	1 pieza mediana	5	1	0
20	Jitomate	1 cucharada	20	0	0
20	Azúcar	1 ración	61	18	6
100	Garbanzos	1 ración	8	1	0
100	Calabaza	1 ración	3	1	0
100	Lechuga	1 ración	3	1	0
100	Pepino	1 ración	21	8	0
100	Chíncharos frescos	1 ración	18	3	1
100	Papas	1 rebanada	9	1	0
100	Zanahorias	1 ración	14	0	0
100	Piña	1 ración	3	17	12
100	Salchicha	1 ración	77	13	5
100	Palomitas de maíz	1 ración	65	1	0
100	Miel de abeja	1 ración	1	15	26
100	Jamón	1 ración	60	2	25
100	Chocolate	1 ración	50	5	40
100	Papas fritas	½ vaso	12	0	0
100	Refrescos	1 ración	0	15	17
	Carne de cerdo				

- Las calorías son la energía que encontramos en los alimentos. Por ejemplo, para estudiar en casa durante cuatro horas, se necesitan alrededor de 340 Kcal., mientras que para dormir (por un lapso de 8 horas) se necesitarían 500 Kcal.⁴
- Un niño de 7 a 10 años requiere en promedio de 2.000 Kcal./día

⁴ Cuadro tomado del Proyecto Colaborativo "Lo que tú necesitas "

- De 11 a 14 años (mujeres): 2.200 Kcal./día De 11 a 14 años (varones): 2.500 Kcal./día
- En tanto que un estudiante que pese 60 Kg. requerirá una 2,700 Kcal. diarias.

Por otra parte y dentro del presente trabajo, se toma en cuenta la actividad física, por lo tanto, se considerará la nutrición dentro del deporte.

La alimentación, para aquellos que practican deporte, es diferente a la de una persona que vive de manera sedentaria ya que de la alimentación que lleve un deportista; es factor importante para el éxito del mismo. Al igual dentro de las diferentes ramas deportivas la alimentación no suele ser la misma, está puede ser diferente para cada atleta.

Los deportistas consumen alimentos de los diferentes grupos presentados dentro de éste mismo capítulo, sólo que las porciones como el número de comidas es diferentes, dependiendo tanto de la disciplina como de las características personales.

1.1. 3. Alimentación y política

Dentro del Plan Nacional de Desarrollo (2007-2012) en el eje "Igualdad de oportunidades" incluye dentro del apartado "desarrollo Integral" a la Salud, destacando que en la actualidad las causas de daño a la salud que predominan son las enfermedades no transmisibles y las lesiones, los problemas reproductivos y las enfermedades relacionadas con la desnutrición. También la obesidad, los malos hábitos en la alimentación y la falta de ejercicio se relacionan con las enfermedades del corazón y la diabetes, que a su vez son responsables del 32% de las muertes de hombres y mujeres y del 20% en los hombres.⁵

⁵ <http://pnd.calderon.presidencia.gob.mx/> Junio 2008

De la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) se desprende el programa "oportunidades", que a su vez contempla la estrategia "Vivir Mejor", que es un conjunto de acciones y políticas en el cual, dentro de sus objetivos está el permitir a las personas y familias una participación social plena libre y equitativa al desarrollar sus capacidades básicas a través del acceso a la alimentación, educación, salud, vivienda, identidad jurídica e infraestructura básica para los hogares y comunidades. En la alimentación contempla la promoción al acceso a una alimentación que reúna los requisitos mínimos nutricionales, así como la orientación alimentaria para una dieta saludable.⁶

Por otra parte, en la publicación del Diario Oficial en el 2006, se publica la *NOM-043-SSA2-2005, Servicios básicos de salud y promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para dar orientación.*

El propósito fundamental de esta norma es establecer los criterios que unifiquen y den congruencia a la orientación alimentaria dirigida a brindar a la población prácticas con respaldo científico para la integración de una alimentación correcta y que pueda adaptarse a sus necesidades y posibilidades, esta norma se complementa con las siguientes normas: NOM-007-SSA2-1993 Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio, y la NOM-093-SSA1-1994 Prácticas de higiene y sanidad en la preparación de alimentos que se ofrecen en establecimientos fijos.⁷

⁶

http://www.oportunidades.gob.mx/pdfs/Vivir_Mejor%20Estrategia%20PDF%20Optimizado.pdf Junio 2008

⁷ <http://dgps.salud.gob.mx/descargas/nom.pdf> Junio 2008

1.2. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

1.2.1. ¿Qué es un Trastorno de la Conducta Alimentaria?

Para comenzar es necesario entender lo que significa cada una de estas palabras, en primer lugar *trastorno*; es un estado patológico que se caracteriza por la confusión de ideas, perturbación emocional y conducta inadaptada que puede tener origen orgánico o funcional. Por orgánico se entiende que es un estado patológico del cuerpo en específico, el sistema nervioso central y periférico, el cual genera una conducta inadaptada; y funcional se refiere a un fallo de la personalidad; es decir, es dado por conflictos en la personalidad con signos y síntomas de represión o extraversión, donde una parte actúa sin interacción con el resto del sistema.⁸

En segundo lugar *conducta*, que es cualquier acción que un organismo haga. Se consideran a las respuestas motoras o endocrinas a cualquier estímulo.⁹

La alimentación como ya se había mencionado en la capítulo anterior es un conjunto de actos voluntarios y conscientes que van dirigidos a la elección, preparación e ingestión de los alimentos, fenómenos muy relacionados con el medio sociocultural y económico (medio ambiente) y determinan al menos en gran parte, los hábitos dietéticos y estilos de vida.

En un concepto final y de manera más sencilla tenemos que el término de *Trastornos de Conducta Alimentaria* (TCA) se refiere a una serie de problemáticas psicológicas que incluyen graves anomalías en el

⁸ Dorsch Friedrich *Diccionario de Psicología*, ED Herder, año 1985, Barcelona, Pág. 1030

⁹ Bruno Frank J. *Diccionario De Términos De Psicología*, ED Piados, año 1988, Barcelona Pág.310

comportamiento de la ingesta de alimentos y la base de las mismas se halla en una alteración psicológica.

Las personas con estos trastornos por lo general son depresivas, presentan una insatisfacción con ellas mismas, se relacionan con dificultad, por lo tanto son solitarias.

En la actualidad encontramos dentro de los TCA a la Bulimia Anorexia y obesidad, aunque dependiendo de autores incluyen algunos más. En el presente sólo se considerara a la Bulimia, Anorexia y a los Trastornos de la conducta alimentaria no especificados, con el fundamento en el DSM – IV retomando las generalidades y características diagnósticas de los mismos

1.2.2. Anorexia

El término anorexia proviene del griego a-/an- (negación) + orégo (tender, apetecer). Consiste en un trastorno de la conducta alimentaria que supone una pérdida de peso provocada por el propio enfermo y lleva a un estado de inanición.¹⁰

Anorexia significa literalmente "pérdida del apetito", sin embargo; esta definición es engañosa ya que las personas con anorexia nerviosa con frecuencia tienen hambre pero, de todos modos, rechazan la comida.

La palabra anorexia se uso desde siempre en los libros de medicina significa "falta de apetito" de acuerdo con el vocablo griego *añorektous* y su equivalente en latino es *inapetentia*.

El primer acercamiento a la anorexia en encuentra dentro del siglo XVII. Quien estuvo a cargo fue Richard Morton, el cual pertenecía a la corte de Guillermo III, doctor de medicina por la Universidad de Oxford.¹¹

¹⁰ Serrato Asta, *Anorexia y Bulimia Trastornos De Conducta Alimentaria*, Colección de obras de Psicología, ED Libro Hobby Club, Madrid, año 2007 pág. 87

¹¹ García Suárez Elia Lucero, *Anorexia y Bulimia: fenómenos poco comprendidos que tienen solución, una investigación documental*, Tesis Facultad de Psicología UNAM, año 2002 pág. 43

En 1670 describe dos principales tipos, a estos les llamó "primario y secundario". El primero describe una disposición morbosa de la sangre que altera los nervios y produce fiebre, éste a su vez lo divide en dos clases: la atrofia y la consunción pulmonar. La primera puede ser por un estado morboso del espíritu o a las alteraciones o ausencia de jugos nutritivos, mientras que el segundo es la llamada caquexia. La consunción nervosa, atrofia nervosa se describen así:

Consunción del cuerpo sin fiebre, tos o disnea, acompañada de pérdida de apetito y de malas digestiones, de ella se deriva la languidez corporal y un adelgazamiento día a día mayor.

Morton redacta dos casos en los cuales se presentaba un trastorno que aparentemente se debía a una restricción voluntaria de alimento. Uno de estos, registrado en 1684, se trataba de una joven inglesa de 18 años, está presentaba algunos rasgos de la actual anorexia nerviosa, es decir, adelgazamiento, amenorrea, dedicación obsesiva por el estudio, aparente pérdida de apetito, lo cual, junto con "una multitud de ansiedades y pasiones de su mente".¹² Morton consideraba todo el cuadro como una "consunción nerviosa", llamó a esta enfermedad de esta manera. Argumento que procedía de la tristeza y la ansiedad.

La falta de apetito y la mala digestión ocurren por el "estado mórbido" de los nervios que impide la "asimilación, fermentación y volatilización de los jugos gástricos". Como tratamiento utilizó bolsas aromáticas y emplastos estomacales para uso externo, prescribió para uso interno medicinas amargas, julepes hechos de "aguas cefálicas y antihistéricas" suficientemente impregnadas de espíritu de sales de amoniaco y tintura de castor. Para Morton "las violentas pasiones de la mente, la bebida desordenada y el aire malsano" son las principales causas.¹³

12 *Ibidem*. Pág. 44

13 *Ibidem*. Pág. 45

Morton define así la *atrofia* o *tisis* nerviosa, la noción proviene de la obra del romano Aulo Cornelio, en ella definía tres tipos: la primera llamada *atrófica*, debida a la hiponutrición por miedo a engordar. En la segunda llamada *caquexia*, las condiciones extremas del paciente posibilitaban que el alimento entrase en putrefacción. La *caquexia* se debe a alteraciones crónicas debidas a tóxicos o malas condiciones de vida. Se cura ante todo con ayuno. La tercera es la *tisis* la más peligrosa: provoca fiebre y puede atacar los pulmones, de los tres, sólo la *atrofia* es psicógena: miedo a engordar.

En 1736 François Boisser de Sauvagnes describe dentro de su obra a la anorexia, está recibe el nombre de *anepeithymiae* donde se aborda el cuadro de aquellos en el que se extingue total o parcialmente el deseo sexual y/o alimentario. Se describen trece formas diferentes de anorexia, algunas relaciones con trastornos gástricos, otras con la melancolía y finalmente la "anorexia mirabilis". Para 1750 se hace referencia a la enfermedad de las vírgenes, con amenorrea, trastornos mentales y disminución del apetito se le conoció como *clorosis*.¹⁴ En 1789 Djerine menciona que el rechazo de los alimentos es de origen psíquico describiéndolo como algo totalmente ajeno a los trastornos orgánicos. Nueve años después, en 1798, el francés Philippe Pinel incluyó dentro de su libro *Nosographie philosophie*, un capítulo sobre neurosis de la digestión a la bulimia, la pica y la anorexia, consideraba a la neurosis subsidiarias de factores psíquicos y físicos. Da concepto a la anorexia como una "neurosis gástrica" o "neurosis de digestión".

Para 1840 Fleury Imbert clasificó tres trastornos de la alimentación, anorexia, bulimia y pica como neurosis del estómago, con ésto, describió dos tipos de anorexia: *la gástrica*, que era un trastorno del

14 *Ibíd.* Pág. 47

estómago y *la nerviosa*, una alteración de las funciones cerebrales. Los individuos que padecían está carecían de apetito y otros muchos síntomas neuróticos, con la característica de la un estado de ánimo colérico al igual que eran asustadizos y con una prevaecía de melancolía.¹⁵

Louis Víctor Marce en 1860 describe acerca del delirio hipocondríaco, caracterizado principalmente por rechazo a los alimentos y vómitos, dejó claro que la enfermedad era de carácter psiquiátrico no filosófico.

La anorexia nerviosa era un trastorno conocido en épocas antiguas. Así se describe en la edad media en la vida de algunas santas como Liduina de Shiedam, una santa del siglo XIV, o la santa Wilgefortis, hija del rey de Portugal, quien ayunó y rezó a Dios rogándole que le arrebatara su belleza para así ahuyentar la atención de los hombres, siendo adoptada en algunos países de Europa como santa patrona por aquellas mujeres que deseaban verse libradas de la atención masculina. En 1694, sé describió la "consunción nerviosa", considerándose ésta la primera descripción clínica de dicho trastorno. Pero fue Gull quien utilizó por primera vez la expresión anorexia nerviosa en una conferencia pronunciada en Oxford.

La American Psychiatric Association, dejan de lado el trabajo de Morton y toman en cuenta el de Charles Lesegue en 1873 y William Gull en 1874, considerados los primeros en constatar datos médicos sobre anorexia nerviosa. ¹⁶

Los mencionados daban el criterio central al diagnóstico de éste trastorno, estas son: el miedo anormal a estar obesas, a pesar de ser emaciadas.

Parar Ernest Charles Lesegue originario de Francia, la anorexia histérica, tiene sus inicios entre los quince y veinte años de edad como respuesta a algún tipo de emoción causada por la transición hacia la edad adulta.

¹⁵ *Ibidem*. Pág. 48

¹⁶ *Ibidem*. Pág. 50

Define tres etapas: la primera, manifiesto del malestar al comer, restringe alimentos, incrementa su actividad física al igual de la manifestación de presión por parte de los padres para una mayor ingesta de alimentos así como la presencia de dolores gástricos.

En la segunda etapa, el estado mental del paciente se ve en decremento, periodos menstruales irregulares y se intensifica la constipación intestinal, una conducta anormal justificada por un buen estado de salud. En la tercera se evidencia el deterioro físico aparece la amenorrea, sed constante, piel pálida y seca, constipación resistente, atrofia gástrica, anemia, mareo y desmayos.

Lasegue afirmó que el concepto de anorexia nerviosa, podría haber sido cambiado por el de "inanición histérica", optó por el primero y que el primero refiere a una patología "menos superficial" y por lo tanto más médica. Concluyó que las anorexias provenían de familias con ganas y posibilidad de "invertir recursos emocionales y económicos en ellas".

William Withey Gull, originario de Inglaterra, fue un médico que de misma manera y en el mismo año Lasegue describió el trastorno que presentaban jóvenes, las cuales podían caer en un estado de inanición.

17

En la misma época, y de modo casi Simultáneo, se produce la descripción de la enfermedad, calificándola de inanición histérica y considerándola al igual que Gull, una enfermedad psicógena. A finales del siglo XIX, en el año 1893, se describe un caso de anorexia tratado con hipnosis, un año más

Tarde se describe dicha enfermedad como una psiconeurosis de defensa o neurosis de la alimentación con melancolía.

¹⁷ Ibídem. Pág. 52

A principios del siglo XX, la anorexia nerviosa empieza a tratarse desde un punto de vista endocrinológico, así en 1914 un patólogo alemán, describe una paciente caquectica a quien al hacerle la autopsia se le encontró una destrucción pituitaria.

A partir de los años 30, la anorexia nerviosa pasa a estudiarse principalmente desde el punto de vista psicológico, quedando en olvido las antiguas discusiones acerca del origen endocrino o psicológico del trastorno. Las explicaciones de esta época se encuentran muy influenciadas por los modelos psicoanalíticos que predominaban en ese momento.

Características Diagnósticas

Las características esenciales de la anorexia nerviosa consisten en el rechazo a mantener un peso corporal mínimo, en un miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo. Además las mujeres afectas de este trastorno, aunque hayan pasado la menarquía, sufren de amenorrea (ausencia del ciclo menstrual). El término de anorexia es equivoco, puesto que es rara la pérdida de apetito.¹⁸

La persona con este trastorno mantiene un peso corporal por debajo del nivel normal mínimo para su edad y su talla.

Generalmente, la pérdida de peso se consigue mediante una disminución de la ingesta de alimentos. A pesar de que los individuos empiezan por excluir de su dieta todos los alimentos con alto contenido calórico. La mayoría de ellos acaban con una dieta muy restringida, limitada a unos pocos alimentos. Existen otras formas de perder peso como la utilización de purgas o el ejercicio excesivo.

¹⁸ Serrato Azat, *Anorexia y Bulimia Trastornos De Conducta Alimentaria*, Colección de obras de Psicología, ED Libro Hobby Club, Madrid, año 2007 pág. 127

Las personas con éste trastorno tiene un miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obesas. Este miedo generalmente no desaparece aunque el individuo pierda peso y de hecho, va aumentando aunque el peso vaya disminuyendo.

Existe una alteración de la percepción del peso y de la silueta corporal. Algunas personas se encuentran "obesas", mientras que otras se dan cuenta de que están delgadas, pero continúan estando preocupadas porque algunas partes de su cuerpo (especialmente el abdomen, las nalgas y los muslos) les parecen demasiado gordos. Pueden emplear una amplia variedad de técnicas para estimar el tamaño y el peso de su cuerpo, como son el pararse constantemente en una báscula, la medida de las diferentes partes del cuerpo de manera obsesiva o el mirarse repetidamente al espejo para observar las zonas consideradas "obesas". El nivel de autoestima de las personas que sufren éste trastorno depende de gran medida de la forma y el peso del cuerpo. Consideran un logro perder peso y un signo de extraordinaria autodisciplina; en cambio, ven el aumento de peso como un fracaso inaceptable de su autocontrol.

Algunas personas son conscientes de su delgadez, pero niegan que ésta pueda tener implicaciones clínicas graves.

Subtipos

Pueden usarse los siguientes subtipos para especificar la presencia o la ausencia de atracones o purgas de anorexia nerviosa.

Tipo restrictivo. Ese subtipo describe cuadros clínicos en los que la pérdida de peso se consigue haciendo dieta, ayunado o realizando ejercicio intenso, durante los episodios de anorexia nerviosa, estos individuos no recurren a atracones o purgas.

Tipo compulsivo/purgativo. Éste subtipo se utiliza cuando el individuo recurre regularmente atracones o purgas o ambos. La mayoría de los individuos que pasan por episodios de atracones también recurren a purgas, provocándose el vómito o utilizando diuréticos, laxantes o enemas de una manera excesiva. Existen algunos casos incluidos en éste subtipo que no presentan atracones, pero que suelen recurrir a purgas, incluso después de ingerir pequeñas cantidades de comida. Parece ser que la mayoría de las personas pertenecientes a éste subtipo recurren a conductas de ésta clase al menos semanalmente.¹⁹

Consecuencias.

Cardiopatía. La cardiopatía es la causa médica más común de muerte en las personas con anorexia severa. El corazón puede desarrollar ritmos de bombeo anormales peligrosos y ritmos lentos conocidos como bradicardia. Se reduce el flujo sanguíneo y la presión arterial puede descender. Además, los músculos del corazón llegan a padecer de hambre, perdiendo tamaño. Los niveles de colesterol tienden a subir. Los problemas del corazón son un riesgo específico cuando la anorexia es agravada por la bulimia y el uso de Ipecac, el medicamento que causa vómitos.

Desajustes de electrolitos. Los minerales como el potasio, el calcio, el magnesio y el fosfato se disuelven normalmente en el líquido del cuerpo. El calcio y el potasio son particularmente críticos para el mantenimiento de las corrientes eléctricas que causan que el corazón lata regularmente. La deshidratación e inanición de anorexia pueden reducir los niveles de líquido y contenido mineral, una enfermedad

¹⁹ Valdés Miyar Manuel, López Ibor Aliño Juan José, *DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, American Psychiatric Association, año 2005, pág. 537

conocida como desajustes de electrólito, que puede ser muy grave a menos que los líquidos y los minerales se reemplacen.

Anormalidades reproductivas y hormonales. La anorexia causa niveles reducidos de hormonas reproductivas, cambios en las hormonas de la tiroides y mayores niveles de otras hormonas, como la hormona de estrés cortisol.

La menstruación irregular o ausente (amenorrea) a largo plazo es común, lo cual, con el tiempo puede causar esterilidad y pérdida de hueso. La reanudación de la menstruación, indicando niveles de estrógeno restaurados, y aumento de peso mejora las perspectivas, pero incluso después del tratamiento, la menstruación nunca regresa en un 25% de pacientes con anorexia severa. Las mujeres que quedan embarazadas antes de recuperar un peso normal, afrontan un futuro reproductivo precario, con pesos bajos al nacimiento, abortos espontáneos frecuentes y una tasa alta de niños con defectos congénitos. El peso bajo sólo quizá no sea suficiente para causar amenorrea; los comportamientos extremos de ayuno y purgación pueden desempeñar un papel aun mayor en el trastorno hormonal. La pérdida de minerales óseos (osteopenia) y la osteoporosis causada por niveles bajos de estrógeno sujetos a fracturas. Dos tercios de niños y niñas adolescentes con anorexia no desarrollan huesos fuertes durante éste período de crecimiento crítico, una enfermedad potencialmente irreversible. Entre más tiempo persiste la enfermedad, mayor la probabilidad de que la pérdida de hueso sea permanente. Los pacientes que se rehabilitan a una edad temprana (15 años o menores) tienen mayor probabilidad de lograr una densidad ósea normal. Tan sólo la rápida restauración de la menstruación regular puede proteger contra la pérdida ósea permanente; el aumento de peso no es suficiente.

Los niños y adolescentes con anorexia también pueden experimentar crecimiento retrasado debido a niveles reducidos de la hormona de crecimiento.²⁰

Problemas neurológicos. Las personas con anorexia severa pueden sufrir daño nervioso y experimentar convulsiones, pensamiento desordenado, pérdida de sensación u otros problemas nerviosos en las manos o los pies. Las exploraciones cerebrales indican que partes del cerebro experimentan cambios estructurales y actividad anormalmente alta o baja durante los estados anoréxicos; algunos de estos cambios regresan a la normalidad después del aumento de peso, pero existe evidencia de que algún daño puede ser permanente.

Problemas sanguíneos. La anemia es un resultado común de la anorexia y la inanición. Un problema sanguíneo particularmente grave es la anemia perniciosa, que puede ser causada por niveles severamente bajos de la vitamina B12. Si la anorexia se torna extrema, la médula ósea reduce extraordinariamente su producción de glóbulos, incluso pueden llegar a padecer leucemia (cáncer en la sangre).

Problemas gastrointestinales. La inflamación y el estreñimiento son problemas muy comunes en las personas con anorexia.²¹

²⁰ Feinsten C. Sherman Sorosky Arthur, *Trastornos de la alimentación*. ED Nueva Visión. Buenos Aires año 1998. Pág. 62

²¹ Gómez Peres Mitre Gilda *Psicología Social: investigación y aplicaciones en México*, ED Fondo de Cultura Económica, México, año 2000m pág. 98

1.2.3. Bulimia

La bulimia o bulimia nerviosa (*hambre en exceso*) es un trastorno mental relacionado con la comida. La palabra "bulimia" proviene del latín *būlīmia*, que a su vez proviene del griego βουλίμια (*boulīmia*), que a su vez se compone de βους (*bous*), buey + λιμός (*līmos*), hambre.

La palabra *limos* significa "hambre" en griego antiguo y con el prefijo *bou* es decir, "gran cantidad" ²²

Su característica esencial consiste en que la persona sufre episodios de atracones compulsivos, seguidos de un gran sentimiento de culpabilidad y sensación de pérdida de control. Suele alternarse con episodios de ayuno o de muy poca ingesta de alimentos, pero al poco tiempo vuelven a sufrir episodios de ingestas compulsivas.

Antiguamente, los romanos preparaban grandes banquetes en los cuales los invitados engulían grandes cantidades de alimento, para después estimular la garganta con plumas o ingerir eméticos con el único fin de vomitar, vaciar sus estómagos y reiniciar su glotonería.

La conducta de atracones alimentarios exagerados, seguida de sensaciones variables, generalmente de placer y de vómitos autoinducidos para seguir comiendo.

Los egipcios de igual manera realizaban esta práctica, sólo que era llevada a cabo por tres días al mes, bajo la creencia de procurar una mejor salud.

²² García Suárez Elia Lucero, *Anorexia y Bulimia: fenómenos poco comprendidos que tienen solución, una investigación documental*, Tesis Facultad de Psicología UNAM, año 2002 pág. 63

La palabra limos significa "hambre" en griego antiguo y con el bou que quiere decir gran cantidad, o boul que significa hambre voraz, el término bulimia se deriva de "bulimy" en griego que también significa "hambre de buey". Ésto tenía dos significados: "un hambre tan grande como la de buey" o "lo suficientemente grande como para comer un buey entero". Galeno describe as palabras "kynos orexia" o hambre canina como sinónimos de la bulimia, considerada como consecuencia de un estado de ánimo anormal que conduce a un deseo exagerado de alimento y frecuentes ingestiones que pueden ligarse a vómitos severos y copiosos movimientos del vientre.

Regresemos un poco a aquellos banquetes que degustaban en Roma, en estos, el banquete y el vómito, eran comunes en las clases medias y altas, en tales había hasta veinte platillos. Cada vez que llenaban el estómago, los comensales iban a la habitación de junto, el vomitorium, donde realizaban práctica de auto inducirse el vómito.

En la Edad Media, el vómito fue considerado como penitencia. El penitente, lanzaba fuera de sí sus pecados, las purgas aumentaron en Europa durante estas épocas, las formas más comunes era el uso de eméticos y las purgas.

Trevisa fue el primero en utilizar el término "bulimia", ésto en 1398, queriendo decir "apetito inmoderado", sin incluir vómitos ni cualquier otra conducta.

Datos antiguos acerca de éste trastorno data en 1708 dentro del Dictionary de Blackaart y en el Diccionario Medico de Quince en 1726. Estos autores relacionan los episodios bulímicos con alteraciones digestivas.

En 1795, Motherby conceptualizó tres tipos de bulimia: la de pura hambre, la de cuando el hambre termina en vómito y la que asocia hambre a desmayos.

En el *Dictionnaire d' Edinburg*, define a la bulimia como una afección crónica caracterizada por desvanecimientos y/o vómitos inmediatamente después de la ingesta de una enorme cantidad de alimentos.²³

En cuánto a santas tenemos que Santa María Magdalena de Pazzi y Santa Verónica mostraban conductas bulímicas durante sus ayunos. La muerte de Santa María Magdalena de Pazzi, fue resultado de una auto mortificación y auto tortura física y una dieta poco sana. Su santidad fue muy reconocida por su fuerza espiritual para enfrentar la enfermedad. Subsistió con pan y agua durante largos periodos sin embargo; fue observada por otras religiosas y datan que la mencionada rompió la dieta, cuando ella estaba atormentada por su deseo de comida y la engullía. Ésto era atribuido al trabajo del diablo, que la tentaba abriendo la puerta de la despensa.

En cuánto a Santa Verónica, está realizó un ayuno por cinco años, sin embargo; de igual manera que con Santa María Magdalena, fue encontrada engullendo toda la comida que albergada la despensa del claustro. Éste comportamiento era tribuido a un engaño del diablo.

En 1869 dentro del Diccionario de Ciencias Medicas de Paris, establecía la bulimia como un síntoma aparte, pero lo consideraba como un problema accesorio de otra patología psiquiátrica, insistía en los criterios de la bulimia a diferencias de la hiperfagia, según las siguientes características: la bulimia no debía confundirse con el aumento de las necesidades alimentarias fisiológicas de la adolescencia, con una patología digestiva que pudiera explicar el hambre (lombriz, solitaria).²⁴ En dicho trastorno apuntó que el bulímico tiene como obsesión y preocupación primordial a la comida, su hambre continua a pesar de

²³ *Ibidem*. Pág. 67

²⁴ *Ibidem*. Pág. 70

tener ya el estómago dilatado después de haber comido gran cantidad de alimento, imposibilitando así su nutrición. Cuando la bulimia ésta acompañada de vómitos el usaba el concepto de cinorexia, en los casos en que la circulación digestiva era muy rápida por contracciones intestinales igualmente rápidas, utilizaba el término de licorexia, cuando la bulimia alternaba con la anorexia, en mujeres la llamaba firngale, en 1825 utilizó los términos "bulimia emética", "bulimia canina" y también "cynorexia", para designar un apetito voraz seguido de vómitos.

Lasegue y Gull datan casos de pacientes anoréxicos que también presentaban síntomas bulímicos. Lasegue reportó numerosos casos de pacientes que vomitaban tras ser forzados a comer. Designaba a la bulimia con el nombre de "falso apetito".

Haberlas, menciona algunos reportes tempranos de bulimia asociada a la anorexia, Sollier reitera lo observado por Lasegue, menciona que probablemente las anoréxicas se provocan el vómito "a fin de contrarrestar la obligación a comer"

Bouveret publicó en 1893 sobre el vómito auto inducido en siete de sus pacientes, Girou, dio un informe detallado sobre una paciente anoréxica que por más de un año se provocó el vómito después de cada comida, para evitar ganar peso.²⁵

Otros estudios realizados por Blinder y Cadenhead describen casos de vómito atribuidos a dolores gástricos en pacientes con anorexia nerviosa, se mencionan también a Janet quien en su obra "Las obsesiones y pscastenia" refiere diversos ejemplos de casos de bulimia seguidos a finales del siglo XIX, describe las observaciones clínicas de tres mujeres y un hombre que tienen todas las características del síndrome describió "obsesivas", "caracterizadas por persistentes sensaciones de hambre, una intensa aversión por el cuerpo e intensos

²⁵ Ibídem. Pág. 71

pensamientos centrados en la comida y el control de impulsos hacia la misma".²⁶

En 1924 Karl Abraham hace mención de la bulimia, en una referencia al paso de la melancolía a la manía.

En 1934, la bulimia fue reconocida por los psicósomáticos, ésto en el marco de la neurosis de órgano e integrada a la categoría de trastornos gastro intestinales.

La bulimia nerviosa no es considerada como síndrome hasta 1940. Quizá en 1944 da el reporte más detallado sobre la conducta anoréxica que después se convierte predominantemente bulímica, tal reporte pertenece al trabajo de Ludwing Binswagner.

En 1979 Russell da el nombre de Bulimia Nerviosa para definir aquellos cuadros caracterizados por episodios de sobreingesta, a los que siguen vómitos o uso de diuréticos o laxantes con la finalidad de anular las consecuencias del atracón, en pacientes que rechazan la idea de ser o llegar a ser obesas.

Como en algunos reportes mencionaban pacientes que alternaban conductas de Bulimia y Anorexia, Boskind White y White utilizaron la combinación de los nombres, dando el término de "bulimirexia", el cual se usa poco y que en la actualidad ha sido reemplazado con el término "anoréxicas de tipo bulímico", ésto en el año de 1983.

Características Diagnósticas.

Las características esenciales de la bulimia nerviosa consisten en atracones y en métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso. Además, la autovaloración de los individuos con está enfermedad se encuentra excesivamente influida por la silueta y el peso corporales. Para poder realizar el diagnóstico, los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas deben producirse al menos un promedio de dos veces por semana durante un periodo de tres meses. Se define atracón como el consumo a lo largo de un período corto de

²⁶ Ibídem. Pág. 73

tiempo de una cantidad de comida muy superior a la que la mayoría de los individuos comerían. Un periodo corto de tiempo significa un periodo de tiempo limitado generalmente inferior a dos horas. Los atracones no tiene porque producirse en un sólo lugar; por ejemplo, un individuo puede empezar en un restaurante y continuar después en su casa. No se considera atracón el ir "picando" pequeñas cantidades de comida a lo largo del día.²⁷

A pesar de que el tipo de comida que se consume en los atracones puede ser variada, generalmente se trata de dulces y alimentos de alto contenido calórico (como helados y pasteles). Sin embargo; los atracones se caracterizan más por una cantidad anormal de comida ingerida que por un ansia de comer un alimento determinado, como los hidratos de carbono. Los individuos con bulimia nerviosa ingieren más calorías en un atracón que los individuos sin bulimia nerviosa en una comida, pero la proporción de las calorías derivadas de proteínas, ácidos grasos e hidratos de carbono es similar.

Los individuos con éste trastorno se sienten generalmente muy avergonzados de su conducta e intentan ocultar los síntomas. Los atracones se realizan por lo normal a escondidas o lo más disimuladamente posible. Los episodios pueden o no haberse planeado con anterioridad y se caracterizan (aunque no siempre) por una rápida ingesta de alimento. Los atracones pueden durar hasta que el individuo ya no pueda más, incluso hasta que llegue a sentir dolor por la plenitud. Los estados de ánimo distróficos, las situaciones interpersonales estresantes, el hambre intensa secundaria a una dieta severa o los sentimientos relacionados con el peso, la silueta y los alimentos pueden desencadenar éste tipo de conducta. Los atracones pueden reducir la

²⁷ DSM-IV *Manual de Diagnóstico y estadísticos de los Trastornos Mentales*, ED Masson año, 1995 pág. 535.

disforia²⁸ de manera transitoria, pero a continuación provocar sentimientos de auto desprecio y estado de ánimo depresivo.

Los atracones se acompañan también de sensación de falta de control. El individuo puede estar en un estado de excitación cuando se atraca de comida, especialmente en el inicio de la enfermedad. Algunos enfermos describen síntomas de naturaleza disociativa durante o después de los atracones. A medida que la enfermedad progresa, los atracones ya no se caracterizan por una sensación aguda de pérdida de control, sino por conductas de alteración del control, como es la dificultad para evitar los atracones o la dificultad para acabarlos. La alteración del control asociada a los atracones no es absoluta; por ejemplo, el individuo puede continuar comiendo aunque suene el teléfono, pero parar en cuánto entra alguien a la habitación.²⁹

Otra característica esencial de éste trastorno la constituyen las conductas compensatorias inapropiadas para evitar la ganancia de peso. Muchos individuos usan diversos métodos para intentar compensar los atracones; el más habitual es la provocación del vómito. Los efectos inmediatos de vomitar consisten en la desaparición del malestar físico o la disminución del miedo a ganar peso. En algunos casos el vómito se convierte en un objetivo, y el enfermo realizará atracones con el fin de vomitar o vomitará después de ingerir pequeñas cantidades de comida. Estas personas pueden emplear una gran variedad de técnicas para provocar el vómito, con los dedos o con diversos instrumentos. Los enfermos acaban generalmente por tener la necesidad de provocarse el vómito y eventualmente pueden vomitar a voluntad. Otras conductas de purga son el uso excesivo de laxantes y diuréticos. Aproximadamente un tercio de las personas con éste trastorno toman laxantes después de los atracones.

²⁸ Para mayor referencia consultar glosario

²⁹ *Ibidem*. Pág. 148

Los individuos con éste trastorno pueden estar sin comer uno o más días, o realizar ejercicio físico intenso, en un intento por compensar el alimento ingerido durante los atracones. Se puede considerar excesivo el ejercicio que infiere de manera significativa las actividades importantes, cuando se produce a horas poco habituales, en lugares poco apropiados, o cuando el individuo continúa realizándolo a pesar de estar lesionado o presentar alguna enfermedad.

Las personas con bulimia nerviosa ponen demasiado énfasis en el peso y la silueta corporales al autovalorarse, y estos factores son los más importantes a la hora de determinar su autoestima. Estos sujetos se parecen a los que padecen anorexia nerviosa por el miedo a ganar peso, el deseo de adelgazar y el nivel de insatisfacción respecto a su cuerpo. Sin embargo; no debe realizarse el diagnóstico de bulimia nerviosa si la alteración aparece exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

Subtipos.

Se pueden emplear los siguientes subtipos para determinar la presencia o ausencia del uso regular de métodos de purga con el fin de compensar la ingestión de alimento durante los atracones:

Tipo purgativo. Éste subtipo describe cuadros clínicos en los cuales el enfermo se ha provocado el vómito y ha hecho un mal uso de laxantes, diuréticos y enemas durante el episodio.

Tipo no purgativo. Éste subtipo describe cuadros clínicos en los que el enfermo ha empleado otras técnicas compensatorias inapropiadas, como ayunar o practicar ejercicio intenso, pero no se ha provocado el vómito si ha hecho un mal uso de laxantes, diuréticos o enemas durante el episodio.³⁰

Consecuencias

La erosión de los dientes, cavidades y los problemas con las encías son comunes en la bulimia. Los episodios bulímicos también pueden resultar en la retención de agua e hinchazón e inflamación abdominal. Ocasionalmente, el proceso de comer excesivo y purgación resultan en la pérdida de líquido y niveles de potasio bajos, que pueden causar debilidad extrema y casi parálisis; ésto se revierte cuando se administra potasio. Los niveles peligrosamente bajos de potasio pueden resultar en ritmos cardíacos peligrosos y a veces mortales. Los incidentes de esófagos rotos debido a los vómitos forzados se han asociado con dificultad aguda del estómago e inclusive con ruptura del esófago o el tubo alimenticio. Rara vez, las paredes del recto pueden debilitarse tanto debido a la purgación que llegan a salirse por el ano; ésta es una condición grave que requiere de cirugía.

Cardiovasculares: los vómitos, uso de laxantes, diuréticos pueden causar hipotensión arterial, arritmias cardíacas.

³⁰ Valdés Miyar Manuel, López Ibor Aliño Juan José, *DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, American Psychiatric Association, año 2005, pág. 538

También existe la deshidratación, pérdida de cloro, potasio, magnesio y fósforo. Estas alteraciones producen debilidad, cansancio, constipación y depresión, y pueden causar arritmias cardíacas y, en algunos casos, muerte. En las abusadoras de diuréticos aparecen edemas.

Nefropatías: El riñón puede verse afectado por la deshidratación, pérdida de potasio y empleo de diuréticos. Suelen presentarse infecciones urinarias.

Endocrinas: Son frecuentes las alteraciones menstruales.³¹

Pulmonares: Las micro aspiraciones que a veces acompañan a los vómitos pueden causar espasmo bronquial y neumonitis.

Gastrointestinales: Las alteraciones a éste nivel son severas y frecuentes. Un 50 % de las pacientes las presenta. El esófago sufre con frecuencia las consecuencias de los vómitos. El contenido ácido del estómago, en contacto con la pared esofágica es altamente lesivo. Puede producir esofagitis, erosiones, úlceras y sangrado frecuente. La rotura esofágica puede llevar al riesgo mortal. La dilatación aguda del estómago y el duodeno es otra complicación con riesgo de muerte.

Antes de pasar al siguiente punto de éste capítulo y de manera final en cuánto a estos dos trastornos presento un cuadro que contempla las diferencias relativas en cuánto a criterios de diagnóstico entre dos manuales de diagnóstico de trastornos.

31 Garnel y Garfunkel, *Psicoterapia de la Anorexia Nerviosa y la Bulimia*, ED. Guilford, año 2004, pág. 132.

<p>Tipos:</p> <p>Tipo restrictivo: durante el presente episodio de Anorexia nerviosa, la persona no se entrega regularmente a accesos de ingesta o a conductas de purgación (autoinducirse el vómito, abuso de laxantes, diuréticos o enemas).</p> <p>Tipo accesos de ingesta-purgación: durante el episodio de Anorexia nerviosa la persona se entrega regularmente a accesos de ingesta o conductas purgadoras (autoinducirse el vómito, abuso de laxantes, diuréticos o enemas).³²</p>	<p>sustitución, por lo general con píldoras anticonceptivas). También pueden presentarse concentraciones altas de hormona de crecimiento y de cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina.</p> <p>E. Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de las manifestaciones de la pubertad, o incluso está se detiene (cesa el crecimiento; en las mujeres no se desarrollan las mamas y hay amenorrea primaria; en los varones persisten los genitales infantiles). Si se produce una recuperación, la pubertad suele completarse, pero la menarquía es tardía.</p>
--	---

CRITERIOS DIAGNOSTICOS DSM-IV Y CIE 10 PARA BULIMIA NERVIOSA

DSM - IV	CIE - 10
<p>A. Episodios recurrentes de ingesta voraz. Un episodio de ingesta voraz se define por las dos características siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El comer durante un determinado periodo (durante dos horas) una cantidad de comida que es claramente superior a la que la mayoría de la gente podría comer en un periodo de tiempo similar y bajo circunstancias similares. 2. Una sensación de falta de control sobre la comida durante el episodio (la sensación de no poder parar de comer o controlar que y cuánto se está comiendo). <p>B. Conductas inapropiadas recurrentes de tipo compensatorio con el fin de prevenir el aumento de peso, como la auto inducción de vómito, abuso de laxantes, diuréticos, enemas, u otros medicamentos; ayuno o ejercicio excesivo.</p> <p>C. la ingesta voraz y las conductas inapropiadas compensatorias tienen lugar ambas, como promedio, al menos dos veces por semana durante tres meses.</p> <p>D. La auto evaluación está excesivamente influida por la forma y el peso corporal.</p>	<p>A. preocupación continuada por la comida, con deseos irresistibles de comer, de modo que el enfermo termina por sucumbir a ellos, presentándose episodios de polifagia durante los cuales consume grandes cantidades de comida en periodos cortos de tiempo.</p> <p>B. El enfermo intenta contrarrestar el aumento de peso así producido mediante uno o más de uno de los siguientes métodos: vómitos autoprovocados, abuso de laxantes, periodos intercalares de ayuno, consumo de fármacos tales como supresores de apetito, extractos tiroideos o diuréticos. Cuando la bulimia se presenta en un enfermo diabético, éste puede abandonar su tratamiento con insulina.</p> <p>C. La sicopatología consiste en un miedo morboso a engordar y el enfermo se fija de forma estricta un dintel de peso muy inferior al que tenía antes de la enfermedad, o al de su peso óptimo y sano. Con frecuencia, pero no siempre existen antecedentes previos de anorexia nerviosa con un intervalo entre ambos trastornos de varios meses</p>

³³ Ibídem. Pág. 95

<p>E. La perturbación no ocurre exclusivamente durante episodios de anorexia nervios.</p> <p>Tipos:</p> <p>Tipo purgador: durante el presente episodio de Bulimia nerviosa, la persona se entrega regularmente a vómitos auto inducidos o al abuso de laxantes, diuréticos o enemas.</p> <p>Tipo no purgador: durante el presente episodio de Bulimia nerviosa, la persona ha utilizado otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio excesivo, pero no se ha entregado regularmente a la auto inducción de vómitos o al abuso de laxantes, diuréticos o enemas.³³</p>	<p>o años. Éste episodio precoz puede manifestarse de una forma florida o por el contrario adoptar una forma menor a la larvada, con una moderada pérdida de peso o una fase transitoria de amenorrea.</p>
---	--

Como podemos observar las diferencias entre estos manuales de diagnóstico son parecidas, sólo cambian en algunos aspectos. Entre tanto se ha tomado más en cuenta a los criterios que nombra el DSM-IV, ya que contempla las principales variables dentro de esta investigación, tales como la relación entre la comida y el ejercicio.

Así como hemos visto las diferencias y similitudes entre Bulimia y Anorexia de acuerdo a los manuales mencionados, A continuación tenemos una tabla de diferencias entre estos trastornos.

ANOREXIA	BULIMIA
<p>CONDUCTAS PATOLOGICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conducta alimentaría restrictiva o dietas severas. • Rituales con la comida (contar calorías) • Miedo intenso a engordar. • Luchan por mantener el peso por debajo de lo normal. • Exceso de actividad física 	<p>CONDUCTAS PATOLOGICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intensa y constante preocupación por la comida. • Atracones, como de forma compulsiva. • Miedo a engordar. • Vómitos provocados. • Abusan de laxantes o diuréticos.
<p>SIGNOS FISIOLÓGICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pérdida progresiva de peso. • Amenorrea (ausencia de menstruación). • Pérdida del cabello. • Sensación constante de frío 	<p>SIGNOS FISIOLÓGICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inflamación de las parótidas. • Pequeñas rupturas vasculares en la cara o bajo los ojos. • Irritación crónica de la garganta. • Pérdida de piezas dentales
<p>CAMBIO DE ACTITUD</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambió de carácter (irritabilidad, ira). • Depresión. • Auto desprecio • Aislamiento social. 	<p>CAMBIO DE ACTITUD</p> <ul style="list-style-type: none"> • Modificación del carácter (depresión, sensación de pérdida de control). • Severa autocrítica. • Cambios en la autoestima con relación al peso corporal.³⁴

Como hemos visto el origen de los problemas de alimentación son de origen multifactorial, por lo cual se necesita que el tratamiento sea multidisciplinario, es decir; Médico, Psicólogo, Trabajador Social, Enfermeras, por mencionar algunos.

³⁴<http://www.educaweb.com/EducaNews/interface/asp/web/NoticiasMostrar.asp?NoticialID=733&SeccioID=1100> Mayo 2007

Es necesario tener en claro que el primer paso para comenzar un tratamiento es la aceptación del trastorno, ya que de lo contrario la recuperación será complicada.

A continuación se menciona algunos tipos de tratamiento para dichos trastornos.

El tratamiento consiste básicamente en fomentar el cambio de los hábitos alimentación procurando el subir de peso, a continuación algunos puntos que pueden complementar el tratamiento.

- Un cambio de hábitos es una modificación a largo plazo, que se va adquiriendo con el tiempo.
- Se deben fijar metas muy concretas y a corto plazo; al lograrlas posteriormente se tiene que planear nuevas metas.
- Se debe evitar el uso de un diario de todo lo que se come en el día, es muy importante ser sincero y preciso al registrar.
- Hacer tres comidas al día, sin pasar por alto ninguna de ellas.
- Se recomienda comer siempre sentado y si se encuentra en casa, utilizar la mesa.
- La presentación de los platillos debe ser agradable, y consumir cada uno por separado.
- Las porciones deben ser ajustadas a las necesidades de cada persona.
- El tiempo que se dedique a cada comida debe ser como mínimo entre veinte y treinta minutos.
- No es obligatorio comerse completamente la porción servida, el consumo debe ser hasta sentirse satisfecho.
- No deben de existir alimentos prohibidos, limitar su consumo es la mejor opción.

- Planear comidas balanceadas.
- La dieta debe ser variada, pero no en exceso ni en defecto.³⁵

Una de las herramientas más utilizadas dentro del tratamiento de pacientes afectadas por algún TCA es la terapia cognitivo conductual. En el tratamiento conductual sugiere que lo que se tiene que hacer es anotar el uso que se le da a la comida en un día típico, en el punto donde se encuentra el paciente.

Lo que hace la terapia conductual es modificar los patrones alimentarios, cumpliendo con las pautas de alimentación e indicaciones que se le hagan al respecto y así también ir aumentando su peso progresivamente. Es fundamental no permitir el estancamiento del peso, debido a que se corre el riesgo de cronicar el trastorno. La mayor parte de los programas conductuales se basan en la utilización del refuerzo positivo contingente al aumento de peso. Mientras que la terapia cognitiva es un proceso de “descubrimiento” de un sistema de creencias.

Esto depende de que la persona tenga la disposición de practicar alternativas. Trata de corregir los pensamientos y actitudes disfuncionales relacionados con la alimentación, la imagen corporal y con la autoestima en general, así como proporcionar recursos para afrontar situaciones que pudiera afrontar en el plano social.

La terapia familiar es una parte fundamental para el tratamiento. La familia debe ser orientada e introducida como un elemento muy importante del proceso. En ocasiones la persona que presenta anorexia tiene rechazo hacia el núcleo familiar, posiblemente el origen del problema sea la misma familia, por ésto la familia debe de participar de

³⁵ García Suárez Elia Lucero, *Anorexia y Bulimia: fenómenos poco comprendidos que tienen una solución. Una investigación documental*, Tesis, Facultad de Psicología UNAM año 2002 pág. 85

manera cercana en el tratamiento, sobretodo éste recurso funciona con los pacientes que viven en casa de parientes.

En el caso de que la familia no se involucre, las personas que deben interactuar en el proceso son las del círculo más cercano del paciente (amigos, parejas, etc.).³⁶

La familia es el núcleo fundamental de la comunicación afectiva, representa el principal apoyo, la terapia familiar suele ser difícil para las partes, no es fácil aceptar y afrontar problemas que incluso llegan a ser desconocidos para uno o varios miembros de la familia.

El Trabajador Social también ayuda a la comprensión del padecimiento del paciente, pero esta cuestión será revisada a fondo en el siguiente capítulo.

La terapia familiar intentará explorar que ha pasado en la familia para que la persona en cuestión haya llegado a presentar un TCA, de igual manera trata de solucionar los conflictos generados.

A la familia por lo general es difícil afrontar la situación que vive el familiar en cuestión. Averigua si el entorno familiar afectó al paciente, por lo que si es el caso, la parte familiar debe afrontar la situación en apoyo al tratamiento, es decir dejarse orientar en beneficio del paciente.

El objetivo relevante de esta terapia es armonizar las tendencias diversas de la familia, e integrar y resolver los conflictos que pueden surgir entre los diferentes miembros de la familia. Trata de solucionar el conflicto del entorno del paciente.

Algunas recomendaciones dentro de la terapia familiar para el trato y el manejo del paciente.

1. Expresar inquietudes y sentimientos con toda honestidad.
2. Evitar relacionarse a través de la comida.
3. Definir responsabilidades a cada miembro, incluyendo al paciente.

³⁶ Ibidem. Pág. 87

4. Alternar la independencia. Es decir, evitar la sobreprotección del paciente.
5. Respetar su terapia.
6. Prepararse para el cambio, es difícil de afrontarlo, pero aun con la recuperación no significa que será el de antes.

Para que el tratamiento tenga éxito es indispensable la participación familiar, está entre otros objetivos tiene el establecer una relación terapéutica con todos los miembros, establecer un contrato para el tratamiento con la familia que se base en los problemas del paciente anoréxico.³⁷

La Psicoterapia de Grupo es particularmente útil en los trastornos de alimentación. Para lograr grupos efectivos, se necesita llevar a cabo una cuidadosa selección de los miembros que lo van a conformar, no se recomienda para personas que tienen alto nivel de negación, baja motivación y poca capacidad de socialización, se debe de tomar en cuenta que algunos pacientes utilizan al grupo como un medio de resolución de crisis lo cual hace que en posterior a éste lo abandone.

Cabe señalar que la terapia con orientación psicoanalítica, psicodinámica o de cualquier tipo no funcionará mientras que el síntoma continúa activo.

Dentro de la terapia en grupo se encuentran:

- Grupos de pacientes hospitalizados.
- Grupos de pacientes no hospitalizados.
- Grupos mixtos de pacientes no hospitalizados.
- Grupos de padres y esposos.
-

También tenemos el tratamiento psicodinámico y el psicoanálisis, estas técnicas son orientadas de manera que brindan apoyo al paciente y se

³⁷ Ibídem. Pág. 88

centra sobre aspectos respecto a la lucha por la autonomía y el control personal, se orienta a los antecedentes de la enfermedad, que tiene como principio un trastorno del desarrollo.³⁸

La psicoterapia individual, de manera resumida, es la exploración de la propia historia, es donde el paciente comprenderá que su TCA no sólo era una manera de sobrellevar la situación, sino la mejor manera en ese momento. Es decir, que la persona necesitaba un trastorno alimentario. La psicoterapia individual expresiva y de apoyo casi siempre toma varios años de esmero trabajo debido a las grandes resistencias que posee el paciente anoréxico, a continuación cuatro puntos que se deben de tener en cuenta:

1. Evitar los intentos excesivos en tratar de cambiar la conducta alimentaria
2. Evitar las interpretaciones tempranas en la terapia.
3. Monitorear cuidadosamente la contrasferencia.
4. Examinar las distorsiones cognitivas.

El internamiento o la hospitalización es una alternativa que se debe tener en cuenta si se cree necesario un control exhaustivo de la ingesta, en general de las conductas que la paciente presente.

El ingreso hospitalario está indicado cuando la pérdida de peso pone en peligro la vida del paciente, cuando ya no puede ser tratado en tratamiento ambulatorio o cuando existe riesgo de suicidio.

Otros indicadores pueden ser: desmayos, entumecimiento o parálisis de extremidades, o extrema debilidad. Estos síntomas revelan un desequilibrio en los niveles de electrolitos (potasio y sodio), que pueden provocar infartos, sangre en la orina, las heces fecales o el vómito, peso

³⁸ Ibidem. Pág. 90

excesivamente bajo o debido a que su dinámica familiar se ha vuelto insostenible.³⁹

El aumento de peso por medio de un plan alimentario, elaborado por un experto en nutrición, en ocasiones el tratamiento farmacológico (la utilización de antidepresivos en la anorexia nerviosa está limitado generalmente los síntomas depresivos se alivian cuando el estado de inanición es mejor, aunque en ocasiones puede persistir los síntomas depresivos, para la bulimia nerviosa los antidepresivos tales como la flouxetina, trazodona, imipramina, desipramina pueden ayudar en la reducción de los atracones y vómitos), la terapia individual y familiar deben de ser antes del internamiento y deben continuar con la misma.

En los casos en que la paciente presenta una negación profunda al ingerir alimento, se le alimenta por vía sonda nasogástrica (tubo que entra por la nariz y baja por la garganta hasta el estómago) o por la endovenosa. En cuánto al tratamiento en consulta externa debe tener objetivos claros y concretos, para lograr un aumento progresivo de peso así como la reducción en los ciclos de atracones y purgas, tomando en cuenta que esta labor debe ser llevada de una manera conjunta entre el equipo multidisciplinario, ya que el aporte de cada una de estas partes es de vital importancia para el éxito del tratamiento.

Actualmente también se trata a los pacientes por medio de la Programación Neurolingüística (P.N.L). Surge en los años sesenta, sus fundadores Richard Bandler matemático de la Universidad de California y Jhon Giinder, doctor en lingüística.⁴⁰

³⁹ Garnel, Garfunkel, *Psicoterapia de la anorexia nerviosa y la bulimia*. ED Guilford, año 2004, pág. 146

⁴⁰ González Norma Verónica, *Trabajo recepcional taller de intervención profesional Intervención social en familias*, ENTS-UNAM, año 2004 pág. 32

Se fundamenta en el estudio de aspectos del individuo que comprende las formas como escogemos para organizar nuestras ideas y pensamientos, es decir, los programas mentales a través de los cuales obtenemos resultados.

Neurología: considera que todo comportamiento proviene de los procesos mentales invisibles del pensamiento y que se ven reflejados en los reflejos en las reacciones fisiológicas visibles frente a las ideas y acontecimientos.

Lingüística: se refiere que a partir del lenguaje ordenamos los pensamientos, las conductas, se establece una comunicación con los otros y constituye su propia realidad.

1.2.4. Trastornos de la conducta alimentaría no especificados

Existe otro apartado definido principalmente dentro del DSM - IV abarca aquellas conductas que no necesariamente describen un TCA en específico.

Cabe aclarar que no por está cuestión es menos importante éste apartado, ya que representa un trastorno que afecta a un sin número de población alrededor del mundo.

De acuerdo con el DSM IV las siguientes son sus principales características.

La categoría "trastorno de la conducta alimentaría no especificada" se refiere a los trastornos de la conducta alimentaría que no cumplen con los criterios para ningún trastorno de la conducta alimentaría específica.

Algunos ejemplos son:

1.- En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, pero las menstruaciones son regulares.

- 2.- Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad.
- 3.- Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de dos veces por semana o durante menos de tres meses.
- 4.- Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal.
- 5.-Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.
- 6.- Trastorno compulsivo: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa. ⁴¹

Aparte de los presentados existen tres alteraciones más, que no están propiamente contemplados dentro de los manuales de diagnóstico: el primero denominado *binge eating*⁴², se caracteriza principalmente de una compulsión hacia la comida, es decir, la persona afectada se limita a ingerir grandes cantidades de comida (de igual manera que la bulimia), sólo que no recurre a medidas compensatorias como el ingerir laxantes o inducir el vómito. Algunos autores mencionan que está contemplado dentro de los Trastornos de la conducta alimentaria no especificados.

Mientras que el segundo es llamado *vigorexia*, que no está incluida en las clasificaciones de trastornos psicológicos o psiquiátricos, se ha

⁴¹ DSM-IV *Manual de Diagnóstico y estadísticos de los Trastornos Mentales*, ED Masson año, 1995 pág. 29

⁴² García Suárez Elia Lucero, *Anorexia y Bulimia: fenómenos poco comprendidos que tienen una solución. Una investigación documental*, Tesis, Facultad de Psicología UNAM año 2002 pág. 93

llegado incluso a denominar "la anorexia de los noventa". Aunque no es un trastorno alimentario, se asimila a ellos en la evidencia de sus síntomas: son personas que en su obsesión por verse musculosas, al mirarse al espejo se ven enclenques. Se pesan varias veces al día ya hacen comparaciones con otros compañeros del gimnasio, al que acuden con exagerada regularidad.⁴³

Las personas afectadas siguen dietas bajas en grasas y ricas en hidratos de carbono y proteínas con el propósito de aumentar su masa muscular. Tienen más riesgo de abusar de sustancias como hormonas y anabolizantes esteroideos.

La vigorexia ha sido denominada así por la psiquiatría estadounidense en la Facultad de Medicina en Belmonte (Massachussetts), en las universidades de Providece y Keele.

Los estudios en que se basa han sido publicados en la revista "Psychomatic Medicine", y fueron realizados entre adictos a la musculación, comprobado que entre los más de nueve millones de estadounidenses que acudían regularmente a gimnasios, cerca de un millón podrían estar afectados por está alteración.

La anorexia atlética correspondería a algunos deportistas que voluntariamente restringen la ingesta, en aras de aumentar su rendimiento. Simultáneamente a la pérdida de peso aparecen rasgos obsesivos y fóbicos similares a los observados en las anoréxicas, por lo general éste tipo de alteración se presenta en personas que practican disciplinas que exigen un peso en específico tales como el ballet, boxeo por mencionar algunas.

Por último, existe un fenómeno que sucede cuando una persona lleva a cabo una "huelga de hambre" por unos días, al desaparecer las

⁴³ Feinsten C. Sherman Sorosky Arthur, *Trastornos de la alimentación*. ED Nueva Visión. Buenos Aires año 1998, Pág. 113.

contracciones, la sensación de malestar y debilidad, al momento que son sustituidas por una cierta placidez y buen ánimo hace que en los afectados se observe una entereza admirable

Algunos la llaman "la teoría de la felicidad" ya que éste fenómeno podría deberse a la producción masiva de endorfinas como consecuencia de una restricción severa de la alimentación. ⁴⁴

1.2.5. Factores de riesgo y factores protectores

Los factores de riesgo son aquellos que inciden negativamente en el estado de salud del sujeto individual o colectivo, contribuyen al desajuste o bien al desgaste al desequilibrio de una situación en específico, y esto, en la medida que hace vulnerable al individuo, incrementa la probabilidad de enfermedad en la que se facilitan las condiciones para la manifestación de alguna enfermedad o como en éste caso los TCA.

El riesgo de desarrollar alguna alteración es el resultado de la interacción de disposiciones personales y de factores de riesgo. Ésto nos dice que los factores de riesgo que pueda presentar nuestro universo de estudio a largo plazo pueden llegar a afectar a los mismos.

En cuánto a los factores de riesgo de los Trastornos de Conducta Alimentaria, estos se dividen en diferentes rubros. Tanto Striegel Moore, Silberns y Rodin como Garfinkel, Garner y Goldbloom han especificado

⁴⁴ Serrato Azat, *Anorexia y Bulimia Trastornos De Conducta Alimentaria*, Colección de obras de Psicología, ED Libro Hobby Club, Madrid, año 2007 pág. 161

tres categorías de factores de riesgo presentes al inicio y/o en la cronicidad de los desordenes alimenticios.⁴⁵

La primera clasificación se refiere a los factores de riesgo asociados con la imagen corporal, la comida, actitud hacia la obesidad/delgadez; auto atribución positiva/negativa, figura real, ideal e imaginaria; peso deseado; y atraktividad ligada a delgadez, entre otras.

La segunda son los factores asociados con la conducta alimentaria, siendo el más importante el seguimiento de dieta restrictiva, atracones (binge eating), conducta alimentaria compulsiva, hábitos alimentarios inadecuados, ayunos, saltarse alguno de los alimentos principales (desayuno, comida o cena), disminuir o evitar alimentos considerados de alto contenido calórico (engordadores); y consumo de productos "Light".

En tercer lugar tenemos a los relacionados con el cuerpo biológico: peso corporal, talla o estatura, madurez sexual, amenorrea y en cuarto lugar, todas aquellas prácticas compensatorias tales como: ejercicio excesivo (10 hrs. o más por semana); y uso de alguno de los siguientes productos con el propósito de control de peso: inhibidores de hambre, laxantes, diuréticos y consumo excesivo de agua (más de dos litros al día) y de fibra.

Es importante tomar en cuenta que las conductas alimentarias pueden tornarse conductas de riesgo, es decir, el seguimiento de dietas, restrictivas, ayunos, saltarse comidas, entre otras. Afectan directamente con el estado de salud/enfermedad de un sujeto individual o colectivo. Los desordenes alimentarios se caracterizan por severas alteraciones en

⁴⁵ Alvarado Griselda, Gómez Peres Mitre Gilda. *Trastornos de la alimentación, factores de riesgo en tres diferentes grupos de edad: Pre Pubers, Pubers y Adolescentes*, Revista Mexicana de Psicología, Volumen 8 número 3 año 2001 UNAM. Pág. 12

la conducta alimentaria. Lo mencionado nos indica que las conductas de alimentación que lleven a saltarse comidas o a optar por prácticas compensatorias tales como el ejercicio o ingerir en exceso agua a diario representan puntos que deben ser considerados para abrir paso a acciones de prevención.⁴⁶

Cabe aclarar que para esta investigación se le da más importancia a los factores asociados con la conducta alimentaria y prácticas compensatorias como la actividad física excesiva.

Así como los factores de riesgo hay que considerar los factores de protección, éstos pueden considerarse como puntos de prevención que ayuden a evitar el aumento de la incidencia de casos, o en éste caso tratar (el de la ENTS) de evitar que ciertas conductas de alimentación, que en ocasiones parecen inofensivas pero al practicarlas con regularidad, puedan convertirse en factores de riesgo que a la larga lleven a la adquisición de algún TCA.

Como dentro de la presente investigación es retomar los factores de riesgo relacionados con la alimentación y la actividad física, recordemos los significados:

La alimentación comprende un conjunto de actos voluntarios y conscientes que van dirigidos a la elección, preparación e ingestión de los alimentos, fenómenos muy relacionados con el medio sociocultural y económico (medio ambiente) y determinan al menos en gran parte, los hábitos dietéticos y estilos de vida.

⁴⁶ *Ibidem*. Pág. 14

Mientras que la actividad física, es la serie de movimientos por un mínimo tiempo de treinta minutos, donde la mayoría de los músculos se ven involucrados. ⁴⁷

El ejercicio físico es la actividad física recreativa, que se realiza en momentos de ocio o de tiempo libre, es decir fuera del trabajo o actividad laboral. Es una afición que obtiene una vivencia placentera, comunicativa, creativa y social de nuestras prácticas corporales.

El ejercicio físico implica la realización de movimientos corporales planificados y diseñados específicamente para estar en forma física y gozar de buena salud. El término de ejercicio físico incluye el de gimnasia, baile, deporte y educación física. ⁴⁸

De esta manera se puede definir los siguientes puntos para la prevención:

- Proporcionar información sobre una alimentación equilibrada.
- Promover hábitos alimenticios sanos.
- Desarrollar herramientas que reduzcan los efectos sobre las diferentes influencias socioculturales.
- Promover la actividad física de acuerdo a las posibilidades de cada persona. ⁴⁹

⁴⁷ Manzano Pablo; Ogden Jane, *Psicología de la alimentación: comportamientos saludables y trastornos alimentarios*, ED. Madrid: Morata, año 2005. Pág. 104

⁴⁸ *Ibidem*. Pág. 107

⁴⁹ García Suárez Elia Lucero, *Anorexia y Bulimia: fenómenos poco comprendidos que tienen una solución. Una investigación documental*, Tesis, Facultad de Psicología UNAM año 2002 pág. 97

1.3. EL TRABAJADOR SOCIAL Y SU FUNCIÓN EN EL ÁREA DE LA SALUD

1.3.1. El Trabajo Social

En ocasiones hay personas que confunden las funciones del trabajo social o el mismo concepto, por lo general las que tienen una clara concepción de lo que implica ser un Trabajador Social son las que han requerido del servicio de algún Trabajador Social.

El trabajo social tiene diversas definiciones, una de ellas es la que la describe como una disciplina de las ciencias sociales que mediante tecnología científica contribuye al conocimiento de los problemas y recursos de la comunidad, en la educación, organización y movilización de la colectividad, así como en la planificación y administración de acciones, todo ello con el propósito de lograr las transformaciones sociales para el desarrollo integral del hombre.⁵⁰

El trabajo social estudia al hombre en su situación social, a través de una tecnología social, que le permite determinar sus necesidades, carencias y de esta manera promover la atención de las mismas, a fin de lograr su bienestar social.

La "tecnología social" justifica una forma de racionalidad determinada, implica un tratamiento sistemático, una forma de analizar un problema y luego derivar su sistema logístico y soporte, que incluye recursos materiales y humanos orientados a la solución de ese problema. Esencialmente es un enfoque científico de los problemas prácticos, mediante la ayuda de una metodología.⁵¹

⁵⁰ Sánchez Rosado Manuel, *Elementos de la Salud Pública*, ED Méndez Cervantes, México año 1991 pág. 242.

⁵¹ Valerio Chávez Aída, *El Trabajo Social en México: Desarrollo y Perspectivas*, ENTS-UNAM, México año 1999 pág. 133.

El término “situación social” representa el conjunto de necesidades homogéneas que experimentan los grupos sociales, sus concordancias en cuanto a esas necesidades y el influjo que determinados acontecimientos crean un ambiente social especial, o suscitan estados anímicos homogéneos y compartidos. Su permanencia es repetible en determinados momentos y guardan una relación dialéctica dentro del proceso histórico de la sociedad.

Las necesidades sociales pueden definirse de acuerdo a determinadas categorías de actividades sociales permanentes o a largo plazo, tales como la alimentación, la salud, el empleo, la educación, la vivienda, así como diversas clases de servicios que tipifican el consumo colectivo.⁵²

Dependiendo de un criterio objetivo, estas necesidades son consideradas la escasez relativa de una normalidad socialmente justa, y que, pueden ser satisfechas a través del desarrollo social, el cual promueve la elevación de los niveles de vida de los individuos y grupo sociales, fundamentalmente de los sectores marginales que presenta mayor rezago social y pobreza.

El profesional debe tener una conciencia de los fines y objetivos que se pretenden a partir de su práctica, por lo que su formación al ser polivalente le permite tener identidad y claridad de su especificidad.⁵³

Algunos autores mencionan que constituye una disciplina científica, con un contenido propio y autónomo, integrado por: un conjunto sistemático y coherente de conocimientos trasmisibles; unos métodos para obtener unos resultados; unas actitudes profesionales; una filosofía, ética y organizaciones profesionales dedicadas a promover el progreso mediante el estudio y la investigación. Hoy es una ciencia que se enseña y se aprende. Lo más decisivo en el trabajo social es el conocimiento de las gentes.⁵⁴

⁵² *Ibidem*. Pág. 133.

⁵³ *Ibidem*. Pág. 134.

⁵⁴ Moix Martínez Manuel, *Introducción al Trabajo Social*, ED Trivium, Madrid España año 1991 pág.245

Ésto es en cuánto a algunas definiciones que explican la naturaleza de está profesión, que ha tomado forma a lo largo de la historia.

1.3.2. *Funciones del trabajador social*

Una vez visto algunas definiciones del trabajo social, también es necesario recordar algunas de las funciones que tiene, estas son:

- Aplicar el proceso de investigación científica a fin de llegar al conocimiento de la realidad social.
- Orientar a la población para la formación de una conciencia crítica.
- Participar en la planeación y programación social para la atención de problemas colectivos.
- Promover la organización y movilización social.
- Participar en el proceso administrativo de los programas de bienestar social.
- Promover políticas sociales que impulsen las transformaciones tendientes al mejoramiento de las condiciones de vida de la población.⁵⁵

Entre otras tenemos las de investigación, planeación, capacitación, orientación, gestoría, administración, educación social, promoción, coordinación, asistencia, supervisión y evaluación.

En las áreas de acción del trabajo social observamos las siguientes: salud, educación, vivienda y urbanismo, empleo, por mencionar algunas.

⁵⁵ Sánchez Rosado Manuel, *Elementos de la Salud Pública*, ED Méndez Cervantes, México año 1991 pág. 243.

De acuerdo a diversos autores tenemos que difieren en algunos aspectos, ya que incluyen o especifican más dichas áreas, sin embargo; sólo retomará el área de nuestro interés, ésto es el trabajo social psiquiátrico. Desde los años cuarenta Alfredo M. Saavedra describe el área de trabajo social hospitalario, pero fue María Castellanos en la década de los cincuenta que incluye el trabajo social psiquiátrico.⁵⁶

Cobró fuerza gracias al interés de la Dra. Matilde Rodríguez Cabo, en 1977, la metodología del trabajo social se fortaleció con la creación del curso de trabajo social psiquiátrico.

El Trabajo Social Psiquiátrico es la especialidad que atiende el medio social del individuo con padecimiento mental, con la finalidad de coadyuvar en el desarrollo las óptimas condiciones de bienestar, y a su vez permita una adecuada inserción biopsicosocial en el individuo que padece una enfermedad mental. Persigue la rehabilitación o reestructuración de la personalidad del paciente y la profilaxis psicosocial, que tiende a evitar los desajustes humanos.

Se enfoca principalmente en la familia del paciente psiquiátrico debido a que la estructura de la familia y los aportes que está tenga hacia el paciente afecta profundamente el avance o retroceso de la persona con padecimiento psiquiátrico desde los más leves hasta los casos graves.

Esto ha sido la función principal dentro de está área, por medio del trabajo de caso individualizado, de grupos psicoeducativos y de orientación.

1.3.3. El perfil del trabajador social en salud

⁵⁶ Valerio Chávez Aída, *El Trabajo Social en México: Desarrollo y Perspectivas*, ENTS-UNAM, México año 1999 pág. 136.

Por lo general el trabajador social en salud es el que se concentra en los problemas de los pacientes y sus familias. En éste campo de práctica, el Trabajo Social se basa en ciertas premisas relativas a la relación de los problemas médicos con los factores sociales y psicológicos, a saber el mantenimiento de la buena salud y su recuperación están afectados por las condiciones culturales, sociales y económicas; la enfermedad de un miembro de la familia rompe, con frecuencia el equilibrio de ésta, y afecta a la capacidad de lucha, tanto el paciente, como de los demás miembros de la familia; el tratamiento médico puede a veces ser incompleto, o incluso imposible, si el paciente y su familia no reciben apoyo social o asesoramiento; la acción comunitaria es necesaria para ayudar a mucha gente a hacer uso de los servicios médicos y a la colaboración entre el personal médico y otros especialistas resulta con frecuencia eficaz, para resolver los problemas socio-médicos.⁵⁷

1.3.3.1. Perfil profesional en el plan de estudios

De acuerdo a la formación tenemos que el licenciado en Trabajo Social es el profesionalista que a través de los métodos de las ciencias sociales:

- Conoce, interpreta e interviene en la realidad social y sus problemáticas
- Registra los distintos fenómenos, a la vez que juzga y valora comportamientos de individuos y grupos
- Aplica metodologías para la adquisición de conocimientos de tales comportamientos para identificar y jerarquizar las necesidades sociales y los recursos existentes para enfrentarlas
- Trabaja en equipos inter o multidisciplinarios
- Elabora, ejecuta y evalúa programas y proyectos sociales
- Asume, cuando se requiere, el papel de líder

⁵⁷ Moix Martínez Manuel, *Introducción al Trabajo Social*, ED Trivium, Madrid España año 1991 pág.541.

- Realiza investigaciones utilizando metodologías científicas y recursos que proporciona la informática

Como profesional, el licenciado en Trabajo Social puede realizar sus funciones en instituciones del sector público, social y privado, en las siguientes áreas: salud, educación, vivienda, ecología, alimentación y abasto, jurídico penal, seguridad social, asistencia social y laboral, derechos humanos, promoción y desarrollo social en área rural o urbana, turismo social, así como en el ámbito empresarial e industrial.

El plan de estudios aprobado en 1996, está conformado por 45 asignaturas obligatorias organizadas en cuatro áreas de conocimiento y 366 créditos:

- Histórico Social
- Sujeto y Hábitat
- Política Social y Necesidades Sociales
- Metodología y Práctica del Trabajo Social ⁵⁸

Dentro del plan que consta de nueve semestres, se puede rescatar algunas asignaturas que se retoman para la realización del presente trabajo de investigación; por ejemplo, Necesidad y Problemas Sociales, Teoría de Grupos, Investigación Social, Estadística Aplicada a la Investigación Social, Programación Social, Evaluación de Proyectos Sociales y Salud Mental.

1.3.4. El trabajo social y la salud

Ya hemos visto el concepto de Trabajo Social, ahora es importante rescatar su labor dentro del sector salud y dada la naturaleza de esta investigación se llevará al plano de la salud mental.

El ámbito de la salud mental es uno de los principales lugares para la práctica del trabajo social. Dicha práctica es necesaria tanto para el buen tratamiento clínico de los individuos y de las familias con

58

<http://www.trabajosocial.unam.mx/index.php?module=PostWrap&page=Plan> Julio 2008

dificultades, como para hacer que las instituciones respondan a las necesidades de las personas atendidas para reforzar los servicios existentes y para promover la creación de nuevos servicios.⁵⁹

El trabajador social, con sus conocimientos y técnicas propias, es un miembro indispensable, un profesional más, dentro del equipo terapéutico; y en el ámbito de lo relacionado con la salud mental con unas funciones específicas y concretas.

La variedad de profesionales en un equipo favorece el trabajo y permite, dentro del quehacer médico, satisfacer sus objetivos. De esta forma el equipo se constituye como una totalidad de sujetos interdependientes que explícitamente han dedicado unirse para realizar una acción común. A esta totalidad cada uno de los miembros aporta su ciencia, sus conocimientos, su competencia, su experiencia, su técnica y también su persona.

Esta tiene que ver con el desarrollo de personalidades emocionalmente maduras, que contribuye a una vida más satisfactoria, eficaz y libre de inhibiciones. Es el estado de bienestar emocional, producto del ajuste del individuo a su realidad interna y externa y que se manifiesta por buenas relaciones interpersonales, estabilidad, productividad, adaptabilidad y capacidad de obtener en su oportunidad biológica y social.

También se puede definir como el equilibrio dinámico y armónico de los estados del individuo que permiten su adaptación o ajuste a su medio ambiente constructivo, atendiendo por éste el espacio que presenta las condiciones óptimas para el desarrollo adecuado de sus potencialidades y se manifiestan en un estado de bienestar. Es el resultado de la armonía entre los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del individuo, el desequilibrio entre ellos general como

⁵⁹ Gómez Lavín Carmen, Zapata García Ricardo, *Psiquiatría, Salud Mental y Trabajo Social*, ED Eunate, España, año 2000 pág. 85.

consecuencia un trastorno mental, tales como los retomados en ésta investigación.⁶⁰

Los hospitales mentales o manicomios, que fueron construidos en el siglo XIX, en el marco de una tendencia general hacia la asistencia interna, fueron con frecuencia considerados a mediados de siglo, como inútiles y hasta dañinos para quienes pretendían ayudar.

Se originó, así un movimiento llamado de “desinstitucionalización”, encaminado a sacar de los manicomios a los pacientes mentales, para reintegrarlos a la comunidad, éste cambio se aceleró considerablemente durante los años sesenta.

Y de éste modo se fueron sustituyendo los manicomios por centros comunitarios de salud mental.⁶¹

Los trabajadores sociales colaboran con los psiquiatras y psicólogos en la determinación o evaluación de la perturbación padecida por el paciente y su familia. Y a veces son considerados los más expertos de los tres en el análisis de las relaciones familiares, pudiendo desempeñar un papel fundamental en éste aspecto de la evaluación.

Los trabajadores sociales experimentados ganan con frecuencia la credibilidad y la autoridad necesarias para ejercer autónomamente tanto en materia de evaluación, como en la de tratamiento. Sin embargo; no hay que olvidar el trabajo entre los integrantes del equipo interdisciplinario. Por lo general la contribución que da el trabajador social al psiquiatra es la comprensión de la dinámica familiar, de la personalidad humana y de su funcionamiento, así como a la ayuda de los individuos perturbados o aquejados de diversos desordenes personales o emocionales.⁶²

⁶⁰ Hornato Garduño Erika, Osnaya Castillo Ulises, *Dinámica familiar del paciente con diagnóstico de esquizofrenia*, Tesis ENTS-UNAM, año 2004 pág. 21

⁶¹ Moix Martínez Manuel, *Introducción al Trabajo Social*, ED Trivium, Madrid España año 1991 pág.543.

⁶² *Ibidem*. Pág. 544

Tanto el trabajador social como el psiquiatra se ocupan de la gente agobiada por problemas personales y sociales, los dos la ayudan a mejorar sus relaciones sociales, ambos también se interesan por sus sentimientos y emociones, poseen la sensibilidad y la preparación necesarias, para poder comprenderlos y dirigirlos.

La diferencia está en que la psiquiatría se centra en la patología y en la curación de la enfermedad, intentando su tratamiento, mientras que el trabajo social se concentra en las fuerzas y en el desarrollo de las potencialidades, para resolver los problemas que se producen en las relaciones humanas. El psiquiatra hace hincapié en la dinámica interna del comportamiento individual y grupal, poniendo el énfasis en la dinámica intrapsíquica, ahondando en las motivaciones inconscientes y controlándolas; el trabajador social, por el contrario se ocupa fundamentalmente del funcionamiento social, así como de los factores sociales y comunitarios y de las interacciones que éste implica, empleando los recursos brindados por el entorno y por la comunidad, y actuando, por lo general, en el plano consciente del comportamiento.

63

Esto quiere decir que los psiquiatras tratan médicamente a sus pacientes, les recetan la oportuna medicación y prescriben, en su caso, su hospitalización, teniendo a enfocar su atención en los factores intrapsíquicos y en el subconsciente, y pretendiendo principalmente la reorganización de la personalidad individual, mientras que los trabajadores sociales, por el contrario tratan de emplear todos los recursos de la comunidad, llegando a manejar a veces muy diversos recursos para mejorar las relaciones sociales, y trabajan frecuentemente con matrimonios o familias, en lugar de hacerlo con personas individuales. 64

⁶³ Ibídem. Pág. 251

⁶⁴ Ibídem. Pág. 252

El trabajador social está, por formación y experiencia, cualificado profesionalmente para prestar servicios directos de diagnóstico, prevención, desarrollo, apoyo y rehabilitación a individuos, familias y/o grupos cuyo funcionamiento se ve amenazado o afectado por el estrés social y psicológico o por una alteración de la salud.

Su objetivo es identificar y analizar los factores causales de orden familiar y social que propician alteraciones en la salud mental individual, grupal y a nivel comunidad y así contribuir a su tratamiento y rehabilitación del paciente y su familia.

En la psiquiatría crea o desarrolla relaciones humanas, cada vez más satisfactorias entre los pacientes, sus familiares, el grupo terapéutico y la sociedad. De ahí, se puede definir las siguientes misiones:

- Prevención de la enfermedad mental mediante la detección precoz de casos potenciales, la explicación de los servicios clínicos a los usuarios y en su caso, el acompañamiento de los pacientes; la implementación de medidas para favorecer los contactos de postura, organizar grupos de padres y de autoayuda; colaborar en campañas de salud mental (incluyen campañas informativas y psicoeducativas sobre determinados temas, dirigidas a la población en general o a aquellos grupos de la sociedad que presentan un mayor riesgo de desarrollar alteraciones psicológicas), etc.
- Contribuir mediante una información adecuada a conocer la realidad sociofamiliar y laboral, del enfermo y a lograr un correcto diagnóstico mediante la elaboración del informe social. Éste supone una gran ayuda para el equipo terapéutico, ya que contribuye a lograr una visión esclarecedora de la situación.

A través de él, el que el equipo accede a las variables sociológicas del enfermo y puede conocer sus ambientes y circunstancias familiares, laborales y sociales.

- Señalar las directrices a seguir en un determinado enfermo, con el fin de su adaptación a la realidad social sea lo más completa posible. En especial se cuidarán los problemas laborales, familiares y sociales que se puedan plantear en la etapa post-hospitalaria.⁶⁵

Los trabajadores sociales para una mayor especificidad dentro del informe social realizan un diagnóstico basado en el Eje IV que se encuentra dentro DSM-IV.

En el Eje IV se registran los problemas psicosociales y ambientales que pueden afectar el diagnóstico, el tratamiento, el pronóstico de los trastornos mentales. Un problema psicosocial o ambiental puede ser un acontecimiento vital negativo, una dificultad o deficiencia ambiental, un estrés familiar o interpersonal, una insuficiencia en el apoyo social o los recursos personales, u otro problema relacionado con el contexto en que se han desarrollado alteraciones experimentadas por una persona, los denominados estresantes positivos, como una promoción laboral, sólo deben hacerse constar si constituyen un problema o conducen a él, como cuando una persona tiene dificultades para adaptarse a una situación nueva. Además de desempeñar un papel en el inicio o exacerbación de un trastorno mental, los problemas psicosociales también pueden aparecer como consecuencia de la psicopatología, o pueden constituir problemas que deben tomarse en consideración en el planteamiento de la intervención terapéutica general.

Cuando una persona tiene problemas psicosociales o ambientales múltiples, el clínico debe tomar nota de todos aquellos que juzgue

⁶⁵ Gómez Lavín Carmen, Zapata García Ricardo, *Psiquiatría, Salud Mental y Trabajo Social*, ED Eunate, España, año 2000 pág. 88.

relevantes. En general, el clínico sólo debe hacer constar aquellos problemas psicosociales y ambientales que hayan estado presentes durante el año anterior a la evaluación actual. Sin embargo; el clínico puede decidir el registro de problemas psicosociales y ambientales ocurridos antes del año anterior si han contribuido claramente al trastorno mental o se han constituido en un objetivo terapéutico (p. Ej., experiencias previas de combate conducentes a un trastorno pos estrés postraumático).

En la práctica, la mayor parte de los problemas psicosociales y ambientales se indicarán en el Eje IV. No obstante, cuando un problema psicosocial o ambiental constituya el centro de la atención clínica, se hará constar también en el Eje I, con un código derivado del apartado (otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica).⁶⁶

El DSM- IV plantea las siguientes categorías:

- Problemas relativos al grupo primario de apoyo: por ejemplo, fallecimiento de un miembro de la familia, problemas de salud en la familia, perturbación familiar por separación, divorcio o abandono, cambio de hogar, nuevo matrimonio de uno de los padres, abuso sexual o físico, sobreprotección de los padres, abandono del niño, disciplina inadecuada, conflictos con los hermanos; nacimientos de un hermano.
- Problemas relativos al ambiente social: por ejemplo, fallecimiento o pérdida de un amigo, apoyo social inadecuado, vivir sólo, dificultades para adaptarse a otra cultura, discriminación, adaptación a las transiciones propias de los ciclos vitales.
- Problemas relativos a la enseñanza: por ejemplo, analfabetismo, problemas académicos, conflictos con el profesor o los compañeros de clase, ambiente escolar inadecuado.

⁶⁶ DSM-IV *Manual de Diagnóstico y estadísticos de los Trastornos Mentales*, ED Masson año, 1995 pág. 29.

- Problemas laborales: por ejemplo, desempleo, amenaza de pérdida de empleo, trabajo estresante, condiciones laborales difíciles, insatisfacción laboral, cambio de trabajo, conflictos con el jefe o con compañeros de trabajo.
- Problemas de vivienda: por ejemplo, falta de hogar, vivienda inadecuada, vecindad insalubre, conflictos con vecinos o propietarios.
- Problemas económicos: por ejemplo, pobreza extrema, economía insuficiente, ayudas socioeconómicas insuficientes.
- Problemas de acceso a los servicios de asistencia sanitaria: por ejemplo, servicios médicos inadecuados, falta de transportes hasta los servicios asistenciales, seguro médico inadecuado.
- Problemas relativos a la interacción con el sistema legal o el crimen: por ejemplo, arrestos, encarcelamiento, juicios, víctima de acto criminal.
- Otros problemas psicosociales y ambientales: por ejemplo, exposición a desastres, guerra u otras hostilidades, conflictos con cuidadores no familiares como consejeros, asistentes sociales, o médicos, ausencia de centros de servicios sociales.⁶⁷

El trabajador social ejerce plenamente su profesión, en cuánto a planear y programar actividades encaminadas a formar y mantener una relación aceptable entre el paciente y su familia, pues con frecuencia se sabe que el enfermo mental es llevado a una institución psiquiátrica, cuando da muestra de hostilidad hacia los demás miembros de la familia, con el deseo de deslindar responsabilidades; a Trabajo Social le corresponde sensibilizar a los familiares sobre el

⁶⁷ *Ibidem*. Pág. 30

tratamiento médico y con éste el paciente logrará su recuperación, sin perder de vista el seguimiento de lineamientos adecuados. ⁶⁸

Ayuda en la detección de desequilibrios mentales, a nivel general puede realizar o colaborar en estudios epidemiológicos que tiendan a determinar la prevalencia la incidencia de la enfermedad mental. Para conseguir los datos el trabajador social se puede basar en la documentación facilitada por hospitales, centros psiquiátricos, psiquiatras, médicos generales, etc., o bien realizar sus propias encuestas sobre el terreno. Para ellos se valdrá de cuestionarios, entrevistas programadas o cualquier otra forma conocida de recogida de datos, como en éste caso ya que para la identificar la incidencia de factores de riesgo, realizó un instrumento para tal fin que más adelante se explicará ampliamente.

También puede descubrir “casos” de posible desequilibrio mental a través de sus contactos profesionales con las familias, los grupos, las comunidades, o bien indirectamente, formando a las personas de la comunidad en temas de salud mental de forma que ellas sean capaces de detectar los desequilibrios mentales existentes entre ellos (el suyo propio o de personas próximas) y reconocer los síntomas de inicio de la enfermedad. ⁶⁹

1.3.5. El trabajo social en la salud alimentaría

Por medio de la formación profesional y dentro de las asignaturas que cursa el futuro profesionalista conoce los problemas de la Salud Mental y de que manera el Trabajo Social puede intervenir, por lo anterior es importante comenzar a dirigir el trabajo hacia otras dimensiones que brinden otro tipo de aporte, sin olvidar ni menospreciar el citado, tal como la investigación en amenazas potenciales y de la misma manera con el trabajo realizado, elaborar directrices a seguir, con un claro objetivo, el bienestar del ser humano.

⁶⁸ Gómez Lavín Carmen, Zapata García Ricardo, *Psiquiatría, Salud Mental y Trabajo Social*, ED Eunate, España, año 2000 pág. 89.

⁶⁹ *Ibidem*. Pág. 90

II. METODOLOGIA

El presente trabajo es un estudio de campo, descriptivo, a partir del cual se planean sugerencias de trabajo e intervención en esta población.

2.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuales son los hábitos alimenticios de los estudiantes de trabajo social que puedan llevarlos a presentar trastornos de conducta alimentaria?

Objetivo.

Averiguar si los estudiantes de la Escuela Nacional de Trabajo Social presentan factores de riesgo de TCA.

De acuerdo a lo estipulado en el objetivo, el interés de esta investigación es determinar la relación entre la vida universitaria y los hábitos de alimentación.

Hipótesis.

Hi. Los estudiantes de la Escuela Nacional de Trabajo Social tienen hábitos alimenticios que pueden convertirse en factores de riesgo de algún trastorno de conducta alimentaria (TCA).

Ho. Los estudiantes de la Escuela Nacional de Trabajo Social no tienen hábitos alimenticios que pueden convertirse en factores de riesgo de algún trastorno de conducta alimentaria (TCA).

2.2. VARIABLES

Variable independiente:

Instrumento de factores de riesgo.

Variable Dependiente:

Factores de riesgo:

- Bulimia Nerviosa
- Anorexia Nerviosa
- Trastorno de la Conducta Alimentaria no Especificado.

2.3. DEFINICIÓN CONCEPTUAL

Variable independiente:

Cuestionario de factores de riesgo. No estandarizado.

Factores de riesgo asociados con la conducta alimentaria.

Variable Dependiente:

Conducta alimentaria compulsiva, hábitos alimentarios inadecuados, ayunos, saltarse algunos de los alimentos principales (desayuno, comida o cena), disminuir o evitar alimentos considerados de alto contenido calórico (engordadores); el consumo de productos "light".

Relacionados con el cuerpo biológico: peso corporal, talla o estatura.

Aquellas prácticas compensatorias tales como: ejercicio excesivo (10 Hrs. o más por semana); y uso de alguno de los siguientes productos con el propósito de control de peso: inhibidores de hambre, laxantes, diuréticos, y consumo excesivo de agua (más de dos litros al día) y de fibra.

Diseño del instrumento de detección de Factores de Riesgo de Trastornos de Conducta Alimentaria.

Se elaboró un cuestionario -que tal como se mencionó en el capítulo anterior- el trabajador social detecta posibles casos de desequilibrios mentales por medio de cuestionarios que elabora. Por lo cual se realizó un instrumento que se aplicó a la muestra de 237 estudiantes del turno matutino. Este instrumento contiene preguntas encaminadas a identificar si los estudiantes presentan los factores de riesgo mencionados. Así como crear un perfil de los mismos en cuanto a hábitos alimenticios.

2.4. DEFINICIÓN OPERACIONAL

Una de las cuestiones que caracterizan a la Escuela Nacional de Trabajo Social es la concentración femenina (también en la Escuela Nacional de Enfermería), que a comparación de otras escuelas y facultades es sin duda significativo. Sin embargo; dar a conocer y elevar su diversidad poblacional en cuestión de género podría ser objeto de otro trabajo.

De los 1049 alumnos registrados en Mayo del 2007⁷⁰ en el turno matutino, 889 son mujeres y 150 hombres. Para la elaboración de la investigación tomaremos sólo la muestra de 237 alumnos, de los cuales el 85% serán mujeres y el 15% serán hombres. Es decir 200 mujeres y 37 hombres. (La especificación de la muestra se retoma mas adelante).

A lo largo de la formación profesional dentro de la Escuela Nacional de Trabajo social y de su plan de estudios se puede observar que el trabajo en equipo y la constante búsqueda de nuevas estrategias son puntos clave para el desarrollo de la profesión.

Durante dicha formación encontramos que la mayor parte se desarrolla en centros comunitarios, instituciones y escuelas (denominados centros de práctica) con el objetivo de llevar a al práctica el conocimiento aprendido en los salones de clase.

En dichos lugares donde, por muchas generaciones cientos de estudiantes han desarrollado proyectos para la intervención de diversas situaciones identificadas por los mismos.

Para desarrollar una investigación como la presente pudo haber existido la posibilidad de elegir alguna otra institución educativa para la realización de la misma. Pero el interés en realizar la presente es retomar como objeto de estudio la propia población de la ENTS y dar resultados que ayuden a la

⁷⁰ http://www.trabajosocial.unam.mx/index.php?module=PostWrap&page=Servicios_Escolares Mayo 2007

elaboración de un perfil de los estudiantes que se encuentran cursando sus estudios.

Como para la comprensión de otros fenómenos que se presenten y que puedan en algún momento afectar el desarrollo académico de los mismos. La elección del turno matutino es por la alta concentración estudiantil.

2.5. CONTROL DE VARIABLES

Se elaboró un cuestionario -que tal como se mencionó en el capítulo anterior- el trabajador social detecta posibles casos de desequilibrios mentales por medio de cuestionarios que elabora. Por lo cual se realizó un instrumento que se aplicó a la muestra de 237 estudiantes del turno matutino. Este instrumento contiene preguntas encaminadas a identificar si los estudiantes presentan los factores de riesgo mencionados. Así como crear un perfil de los mismos en cuanto a hábitos alimenticios. Cuestionario de factores de riesgo. No estandarizado.

Factores de riesgo asociados con la conducta alimentaría.

Variable Dependiente:

Conducta alimentaría compulsiva, hábitos alimentarios inadecuados, ayunos, saltarse algunos de los alimentos principales (desayuno, comida o cena), disminuir o evitar alimentos considerados de alto contenido calórico (engordadores); el consumo de productos "light".

Relacionados con el cuerpo biológico: peso corporal, talla o estatura.

Aquellas prácticas compensatorias tales como: ejercicio excesivo (10 Hrs. o más por semana); y uso de alguno de los siguientes productos con el propósito de control de peso: inhibidores de hambre, laxantes, diuréticos, y consumo excesivo de agua (más de dos litros al día) y de fibra.

2.6. POBLACIÓN

Por otro lado, revisando la rutina de un estudiante dentro de su horario de clases. Tenemos que actualmente los alumnos de primero a tercer semestre llevan un horario de tres clases teóricas diarias (exceptuando el viernes) y cada una de ellas tiene una duración de dos horas, lo cual quiere decir que están en clase seis horas diarias, dando un total de veintiocho horas de clase a la semana; los alumnos de cuarto, quinto, sexto y séptimo reducen su horario a tres días por semana de clases teóricas, en octavo semestre se reduce a dos días de clases teóricas y en el último semestre sólo se toman ocho horas pasan en los salones de clase, ésto por contar las horas que pasan dentro de las instalaciones de la ENTS y dejando fuera del conteo las horas que los alumnos que asisten a prácticas se encuentran en los centros de las mismas.

Dentro de estas seis horas que pasan aproximadamente en clases, existen actividades que no pueden esperar al término del horario escolar, tales como el ingerir alimentos o recurrir al sanitario, por lo cual se destina tiempo el tiempo libre que queda entre clase y clase para realizar estas necesidades del organismo, a éste periodo de tiempo se le podría llamar "interclase"⁷¹, su duración es variada ya que depende de factores como la puntualidad de los profesores, la tolerancia de entrada a clase o la duración de la clase anterior.

En ocasiones la duración de la "intercalase" limita a los individuos a satisfacer estas necesidades, que regularmente se observa en mayor grado en el turno matutino, un claro ejemplo es el desayuno, si se toma en cuenta que se consume alimentos en los establecimientos dentro de las instalaciones puede brindar mayor tiempo para consumirlo, pero si se

⁷¹ *Interclase*, es un término elaborado (propriadamente para este trabajo) para definir el tiempo libre que tiene el estudiante entre una clase y otra.

desea acudir a otros establecimientos fuera de las instalaciones de la ENTS puede llevar más tiempo y reducir su tiempo para su consumo, ya que se debe de volver a clase pronto. Lo anterior para comprender un poco acerca de cómo un estudiante se desenvuelve y provee sus necesidades dentro de la escuela y para entender más los propósitos de esta investigación que a continuación se presentan.

Cabe destacar que a esta investigación le preceden otras de similar naturaleza, tales como la realizada en la Práctica Comunitaria del año 2005 en la Facultad de Medicina a cargo de la Profesora Oralía Acuña Dávila.⁷²

2.7. MUESTRA

Estudiantes del turno matutino de la ENTS de los semestres: 2º, 4º, 6º y 8º.

Población:

Población del turno matutino: 1049 alumnos

Mujeres: 889 = 85%

Hombres: 150 = 15%

Total: 237 = 100%

Tanto hombres como mujeres serán objeto de estudio. Así como la muestra fue estratificada (Los elementos de la muestra son entonces seleccionados al azar o por un método sistemático de cada estrato. Las estimaciones de la población, basadas en la muestra estratificada, usualmente tienen mayor precisión -o menor error muestral- que si la población entera muestreada mediante muestreo aleatorio simple. El número de elementos seleccionado de cada estrato puede ser proporcional o desproporcional al tamaño del estrato en relación con la población.)

⁷²Práctica Comunitaria Facultad de Medicina 2005-2 – 2006-1, biblioteca ENTS clasificación P- 0914.

2.8. INSTRUMENTOS

Cuestionario de factores de riesgo. No estandarizado. Consta de veintidós ítems, enfocados a detectar cuestiones como: saltarse comidas, tomar agua o fumar en exceso en lugar de comer, identificar frecuencia de actividad física que puede representar un factor de riesgo, así como cuestiones de datos personales para identificar si existe problemas de peso.

Por otro lado se llevo acabo un registro de observación con el objetivo de registrar cuestiones relacionadas al tiempo que un estudiante tiene para consumir alimentos.

2.9. PROCEDIMIENTO

Se aplicó el instrumento de veintidós ítems a los 237 estudiantes del turno matutino en Febrero del 2008.

2.10. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para el análisis estadístico, se utilizo el programa SPSS, para sacar estadísticas descriptivas.

Esto con el Con un nivel de confianza de 95%

Margen de error de 4%

Total de sujetos estudiados: 237

De los cuales el 85% serán mujeres y el 15% serán hombres.

III. RESULTDOS Y DISCUSION

Con esta investigación se pretende reconocer población de la Escuela Nacional de Trabajo Social con algún o varios factores de riesgo que se relacionen con los Trastornos de Conducta Alimentaria.

Como se ha descrito en capítulos anteriores los factores de riesgo son aquellos que inciden negativamente en el equilibrio de una situación en específico, en éste caso los TCA, facilitan la adquisición de los mismos, aunque el riesgo de desarrollar alguna alteración es el resultado de la interacción de disposiciones personales y de factores de riesgo. Pero en esta investigación sólo se limita a identificar factores tales como:

- Conducta alimentaria compulsiva.
- Hábitos alimentarios inadecuados, ayunos, saltarse algunos alimentos principales como desayuno, comida y cena.
- Prácticas compensatorias como ejercicio excesivo (10 hrs. o más por semana)
- Uso de alguno de los siguientes productos con el propósito de control de peso: inhibidores de hambre, laxantes, diuréticos, y consumo excesivo de agua (más de dos litros al día).

Como parte inicial del instrumento se pidió a los sujetos de estudio otorgar datos personales tales como peso, talla y edad.

A continuación la descripción grafica de los mismos.

De acuerdo a lo estipulado se aplicó el instrumento a 200 mujeres y 37 hombres tal como se presenta en la siguiente tabla.

Sexo

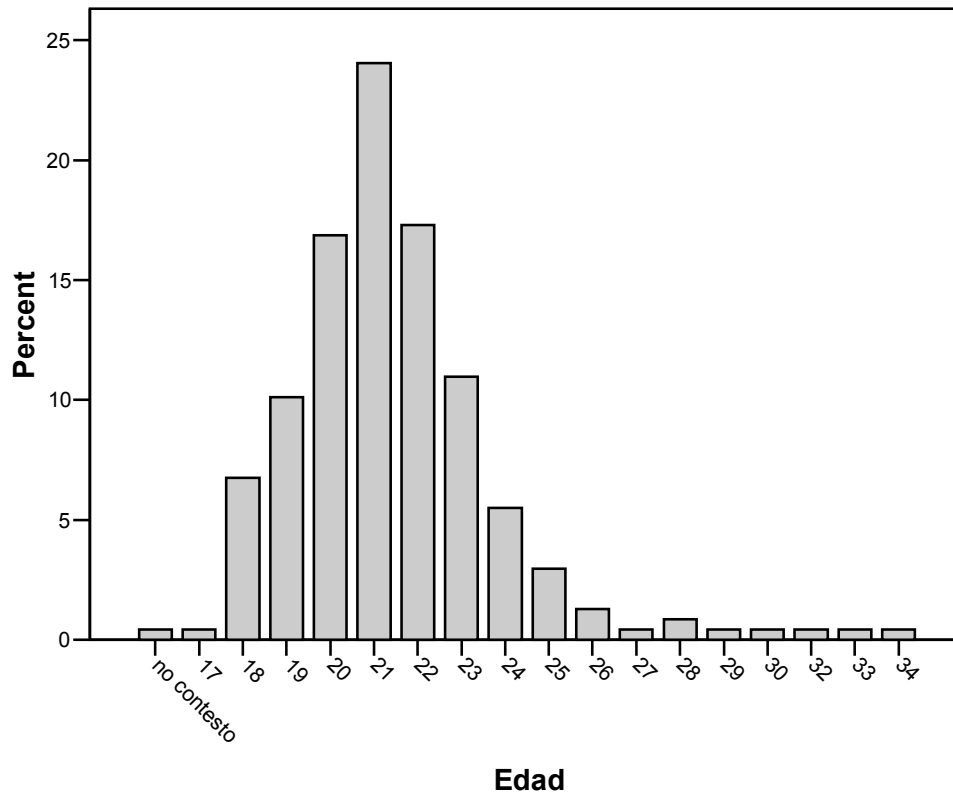
		Frecuencia	Porcentaje
Valido	femenino	200	84.4
	masculino	37	15.6
	Total	237	100.0

En cuánto a la edad se observó que oscila entre los diecisiete y treinta cuatro años realizando una media de veintiún años. Se podría decir que la población de la escuela es más variada en comparación con otras escuelas y facultades ya que hay tanto jóvenes como personas que pasan de los treinta años.

EDAD

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulativo
Valid	no contesto	1	.4	.4
	17	1	.4	.8
	18	16	6.8	7.6
	19	24	10.1	17.7
	20	40	16.9	34.6
	21	57	24.1	58.6
	22	41	17.3	75.9
	23	26	11.0	86.9
	24	13	5.5	92.4
	25	7	3.0	95.4
	26	3	1.3	96.6
	27	1	.4	97.0
	28	2	.8	97.9
	29	1	.4	98.3
	30	1	.4	98.7
	32	1	.4	99.2
	33	1	.4	99.6
	34	1	.4	100.0
	Total	237	100.0	

Edad



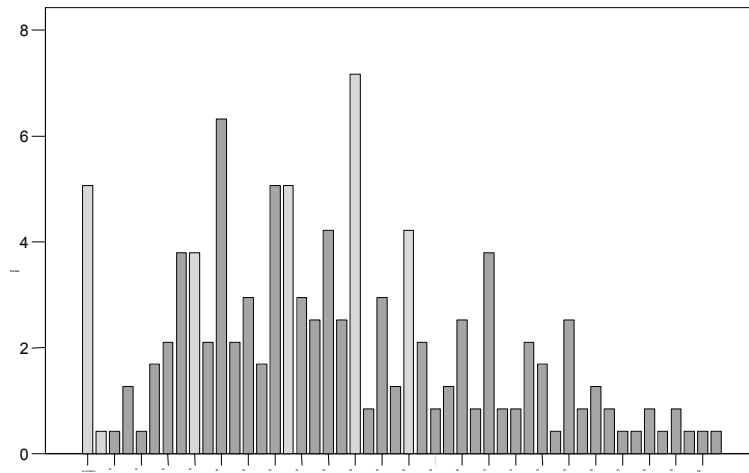
En cuánto al peso de los mismos van desde los treinta y siete kilos hasta los ciento nueve dando como media cincuenta y ocho kilos.

PESO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulativo
Valid no contesto	12	5.1	5.1
37	1	.4	5.5
40	1	.4	5.9
42	3	1.3	7.2
43	1	.4	7.6
45	4	1.7	9.3
46	5	2.1	11.4
47	9	3.8	15.2
48	9	3.8	19.0
49	5	2.1	21.1
50	15	6.3	27.4
51	5	2.1	29.5
52	7	3.0	32.5
53	4	1.7	34.2
54	12	5.1	39.2
55	12	5.1	44.3
56	7	3.0	47.3
57	6	2.5	49.8
58	10	4.2	54.0
59	6	2.5	56.5
60	17	7.2	63.7
61	2	.8	64.6
62	7	3.0	67.5
63	3	1.3	68.8
64	10	4.2	73.0
65	5	2.1	75.1
66	2	.8	75.9
67	3	1.3	77.2
68	6	2.5	79.7
69	2	.8	80.6
70	9	3.8	84.4
71	2	.8	85.2
73	2	.8	86.1
74	5	2.1	88.2
75	4	1.7	89.9
76	1	.4	90.3
78	6	2.5	92.8
79	2	.8	93.7
80	3	1.3	94.9

82	2	.8	95.8
83	1	.4	96.2
84	1	.4	96.6
85	2	.8	97.5
89	1	.4	97.9
90	2	.8	98.7
93	1	.4	99.2
100	1	.4	99.6
109	1	.4	100.0
Total	237	100.0	

Peso

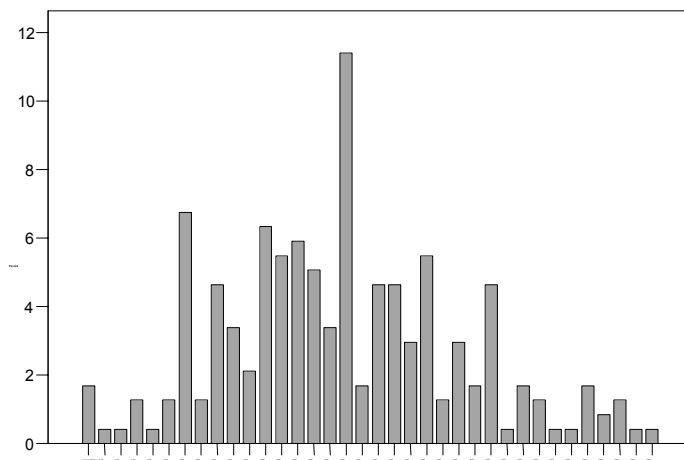


Por último se les pidió a los sujetos la talla o en otras palabras la estatura dando como resultado que la mayoría de los estudiantes promedia un metro con sesenta centímetros.

TALLA

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulativo
Valid no contesto	4	1.7	1.7
145	1	.4	2.1
146	1	.4	2.5
147	3	1.3	3.8
148	1	.4	4.2
149	3	1.3	5.5
150	16	6.8	12.2
151	3	1.3	13.5
152	11	4.6	18.1
153	8	3.4	21.5
154	5	2.1	23.6
155	15	6.3	30.0
156	13	5.5	35.4
157	14	5.9	41.4
158	12	5.1	46.4
159	8	3.4	49.8
160	27	11.4	61.2
161	4	1.7	62.9
162	11	4.6	67.5
163	11	4.6	72.2
164	7	3.0	75.1
165	13	5.5	80.6
166	3	1.3	81.9
168	7	3.0	84.8
169	4	1.7	86.5
170	11	4.6	91.1
171	1	.4	91.6
172	4	1.7	93.2
173	3	1.3	94.5
174	1	.4	94.9
175	1	.4	95.4
176	4	1.7	97.0
178	2	.8	97.9
180	3	1.3	99.2
182	1	.4	99.6
183	1	.4	100.0
Total	237	100.0	

Talla



Si tomamos los promedios de los datos mencionados (talla y peso) estaríamos hablando de que la población presenta un IMC de veintidós punto seis.

Es decir; 58 kilos y 1.60 cm. al cuadrado dan como resultado el IMC, el índice de masa corporal. En la siguiente tabla se presenta los diferentes grados de IMC, observando que el resultado de esta operación es un peso normal dentro de la población de la ENTS.

IMC menor o igual a 18.5	Peso bajo
IMC mayor 18.5 o igual a 24.9	Peso normal
IMC mayor 24.5 o igual a 29.9	Exceso de peso
IMC mayor 29.9 o igual a 34.9	Obesidad clase I
IMC mayor 34.9 o igual a 39.9	Obesidad clase II
IMC mayor a 40	Obesidad clase III ⁷³

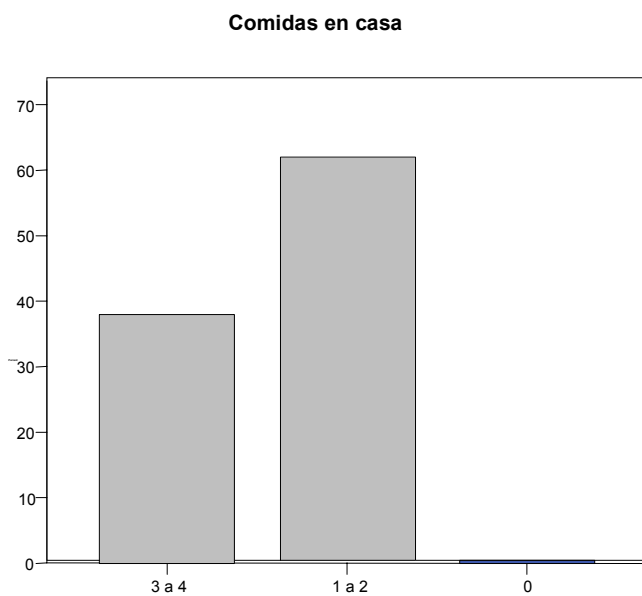
⁷³ Practica Comunitaria Facultad de Medicina 2005-2 – 2006-1, biblioteca ENTS clasificación P- 0914.

Entrando de lleno a los resultados de la aplicación de los instrumentos (el cual consta de veintidós preguntas); tiene el principal objetivo conocer si los estudiantes de la ENTS presentan factores de riesgo relacionados con las conductas alimentarias y de actividad física. Entonces las preguntas fueron encaminadas a la alimentación y el deporte, es decir, el instrumento esta dividido en dos partes, la primera se contiene preguntas acerca de hábitos alimenticios tales como; las comidas que el estudiante realiza al día y cuántas de éstas son en la escuela, la percepción en cuánto a la calidad de su alimentación, si presentan conductas compensatorias a partir de la culpabilidad al momento de ingerir alimentos, entre otras. Mientras que la segunda parte del cuestionario es acerca de la actividad física de los estudiantes ya que el exceso de la práctica representa un factor de riesgo.

Como primera pregunta se les pidió que señalaran cuántas comidas realizaban al día en casa, dando como resultado que la mayoría o hablando en porcentajes el 61% realiza de una a dos comidas. Sólo el .4 % o lo que quiere decir un estudiante no realiza ninguna.

COMIDAS QUE REALIZAN EN CASA

Respuestas	Frecuencia	Porciento
3 A 4	90	38.0
1 A 2	146	61.1
0	1	.4
TOTAL	237	100

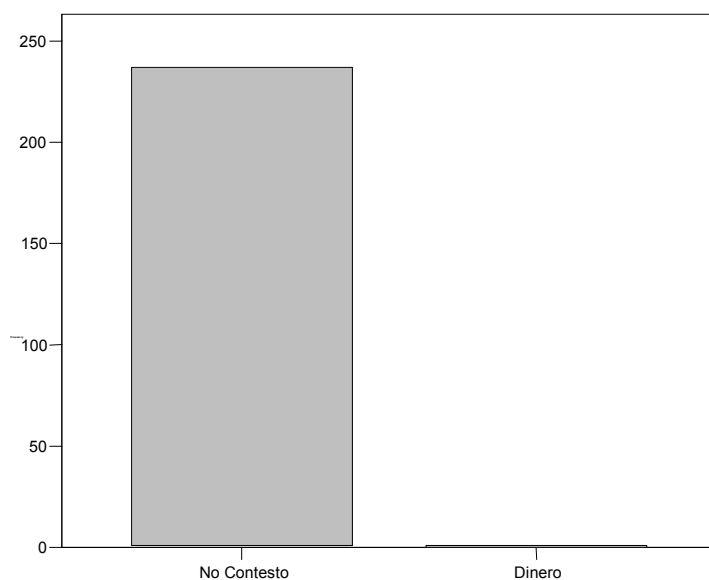


En complemento a la respuesta de la pregunta anterior y dado que el hecho de responder cero (ninguna comida al día) conlleva la necesidad de otra pregunta, esta es el porque de su respuesta y para la explicación se consideró tres posibles razones entre ellas y la que más es representativa para la investigación es "por cuidar tu peso", sin embargo; el .4% que mencionó no realizar comidas en su casa señaló que la causa era por situación económica desfavorable.

DE "NO" REALIZAR NINGUNA COMIDA EN CASA SEÑALAR LA CAUSA

Respuestas	Frecuencia	Por ciento
No contesto	236	99.6
Dinero	1	.4
TOTAL	237	100

De ser "cero" ¿por que?

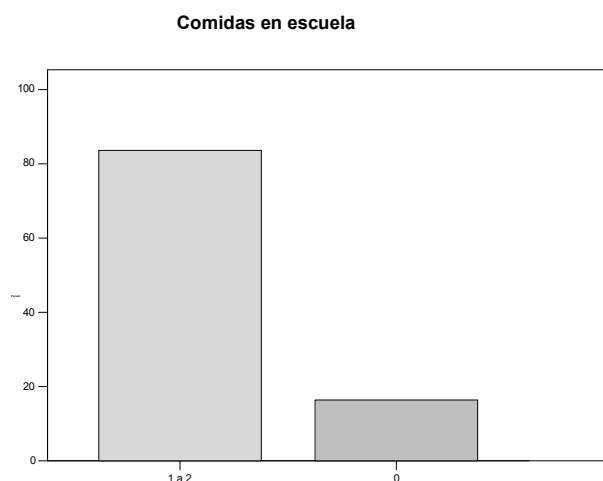


De las comidas realizadas se les pidió señalar cuántas llevaban a cabo en la escuela dando como resultado que el 83.5%, realiza de una a dos, mientras que el resto prefiere no comer en la escuela.

Si tomamos en cuenta que en la pregunta anterior el 61% dijo consumir alimentos de una a dos veces al día en sus casas y que el 83% consume en la escuela de igual manera de una a dos comidas es decir que el 22.5% hacen más de tres comidas, cabe aclarar que éste hecho no representa algún problema alimenticio, sino que el problema sería que contienen las mismas, ya que es recomendable realizar varias comidas al día siempre y cuando respondan a las necesidades de cada persona y por supuesto que la calidad de los alimentos sean óptimas.

CUANTAS COMIDAS RELIZAS EN LA ESCUELA

Respuestas	Frecuencia	Por ciento
1 A 2	198	83.5
0	39	16.5
TOTAL	237	100

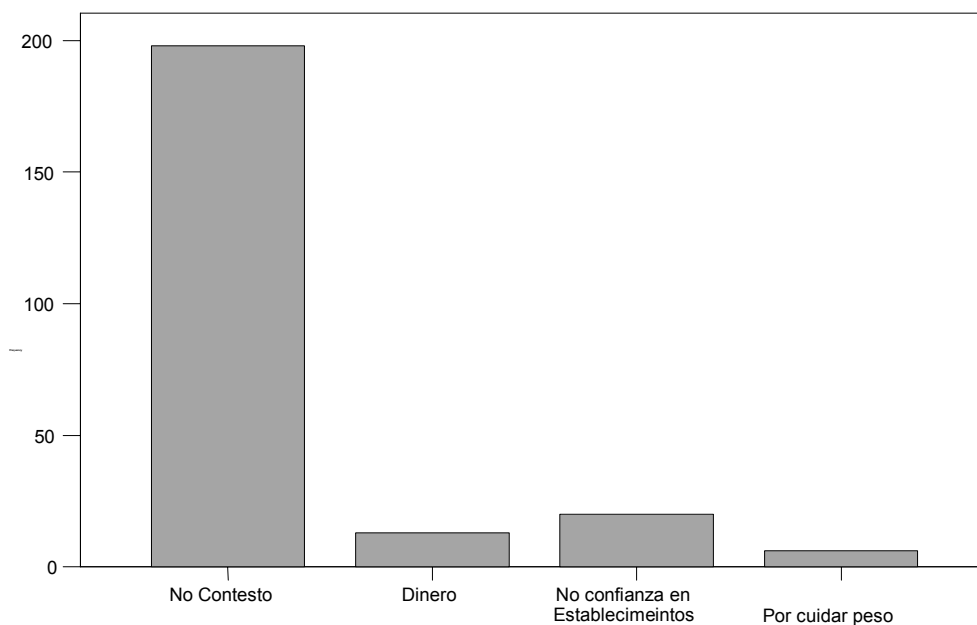


Al preguntar a que se debe que no realicen ningún alimento dentro de la escuela 8.4 % del 16.5% que respondió "cero comidas en la escuela" señaló que era por falta de confianza en los establecimientos, mientras que sólo el 2.5 refirió que no consumía alimentos en la escuela por cuidar su peso.

DE "NO" REALIZAR NINGUNA COMIDA EN LA ESCUELA SEÑALAR LA CAUSA

Respuestas	Frecuencia	Porciento
No contesto	198	83.5
Sin confianza en establecimientos	13	5.5
Por cuidar peso	20	8.4
Dinero	6	2.5
TOTAL	237	100

De ser "cero" ¿por que?

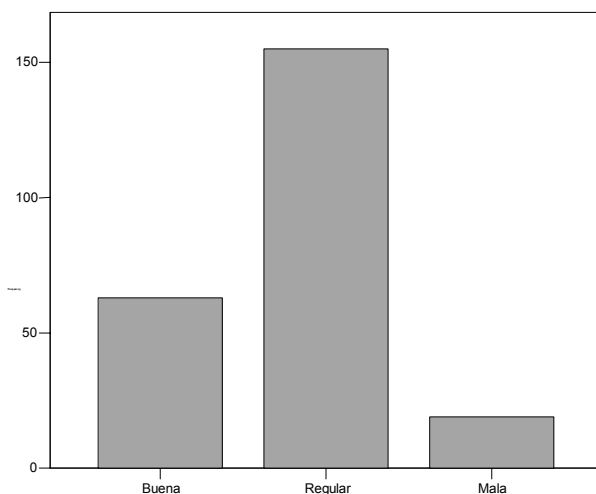


De acuerdo a la concepción que tienen los estudiantes respecto a la calidad de su alimentación, tenemos que el 65.4% considera tener una alimentación "regular", sólo el 8% considera señaló la opción "mala".

COMO CONSIDERA EL ALUMNO SU ALIMENTACIÓN

Respuestas	Frecuencia	Por ciento
Buena	63	26.6
Regular	155	65.4
Mala	19	8.0
TOTAL	237	100

Como consideras tú alimentación

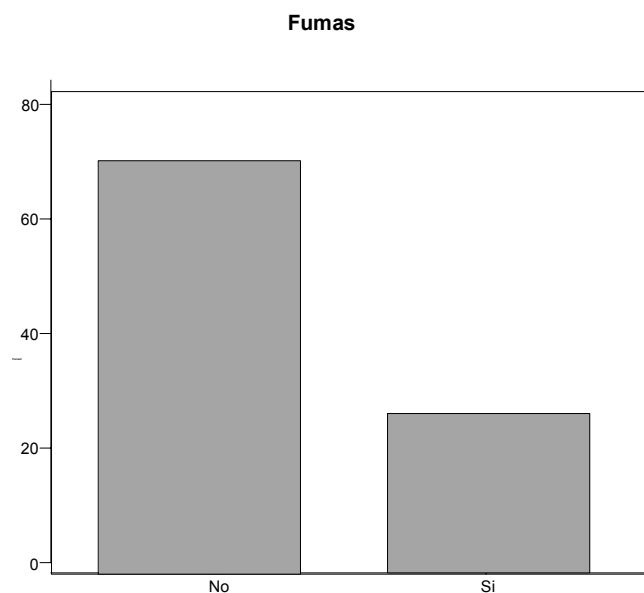


Una cuestión que preocupa no sólo como conducta compensatoria, sino como problema de salud en general es el tabaquismo y la creciente

adicción que existe dentro de los jóvenes. En ocasiones también puede ser adquirida como conducta compensatoria, es decir, en lugar de consumir alimento fuman. Tenemos que recordar que esta cuestión también se puede ligar a que anteriormente y como cuestión publicitaria su mensaje central era invitar (en especial dirigido a mujeres) a fumar para “cuidar el peso”, ya los cigarrillos eran tomados como inhibidores de hambre. De acuerdo con la población que respondió el instrumento para el propósito de la presente podemos observar que la mayoría de los sujetos no fuma (el 72.2 %), aunque para indagar acerca de esta cuestión podrían realizarse otras investigaciones enfocadas específicamente en éste problema de salud que día a día cobra vidas, ya que por lo menos en esta, como posible conducta compensatoria no es representativa.

ALUMNOS QUE FUMAN

Respuestas	Frecuencia	Por ciento
No	171	72.2
Si	66	27.8
TOTAL	237	100

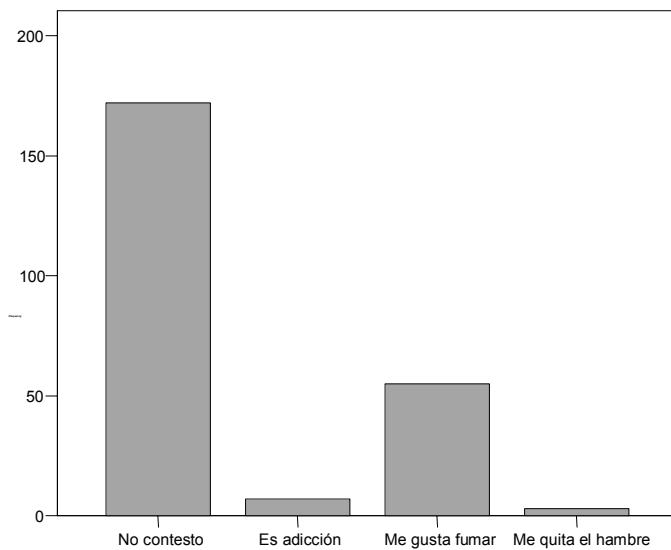


Del 27.8% que dijo fumar por gusto, sólo el 1.3% mencionó fumar por causarles el efecto de inhibidor de hambre, el 3 % señaló que para ellos ya es una adicción.

¿POR QUE FUMAN?

Respuestas	Frecuencia	Por ciento
No contesto	172	72.6
Adicción	7	3.0
Gusto	55	23.2
Inhibidor de hambre	3	1.3
TOTAL	237	100

¿Por qué?

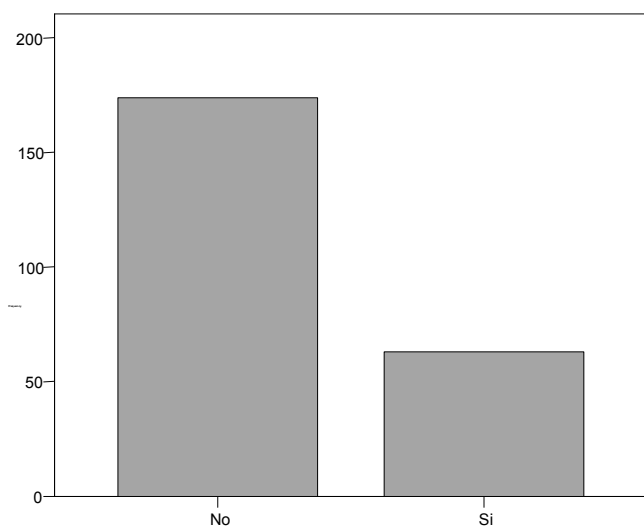


Otra de las conductas compensatorias y en si relacionado, por lo tanto considerado factor de riesgo respecto a las conductas alimentarias, es el tomar agua en exceso en esta pregunta sólo el 26.6 % hace dicha acción.

ALUMNOS QUE TOMAN AGUA EN LUGAR DE TOMAR ALIMENTOS

Respuestas	Frecuencia	Por ciento
No	174	73.4
Si	63	26.6
TOTAL	237	100

Agua en lugar de comer

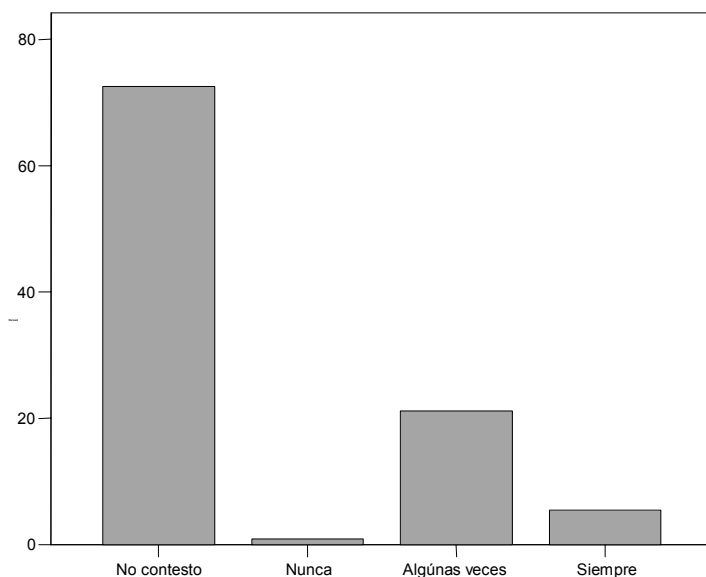


El abuso del consumo de agua (más de dos litros) representa un factor de riesgo y por lo tanto un peligro que incide en el desajuste del equilibrio en todo el organismo del individuo, sin embargo; del porcentaje que respondió "si" a éste tipo de conducta sólo el 5.5 % admitió siempre realizar ésta conducta.

FRECUENCIA DE ESTA CONDUCTA EN ALUMNOS QUE ACEPTARON TOMAR AGUA EN LUGAR DE CONSUMIR ALIMENTOS.

Respuestas	Frecuencia	Por ciento
No contesto	172	72.6
Nunca	2	.8
Algunas veces	30	21.1
siempre	13	5.5
TOTAL	237	100

Con que frecuencia

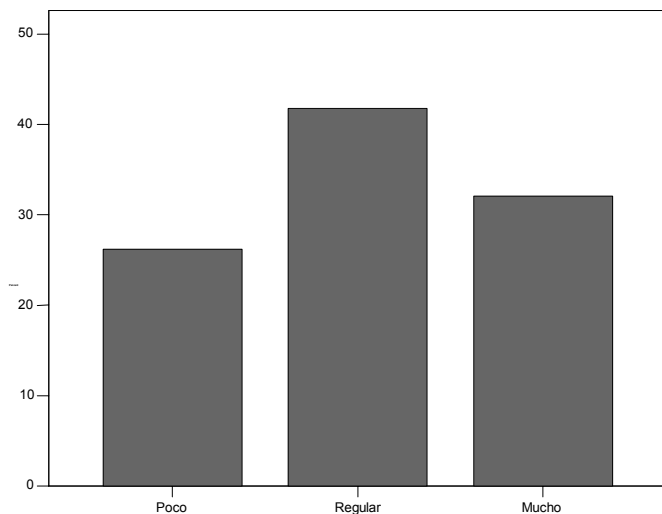


Constantemente se habla de los cambios en la alimentación de los estudiantes, de un antes y un después respecto al ingreso a la universidad y de lo que esto repercute en su salud, la mayor parte (el 41.8%) respondió que el cambio no ha sido significativo, mientras que el 32.1 si considera que su alimentación ha tenido un gran cambio.

PERCEPCION DE LOS ALUMNOS EN CUANTO AL CAMBIO DE SU ALIMENTACIÓN DESDE SU INGRESO

Respuestas	Frecuencia	Por ciento
Poco	62	26.2
Regular	99	41.8
Mucho	76	32.1
TOTAL	237	100

Cambio en tu alimentación desde ingreso

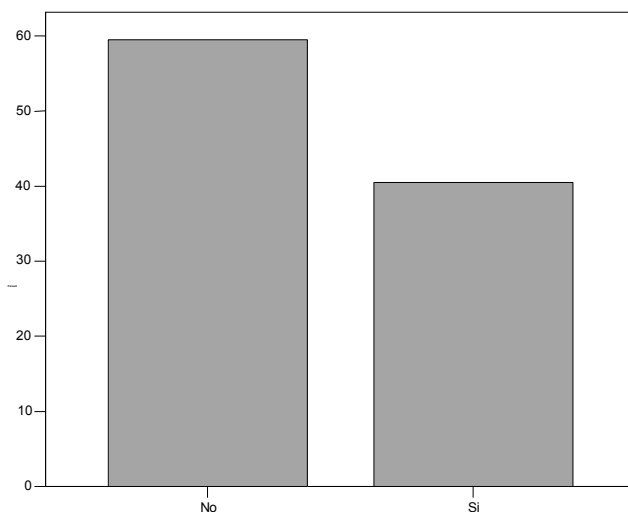


Otra de las conductas de riesgo que retomo es la cuestión de consumir alimentos en un periodo corto de tiempo (ya que podría considerarse como atracón) generando también, un desajuste en el comportamiento de la ingesta de alimentos, dando cuenta que el 40.5 % si realiza éste tipo de conductas.

ALUMNOS QUE CONSUMEN CANTIDADES CONSIDERABLES DE ALIMENTO EN POCO TIEMPO

Respuestas	Frecuencia	Porciento
No	141	59.5
Si	96	40.5
TOTAL	237	100

Comes mucho en poco tiempo

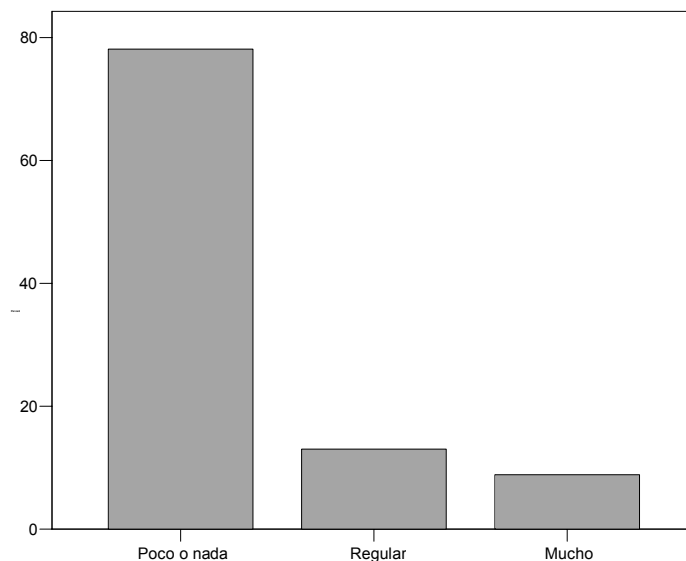


Sólo el 18.6% de las personas que comen mucho en corto tiempo no se sienten culpables al hacerlo; el 8.9 % de los estudiantes que si sienten mucha culpa al realizar ésta acción. Lo anterior abre la posibilidad de que se convierta en factor de riesgo de bulimia ya que un “atracción” seguido de culpa y una conducta compensatoria representan en si las características de un TCA.

ALUMNNOS QUE SE SIENTEN CULPABLES DESPUES DE CONSUMIR CANTIDADES CONSIDERABLES DE ALIMENTO EN POCO TIEMPO

Respuestas	Frecuencia	Por ciento
Poco o nada	185	78.1
Regular	31	13.1
Mucho	21	8.9
TOTAL	237	100

Culpabilidad al hacerlo

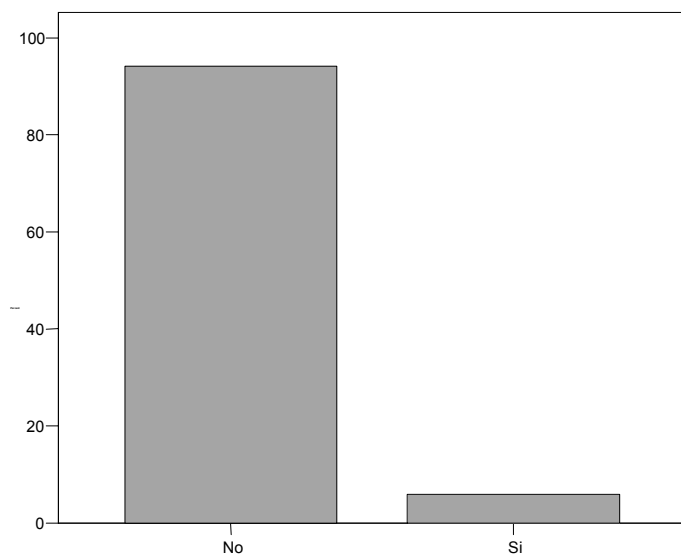


Del porcentaje de estudiantes que dijo *sí* sentirse culpable al comer mucho en corto tiempo el 5.9% dijo tomar conductas compensatorias con el objeto de calmar su culpa por comer considerablemente en poco tiempo.

ALUMNNOS QUE SE SIENTEN CULPABLES DESPUES DE CONSUMIR CANTIDADES CONSIDERABLES DE ALIMENTO EN POCO TIEMPO Y QUE LLEVAN A CABO CONUDCTAS COMPENSATORIAS CON EL OBJETIVO DE CALMAR SU CULPA

Respuestas	Frecuencia	Porciento
No	223	94.1
Si	14	5.5
TOTAL	237	100

Tomas alguna medida compensatoria

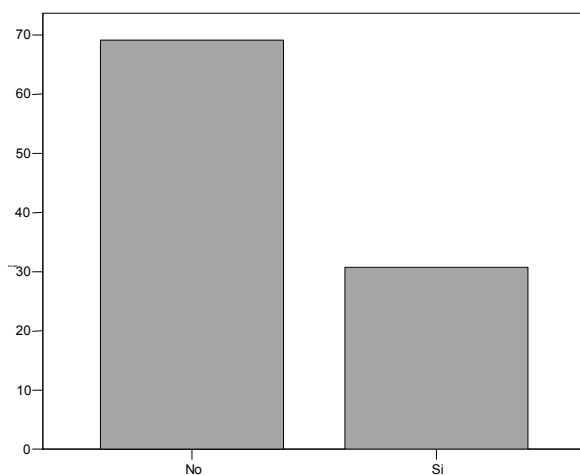


Como punto final de la primera parte del instrumentó se identificó que él 30.8 % de los estudiantes han perdido peso y al preguntar la razón la mayoría o lo que es, el 13.1%, señaló que la pérdida de peso es causada por el estrés.

ALUMNOS QUE HAN PERDIDO PESO

Respuestas	Frecuencia	Por ciento
No	164	69.2
Si	73	30.8
TOTAL	237	100

Pérdida de peso

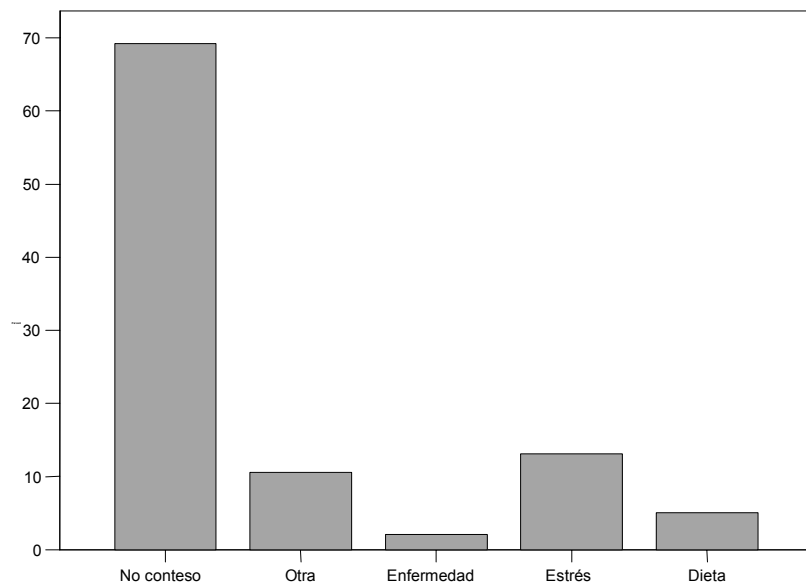


La razón por la cual los estudiantes que han perdido peso últimamente es por el estrés dejando de lado la posibilidad de que la opción de “esta a dieta” con un 5.1%, aunque el término dieta es erróneo, pero la mayoría de las personas lo concibe de tal manera. Aunque el estrés puede ser causado por diversas causas por lo cual no es representativo para esta investigación y sus objetivos.

CAUSAS POR LAS CUALES LOS ALUMNNOS HAN PERDIDO PESO

Respuestas	Frecuencia	Porciento
No contesto	164	69.2
Otra	25	10.5
Enfermedad	5	2.1
Estrés	31	13.1
Dieta	12	5.1
TOTAL	237	100

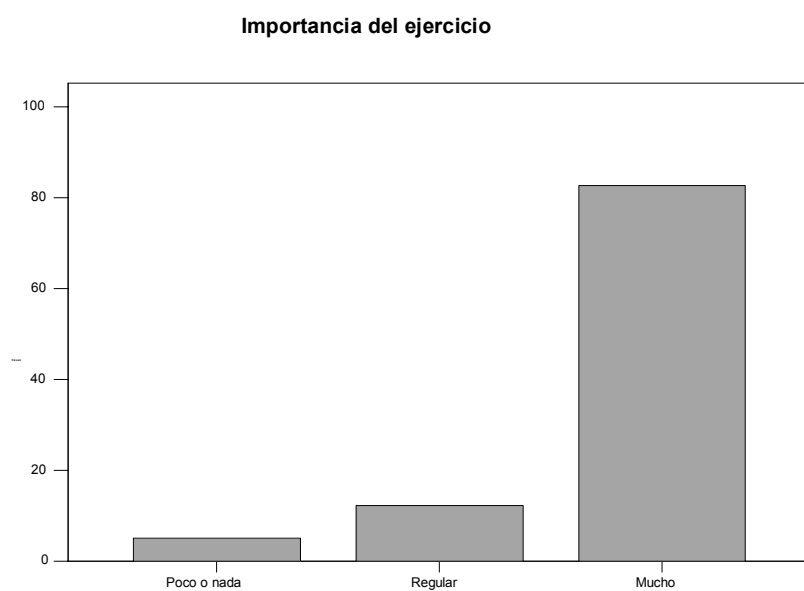
Posible causa



Dentro de la segunda parte del instrumento se retomó la cuestión de la actividad física y tenemos que el 87.7%, es decir la mayoría de los sujetos considera importante la práctica del ejercicio. Sin embargo; la mayoría dice no practicar ningún tipo de disciplina física.

ALUMNOS QUE CONSIDERAZN IMPORTANTE LA ACTIVIDAD FÍSICA

Respuestas	Frecuencia	Porciento
Poco o nada	12	5.5
Regular	29	12.2
Mucho	196	82.7
TOTAL	237	100



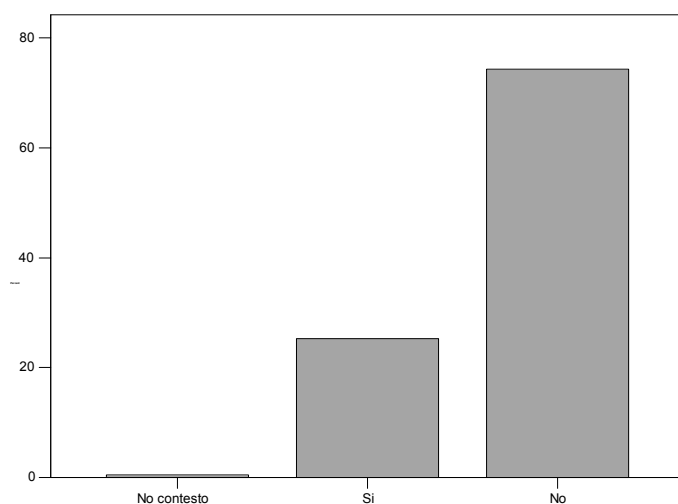
A pesar de que consideran importante la actividad física o ejercicio (como la mayoría de la gente lo conoce).

Sólo el 25.3 % práctica deporte dejando -como ya lo he mencionado anteriormente- ésta cuestión como objeto de estudio de otro trabajo, es decir, revisar las cuestiones por las cuales un estudiante práctica deporte o en su caso no lo hace a pesar de considerarlo importante, ésto, independientemente que los estudiantes de la ENTS practiquen deporte dentro o fuera de instalaciones universitarias.

ALIMNOS QUE PRACTICAN DEPORTE

Respuestas	Frecuencia	Por ciento
No contesto	1	.4
Si	60	25.3
No	176	74.3
TOTAL	237	100

Práctican deporte



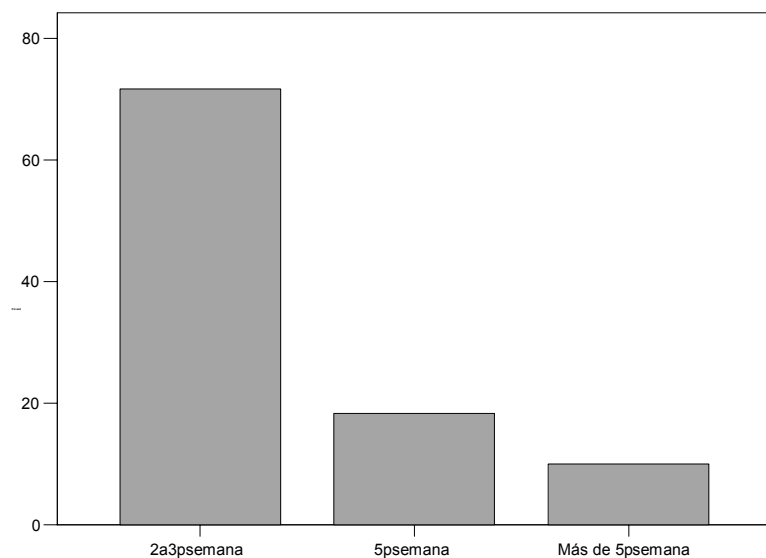
Para que la cuestión de "practicar deporte" se vuelva un factor de riesgo, esta tiene que ser realizada por más de diez horas por semana, por lo cual

se les pidió al porcentaje que práctica deporte señalar cuántas veces a la semana lo practican dando como resultado que la mayoría o el 18.14% realiza actividad física sólo de dos a tres veces por semana.

FRECUENCIA CON LA CUAL LOS ALUMNOS PRACTICAN DEPORTE

Respuestas	Frecuencia	Por ciento
2 a 3 por semana	43	18.1
5 por semana	11	4.6
Mas de 5 por semana	6	2.5
Total	60	25.3
Perdidos	177	74.7
TOTAL	237	100

Con qué frecuencia



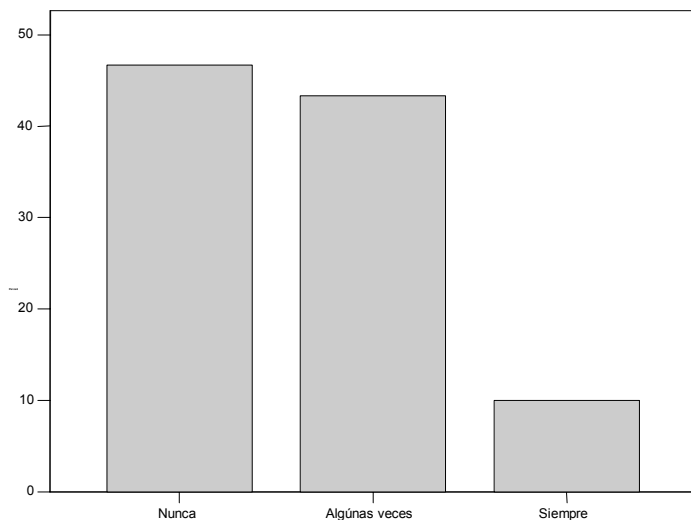
El anteponer la práctica deportiva a otras actividades de más importancia puede tener varias razones, aquí, estaríamos hablando de un posible factor de riesgo ya que recordemos que una de las características de los

trastornos de la conducta alimentaria es que la las personas afectadas constantemente recurren a la actividad física excesiva dándole más importancia, realizándola en lugares y horarios poco adecuados. Por eso la pregunta tiene como objetivo detectar aquellos sujetos que practican deporte y que su vez lo prefieran a otras actividades. Sin embargo; del 25.3% sólo el 2.5% prefiere "siempre" hacer ejercicio dejando de lado otras actividades.

ALUMNOS QUE PREFIEREN HACER EJERCICIO ANTES QUE OTRAS ACTIVIDADES

Respuestas	Frecuencia	Por ciento
Nunca	28	11.8
Algunas veces	26	11.0
Siempre	6	2.5
Total	60	25.3
Perdidos	177	74.7
TOTAL	237	100

Prefieres hacer ejercicio a otra cosa

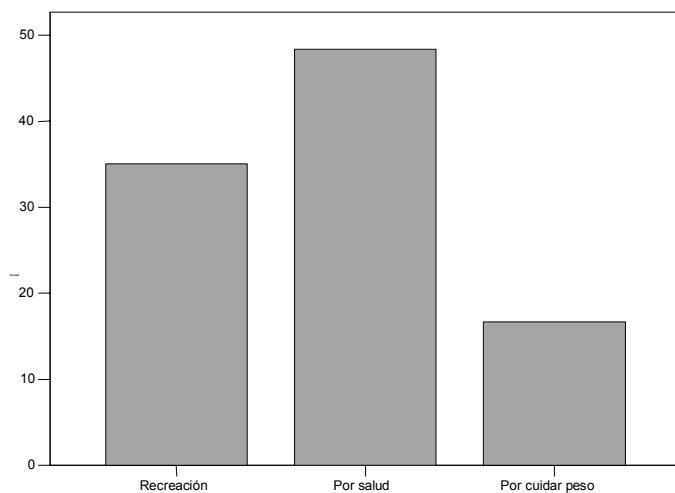


La razón por la cual realizan alguna actividad física, según los porcentajes tenemos los siguientes resultados: en primer lugar esta "salud" con un 12.21%, en segundo con un 8.9% "recreación" y por último dando un 4.2% "por cuidar su apariencia física".

RAZONES POR LAS CUALES LOS ALUMNOS REALIZAN ACTIVIDADES FÍSICA

Respuestas	Frecuencia	Porciento
Recreación	21	8.9
Salud	29	12.2
Cuidar peso	10	4.2
Total	60	25.3
Perdidos	177	74.7
TOTAL	237	100

Hago ejercicio por...

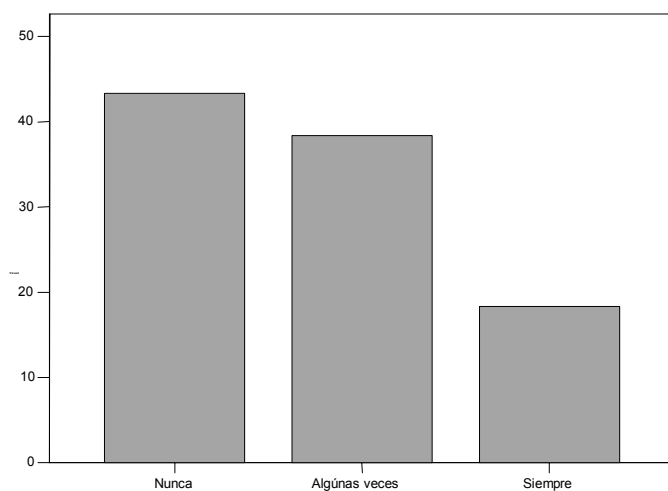


Otro de los puntos que nos puede indicar un factor contemplado es la baja ingesta de alimentos y la elevada práctica de actividad física, se podía decir que aquí se conjugan los dos factores de riesgo principales que estipula esta investigación. Dando cuenta que el 4.6 % realiza éste tipo de conducta. Porcentaje que en la siguiente y última pregunta del instrumento respondió, que cuando come y no realiza actividad física alguna presenta un grado alto de culpabilidad.

ALUMNOS QUE CONUSMEN POCO ALIMENTO Y REALIZAN ACTIVIDAD FÍSICA

Respuestas	Frecuencia	Porciento
Nunca	26	11.0
Algunas veces	23	9.7
Siempre	11	4.6
Total	60	25.3
Perdidos	177	74.7
TOTAL	237	100

Comes poco y haces ejercicio

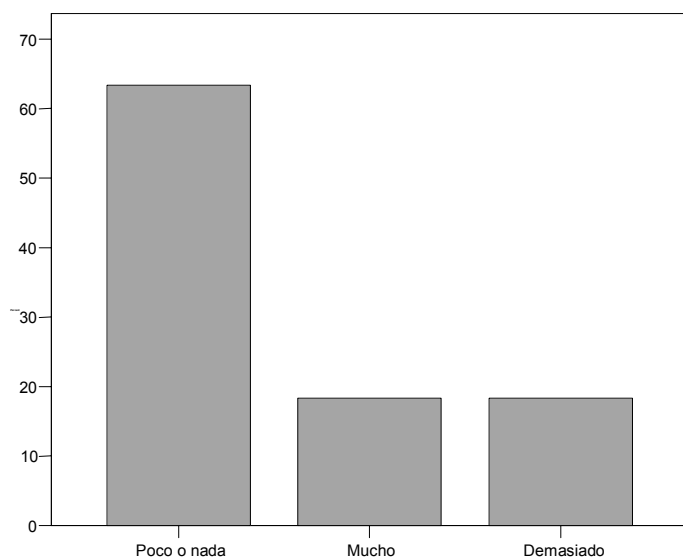


Por último, del 100% de la población estudiada, sólo el 4.6 % presenta situaciones consideradas como factores de riesgo, cabe aclarar que éste estudio no pretende identificar y propiamente diagnosticar a la población con un Trastorno de Conducta Alimentaria en específico, puesto que el diagnóstico conlleva los puntos de vista de varios profesionales con la preparación específica.

ALUMNOS QUE SE EJERCITAN Y SE SIENTEN CULPABLES CUANDO NO PUEDEN HACERLO

Respuestas	Frecuencia	Por ciento
Poco o nada	38	16.0
Mucho	11	4.6
Demasiado	11	4.6
Total	60	25.3
Perdidos	177	74.7
TOTAL	237	100

Culpabilidad por no poder ejercitarse



Cabe aclarar que el siguiente diagnóstico comprende la situación parcial en la que se encuentra los estudiantes de la ENTS respecto a su incidencia en los factores asociados con la conducta alimentaria que corresponden a los de los Trastornos de Conducta Alimentaria, ya que para elaborar un diagnóstico clínico o más profundo se requiere la colaboración entre diversos profesionistas, tal como médico, psicólogo, enfermeras, etc.

Revisado las respuestas de la población como un breve análisis de las mismas se puede decir que los estudiantes de la ENTS – en su mayoría– tienen, un peso aceptable, una estatura en promedio de un metro con sesenta centímetros, se alimentan más de tres veces al día, las cuales son combinadas entre la escuela y casa. Sólo un mínimo porcentaje dijo no tener una economía que le permitiera comer tanto en casa como en escuela.

La parte de la población que dijo definitivamente no consumir alimentos dentro de la escuela, fue predominantemente por la falta de confianza en establecimientos, esto puede obligar a los estudiantes a buscar alimentos en otro lugar del campus o fuera de él. Es importante rescatar que ofrecer alimentos de óptimas calidad, es apoyar al estudiante para su desarrollo, ya que, como hemos visto una cuestión importante para el desarrollo académico es precisamente la alimentación.

A pesar de todo pronóstico, la calidad de la alimentación va de regular a buena dejando de lado aquella concepción de que un estudiante se alimenta con deficiencia, por lo menos dentro de esta investigación y de su naturaleza.

También, uno de los problemas de salud que se observa es que los jóvenes universitarios fuman, en ocasiones, en exceso, pero en cuánto a los estudiantes de la ENTS se observó que menos de la mitad de la población,

fuma y si hablamos del porcentaje que *si* fuma (27.8%), no lo hacen porque les inhibe el hambre, entre otras razones.

El intercambiar agua por alimentos, no es una conducta que realicen la mayoría de los estudiantes y la frecuencia de los que *si* es mínima.

La alimentación, para los estudiantes de trabajo social no ha sufrido cambios drásticos desde que iniciaron su formación profesional.

Sin embargo; cerca de la mitad de los estudiantes (40.5%) que respondieron el instrumento consumen cantidades considerables de alimento en poco tiempo, lo que describe un "atracción". Los cuales no presentan sentimiento de culpa y por lo tanto la mayoría de los que presentan ésta conducta no recurren a prácticas compensatorias. Si se recuerda lo mencionado al principio de éste capítulo, podemos decir que la razón por la cual los estudiantes realizan ésta conducta es por falta de tiempo para consumir los alimentos entre clases.

En cuánto a la pérdida de peso y los estudiantes que lo experimentan más que nada es por estrés aunque puede ser por otras situaciones experimentadas por los estudiantes y por lo tanto el resultado de la pregunta no es representativo para la identificación de factores de riesgo de TCA.

Una característica más de la ENTS, es la constante difusión de la cultura deportiva como apoyo al desarrollo académico y cabe decir que los propios estudiantes reconocen la importancia de la práctica, pero, sólo un cuarto de la población dice practicar alguna disciplina física, por lo menos un par de veces por semana.

Se pudo identificar que una mínima parte de la población presenta conductas de riesgo respecto a la práctica deportiva.

Al final, se observó una población, que, en mayoría no presenta factores de riesgo, ya que, se alimentan más de las tres veces al día; presentan en promedio características físicas que no prueban problemas ni de obesidad

ni de falta de peso, no realizan conductas compensatorias para evitar alimentos como fumar o consumir agua en grandes cantidades, no recurren a inhibidores de hambre, y no realizan de manera significativa ejercicio. En cuánto a la hipótesis es desechada: los alumnos de la Escuela Nacional de Trabajo Social no tienen conductas alimentarias que puedan constituir un factor de riesgo de algún TCA.

Una punto interesante y que llama la atención es que más de un cuarto de los estudiados presenta conductas descritas como *binge eating*, se caracteriza principalmente de una compulsión hacia la comida, es decir, la persona afectada se limita a ingerir grandes cantidades de comida (de igual manera que la bulimia), sólo que no recurre a medidas compensatorias como el ingerir laxantes o inducir el vómito y que se dice estar considerado como un trastorno de la conducta alimentaria no especificados.

En general la muestra de sujetos que se tomó para ésta investigación no presentó mayores problemas en cuánto a la incidencia en factores de riesgo, considero que si existen casos aislados, los cuales no representan ni un diez porciento de la población.

IV. RECOMENDACIONES Y CONCLUSIONES

De un tiempo a al fecha se habla de la cultura de la prevención, de su importancia y de su efectividad a futuro.

La palabra prevención, del verbo prevenir es definida como "preparación", disposición que se toma para evitar algún peligro. Preparar con anticipación una cosa. Lo cual quiere decir que el término se refiere a una acción de carácter anticipatorio.⁷⁴

También es definido como aquellas actividades que permiten a las personas tener estilos de vida saludables y faculta a las comunidades a crear y consolidar ambientes donde se promueve la salud y reduce los riesgos de enfermedad. La prevención implica desarrollar "acciones anticipatorias", es decir esfuerzos encaminados a anticipar eventos, con el fin de promocionar el bienestar del ser humano y así evitar situación indeseables.

La prevención persigue la identificación de aquellos factores que permitan promover la salud y la puesta en marcha de diferentes intervenciones, de cara a mantener saludables a las personas, o bien, como la protección contra los riesgos, las amenazas del ambiente.⁷⁵

⁷⁴ Real Academia Española. www.rae.es

⁷⁵ Stolkiner A. *Tiempos "posmodernos": ajuste y salud mental*. En Políticas en Salud Mental. Argentina Editorial Buenos Aires, año 1994 Pág. 25- 53.

La prevención se vincula a diferentes actuaciones profesionales, las más conocidas son las llamadas educación y promoción, las cuales le compete al trabajador social.

Si se reflexiona sobre lo dicho en el párrafo anterior y haciendo énfasis en la cuestión que la educación y promoción le competen al trabajador social, porque no el mismo trabajador social comienza por él, es decir; si se recuerda frases coloquiales comúnmente llamadas "refranes" como "el buen juez empieza por su casa...", el cual traducido y aplicado a la situación planteada dentro de éste trabajo, sería por que no utilizar el conocimiento para propio beneficio, sabemos que el trabajo se hace en diferentes lugares, pero si se tiene las bases o la experiencia dentro de la que, en ocasiones, es llamada "la segunda casa" de los estudiantes, daría más armas a los mismos como al fortalecimiento de la Profesión.

Por otro lado; para los fines de éste trabajo se podría retomar la *prevención sobre la evidencia*, que es la realización del diagnóstico de las necesidades de los grupos sobre los que se va a trabajar, y con base a esto se desarrollan los programas preventivos, lo cual describe el trabajo que realizan los trabajadores sociales en diferentes ámbitos o situaciones pero que generalmente es llevado a cabo con objetivos de salud o bien, dentro de instituciones de salud.⁷⁶

Por otra parte, las clasificaciones o los tipos de prevención, van de acuerdo a los diferentes tipos o estadios de de la evolución de la enfermedad o a los distintos niveles de atención en salud.

La prevención primaria es la dirigida a la reducción del riesgo de la enfermedad. La secundaria es la que tendría como objetivo la reducción

⁷⁶ Gómez Lavín Carmen, Zapata García Ricardo, *Psiquiatría, Salud Mental y Trabajo Social*, ED Eunat, España, año 2000 pág. 128.

de la duración de la enfermedad, su diagnóstico precoz y su tratamiento efectivo y por último, la prevención terciaria, que estaría enfocada a evitar la aparición de secuelas, complicaciones y rehabilitar al sujeto para su reinserción social.⁷⁷

Si se analiza estos tres niveles de intervención en cuanto a prevención y las acciones del trabajo social se puede decir que éste, está presente en cada una de ellas, en ocasiones el trabajador social realiza la llamada prevención sobre la evidencia, ya que diagnostica y a partir de los resultados elabora proyectos o en mayor alcance programas que ayuden o resuelvan la situación detectada, aunque es siempre importante el trabajo multidisciplinario, sobre todo cuando el trabajo se encuentra en el ámbito de la salud.⁷⁸

Para los Trastornos de Conducta Alimentaria existen diferentes tipos de prevención (desde el punto de vista de diferentes autores), estos van desde el trabajo en el núcleo familiar, escuela, desde los medios de comunicación, etc. ⁷⁹

De acuerdo con los resultados obtenidos y que se describen en el capítulo anterior, se puede decir que de acuerdo a que los estudiantes de la ENTS no presentan una incidencia en factores de riesgo representativa por lo

⁷⁷ Saidón O. *La salud mental en los tiempos de ajuste. En Políticas en Salud Mental*. Editorial. Buenos Aires, Argentina año 1994 Pág. 13- 23.

⁷⁸ Caplan Gerald, *Aspectos Preventivos en Salud Mental*, ED Paidos, Barcelona año 1993 pág. 213

⁷⁹ Gómez Peres Mitre Gilda, Callega Nazia *Psicología Social: Investigación y aplicaciones en México*, ED Fondo de Cultura Económica pág. 229.

cual trabajando sobre la evidencia se puede implementar prevención primaria.

Aunque, anteriormente algunas prácticas (comunitarias y regionales) desarrolladas por estudiantes, han implementado algunos proyectos con diferentes objetivos pero con la similitud de tratarse de los Trastornos de Conducta Alimentaria, desarrollando así una función del trabajo social.

Un ejemplo de lo mencionado es el trabajo realizado por los alumnos una práctica comunitaria, la cual estaba a cargo de la profesora Ma. Oralia Acuña Dávila, realizada en el Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina. La cual realizó un diagnóstico a nivel campus y con los resultados llevaron a cabo un proyecto social de prevención de los Trastornos de Conducta Alimentaria cuyo objetivo se centro en prevenir la incidencia de hábitos alimentarios que perjudican la salud en los alumnos en Ciudad Universitaria.⁸⁰

Uno de los objetivos de la formación profesional no es precisamente el prever o proveer la salud del estudiante, pero aun así existen programas de apoyo al estudiante universitario, por ejemplo, en la Facultad de Química de la UNAM donde se han distribuido becas alimentarias a alumnos de bajos recursos.⁸¹ También existe la revista de promoción para una adecuada alimentación, que es impartida gratuitamente dentro de las instalaciones de Ciudad Universitaria, lo cual demuestra una creciente cultura por la salud y sobretodo por la alimentación.

La prevención dentro de la escuela se vuelve importante ya que la formación profesional conlleva grandes lapsos de tiempo en los centros educativos y si se retoma la premisa de un estudiante bien alimentado rinde más, en éste caso la prevención también incluye evitar la posible

⁸⁰ Practica Comunitaria Facultad de Medicina 2005-2 – 2006-1, biblioteca ENTS clasificación P- 0914.

⁸¹ Gaceta UNAM. www.gaceta.unam.mx

adquisición de conductas de riesgo que posteriormente lleven a un desorden alimentación mayor como lo son la anorexia y bulimia.

Las acciones de intervención pueden ser de diversas, por ejemplo, los proyectos que por medio de formas lúdicas cumplen sus objetivos, también existe la difusión literaria, por otro lado se puede elaborar grupos donde los estudiantes se expresen, todo bajo un formato y objetivos específicos, con la finalidad de orientar y de está manera evitar la incidencia en factores de riesgo. Para los fines del presente se retomará la psicoeducación.

Existen diferentes formas de acción dentro de un grupo, a continuación un breve resumen de los mismos.

En primer lugar, los llamados grupos de orientación, el cual por medio de la interacción de sus integrantes se detecta problemáticas y a partir de estas se dan alternativas de solución.

Dentro de la ENTS se puede implementar éste tipo de grupos bajo una estricta organización; ya se habló de que en mayoría no existe incidencia en factores de riesgo, pero el abrir la posibilidad éste tipo de acciones para la prevención, ya que, así como tienen la función terapéutica, también puede ser para la expresión de inquietudes acerca de conducta alimentarias.

Otra forma de intervención es la *psicoeducación (principal acción a desarrollar dentro del proyecto que se presenta más adelante)*, que definido de una manera breve, brinda el conocimiento y habilidades prácticas sobre aspectos específicos a través de un aprendizaje, el cual puede ser por medio de exposición, discusión dirigida, panel, mesa redonda y pequeños grupos o reunión de corrillos, entre otras técnicas.

A continuación se muestra una posible forma de intervención para la prevención en la Escuela Nacional de Trabajo Social. Cabe destacar que el siguiente sólo es ilustrativo, donde la principal acción es un grupo psicoeducativo. El siguiente es un proyecto de clasificación social ya que se es un problema ligado a la salud.⁸²

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL
PROYECTO SOCIAL

“GRUPO PSICOEDUCATIVO EN PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN LA ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL”

FUNDAMENTACION

Los Trastornos de Conducta Alimentaria han estado presentes desde 1800 con las investigaciones de científicos ingleses como de Charles Lesegue en 1873 y William Gull en 1874, estos fueron pioneros en constatar casos de bulimia y anorexia.⁸³ Actualmente el índice de personas con éste problema de salud mental que va íntimamente relacionado con la alimentación es cada día mayor.

La necesidad de prevenir trastornos como el mencionado es de vital importancia para ayudar a que la incidencia, sea menor.

Para hablar de las causas que provocan que las personas adquieran estos trastornos es difícil, ya que son variados y en ocasiones la causa va más allá de ser una.

Las que se escuchan más frecuente son: la presión por las tendencias del “ideal de peso” que se ve ligado con los productos difundidos por los

⁸² Ander Egg, Ezequiel, Aguilar María José, *como elaborar un proyecto, guía para diseñar proyectos sociales y culturales*. ED. El Ateneo, México, año 1990, pág. 15

⁸³ García Suárez Elia Lucero, *Anorexia y Bulimia: fenómenos poco comprendidos que tienen solución, una investigación documental*, Tesis Facultad de Psicología UNAM, año 2002 pág. 50

medios de comunicación, otro factor es la situación familiar o las propias del individuos pueden ser algunas posibles causas.

Las personas que presentan estos trastornos por lo general comienzan con comportamientos hacia la comida poco saludables como el evitar ciertos alimentos o consumir más que en ocasiones van ligados con sentimientos que provocan la adquisición de un trastornos, ésto por mencionar un ejemplo.

En ocasiones las mismas personas desconocen lo que sus "conductas alimentaria" pueden representar a futuro y por tanto sus consecuencias.

Por otro lado la escuela juega un papel importante para apoyar acciones de ésta naturaleza, se menciona la prevención en casa, en instituciones de salud, etc.

En la escuela, donde pasan la mayoría del tiempo algunos jóvenes, se reduce la posibilidad de realizar los alimentos en lugares establecidos, por ejemplo en el hogar.

Por lo tanto apoyar la prevención en la escuela es importante para apoyar a los jóvenes por medio de información y que ésta sirva como un elemento más para apoyar en cuánto a la prevención de la adquisición de los TCA.

Con el presente proyecto se pretende establecer un grupo psicoeducativo, el cual más adelante será definido, que se impartirá a jóvenes que actualmente estudian en la ENTS, donde estos adquirirán herramientas que les permitan identificar aquellas conductas que representen un riesgo para la adquisición de un TCA y que estos estudiantes a su vez compartan el conocimiento obtenido con el resto de sus compañeros universitarios.

OBJETIVO:

Que los estudiantes de la ENTS conozcan los Trastornos de Conducta Alimentaria y las herramientas que permitan su prevención en cuanto a la adquisición de los mismos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Que los estudiantes obtengan conocimiento de los TCA y sus factores de riesgo.
- Qué los estudiantes reconozcan sus conductas en cuanto a su alimentación para evitar que incurran en factores de riesgo.
- Que los alumnos sean repetidores del conocimiento sobre TCA.

METAS:

- Un grupo por semestre.
- Veinte alumnos por grupo.
- Concluir con el 80% de los integrantes.
- Obtener un 80% de estudiantes con conocimiento de los Trastornos de Conducta Alimentaria.

BENEFICIARIOS:

Estudiantes de todos los semestres inscritos en el sistema escolarizado en la Escuela Nacional de Trabajo Social de la Universidad Nacional Autónoma de México.

PRODUCTOS:

Estudiantes de la ENTS con conocimiento de los Trastornos de Conducta Alimentaria y repetidores de dicho conocimiento.

Metodología

Dado que el trabajo que se ha de realizar a partir de éste proyecto es directamente con grupos y en específico un psicoeducativo es necesario definir tal concepto. Tenemos que por lo general se define al grupo como el conjunto de individuos que interactúan con un objetivo determinado. Es necesario ampliar éste concepto ante todo agregar la noción de situación, el lugar donde el grupo se reúne, el clima reinante y los emergentes que se produzcan ajenos al grupo mismo. Un grupo se forma cuando se juntan varios individuos que comienzan a interactuar.⁸⁴

En cuánto a la inclinación psicoeducativa tenemos que se ocupa de ayudar al individuo a adaptarse a su ambiente y a adquirir los hábitos y habilidades que le permitan hacerlo de la manera más efectiva.⁸⁵

En ésta se utiliza diferentes modalidades, una de ellas es la exposición, en ésta se comparte con otros compañeros, los conocimientos y los puntos de vista sobre diversos temas.

A diferencia de un grupo de orientación, de una manera breve, su intervención se enfoca más hacia la identificación de situaciones que representen diferentes tipos de conflicto para el individuo, por lo tanto se busca el concebir alternativas de solución.

Éste grupo también puede ser tomado para la acción preventiva, sólo que en ésta ocasión se retoma el psicoeducativo dadas las características del público al que va dirigido.

Entre otras características de éste grupo, éste es organizado, es decir, existe una división de trabajo en procura de una meta productiva, será un grupo cerrado (no se aceptará más integrantes hasta que el proceso del

⁸⁴ Kisnerman Natalio, *Servicio social de grupo*, ED. Humanitas, Buenos Aires, año 1968 pág. 98.

⁸⁵ Lifton M. Walter, *trabajando con grupos*, ED. Limusa, México, año 1979, pág. 32

grupo haya concluido). En resumen, éste grupo será informativo donde la didáctica se centrara en la exposición, entre otras cualidades, permite al grupo leer o analizar, para inspirar al grupo, para divertir o entretener a un grupo por medio de un expositor de muy buenas aptitudes o muy experimentado y para ayudar al grupo a compartir las experiencias de otra persona, brindando la posibilidad de obtener puntos de vista de los integrantes para dar camino a nuevas formas de intervención en cuanto a los Trastornos de Conducta Alimentaria.

Nivel de organización.

- El grupo psicoeducativo estará coordinado por un Lic. En Trabajo Social.
- Constará de cinco sesiones, una por semana con duración de una hora cada una.
- Será dirigido a los estudiantes de la ENTS interesados en conocer los Trastornos de Conducta Alimentaria.
- Estará en coordinación con el Departamento de Trabajo Social Escolar.

METODOS Y TECNICAS A UTILIZAR.

Se utilizará básicamente la exposición (se comparte los conocimientos y los puntos de vista sobre diversos temas, dando la oportunidad de ver un mismo problema de diferentes maneras y obtener información que no se conocía), con el apoyo técnicas didácticas, mediante las cuales se lograrán los objetivos con estudiantes.

Ésta es un técnica formal y verbal, sólo hay comunicación en un sólo sentido, permite presentaciones completas y detalladas sin la distracción de interrupciones, es un método rápido de transmitir información a una grupo.

Sirve para presentar información de manera formal y directa, para proporcionar información experta con continuidad, para identificar un problema.

Se recomienda el uso de ésta técnica cuando la identidad y los controles del grupo son tales que la atención y el interés del integrante del grupo se mantendrán en una situación de comunicación en un sólo sentido.

Cuando el grupo tiene a su disposición personas expertas que poseen información de importancia y que tienen la aptitud y el deseo de preparar un discurso para impartir tal información. Cuando los integrantes de grupo tienen habilidades para recibir la más abstracta comunicación verbal de un sólo sentido, el papel del grupo será pasivo, es decir "oidor", cuando los integrantes de grupo desean compartir las experiencias de otra persona, mediante información. ⁸⁶

Para definir el proceso de enseñanza aprendizaje (el cual debe ser definida para comprender las actividades a realizar durante el grupo psicoeducativo), se tiene que desglosar cada una de sus palabras, primero, Enseñanza y aprendizaje forman parte de un único proceso que tiene como fin la formación del estudiante, Esto implica que hay un sujeto que conoce (el que puede enseñar), y otro que desconoce (el que puede aprender).

⁸⁶ Beal M. George; Bohlen Joe M; Raudabaugh J. Neil. *Conducción y acción dinámica de grupo*, ED. Kapaleusz, Argentina, año 1964, pág. 207 – 216.

El que puede enseñar, quiere enseñar y sabe enseñar El que puede aprender quiere y sabe aprender.

Cuando se enseña algo es para conseguir alguna meta (objetivos). Por otro lado, el acto de enseñar y aprender acontece en un marco determinado por ciertas condiciones físicas, sociales y culturales (contexto).

El proceso de enseñar es el acto mediante el cual el profesor muestra o suscita contenidos educativos (conocimientos, hábitos, habilidades) a un alumno, a través de unos medios, en función de unos objetivos y dentro de un contexto.⁸⁷

⁸⁷ Díaz Barriga, Arceo Frida y Gerardo Hernández Rojas, *Estrategias docentes para un aprendizaje significativo*, ED, Mc Graw Hill, México, año 1990.

CARTA DESCRIPTIVA

Sesión 1 "Los Trastornos de Conducta Alimentaria"

Tema	Objetivo	Actividad del proceso enseñanza aprendizaje	Material didáctico	Técnica didáctica	Equipo de apoyo	Evaluación	Responsable	Tiempo
Presentación	Que la responsable como los integrantes del grupo se presenten			Dinámica de integración			Lic. en Trabajo Social.	15 min.
Los Trastornos de conducta alimentaria	Conocer, unificar y reflexionar sobre el concepto de los TCA	Exposición	Diapositivas	Técnica interrogatorio	Retro proyector multimedia, Lap top	Elaboración de una síntesis de lo visto.	Lic. en Trabajo Social.	45 min.

Sesión 2 "Anorexia"

Tema	Objetivo	Actividad del proceso enseñanza aprendizaje	Material didáctico	Técnica didáctica	Equipo de apoyo	Evaluación	Responsable	Tiempo
Anorexia	Que los estudiantes identifiquen las características principales	Exposición	Diapositivas	Técnica expositiva	Retro proyector multimedia, Lap top	Participación comentada	Lic. en Trabajo Social.	60 min.

Sesión 3 "Bulimia"

Tema	Objetivo	Actividad del proceso enseñanza aprendizaje	Material didáctico	Técnica didáctica	Equipo de apoyo	Evaluación	Responsable	Tiempo
Bulimia	Que los estudiantes identifiquen las características principales	Exposición	Diapositivas	Técnica expositiva	Retro proyector multimedia, Lap top	Participación comentada.	Lic. en Trabajo Social.	60 min.

Sesión 4 "Factores de Riesgo"

Tema	Objetivo	Actividad del proceso enseñanza aprendizaje	Material didáctico	Técnica didáctica	Equipo de apoyo	Evaluación	Responsable	Tiempo
Factores de riesgo	Que los estudiantes reconozcan los factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria.	Exposición	Diapositivas	Técnica expositiva	Retro proyector multimedia, Lap top	Lluvia de ideas.	Lic. en Trabajo Social.	60 min.

Sesión 5 “Factores Protectores”

Tema	Objetivo	Actividad del proceso enseñanza aprendizaje	Material didáctico	Técnica didáctica	Equipo de apoyo	Evaluación	Responsable	Tiempo
Factores protectores	Identificar los factores que eviten la adquisición de los trastornos de conducta alimentaria	Exposición	Diapositivas	Técnica expositiva.	Retro proyector multimedia, Lap top	Lluvia de ideas.	Lic. en Trabajo Social.	30 min.
Compartir el conocimiento	Determinar que la difusión del tema con otros compañeros ayuda a la prevención de la adquisición de los TCA.	Reflexión	Ninguno	Técnica interrogatorio	Ninguno.	Elaborar formas de difusión para compartir con los compañeros lo aprendido en el grupo.	Lic. en Trabajo Social.	30 min.

DETERMINACIÓN DE LOS PLAZOS O CALENDARIO DE ACTIVIDADES.

Tarea.	Ago.	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.	Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Ago.
1. Solicitud del salón y horario													
2. Difusión													
3. Elaboración del material didáctico													
4. Periodo de inscripción													
5. Inicio del grupo													
6. Evaluación general del grupo													
7. Programación del grupo feb.-jun.													
8. Solicitud del salón y horario													
9. Revisión y actualización del material didáctico													
10. Difusión													
11. Periodo de inscripción													
12. Inicio del grupo													
13. Evaluación general del grupo													
14. Sistematización anual.													
15. Entrega de la sistematización al Depto. De T.S escolar.													

DETERMINACIÓN DE LOS RECURSOS NECESARIOS:

- **Humanos.**

- Lic. En Trabajo Social.

- **Materiales.**

- Un aula.
- Pizarrón.
- Lap Top.
- Retro proyector multimedia.

SUPERVISION.

La supervisión será a cargo de la Lic. En T.S Paola Jiménez López y de la responsable del Departamento de Trabajo social Escolar

COSTO-BENEFICIO

Existirá un convenio entre la Lic. En .T.S. Paola Jiménez López y la Escuela Nacional de Trabajo Social.

El costo real por cada grupo realizado al semestre será de \$ 9.500.00 M/N, dando un total \$ 19.000.00 M/N.

El beneficio que representa el proyecto será obtenido en estudiantes con herramientas para la identificación de conductas que lleven posibles Trastornos de Conducta Alimentaria y que estos a su vez promuevan lo aprendido con el resto de sus compañeros.

GASTOS.

Presupuesto de gastos estimado por grupo programado cada 4 meses.

Reales

Trasporte: \$ 1.000.00 M/N

Material didáctico: \$ 2.000.00 M/N

Difusión: \$ 500.00 M/N

Imprevistos

Supervisión externa: \$ 3.000.00 M/N

Apoyo Psicológico PARA EL RESPONSABLE DEL PROGRAMA EN OPERACION:

\$ 2. 500.00 M/N

TOTAL: \$ 9. 000.00 M/N

EVALUACIÓN:

Está será realizada en dos formas:

En primer lugar la evaluación que se da dentro de cada sesión, (contemplada en cada carta descriptiva) que van acorde con los objetivos de las mismas, está primera etapa tiene el objetivo de revisar el conocimiento que se va generando en cada una de las sesiones.

En segundo lugar y de manera general se evaluará todo el proyecto por medio de la *evaluación únicamente después*, consiste, medir la situación existente al finalizar la ejecución del proyecto.⁸⁸

⁸⁸ Espinoza Vergara Mario, *Evaluación de proyectos sociales*, ED. Humanitas, Argentina, año 1975, pág. 109.

Dentro de la evaluación se contempla el modelo de Mercedes para la sistematización, se eligió éste modelo ya que permite la reflexión y la superación mediante la reconstrucción de la experiencia y observar todos los componentes que llevan a la mejora de la intervención.

A continuación una tabla con las fases metodológicas que permitirán una mejor ilustración de lo que es la sistematización.⁸⁹

Fase	Técnicas
1. Reconstrucción de la experiencia	Relato descriptivo de la situación vivida
2. Análisis	Análisis de contenidos surgidos en reconstrucción. Investigación temática no estructurada (decodificación). Clasificación de temáticas problemáticas (encodificación). Tematización (codificación).
3. Interpretación	Confrontación de marcos teóricos referidos a temáticas codificadas Investigación documental y teórica.
4. Conceptualización	Construcción teórica surgida de confrontación anterior
5. Generalización	Confrontación de conceptualizaciones correspondientes a diferentes espacios – tiempos.
6. Conclusiones	Confrontación de la construcción teórica con la evaluación del proceso de terreno
7. Propuestas.	Correspondencia existente entre políticas y resultados, alternativas surgidas a base de la práctica.

⁸⁹ Gagneten María Mercedes, *Hacia una metodología de sistematización de la práctica*, ED. Humanitas, Argentina, año 1984, pág. 107.

Para la evaluación se retomarán diferentes instrumentos, que a continuación se presentan.

Asistencia en las sesiones

NOMBRE	1	2	3	4	5
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					
17.					
18.					
19.					
20.					

Cada sesión será tomada con el 20% de asistencia, para verificar el 80% de asistencia los integrantes deben asistir cuatro veces al grupo.

Para comprobar el conocimiento obtenido de los estudiantes se implementara un instrumento al final de cada grupo.

“GRUPO PSICOEDUCATIVO EN PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN LA ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL”

Instrumento final

Objetivo: constatar el conocimiento adquirido durante las sesiones.

Instrucciones:

Lee detenidamente y contesta las preguntas.

1.- ¿Qué significa “Trastornos de Conducta Alimentaria”?

2.- ¿Cuáles son las principales características de la Anorexia?

3.- ¿Cuáles son las principales características de la Bulimia?

4.- ¿A qué se le llama Trastorno de conducta Alimentaria no Especificado?

5.- Define brevemente los factores de riesgo.

6.-Define brevemente los factores protectores.

EVALUACION PRÁCTICA

Por último los integrantes de grupo deberán elaborar un proyecto, donde por medio de éste se conviertan en repetidores de lo aprendido a lo largo de las sesiones, es decir un proyecto reproductor de conocimientos dirigido a diferentes instituciones educativas y de salud.

Por ejemplo:

- Escuelas primarias.
- Escuelas secundarias.
- Preparatorias o su equivalente en educación media superior (Bachillerato, escuelas técnicas, etc.)
- Nivel superior.
- Centros de Salud.
- Hospitales.

5.3.3. Prevención a los trastornos de la alimentación: Una nueva área de acción para el Trabajo Social.

Los trastornos de conducta alimentaria, son propiamente como su nombre lo indica un trastorno que va ligado a la salud mental y que como se ha descrito el Trabajo Social ha desarrollado una labor importante en la rehabilitación de las personas que padecen cualquier tipo de trastorno mental, aunque la Licenciatura en Trabajo Social ha ganado terreno y respeto en su forma aun le falta ganar terrenos.

Los TCA son un problema de alimentación de igual manera existen otros problemas relacionados con la alimentación como el sobrepeso, la obesidad y la serie de consecuencias que los mencionados provoca en la sociedad.

La mala alimentación y sus consecuencias es un problema de salud que crece, el cual necesita más intervención en cualquier nivel por lo que el Trabajo Social tiene el conocimiento y las herramientas para hacerlo, sólo falta el interés de los mismos Trabajadores Sociales para darle la fuerza que necesita y de esta manera, como en otros problemas de la sociedad, el Trabajo Social se hará presente y su labor será reconocida.

Así como los problemas de alimentación existen otros que se desarrollan día con día dentro de la sociedad en los que el Trabajador Social puede intervenir y expandir su campo de acción y de esta manera cumplir con uno de sus objetivos: el buscar alternativas de solución a problemas que afecten al desarrollo humano, sin olvidar el trabajo en equipo, tanto entre Trabajadores Sociales como con otros profesionistas.

CONCLUSIONES

Desde que inicie el proceso de escoger un tema para la realización de la tesis, me interesó el tomar como universo de trabajo a la población de la Escuela Nacional de Trabajo Social, mi interés radicó en el hecho de realizar una investigación (como se podría hacer en cualquier otra institución educativa) que apoye a la comprensión de las personas que estudian en la ENTS, por lo menos en cuánto a los hábitos alimenticios.

Previendo también que la cooperación de los estudiantes para realizar la misma no tendría mayor problema, ya que la mayoría, en sus prácticas ha realizado diferentes investigaciones con fines académicos. Sin embargo; me encontré con diversas actitudes dentro de los estudiantes, que van desde la indiferencia hasta la soberbia, lo cual me lleva a recordar un tema que constantemente se escucha y es debatido entre los Trabajadores Sociales es el de acerca de fortalecer el gremio, del apoyo entre los mismos, con el fin de hacer una profesión sólida, pero, si existen actitudes como las mencionadas, que se puede esperar, en un futuro, ¿seguiremos hablando de un problema de segregación entre los trabajadores sociales?, ¿el tema del fortalecimiento del gremio seguirá siendo un tema de debate y preguntas llenas de porqués? Tal vez podría ser objeto de otra investigación.

Los resultados de está investigación refutan mi hipótesis, es decir, me encontré que los estudiantes no inciden en factores de riesgo, sin embargo; mis resultados pueden, mi investigación puede tomar otro rumbo en algún otro momento.

A pesar de que los resultados no indican precisamente población con posibilidad de adquirir un TCA, se puede decir que se abrió la brecha a detectar otro tipo de anomalías dentro de la población o de la misma institución.

En primer lugar la situación de una población que no practica ejercicio, demuestra una contrariedad puesto que la ENTS tiene un elevado grado de apoyo y difusión en cuánto a actividades deportivas y sin embargo; los estudiantes no hacen ejercicio.

Otro punto es que los estudiantes pierden peso, sólo que no es por vanidad sino por estrés. ¿Por que?, una pregunta que tendría que ser objeto de otra investigación para responderla.

Y por último, los estudiantes señalaron consumir mucho alimento en poco tiempo, lo cual se acerca más a la descripción de un trastorno de conducta alimentaria no especificado, es decir, "atracones" sin conductas compensatorias. Que para lo cual en el capítulo anterior se retoma y se propone acciones.

Ésta investigación da paso a muchas preguntas que pueden ser desarrolladas en otras investigaciones, lo cual considero la semilla que deja la presente, aparte de los resultados obtenidos.

BIBLIOGRAFIA

Ander Egg, E. (1993) Introducción al Trabajo Social. México ED. El Ateneo.

Ander Egg, E. & Aguilar, M. J. (1990) Como elaborar un proyecto, guía para diseñar proyectos sociales y culturales. México, ED. El Ateneo.

Alvarado, G. & Gómez Peres, M. G. (2001 Volumen 8 número 3) Trastornos de la alimentación, factores de riesgo en tres diferentes grupos de edad: Pre Pubers, Pubers y Adolescentes, Revista Mexicana de Psicología. UNAM.

Bernal Campos, E. S. (2001) Propuesta de un modelo de evaluación en los grupos de orientación familiar que se desarrollan en el servicio de Hospital de Día. Hospital Psiquiátrico Infantil. México. ENTS-UNAM.

Bruno Frank, J. Diccionario de Términos de Psicología (1988) Barcelona España. ED. Paidós.

Bapista, L. P. & Fernández Collado C. & Hernández Sampieri R. (2006) Metodología de investigación. México. ED. Mc Graw Hill.

Baynec, R. & Nicolson, P. (1987) Psicología para Trabajadores Sociales. México. ED. Pax

Beal, M. G. Bohlen & Joe, M. & Raudabaugh, J. N. (1964) Conducción y acción dinámica de grupo. Argentina ED. Kapaleusz.

Bleger, J. (1994) Psicohigiene y Psicología Institucional. Buenos Aires. Ediciones Paidós.

Caplan, G. (1993) Aspectos Preventivos en Salud Mental. Barcelona. ED. Paidós

Castellanos, M. C. (1978) Manual de Trabajo Social. México. ED. La Prensa Médica Mexicana.

Chinchilla Moreno, A. (2003) Trastornos de la Conducta Alimentaria: anorexia y bulimia nerviosa, obesidad y atracones. Barcelona. ED. Masson.

Contreras, E. (1994) Investigación y evaluación en comunicación para la salud. En: Por una política de comunicación para la promoción de la salud en América Latina. Quito, Ecuador. Editado por la División de Promoción y Protección de la Salud, OPS, OMS.

Dorsch, F. Diccionario de Psicología. (1985). Barcelona España. ED. Herder.

Díaz Barriga & Arceo, F. & Hernández Rojas, G. (1990) Estrategias docentes para un aprendizaje significativo. México. ED. Mc Graw Hill.

DSM-IV. (1995). Manual de Diagnóstico y estadísticos de los Trastornos Mentales. ED. Masson.

Espinosa García, E. M. (2005) Anorexia y Bulimia: un mal moderno, intervención del Trabajo Social con pacientes adolescentes que padecen anorexia y/o bulimia nerviosas. México. ENTS- UNAM.

Espinoza Vergara, M. (1975) Evaluación de proyectos sociales. Argentina. ED. Humanitas,

Ekkehard, O. & Sieglinde, C. (1996) DSM-IV: La entrevista clínica, el paciente difícil. Tomo II, Barcelona. ED. Masson

Feinsten, C. & Sherman Sorosky, A. (1998) Trastornos de la alimentación. Buenos Aires. ED. Nueva Visión.

Granel & Garfunkel. (2004) Psicoterapia de la anorexia nerviosa y la bulimia. ED Guilford.

Gagneten, M. M. (1985) Hacia una metodología de sistematización de la práctica. Argentina. ED. Humanitas.

Gil Turon, VJ. (1997) Trastornos de la alimentación, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y obesidad. ED. Mason.

Gómez Lavín, C. & Zapata García, R. (2000) Psiquiatría, Salud Mental y Trabajo Social. España. ED. Eunate.

Gordiano Miranda, C. B. & Muños Santiago, M. L. (2005) Relación entre la imagen corporal: satisfacción/insatisfacción conducta alimentaría y vida sexual activa en mujeres y hombres adolescentes. México. Facultad de Psicología, UNAM.

González, N. V. (2004) Trabajo recepcional "taller de intervención profesional" Intervención social en familias. México ENTS-UNAM.

Gómez Peres, M. G. (2000) Psicología Social: investigación y aplicaciones en México. México. ED. Fondo de Cultura Económica.

Gómez Peres, M. G. & Mancilla Díaz, J. M. (2006) Trastornos alimentarios en Hispanoamérica. México Facultad de Estudios Superiores Iztacala UNAM ED. Manual Moderno.

García Suárez, E. L. (2002) Anorexia y Bulimia: fenómenos poco comprendidos que tienen una solución. Una investigación documental. México. Facultad de Psicología UNAM.

Guiofantes, S. (1996) Salud y prevención desde el punto de vista psicológico. En Salud Laboral y Ciencias de la Conducta. España. Fundación MAPFRE Medicina.

Hornato Garduño, E. & Osnaya Castillo, U. Dinámica familiar del paciente con diagnóstico de esquizofrenia. México ENTS-UNAM.

Jáuregui Lobera, I. (2006) La imagen de una sociedad enferma: anorexia, bulimia, atracones y obesidad. ED. Mollet del Valles Grafema Editorial.

Kisnerman, N. (1968) Servicio social de grupo. Buenos Aires. ED. Humanitas.

León Espinosa de los Monteros, M. T. & Castillo Sánchez, M. D. (2005) Trastornos del comportamiento alimentario: anorexia y bulimia nerviosa. ED. Alcalá la Real, Jaén: Asociación Alcalá.

Lilienfeld, R. (1991) Teoría de sistemas. México. ED. Trillas.

Lifton, M. W. (1979) Trabajando con grupos. México. ED. Limusa.

Monterrosa Galindo, L. C. (2005) Factores Psicológicos que influyen en los jóvenes de la ENTS para la práctica del deporte. México. ENTS-UNAM.

Mercado Gutiérrez, L, & Olvera Ruvalcaba, A. J. (2005) Programa de realidad virtual y enfrentamiento en habilidades sociales como prevención de factores de riesgo asociados con la imagen corporal. México. Facultad de Psicología, UNAM.

Materazi, M. Á. (1991) Salud Mental; una propuesta de prevención permanente. Argentina. ED Paidós.

Muñoz López, M. & Roa Álvaro, A. (2002) Instrumentos de evaluación en Salud Mental. Madrid. ED Pirámide.

Moix Martínez, M. (1991) Introducción al Trabajo Social., Madrid España. ED Trivium.

Manzano, P. & Orden, J. (2005) Psicología de la alimentación: comportamientos saludables y trastornos alimentarios. ED. Madrid: Morata.

Ortiz Jiménez, G. (2002) Trastornos de la conducta alimentaria Anorexia nervosa y Bulimia nervosa. México Facultad de Psicología – UNAM.

Practica comunitaria Facultad de Medicina 2005-2 2006-1 Biblioteca ENTS, clasificación P- 0914

Ramsés, C. (2004) Alimentación y Salud: una explicación para comprender, un ensayo para reflexionar. México. ED. Siglo XXI.

Rojas Villegas, C. E. & Zambrano Beltrán, C. (2003) Informe de sistematización del servicio social. ENTS- UNAM.

Medina Rubio, R. (1993) Teoría de la educación. Madrid, España. ED. Universidad Nacional de Educación a Distancia.

Saidón, O. (1994) La salud mental en los tiempos de ajuste. En Políticas en Salud Mental. Buenos Aires. Argentina Editorial.

Serrato, A. (2007) Anorexia y Bulimia "Trastornos De Conducta Alimentaría". Madrid. Colección de obras de Psicología, ED Libro Hobby Club.

Salgado Rico, M. G. (2002) Seminario de áreas sustantivas de Trabajo Social Atención Social a la Familia México ENTS-UNAM.

Sánchez Rosado, M. (1999) Manual de Trabajo Social. México. UNAM-ENTS,

Sánchez Rosado, M. (1991) Elementos de la Salud Pública. México. ED Méndez Cervantes.

Stolkiner, A. (1994) Tiempos "posmodernos": ajuste y salud mental. En Políticas en Salud Mental. Argentina. Editorial Buenos Aires.

Valerio Chávez, A. (1999) El Trabajo Social en México: Desarrollo y Perspectivas. México. ENTS-UNAM.

Valdés Miyar, M. & López Ibor Aliño, J. J. (2005) DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. American Psychiatric Association.

Zubiría, R. & Hilda, D. (2004) El constructivismo en los procesos de enseñanza aprendizaje en el siglo XXI. México. ED Plaza y Valdés.

Referencias Electrónicas

Escuela Nacional de Trabajo Social población estudiantil. 21 Mayo 2007 recuperado de dirección electrónica:

<http://www.trabajosocial.unam.mx/index.php?module=PostWrap&page=Servicios Escolares>

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA): definición y tipologías (10/10/2005) recuperado el 21 de Mayo 2007

<http://www.educaweb.com/EducaNews/interface/asp/web/NoticiasMostrar.asp?NoticialID=733&SecciolD=1100>

Proyecto Colaborativo" Lo que tú necesitas" Red Escolar (12/09/06) recuperado el 15 de Enero 2008 de la dirección electrónica:

<http://redescolar.ilce.edu.mx/redescolar/proyectos/indexproyec.htm>

Disforia. Glosario de psiquiatría. El Lubrano. (S.F) recuperado el 23 de Abril 2008 de la dirección electrónica:

http://www.lubrano.com/cgi-bin/glosario/mostrar_contenido.cgi?codigo=325&termino=disforia

Disforia. Enciclopedia Wikipedia (S.F) recuperado el 23 del 2008 de la dirección electrónica:

<http://es.wikipedia.org/wiki/Disforia>

Hiperfagia. (03/04/08) recuperado el 23 de Abril del 2008 de la dirección electrónica:

http://www.lookfordiagnosis.com/mesh_info.php?term=Hiperfagia&lang=2

Malnutrición. Hospital General Universitario de Murcia Reina Sofía Servicio de cirugía general y digestiva (2005) recuperado el 23 de Abril del 2008 de la dirección electrónica:

<http://scgd3murcia.iespana.es/scgd3murcia/malnutricion.htm>

http://www.vitaminworld.com/vf/healthnotes/HN_Live/Spanish/Es-Herb/lpecac.htm

Tmesis. Enciclopedia Wikipedia (S.F) recuperado el 23 de Abril del 2008 de la dirección electrónica:

<http://es.wikipedia.org/wiki/Tmesis>

Real Academia Española (S.F) recuperado el 23 de Abril del 2008 de la dirección electrónica:

www.rae.es

Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 (S.F) recuperado el 22 de Junio del 2008 de la dirección electrónica:

<http://pnd.calderon.presidencia.gob.mx/>

SEDESOL. Oportunidades (S.F) recuperado el 22 de Junio del 2008 de la dirección electrónica:

http://www.oportunidades.gob.mx/pdfs/Vivir_Mejor%20Estrategia%20PDF%20Optimizado.pdf

Secretaria de Salud (S.F) recuperado el 22 de Junio del 2008 de la dirección electrónica:

<http://dgps.salud.gob.mx/descargas/nom.pdf>

Escuela Nacional de Trabajo Social. Plan de Estudios. (S.F) recuperado el 22 de Junio del 2008 de la dirección electrónica:

<http://www.trabajosocial.unam.mx/index.php?module=PostWrap&page=Plan>

APENDICE

Instrumento



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL
 CUESTIONARIO DE FACTORES DE RIESGO
 DE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA



OBJETIVO: Conocer si los estudiantes de la Escuela Nacional de Trabajo Social presentan factores de riesgo de TCA.

INTRUCCIONES: Lee detenidamente las preguntas y selecciona con una **X** tu respuesta.

Folio: 001

DATOS GENERALES				
				Favor de no escribir en ésta columna
SEXO:	FEMENINO	MASCULINO		
EDAD:				
ESTATURA:				
PESO:				PUNTUACIÓN
ALIMENTACIÓN				
1.- ¿Cuántas comidas realizas al día?	3 a 4	1 a 2	0	3 a 4 =1 1 a 2 =2 0 =3
(de marcar 0 responde) 2.- ¿A qué se debe?	Por dinero	Falta de confianza en la preparación de los alimentos	Por cuidar tu peso	Dinero = 1 Confianza =2 Peso = 3

3.- De estas ¿Cuántas comidas realizas en la escuela?	3 A 4	1 A 2	0	3 a 4 =1 1 a 2 =2 0 =3
(de marcar 0 responde) 4.- ¿A qué se debe?	Por dinero	Falta de confianza en los establecimientos	Por cuidar tu peso	Dinero = 1 Confianza =2 Peso = 3
5.- ¿Como consideras tu alimentación?	Buena	Regular	Mala	Buena = 1 Regular = 2 Mala = 3
6.- ¿Fumas? De no fumar pasa a la pregunta 8	SI	NO		SI = 2 NO =1
7.- De responder SI ¿Por qué?	Me quita el hambre	Me gusta fumar	Por que ya es un adicción	Hambre = 3 Gusto = 2 Adicción = 1
8.- ¿Sueles tomar mucha agua o mascar chicle en vez de comer?	SI	NO		SI = 2 NO = 1
(de marcar SI en la pregunta anterior responde) 9.- ¿Con qué frecuencia?	Siempre	Algunas veces	Nunca	Siempre = 3 Algunas veces = 2 Nunca = 1
10.- Del uno al diez ¿En qué grado consideras que a partir de que ingresaste a la ENTS tu estilo de alimentación ha cambiado?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10			1 – 4 Poco (1) 5 – 7 Mucho (2) 8 – 10 Demasiado (3)
11.- ¿Cuando comes consideras que comes mucho en un lapso de tiempo corto?	SI	NO		SI = 2 NO = 1

12.- Del uno al diez ¿Qué tan culpable te sientes al momento de terminar de ingerir alimentos?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10				1 – 4 Poco o nada (1) 5 – 7 Regular (2) 8 – 10 Mucho(3)
13.- ¿Tomas alguna medida para calmar tu culpa?	SI		NO		SI = 2 NO = 1
14.- ¿Has perdido peso últimamente?	SI		NO		SI = 2 NO = 1
(de marcar SI en la pregunta anterior responde) 15.- Marca una posible causa	Estrés	Enfermedad	Por estar a dieta	Otra	Estrés = 3 Enfermedad = 2 Dieta = 4 Otra = 1
ACTIVIDAD FISICA					
16.- Del uno al diez. ¿Consideras importante realizar alguna actividad física?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10				1 – 4 Poco o nada (1) 5 – 7 Regular (2) 8 – 10 Mucho(3)
17.- ¿Actualmente practicas alguna disciplina física?	SI		NO		SI = 1 NO = 2
CONTESTA LAS SIGUENTES PREGUNTAS; DE RESPONDER "SI" EN LA PREGUNTA ANTERIOR					
18.- ¿Con qué frecuencia?	De 2 a 3 veces por semana	5 veces por semana	Más de 5 veces por semana		2 a 3 = 1 5 = 2 más 5 = 3
19.- Del uno al diez. ¿Prefieres hacer más	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10				1 – 4 Nunca (1) 5 – 7 Algunas

ejercicio que realizar otras actividades de mayor importancia?				veces (2) 8 – 10 Siempre (3)
20.- La razón por la que hago ejercicio es...	Por cuidar mi figura	Por salud	Por recreación	Figura = 3 Salud = 2 Recreación = 1
21.- Del uno al diez. ¿Acostumbras a comer poco y realizar actividad física?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10			1 – 4 Nunca (1) 5 – 7 Algunas veces (2) 8 – 10 Siempre (3)
22.- Del uno al diez. ¿Te sientes culpable cuando comes y no puedes realizar ejercicio?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10			1 – 4 Poco o nada (1) 5 – 7 Regular (2) 8 – 10 Mucho(3)

¡GRACIAS!

Caquexia: enflaquecimiento extremo por fallas en la hipófisis.

Disforia: Sentimiento desagradable; estado general de disgusto, intranquilidad, depresión y ansiedad.

Desipramina: Antidepresivo. Inhibidor de la recaptación de Noradrenalina (norepinefrina). Antagonista de los receptores colinérgicos de tipo muscarínicos.

Flouxetina: La flouxetina (a menudo conocida por el nombre comercial Prozac) es un fármaco Inhibidor Selectivo de la Recaptación de Serotonina (ISRS), con propiedades antidepresivas. Está indicado para tratar la depresión moderada a severa, el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), la bulimia nerviosa, los trastornos de pánico y el trastorno disfórico premenstrual. La flouxetina también se usa ocasionalmente para tratar el alcoholismo, el trastorno por déficit de atención, ciertos trastornos del sueño (en particular, los síntomas de cataplejía asociados a la narcolepsia), migrañas, trastorno por estrés postraumático, síndrome de Tourette, obesidad, algunos problemas sexuales y fobias específicas.

Hiperfagia: Desarreglo del apetito que consiste en comer excesivamente. Ingestión de una cantidad de comida mayor que la considerada óptima. La disforia se refiere sólo a un desarreglo de las emociones y se puede experimentar en respuesta a acontecimientos vitales ordinarios, como la enfermedad o el duelo. Además, es un rasgo de muchos trastornos psiquiátricos como los trastornos por ansiedad y los trastornos del estado de ánimo. La disforia se experimenta normalmente durante episodios depresivos, pero las personas con Trastorno bipolar pueden también experimentarlo durante los episodios maníacos o hipomaníacos. La disforia,

en el contexto de un trastorno de las emociones es un indicador de riesgo elevado de suicidio.

Hipófisis: Órgano de secreción interna, situado en la excavación de la base del cráneo llamada silla turca. Está compuesto de dos lóbulos, uno anterior, glandular, y otro posterior, nervioso. Las hormonas que produce influyen en el crecimiento, en el desarrollo sexual, etc.

Hiponutrición: La hiponutrición puede ser resultado de ingesta insuficiente, malabsorción, pérdida sistémica anormal de nutrientes debida a diarrea, hemorragia, insuficiencia renal o sudoración excesiva, infección o adicción a fármacos. La hipernutrición puede ser consecuencia de comer en exceso, insuficiencia de ejercicio, prescripción excesiva de dietas terapéuticas, incluida la nutrición parenteral, ingesta excesiva de vitaminas, en particular piridoxina (vitamina B6), niacina y vitaminas A y D e ingesta excesiva de oligoelementos.

La malnutrición (hiponutrición e hipernutrición) se desarrolla en etapas, lo cual suele requerir mucho tiempo. En primer lugar se alteran los niveles de nutrientes en sangre y/o tejidos, seguido por cambios intracelulares en las funciones y la estructura bioquímicas. Con el tiempo se presentan signos y síntomas; puede producirse morbilidad y mortalidad.

Ipecac: nombre científico: *Cephaelis ipecacuana*. Los principales componentes de la ipecacuana son los alcaloides emetina y cefalina. Las raíces también contienen taninos y pequeñas cantidades de glicósidos de antraquinona. Los alcaloides producen varios efectos importantes, como la activación de los centros cerebrales que pueden inducir el vómito, la inhibición del sistema nervioso simpático y la inhibición de la síntesis de proteínas.

Para inducir el vómito tras ingerir un producto tóxico (después de consultar con un centro de control toxicológico o con los servicios de emergencia), generalmente se recomienda tomar 15 a 30 ml. de jarabe de ipecacuana, para un adulto, seguidos de 3–4 vasos de agua. Los niños de 1 a 12 años deben tomar 15 ml de jarabe de ipecacuana seguidos por 1 a 2 vasos de agua. Los niños menores de 1 año pueden tomar de 5 a 10 ml de jarabe seguido de medio vaso a un vaso de agua. La persona intoxicada debe mantenerse en movimiento y con la cabeza levantada después de tomar la ipecacuana. El vómito puede tardar hasta 30 minutos en producirse.

Si el vómito no se produce después de 30 minutos, se puede administrar una segunda dosis de 15 ml seguida de más agua. Si aún no se produce el vómito después de la segunda dosis, hay que acudir inmediatamente al hospital más cercano para que extraigan la ipecacuana del estómago y para obtener tratamiento para la intoxicación original.

No se debe tomar leche ni bebidas con gas en vez de agua después de la ipecacuana, ya que pueden interferir con su absorción y su eficacia. El carbón activado también interfiere con la absorción y la eficacia de la ipecacuana. Sólo se debe administrar carbón activado después de que la ipecacuana haya inducido el vómito.

Nunca se debe usar ipecacuana para inducir el vómito si la intoxicación se debe a la ingestión de gasolina, ácidos o blanqueador.

La tintura y el extracto líquido de ipecacuana son mucho más fuertes que el jarabe y por lo tanto, no deben usarse nunca en las dosis indicadas para el jarabe de ipecacuana.

Cuando se usa según las indicaciones en caso de intoxicación, la ipecacuana produce náuseas intensas, vómito y cólicos intestinales. Si se toma una cantidad excesiva de ipecacuana, puede causar mareo, taquicardia y palpitaciones. Se han descrito casos de personas con bulimia que abusaron del uso de la ipecacuana, tomándola con frecuencia para

inducir el vómito, y presentaron daños musculares o cardíacos graves y, en algunos casos, incluso les causó la muerte. Como la emetina se elimina lentamente del organismo, se puede acumular con el uso repetido y causar daños más tarde.

Al momento de escribir éste artículo, no existían interacciones bien documentadas de algún medicamento con ipecacuana.

Imipramina: La imipramina es un fármaco antidepresivo que se utiliza en Psiquiatría desde mediados de los años 50 del siglo XX. Su nombre comercial más conocido es Tofranil. Se incluye dentro de los llamados antidepresivos tricíclicos. Su mecanismo de acción radica en su capacidad de inhibir la recaptación de noradrenalina y serotonina, aumentando la disponibilidad de estos neurotransmisores en el Sistema Nervioso Central, si bien, a diferencia de los antidepresivos más modernos, también tiene numerosos efectos sobre receptores de otros muchos neurotransmisores, lo que explica sus frecuentes efectos adversos. Está indicado en todas las formas de depresión, y como ocurre con todos los antidepresivos sus resultados son más evidentes en las formas endógenas (melancolía). También ha demostrado utilidad en los pacientes con ataques de pánico (para prevenir nuevos ataques), en algunos casos de dolor crónico neuropático e incluso en trastornos infantiles como los terrores nocturnos y la enuresis nocturna.

Psicodinámica: Dicho de un sistema psicológico: Que trata de explicar la conducta por motivaciones o impulsos.

Trazodona: La trazodona es un compuesto psicoactivo con propiedades sedantes y antidepresivas. Está aprobado en Europa y los Estados Unidos para el tratamiento de la depresión. La trazodona es una fenilpiperazina derivada de la triazolopiridina, y se considera estructuralmente diferente de

otras clases de fármacos antidepresivos, como los tricíclicos, los tetracíclicos y los inhibidores de la monoaminoxidasa. A diferencia de otros antidepresivos, la trazodona no produce efectos anticolinérgicos notorios. Los principales efectos clínicos de la trazodona se atribuyen a la inhibición de la recaptación de serotonina.