



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

**“CÓMO REPERCUTE EL ESTÍLO DE VIDA EN LAS
MUJERES CON TRASTORNOS DE LIMENTACIÓN
EN COMEDORES COMPULSIVOS ANÓNIMOS”**

T E S I S E M P I R I C A
PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A:
BLANCA ESTELA PÉREZ ALVAREZ

DIRECTORA: LIC. YASMIN DE JESÚS ARRIAGA ABAD
DICTAMINADOR: LIC. ARCELIA LOURDES SOLÍS FLORES
DICTAMINADOR: LIC. ANGELA MARIA HERMOSILLO GARCÍA

TLALNEPANTLA ESTADO DE MÉXICO
2006





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.

Agradezco a la vida y a Dios por permitirme concluir un ciclo más en mi proceso de vida, doy gracias a la Universidad por brindarme un espacio en su casa de estudios ya que dio un sentido y un rumbo importante en mi vida, también me permitió vivir lo que no había vivido en su tiempo con docentes, compañeros y amigos; vivir lo que todo estudiante conoce, desde leer libros, hacer tareas, tener angustia por presentar un examen, entrega de trabajos finales, y como no recordar esas platicas tan amenas después de terminar la materia de filosofía y el compañerismo.

Agradezco a mi familia por brindarme el apoyo emocional y económico, a mis padres, Yolanda y Benjamín, muchas gracias por todo el esfuerzo que me brindaron para que terminara la carrera y a mis grandes hermanos, Benjamín, Alejandro, Armando, Jaqueline y Susana; por alentarme cuando más me derrumbaba dándome fortaleza y confianza para seguir en la carrera.

Doy gracias a mis maestros pilares que tuve desde el C.C.H. hasta la Universidad, por su sabiduría, con el respeto que portaban la camiseta y por la entrega y dedicación de su trabajo; me impulsaron con su ejemplo.

Así mismo, doy gracias a mis maestras y agrandes amigas Yasmin, Arcelia y Angela por brindarme su tiempo, confianza, amistad y dedicación en la elaboración de la tesis y además por convivir e impulsarme en mi vida personal y profesional.

También agradezco la colaboración de las participantes que me permitieron conocer su historia de vida para la realización de esta investigación.

ÍNDICE

Resumen	
Introducción	

Capítulo 1. Antecedentes de la obesidad

1.1 Orígenes y desarrollo de la obesidad	4
1.2 Vestido	7
1.3 Época Victoriana	12
1.4 Definición y clasificación de la obesidad.....	18
1.5 Etiologías de la obesidad	22
1.5.1 Factor Bioquímico	22
1.5.2 Factor social	22
1.5.3 Factor cultural	24
1.5.4 Factor psicológico	25

Capítulo 2. Cómo influye la sociedad y la familia en las personas con obesidad

2.1 Sedentarismo	29
2.2 La familia	31
2.3 Hábitos de alimentación	34
2.4 Personalidad.....	38
2.5 Rechazo social	43

Capítulo 3. Trastornos de la alimentación

3.1 Antecedentes y definición	47
del Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC)	
3.2 Trastornos de la alimentación.....	54
3.3 Características y etapas del atracón.....	56
3.4 Mecanismos que conllevan a un atracón	59
3.5 Desencadenantes y consecuencias del atracón.....	63
3.6 Características de la adicción	66
3.7 La causa de la adicción esta dentro de nosotros mismos	67
3.8 Trastornos de la imagen corporal.....	72
3.9 Trastornos dismorfico corporal	74

Capítulo 4. Metodología

77

Capítulo 5. Resultados.....

80

Capítulo 6. Análisis de resultados.....

104

Capítulo 7. Conclusiones

117

Bibliografía

122

Anexos

RESUMEN.

El objetivo de la presente investigación fue identificar dónde, cuándo y cómo se presenta un atracón y qué significado tiene éste para las personas con trastornos de alimentación en su vida. Para la realización de dicha investigación se entrevistaron 8 personas del género femenino, miembros del grupo comedores compulsivos anónimos, las cuales se encontraban en un rango de edad de 22 a 62 años, teniendo diferentes ocupaciones como ama de casa y profesionistas; tales entrevistas fueron basadas en el método de historias de vida pertenecientes a la metodología cualitativa, ya que ésta permitió observar la realidad social que vive el individuo y a su vez comprender las perspectivas que tienen respecto a su vida, experiencias o situaciones en torno a la forma de comer compulsivamente que llevo a la obesidad. Los resultados que dicha investigación arrojaron fueron que las personas con trastornos de alimentación con atracón tienden a comer con mayor frecuencia dentro de su casa, en específico en la cocina, generalmente cuando se encuentran solas, deprimidas y enojadas; actualmente presentan una ingesta compulsiva lenta y subjetiva es cuando la persona come una cantidad normal de comida pero ella la considera como ingesta compulsiva, puesto que al ingresar al grupo comedores compulsivos anónimos se modificó gradualmente su forma de comer ya que antes presentaban una ingesta compulsiva y una ingesta objetiva; esta forma desordenada de ingerir grandes cantidades de comida les trajo como consecuencias daños orgánicos como colitis, gastritis, cefaleas, parálisis facial y en cuanto al estado emocional presentaron ira, reproches, culpa, pasividad, depresión, cansancio, angustia soledad, tristeza, impulsividad, desesperación, conmiseración, y miedo. Una alternativa para poner orden a los hábitos de alimentación es asistir al grupo de comedores compulsivos anónimos puesto que en este lugar las participantes han adquirido autoestima, riqueza espiritual, esperanza, comprensión y responsabilidad ingerir alimentos en forma ordenada así mismo, otra alternativa es trabajar con su aceptación corporal, donde ellas mismas se valoren, respeten y se quieran. Una propuesta para un futuro estudio es indagar más la relación que tiene el comer compulsivamente con la plenitud sexual.

INTRODUCCIÓN.

En la actualidad estamos inmersos en diferentes contextos y eventos que nos aquejan entre los cuales se encuentra la obesidad, es muy común ver en el centro de la ciudad de México puestos de comida ambulantes, restaurantes, fondas, cafeterías, neverías, plazas y cines. Llenos de gente y algunas de ellas con sobrepeso interactuando, conviviendo y comiendo con la familia, socios de empresas, amigos, novios, etc. Parecería ser que la comida tiene relación con la convivencia en las actividades cotidianas del ser humano producto de la globalización y mercadotecnia.

No obstante el capitalismo ha influido en la actualidad para que la gente tenga más comodidad proporcionando una tecnología de punta en aparatos domésticos, lo que da auge a una preparación más rápida de alimentos instantáneos proporcionando un mejor servicio en tiempo, comodidad, y es más práctico para la mujer que trabaja, lo que trae como consecuencia una baja calidad de alimentación y un alto contenido de carbohidratos que se consumen diariamente.

Otro factor que influye en la baja calidad de alimentación son los medios masivos de comunicación por medio de la publicidad (anuncios), la población presenta un alto porcentaje de consumismo y esto llega a tal grado que gente cuando está en casa viendo tele se entretiene con comida chatarra, al igual algunas personas que presentan ociosidad o sedentarismo consumen a diario comida con un alto contenido de carbohidratos, por lo tanto la baja calidad de alimentación se observa a diario.

Sin embargo, se vive una dualidad; por un lado los medios masivos de comunicación inciden al consumismo de alimentos chatarra y por otro lado proporcionan una gama de alternativas para tener un cuerpo esbelto, dando una solución para lograr bajar de peso con productos como los son malteadas, pastillas, jabones reductores, gel, libros, videos, entre otros. Es una realidad la demanda de la gente obesa en nuestro país que quiere bajar de peso y ser esbelta, lo que ha traído como consecuencia desencadenar trastornos de

alimentación, producto de un constructor social que se ha ido adquiriendo al paso de la modernización, influenciado por los medios masivos de comunicación mostrando los estereotipos de un cuerpo esbelto y una figura bien marcada y juvenil.

De esta forma en el capítulo 1. Abarcaremos los antecedentes de la obesidad, se describe su origen y desarrollo, tomando en cuenta algunos factores que han dado diferentes significados a la obesidad, como lo es la cultura, la sociedad, la familia, la moda, el vestido entre otros; también la obesidad se define y se clasifica en diferentes tipos; se esclarecen las causas que propician sobrepeso convirtiéndose en obesidad, como la cultura, la sociedad, lo psicológico y la bioquímica entre otras.

Posteriormente en el capítulo 2. Se analiza la forma en que influye la sociedad y la familia en las personas obesas. Se describen los factores que desencadenan la obesidad en un contexto social como el estilo de vida, el sedentarismo, vinculado con la familia y los hábitos de alimentación, sin dejar de lado los medios masivos de comunicación; resaltando la personalidad y el rechazo social que el obeso presenta en los diferentes contextos de la sociedad como el laboral y educativo, puesto que una persona obesa se sale de lo establecido por la "norma social" por ende se ve desde muy temprana edad hasta una edad más avanzada y se refleja en los diferentes contextos donde el ser humano se desarrolla.

A si mismo en el capítulo 3. Nos referimos a los trastornos de la alimentación. Se hace una descripción de la historia, definiciones y clasificación del Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) para esclarecer que son los trastornos de alimentación en los cuales se clasifican los específicos y no específicos, se describe que es un atracón, sus características, etapas, los mecanismos que llevan a un atracón y los desencadenantes; también se traslapa el atracón con la adicción. Sin embargo existen otros trastornos relacionados con la ingesta compulsiva como es el trastorno dismórfico y de la Imagen corporal.

También en la investigación se encontró que las personas con trastornos de alimentación con atracón provienen de familias caóticas, en donde aprendieron malos hábitos de alimentación desde conductas de picoteo, sin un control de horarios, comiendo grandes cantidades de comida.

Observando que las personas perdieron el control de los alimentos en la adolescencia, en esta etapa iniciaron una serie de alternativas y técnicas para bajar de peso, presentando conductas compensatorias. Así mismo se detecta que las personas presentan una ingesta de alimentos en diversas formas antes de pertenecer a la agrupación de comedores compulsivos anónimos, su ingesta era objetiva y compulsiva, y después gradualmente se modificó por una ingesta lenta y subjetiva.

Sin embargo la comida favorita de las participantes representa un significado dependiendo de las vivencias de cada participante, ya que evocan gratos momentos de atención, tranquilidad, placer, apetito sexual y amor.

Identificando que las personas con trastornos de alimentación presentan una serie de pensamientos tan diversos antes, durante y después de un atracón como la planeación, placer, impotencia, ira, felicidad y culpa, además surgen muchas emociones como la impulsividad, ansiedad, olvido, tristeza, ira, soledad, desesperación, depresión, pereza y culpa porque no hay una total aceptación en cuanto a su imagen corporal.

CAPITULO 1

ANTECEDENTES DE LA OBESIDAD

1.1 Orígenes y desarrollo de la obesidad

En este primer capítulo se establecen los antecedentes de lo que se considera obesidad, desde las creencias primitivas hasta las concepciones más actuales, concepto relativo donde se le han otorgado varios significados en diversos tiempos, a menudo contradictorios desde puntos de vista tan diversos como el religioso, psicológico, estético, sanitario y político, entre otros Savater, 1999 (cit. en Bermodo, 2001) menciona que “es natural tener que alimentarse pero siempre nos alimentamos culturalmente”. Desde esta perspectiva merece esclarecer los factores que se han vinculado en un contexto histórico cultural como la familia, la moral, los medios masivos de comunicación, la moda y el vestido para entender los diferentes significados que se le han otorgado a la obesidad en nuestra cultura mexicana.

Es importante retomar como antecedente las sociedades primitivas, Ford y Beach 1951 (cit. en Toro, 1999) realizaron estudios antropológico-culturales y observaron que en “la mayoría de las sociedades estudiadas, las mujeres gordas eran consideradas poseedoras de mayor atractivo sexual a diferencia de las delgadas,” cabe mencionar que en la época primitiva en un contexto social la mujer obesa era un símbolo de belleza, era considerada procreadora, buena para el alumbramiento, amamantar y símbolo de atractivo sexual, era vista con orgullo por el sexo opuesto. La obesidad en la mujer representaba un elevado estatus social para la familia y los descendientes de ésta.

Así mismo en los tiempos antiguos, la obesidad parece haberse descrito desde la edad de piedra, de la que datan una serie de figuras femeninas cuyas siluetas denotan redondeces excesivas, como ejemplo la venus de willendorf (Viena), que representaba un símbolo de fertilidad y maternidad. Otra figura es la de Lespugne, hallada en Francia representa una cabeza pequeña, pechos colgantes y caderas anchas, esta silueta parecería corresponder a un ideal estético o divino. Estas figuras se han encontrado en múltiples Países (Bermodo, y Collado 2001).

También en el Antiguo Egipto el arte de la medicina poseía un gran prestigio; los médicos atribuían buena parte de las enfermedades a la alimentación excesiva, por lo que ya la dieta y el ayuno, poseían un valor terapéutico. De igual manera, otorgaba, propiedades curativas a ciertos alimentos como el ajo, la cebolla, la cerveza, la miel. También se conocían sustancias eméticas y purgantes González, 1994 (cit. en Bermodo, 2001).

La cultura grecorromana fue descrito el riesgo que suponía la obesidad para la salud, advirtiendo que la muerte súbita era más frecuente en obesos que en delgados. La obesidad también podía provocar –según los escritos de Hipócrates- infertilidad en la mujer, debida a la obesidad para la copulación, y por la acumulación de grasa que se producía en el útero, el cual se cerraba impidiéndose la llegada al mismo de los fluidos seminales. Hipócrates clasificó a las personas obesas como de constitución húmeda, la cual debían compensar comiendo alimentos secos durante la mayor parte del año, así como realizando ejercicio físico Bray, 1990 (cit. en Bermodo, 2001).

También Galeno consideraba fundamental y prescriptiva la obesidad del paciente a la naturaleza para mantener el adecuado estado de salud, de manera que atribuye la obesidad, ante todo a una incapacidad personal Bray, 1990 (cit. en Bermodo, 2001).

Sin embargo en la cultura grecorromana los abusos del comer constituían auténticas expresiones de poder social, político y económico. Los aristócratas practicaban orgías de tal exhuberancia que hasta disponían de unos cubículos llamados vomitorium destinados a arrojar lo ingerido a fin de poder continuar comiendo y bebiendo. Tras el apego romano, la medicina clásica se extendió al mundo árabe, que tuvo su máxima representante en Avicena 980-1038 (cit. en Bermodo, 2001) en su tratado médico propone que el alimento sea ingerido con rapidez, pues creía que así su absorción en el tracto intestinal sería menor; esta creencia ha trascendido hasta nuestros días, esto es mucha gente piensa que comer con rapidez engorda menos que hacerlo despacio y masticando suficientemente, esta creencia es errónea porque el hecho de que se coma rápido no es un indicativo que se coma menos, al contrario la ingesta es mucho más en cantidad y no hay un control para detenerla, puesto que la persona no percibe lo que come pues no hay una visualización antes de comer, un buen ejemplo de explicar la visualización es

cuando se sienta a comer y ponen todo lo que se van a comer, se observa y se trata de comer despacio así hay más probabilidad de no desatar una ingesta compulsiva y voraz.

En tanto en la edad media también se percibe el poder en el consumo de los alimentos, las personas de clase social alta eran poseedoras de una excesiva alimentación ya que tenían ganado y reservas de cosecha, los de la clase social bajo no tenían las mismas condiciones ni las facilidades para obtener la misma alimentación. Así mismo en la edad media en un contexto social, la mujer reproductora y su correspondiente figura constituyeron el patrón dominante. El cuerpo femenino había de denotar corpulencia. El vientre de la mujer debía ser ostensiblemente redondeado, símbolo de fertilidad, este hecho se entienden que engordar era no sólo un signo de riqueza, sino también de salud. Es significativo que la aristocracia dirigente se la denominara genéricamente popolo grasso, mientras que a las clases populares se le reconocía como popolo magro Contreras, 1993 (cit. en Toro, 1999) el aprecio de la gordura implicaba el rechazo de la delgadez, es decir, la huida del hambre, la enfermedad y la pobreza.

Como se puede observar las épocas fueron cambiando, por un lado en el periodo grecorromano se identifica que hay un alto índice de personas obesas que fallecen más que las no obesas, lo que propicia a una serie de tratamientos para bajar de peso, sin embargo en la edad media existe una percepción diferente con respecto a la obesidad, ya que ésta era aceptada por la gente y era rechazada la delgadez por el significado que traía consigo lo cual era pobreza y enfermedad, existe esta dualidad por las condiciones sociales en que se vivía, lo que trae como consecuencia un significado diferente en cada época con respecto a la obesidad.

Sin embargo no solo se veía en el cuerpo la diferencia de las clases sociales, también en el vestido que portaban puesto que éste manifestaba el estatus social al que pertenecía cada persona y por ende si era un estatus social alto impulsaba la moda a través de las normas sociales que se vivía, dicho proceso se fue desarrollando hasta la actualidad.

1.2 Vestido

El vestido es un elemento considerado dentro de la obesidad debido a que en un contexto social en el medievo el cuerpo es apreciado, observado por la sociedad, y porta un significado, por lo cual es preciso considerar la subjetividad en el cuerpo ya que ha merecido a los humanos, a lo largo de los tiempos la modificación de las ropas que cubre el cuerpo en la medida en que han ido siendo algo más que protección y abrigo. “El vestido señala e insinúa, tapa y destapa, manifiesta y oculta, pone de relieve o desconoce, casi todas y cada una de las partes del cuerpo, considerando que esas funciones o características del vestido varían y cambian según tiempos, sociedades y culturas” (Toro, 1999).

A partir del siglo XIV se distinguen las ropas de cada género, tanto plebeyos como burgueses cambian las formas del traje y las maneras del vestir, incidiéndose una serie de modificaciones continuas y consecutivas. Estos cambios entrañan intentos sucesivos de mejorar la estética, la apariencia y sustituir lo viejo por lo nuevo. Este hecho supone el nacimiento de la moda Von Boehn, 1944 (cit. en Toro, 1999), mencionan que “estos cambios en el vestir se produjeran y se divulgaran, era preciso que la gente pudiera tener frecuentes contactos entre sí, sólo a través de estrechas y mantenidas interacciones personales cabe trasmitir, modelar y reforzar usos y costumbres”. El último medievo contempla el tránsito de la vida aislada, propia de la organización feudal y monacal de la sociedad, a la vida colectiva y colectivizada propia de los burgos. En éstos, ciudadanos y ciudadanas disponen de múltiples ocasiones cotidianas en calles, mercados, iglesias para observarse, transmitirse informaciones, aprobarse y desaprobarse, imitarse. Es decir el cuerpo y el vestido tienen relevancia en un contexto social, ya que se va incrementando las relaciones sociales en diferentes lugares como lo son en la iglesia, calles, etc. Para ser vistas y apreciadas por los otros, lo que trae como consecuencia querer mejorar la apariencia física.

Así mismo el control del cuerpo y de su aspecto facilita la individuación, el alejamiento de la inmersión en lo natural; se desarrolla una patente socialización del cuerpo. Esta socialización progresiva del cuerpo entraña dos hechos básicos. Primero, las funciones naturales (evacuación, protección etc.) dejan de estar estrechamente asociadas a los ritmos y dictados de la

naturaleza, pasando a estar organizadas socialmente. Segundo, el cuerpo se transforma en un ente que entraña y manifiesta códigos de conducta, es decir símbolos Shilling, 1993 (cit. en Toro 1999), esto es lo genérico, lo natural, lo fisiológico, tiende a ser ocultado; lo que diferencia y separa a las personas, de que las apariencias individuales, se subraya. Así mismo la posición en la jerarquía cortesana resulta intensamente determinada por la apariencia física, corporal y los estilos de comportamiento social. Los vestidos, de acuerdo con las normas que gradualmente se van estableciendo. A partir de un cierto momento el cuidado y modificación del cuerpo entraña ansiedad en casos de no seguirla. A partir de esta encrucijada socio-histórica, el cuerpo femenino parece empezar a tener relevancia social estética por sí mismo. Más la estética corporal, tan determinada socialmente, está estrechamente relacionada con el atractivo sexual.

Con base a lo anterior se puede mencionar que el cambio de la Edad Media al Renacimiento supuso la ausencia generalizada de disciplina social y el inicio de una cultura individualista. Así mismo en el siglo XVI España definía la moda europea del vestir, aunque algunas de sus aportaciones no fueran aceptadas por todos. Así Italia y otros países mantuvieron el escotado femenino, toque inaceptable para la austera moda española.

Posteriormente a mediados del siglo XVII el escote se amplía y se suprimen las telas que lo tapaban, cuello y pecho acaban por mostrarse enteramente al desnudo. “Así la evolución de las modas, de las costumbres concernientes al cuerpo y a su apariencia y ornamentación se basa por lo menos parcialmente en la motivación de la clase alta para mantener las distancias y diferencias respecto al resto de la sociedad” Elías, 1978 (cit. en Toro 1999).

Es importante mencionar que las sociedades cortesanas tienen auge en la evolución de las diferentes épocas ya mencionadas éstas dan pie a los estilos del comportamiento social y lo que trae consigo, apariencia corporal, estatus social, prestigio etc. lo que permite al vestido jugar un papel importante el cual se ha ido modificando dependiendo de las normas establecidas en los diferentes lugares de cada siglo, a si se percibe el proceso evolutivo del vestido en una época la moda tapa todo el cuerpo y posteriormente es descubierto gradualmente el cuerpo, desde el cuello y busto, lo cual es

aceptado por la alta sociedad, y es seguida por las sociedades de clase social baja.

Así mismo a inicios del siglo XVIII, la moda en general, y la femenina en particular, siguió los dictados marcados en Francia por Luis XIV. Es decir los senos femeninos se exhibían sincera y profusamente, sin prejuicio alguno por la sociedad. Aparece el miriñaque que constituyó un significativo histórico en la forma de presentar o aparentar el cuerpo. Consistía en un cerco de hierro sujeto a la falda interior cuya finalidad era soportar el peso de todas las faldas. La historia de sus antecedentes comenzó cuando una dama de la corte de Francisco II de Francia, a fin de disimular un embarazo culpable, imaginó un vestido que, hinchado alrededor de las caderas, le permitiera disimular las consecuencias anatómicas de su resbalón. Lo llevó a la práctica mediante unos aros de madera atados entre sí. El cilindro como atuendo fue rápidamente adoptado por otras damas cortesanas que compartían similares apuros. Con gran facilidad su uso se generalizó entre las damas de honestidad sin mácula, otorgándole un nombre que muy poco tenía que ver con su función inicial: Vertu-gardien. Un guardián de la virtud que el lenguaje coloquial corrompió hasta dejarlo en vertugadin.

También en los últimos siglos de la edad media y los primeros siglos de la edad Moderna hubieron grandes progresos científicos, surgen las primeras monografías sobre obesidad, aparecen a finales del siglo XVI y XVII. Escritas en Latín, incidían especialmente en los aspectos clínicos, bajo la fuerte influencia de la tradición grecorromana.

De la misma forma en el siglo XVII se desarrolla la Escuela latromecánica, en la que destaca una actitud menos moralista de la concepción de la obesidad. En la primera mitad del siglo XVIII destaca especialmente Boerhawe, muy influido por la tradición hipocrático-galénica. Ejerció un verdadero eclecticismo posiciones entre dicha tradición y la escuela latromecanista. Durante esta centuria se leyó más de treintena de tesis doctorales sobre obesidad Bray, 1990. (cit. en Bermodo, 2001), lo que denotaba la creciente incidencia de la enfermedad –paralela a una burguesía emergente-, como la preocupación e inquietud por parte de médicos y científicos. Así mismo la concepción de los procesos morbosos establecía una identificación entre síntomas y enfermedad. En esa época las

enfermedades se atribuían a desequilibrios cualitativos o cuantitativos de sólidos y humores corporales, desequilibrios que a su vez podían atribuirse a diversas causas: tipo de aire respirado, tipo de evacuaciones, cantidad de ejercicio físico y descanso, el estado emocional, o el estancamiento o mezcla de aires Laín, 1995 (cit. en Bermodo, 2001). En función a lo anterior la obesidad, se acusa a la glotonería como principal causa, y por ende se refuerza la concepción moralista, al entenderse como un problema de responsabilidad individual. Por ello, el lógico tratamiento que se plantea es, sencillamente, la restricción dietética y la corrección de hábitos de glotonería.

En este mismo eje en la segunda mitad del siglo XVIII fue Malcolm, en 1760 (cit. en Bermodo, 2001) el más destacado autor que trató esta enfermedad especialmente por dar un nuevo giro a la concepción tópica de atribuir a la glotonería la causa primordial; advirtió que, aunque frecuente ésta no siempre era el origen, puesto que observó que no todos los obesos eran grandes comientes, como tan poco todos los delgados eran por definición inapetentes. Este científico incidió con mayor interés en los cambios corporales, postulando que una mayor distensión en la textura de las membranas adiposas, que permitía el agrandamiento de las vesículas adiposas; al igual que sus antecesores, pensaba que la grasa se podía eliminar por las excreciones corporales. Pero también apuntó que un estado anormal de la sangre podría facilitar la acumulación de grasa en el organismo.

Durante esta época Brillat-Savarin 1775-1826 (cit. en Bermodo, 2001) sorprende con sus conocimientos sobre la obesidad, tiene por principal causa de obesidad “un régimen alimenticio demasiado cargado de elementos feculentos y farináceos justificándose en la observación de aquellos sujetos que comiendo lo mismo que otros , engordan más que éstos, o el sedentarismo excesivo propio de quienes duermen más de la cuenta y nunca hacen ejercicio. Brillat es consciente de que el sobrepeso afecta a la facultad motriz, la respiración, la belleza, tornando la cara vulgar, impidiendo disfrutes como el baile, montar a caballo o agradables paseos. Añade que predispone a complicaciones severas como hidropesía, apoplejía y úlcera en las piernas. Así mismo deja constancia de que ya en sus tiempos principios del XIX había preocupación entre las jóvenes por no engordar. Entonces eran consideradas las curas adelgazantes a base de ayunos y vinagre o sumo de limón. Se

conseguía así perder peso a la par que beneficiarse de la palidez que otorgaba la anemia ferropénica a la que conducían, enfermedad a la que se dio en llamar clorosis, pero más bien hace pensar en una anorexia nerviosa.

En tanto se identificaron los distintos tipos de sobrepeso, y se hallaron nuevos factores etiológicos. Se describió y bautizó al síndrome de Píckwick hipoventilación por obesidad Haufeland 1842 (cit. en Bermodo, 2001), fue uno de los que más trabajó sobre esta enfermedad tal como se hace constar en su texto de medicina. Define la polisarcia o adiposis como una acumulación excesiva de grasa en todo el organismo o localizada en determinadas zonas; de manera externa a modo de formaciones tumorales que él denominaba esteatomas internamente como acumulaciones de grasa rodeado a órganos internos algunos de ellos vitales como el corazón o los riñones y con las consecuencias que ello supone. De hecho, Haufeland advierte que tal acumulación altera las funciones de dichos órganos así como la movilidad del propio individuo. También merma la circulación y obstruye los procesos de secreción y excreción. El sobre peso favorece, además, la aparición de abscesos e inflamaciones erisipeloides.

Se puede decir que el siglo XVIII, fue una época de grandes avances científicos, lo que trajo a colación, identificar las causas severas que trae consigo la obesidad, por ejemplo los autores Brillat-Savarin (1775-1826) y Hufeland (1842) concuerdan en sus investigaciones que las personas obesas se predisponen a sufrir hidropesía, apoplejía y úlcera en las piernas, b que trae como consecuencia enfermedad a las personas obesas.

Posteriormente en Alemania se experimentan grandes avances técnicos y científicos en el ámbito de la medicina: se descubren los rayos X, la endoscopia, la oftalmoscopia y el esfigmomanómetro. Pero es quizá el desarrollo de la teoría de la célula por parte de Schwann y Schleiden el evento más relevante. Poco después se publicó el estudio sobre el crecimiento y desarrollo del adiposito, y se analizó la composición de los ácidos grasos Bray, 1990 (cit. en Bermodo, 2001). A la altura de estos acontecimientos, se propuso que ciertos tipos de obesidad podrían derivar de un aumento en el número de adipositos. Por aquel entonces, Lambert A. (1796-1874) trabajó sobre los individuos obesos. Su mayor aportación radica en la investigación de los parámetros antropométricos, partiendo de la base primordial de que

debía valorarse el peso del sujeto en su estatura antes de hablar del sobre peso. De ello derivó la famosa relación entre peso y talla que constituye lo que se conoce actualmente como Índice de Masa Corporal (IMC), y que fue descubierto por Keys en 1972 (cit. en Formiguera 1998). También esta investigación tuvo gran relevancia para la sociedad.

Es importante resaltar que la ciencia tuvo mucha relevancia en el desarrollo de la tecnología para dar cuenta de los tipos, características, causas y consecuencias de la obesidad, sin embargo no se puede dejar de lado todo el proceso sociocultural del siglo XIX, hasta llegar a un siglo XX para entender las costumbres, normas sociales, hábitos, reglas, valores humanos y la moral, dicho proceso se esclarece más en la época Victoriana.

1.3 Época Victoriana y Siglo XX

El final del siglo XIX y el principio del siglo XX fue un período de tiempo en el que se gestaron y concretaron una serie de valores y costumbres que constituyen el antecedente inmediato de la “época victoriana” donde se encierran gran parte de los factores socioculturales que explican el origen de nuestra cultura del adelgazamiento. Es decir es el caldo de cultivo que, con la aparición de otros factores contextuales, ha facilitado la proliferación de los trastornos alimentarios.

De la misma forma en el último tercio del siglo XIX en “Europa occidental la sociedad industrial ha culminado el desarrollo de los grandes núcleos urbanos, las grandes ciudades, lo que implica, entre otras cosas una mayor proliferación que en épocas anteriores de las relaciones horizontales en un mismo estamento social. Por otro lado empiezan a cobrar importancia social los medios de comunicación, prensa y revistas ilustrativas preferentemente. Así pueden difundirse criterios y valores con mucha mayor frecuencia e intensidad que en épocas anteriores. Las relaciones sociales ocupan magnánimamente los ocios de cada vez más numerosa clase acomodada” (Toro, 1999).

Con respecto a la familia burguesa victoriana se encarnan hábitos, actitudes y valores peculiares, la educación y crianza de los hijos reviste una importancia singular: La familia es la responsable de inculcar y hacer practicar las estrictas normas morales de la época. El sentido del deber, de la moderación universal, debía ser enseñado, y por tanto aprendido, a cualquier

precio, es decir prodigando la punición. Los métodos de control se asociaban frecuentemente a los alimentos. Los niños debían comer todo lo que les preparaban en casa para ellos, porque los padres decidían poner esas normas en casa, y el niño las tenía que acatar, es decir si un alimento les disgustaba eran castigados obligándoles a ingerir una ración más. Por el contrario, irse a la cama sin cenar era la forma usual de castigar el comportamiento incorrecto.

En este mismo eje “la familia victoriana cerrada sobre sí misma, cuidadora de la privacidad y la vida doméstica, hizo del comedor el centro del culto familiar: las reuniones rituales de toda la familia alrededor de la mesa revestían un grado de sacralidad nunca alcanzado previamente” Vandereycken y Deth, 1994 (cit. en Toro, 1999). Es decir en un contexto familiar los padres enseñaban y los hijos aprendían buenas costumbres, modales, hábitos, actitudes, y valores entre otras cualidades que debe de poseer el ser humano, a sí mismo los padres hacen un rito de la comida que tiene como significado un culto familiar, ya que se premiaba o castigaba a los hijos con la comida desde un núcleo familiar.

Dentro del contexto familiar, “la sexualidad jugaba un papel importante ya que entrañaba un impulso que debía ser controlado, pero, a diferencia del apetito alimentario, en este caso por completo. El pudor femenino, atributo máximo de la mujer victoriana, implicaba la anulación de cualquier manifestación que pudiera interpretarse como señal sexual. Las muchachas que no eran capaz de dominar su apetito alimentario, no tenía por qué hacerlo con sus deseos sexuales. El hambre e impulso sexual parecían estar estrechamente asociados. De modo que el apetito manifestado era un espejo de la impulsividad sexual. Las hijas debían dedicarse a procurar permanentemente su control poniendo límites a su expresión. Las madres eran las responsables de adiestrar el apetito de su hija de modo que su satisfacción constituyera un reflejo permanente de los demás elevados valores estéticos y éticos. No comer en demasía, limitar la ingestión alimentaría, era lo correcto, lo elegante, lo moral” (Toro, 1999). Es decir Las madres educaban a su hijas modales, actitudes, buenos hábitos, entre éstos los de alimentación porque eran relacionados con la sexualidad, la muchacha que podía comer moderadamente teniendo control sobre su ingesta alimentaría también lo podía hacer con el impulso sexual. Por el contrario la

chica que no podía restringirse de comer moderadamente no controlaría su sexualidad.

Sin embargo el comer no sólo guarda relación con el impulso sexual, también lo hacía con ciertas funciones orgánicas vergonzosas, las apariencias sobre todo el comer, eran el espejo del alma, del sexo, de la impulsividad, la restricción alimentaría se presentaba como una garantía contra la fealdad y los fracasos amorosos. “La muchacha abstemia debía ser forzosamente más apetecible y amable que la “descontrolada”. Por múltiples razones la abstinencia en la mesa y en la vida era un certificado de aceptación en la clase media ascendente” (Toro, 1999). Es decir las chicas que controlaban su ingesta alimentarían a través de la abstinencia, buenos modales en la mesa, reflejaban ante la sociedad belleza, amabilidad, finura, lo cual era más atractivas en una clase social y por ende al género opuesto.

Se puede observar que existen todas estas modificaciones culturales que repercuten en el cuerpo de las chicas, las modificaciones corporales obligan a atender el cuerpo, los cambios corporales críticos también, mucho más. “La adolescente percibe la velocidad y relevancia de esos cambios a través de unas expectativas y unos puntos de referencia suministrados por la cultura en que vive. Los trastornos del comportamiento alimenticio, se inician mayoritariamente en los alrededores de la pubertad y se basan en fijaciones corporales más o menos ansiógenas. El descenso progresivo de condiciones generales de vida, ha conseguido que sea cada vez más temprano el momento en que el cuerpo se ponga en cuestión. Ello conlleva que la adolescente del siglo XX tiene que afrontar su problemática corporal siendo cada vez menor, es decir, con menos experiencia y menos posibilidades de crítica y autocrítica que sus congéneres de épocas anteriores” (Toro, 1999).

En tanto la mujer experimentaba variaciones importantes en cuanto a la aparición en de la pubertad, “en un estudio alemán publicado por Osiander en 1795 (cit. en Toro 1999), situó la menarquía en una edad media de 16.6 años. En el siglo XIX el promedio de las edades en que menstrúan por primera vez las muchachas de clase media quedo fijado entre 14 y 14.5 años. Las chicas de las familias trabajadoras experimentaban su menarquía está establecida alrededor de los 13 años de edad. Es decir las adolescentes experimentaban a muy temprana edad cambios fisiológicos como la menarquía lo que permite

atender más al cuerpo, producto de una vida más acelerada lo cual es suministrada por la cultura en la que vivían, también en esta etapa del desarrollo de la mujer es cuando se cultivan los desordenes de alimentación lo que trae como consecuencia la preocupación exagerada por tener un cuerpo perfecto como lo iba marcando la sociedad capitalista y por ende más desequilibrio en su ingesta alimentaría y en su vida personal.

Estas circunstancias iban discurriendo y leyéndose las primeras páginas del siglo XX. “El patrón estético de la delgadez y los comportamientos favorecedores del adelgazamiento quedaban así instaurados. Las motivaciones morales, estéticas y sociales, culturales alcanzaban ya una interiorización suficiente. La restricción alimentaría estaba imponiéndose y al tiempo prestigiándose como medio e incluso como fin en sí misma. Veía sus inicios la manipulación reductora del cuerpo” (Toro, 1999).

También un hecho importante para la difusión del cuerpo perfecto fue el surgimiento de los grandes medios de comunicación, “la gran masa de gente permitió su difusión gradual pero manifiesta. Las páginas de modas que hicieron su aparición en diarios y revistas de los años veinte constituyeron uno de los primeros instrumentos de tal difusión. Sin embargo la espectacular y dramática aparición del cine constituyó el más importante acontecimiento promotor de criterios estéticos corporales. Las actrices -los actores- llegaban a ser conocidos por toda la población, por todas las capas sociales. Las películas, con sus argumentos “humanos”, permitían identificaciones prácticamente absolutas. En los años veinte, los modelos corporales encarnados y por tanto promovidos, por actores y actrices estaban muy bien definidos” (Toro, 1999). Es decir fue una época de mucha difusión, a través de los medios de masivos de comunicación como lo fue la televisión, revistas y cine. Los cuales a su vez proyectaban modelos corporales atractivos a través de los actores cinematográficos, quien a su vez implícitamente y explícitamente transmiten al público en general que veía películas, revistas, o televisión, se proyectaban y querían tener ese cuerpo, así mismo en los años 20 fue una época de gran relevancia para la promoción y difusión de los cuerpos estéticos, muy bien definidos y aceptados por la cultura cinematográfica y en general.

Por tanto en los “años 30 surgen las sedes de competición en playas, piscinas y áreas que las rodea, una gran parte de los bañistas especialmente muchachas y mujeres en general, se comparan entre sí, enjuician sus cuerpos sintiéndose ganadoras o perdedoras. Los cuerpos ocupan un primerísimo plano. Se experimenta la obligación de “ir a la playa” al tiempo que se teme, a veces angustiadamente, el fracaso que puede suponer. Sin duda alguna, las consecuencias de este fenómeno desempeñan un papel principalísimo en la génesis de las actitudes, preocupaciones, y costumbres que facilitan la difusión actual de los trastornos del comportamiento alimentario” (Toro, 1999). Es decir las personas que no entran en ese rubro del cuerpo escultural como la sociedad lo ha establecido, tienden a tener trastornos alimenticios por querer tener un cuerpo perfecto y por querer entrar al grupo de las exitosas, aceptadas y no sentirse rechazadas por la sociedad, a cualquier precio se pretende tener un cuerpo escultural.

También las competiciones por un cuerpo se oficializan y se extienden por el mundo occidental. “Los concursos de belleza hacen del cuerpo femenino objeto de contemplación, valoración y comparación colectivas. Los cánones estéticos coyunturales se plasman en decisiones de jurados que elevan a la popularidad a jóvenes prácticamente desconocidas hasta ese momento. Las “misses” locales, regionales o universales aparecen en prensa, noticiarios y posteriormente, en los programas de televisión; este panorama es establecido por un contexto social. Un hecho fundamental fue un carácter de competición en las sociedades occidentales, la colectividad considera y acepta como positivo que mujeres, muchachas jóvenes, compitan entre sí por las formas de su cuerpo; que haya ganadoras, perdedora, y que unas y otras lo sean en la medida en que representen la normatividad sociocultural al uso, por absurda que sea. El cuerpo femenino se constituye oficial y públicamente en simple objeto, y se da como bueno que es preciso, ventajoso, prestigioso, útil, superar en eso a las demás” (Toro, 1999). Es decir el cuerpo se pone de manifiesto en toda su totalidad, compite, es valorado, se premia en los concursos que se oficializan a nivel occidental, lo cual a su vez proporciona triunfo a las mujeres ganadoras por tener un cuerpo estético casi perfecto,

todo esto es establecido por la normatividad sociocultural de la época, éstos acontecimientos tuvieron relevancia en un contexto social.

Posteriormente en los años 70 comienza a surgir en el mundo de la gastronomía una verdadera preocupación por la dietética. En los años ochenta comienza abrirse camino la cultura de lo light, con especial incidencia en la frugalidad alimentaria inherente a la sobre preocupación por el sobre peso y las grasas saturadas. A partir de esta década también fue sometido a revisión el concepto de peso ideal, invocando la necesidad de que el peso más adecuado sería, más que el ideal que ofrecían las tablas, aquél que más calidad y cantidad de vida aportara a cada persona en concreto Metropolitan Life foundation, 1983, (cit. en Toro, 1999).

Con base a lo anterior en la actualidad también se percibe la preocupación por el sobrepeso, es de tal magnitud que cada vez es mayor la oferta de libros y métodos de adelgazamiento, en los que se mezclan con inevitable confusión, dietas, cocina, cosmética, incluso esoterismo, abundan entre ellos enormes contradicciones y por supuesto , mucha falacia y charlatanería oportunista. Fischer 1983 (cit. en Toro 1999), llama a este fenómeno cacofonía dietética. La gente obesa ya no tiene claro si seguir el régimen con el que tan bien le ha ido a su amiga, o ir a su médico de cabecera, a un endocrinólogo, a un homeópata, o acudir a una de esas clínicas o a otros lugares. El riesgo de esta interrogante social depara peligros tan paradójicos como la anorexia, producto de ese patinazo en pos de la delgadez.

Es decir los acontecimientos sociales descritos dieron pauta a una figura moldeada, esbelta, un culto a un peso ideal el cual era valorado y admirado por la sociedad, la juventud de los años 80 empieza a sentir esos cambios más severos en su persona y los adopta, sin embargo no todas las personas entran a ese rubro de lineamientos y siguen con sus costumbres, hábitos de alimentación dando paso a los trastornos de alimentación y por ende a la enfermedad que se manifiesta en obesidad o bulimia, trayendo consigo un desequilibrio emocional que se ve reflejado en la mala alimentación y en el desorden de ésta, es importante preguntarnos en este momento qué es la obesidad, su clasificación, las etiologías de la obesidad, para entender quién

es una persona obesa, que personas presentan un sobrepeso y quienes están en su peso normal.

1.4 Definición y clasificación de la obesidad

La obesidad es una enfermedad multifactorial, si se considera que puede derivarse de factores genéticos, hormonales, metabólicos y ambientales, entre los que se incluyen los hábitos de alimentarios, el sedentarismo, el consumo excesivo de alcohol etc. Factores que en todo caso se interrelacionan o modulan entre sí, y no es posible separar, en la generalidad de los pacientes, la contribución genética y los factores ambientales Mancha, (cit. en García 2001).

Desde este punto de vista el ser humano es complejo en sus tres esferas (bio-psico-social). Retomando el punto de vista biológico la obesidad se define como una desviación determinada arbitrariamente respecto a un patrón (normal) en el caso del peso deseable, suele considerársela un peso de 20% o más sobre la medida de la variación ideal de peso para los adultos de determinado sexo y estatura (Taylor, 1983).

Otra definición de obesidad plantea que es un trastorno complejo y crónico que se desarrolla como consecuencia de la interacción de múltiples factores: genéticos, fisiológicos, metabólicos, conductuales, sociales y culturales. De la misma forma la obesidad puede definirse como adiposidad mayor de la necesaria para la salud McLaren, y Meguid, 1981 (cit. en Fernández 2000).

Sin embargo clínicamente la obesidad también puede ser considerada como un desequilibrio entre la energía ingerida y la energía gastada, que da lugar a mayor energía almacenada según la ecuación:

$$\text{Energía ingerida} - \text{Energía gastada} = \text{Energía almacenada.}$$

La acumulación de energía puede ser el resultado de algunos de estos factores:

1. Aumento de energía ingerida sin aumento de gasto energético.
2. Disminución del gasto energético sin reducción en la ingesta.
3. Combinación de ambas Ravussin, 1993 (cit. en Virgil, y Leyes, 1997).

La obesidad médicamente se detecta por una serie de variables como la edad, estatura, peso y género, y que a través de tablas se obtiene el peso

ideal y si se excede la persona presenta sobrepeso o esta en el rango de obesidad.

Considerando lo anterior se plantea que en el organismo la energía se almacena en forma de grasa en los adipositos o células grasas. Estas células se distribuyen por todo el organismo. Proceden de los preadipocitos que por la acumulación de diversos estímulos se diferencian de los adipositos para acumular lípidos. Si el balance energético es positivo aumentan progresivamente de tamaño, hasta que se pone en marcha la proliferación celular que se mantendrá mientras exista exceso de energía Este proceso conlleva la obesidad Hirsch y Bachelor, 1976, (cit.en Virgil, y col. 1997).

También otro proceso que constituye la obesidad es el tipo (somatotipo) es el que se trasmite de padres a hijos (herencia). Los somatotipos son una clasificación antropológica de carácter físico, que se basa en el tamaño y la proporción del cuerpo. El endomorfo posee un cuerpo bastante grande y brazos y piernas cortos. El mesomorfo tiene un tórax grande y músculos que predomina sobre el abdomen; sus articulaciones son prominentes. El ecnomorfo tiene un cuerpo bastante pequeño, una estructura ósea delicada, brazos y piernas largos. Sin embargo parece ser que el riesgo genético relativo de padecer obesidad en un individuo aumenta en el 40% si se tiene un progenitor obeso y en el 80% si los dos progenitores son obesos (García, 2001).

Al respecto es importante destacar que la obesidad se ha clasificado atendiendo a distintos criterios principalmente el cualitativo: celular, morfológico y el cuantitativo o en grados. Respecto al primero, en 1976 Hirsch y Batchelar diferenciaron entre la obesidad hiperplásica y la obesidad hipertrófica, según se trate de un aumento de número de adipocitos o de su tamaño. En el tipo de obesidad hiperplásica se produce un aumento de la población de adipositos conservando su tamaño y en cambio de la obesidad hipertrófica aumenta el tamaño, al cargarse de grasa el adiposito, pero no su número. La primera es más propia de etapas de crecimiento y la segunda más frecuente en adultos (García, 2001).

Considerando lo anterior, se definen dos tipos morfológicos, según la distribución de la grasa corporal en función de los perímetros de la cintura y la cadera. La obesidad androide, abdominal o central (tipo manzana) con

promedio de la acumulación de grasa en el abdomen y con un cociente cintura/cadera superior a 1 en el varón y a 0,9 en la mujer. La obesidad ginoide gluteofemoral o periférica (tipo pera) se define cuando la acumulación de la grasa se produce en las caderas y el cociente cintura/cadera es inferior a 1 en el varón y a 0,9 en la mujer (García 2001).

En 1995 un comité de expertos por la Organización Mundial de la Salud (OMS,1995) recomendó el empleo del Índice de Masa Corporal (IMC) para establecer la clasificación de los distintos niveles de peso, incluyendo los subtipos de obesos. Según esta clasificación, pertenecen a la “clase 0” las personas que tienen un IMC de 20 a 24,9 Kg/m², las cuales deben ser catalogadas con un grado 0 de obesidad (peso normal) y tienen muy pocos riesgos de salud; la “clase I” corresponde al IMC de 25 a 29,9 Kg/m², catalogado como el grado 1 (pre-obesidad) y un riesgo bajo; la “clase II” corresponde al IMC de 30 a 34,9 Kg/m², catalogado 2 y un riesgo moderado; “la clase III”, también con grado 2, comprende el IMC de 35 a 39,9 Kg/m² y presenta un riesgo alto, y finalmente la “clase IV”, con valores de IMC superior a 40 Kg/m², es catalogada con el grado 3 y presenta un riesgo mayor muy elevado (Saldaña, 2000).

Lo anteriormente nos deja ver que existen diversos tipos de obesidades entre ellas las que incluyen trastornos de alimentación que suelen ser las que tienen mayores complicaciones psicopatológicas y representan un 30 % de obesos. Además de ésta hay otro grupo de obesidad de características semejantes a las bulímicas pero sin sus conductas compensatorias: el “Binge Eating Disorder” (BED), donde se pueden llegar a diagnosticar distintos cuadros psicopatológicos que a veces no son contemplados y que también pueden ser comórbidos o consecuencias de la obesidad y diagnosticarse en el EJE II del DSM IV; y finalmente existen obesidades sin trastornos de la alimentación y sin que se diagnostique en ellas alteraciones psicopatológicas definidas. Aquí se encuentran hábitos alimenticios adecuados o inadecuados que pueden ir del “picoteo” a la hiperfagia y variantes de sedentarismo que si encuentran la propuesta psicoeducacional adecuada pueden mejorar significativamente. Sus dificultades provienen más de características biológicas y condiciones ambientales aleatorias (Cormillot, y Zukerfld, 1997).

Hasta el momento se han mencionado varios tipos de obesidad y sus características, pero es importante destacar la prevalencia de ésta en nuestro país las estadísticas indican que este fenómeno se presenta entre un 4,8 y un 27,9 % en los niños entre 6 y 14 años, padecen sobre peso, otros estudios detectan una prevalencia de obesidad de un 20 a 30 % en mujeres de 35 años Jiménez, M. y Barjau, 1997 cit. en Vázquez y Ruíz 2000). En otros estudio se menciona que entre el 25 y 40 de las pacientes con obesidad cubren los criterios de trastornos por atracones; en los casos graves de obesidad la prevalencia puede alcanzar hasta 70%. Spitzer 1995 (cit. en Vázquez y Ruíz 2000) Utilizaron un cuestionario de autoinforme según el 6.3 de sujetos de la comunidad, 45.9% de las personas que acuden a clínicas de control de peso y 83.5 % de quienes recurren al grupo de autoayuda “comedores compulsivos” padecen el trastorno por atracón.

Al respecto se han realizado otros tipos de estudio en donde se demuestra que las pacientes obesas que manifiestan episodios de atracón consumen más calorías que las obesas sin atracón bajo diferentes tipos de instrucciones: coma todo lo que usted guste (1515 cal en comparación con 1 115 cal. de las obesas sin gula) y coma lo que usted comería en una cantidad normal (2 343 cal. y 1640 cal. Respectivamente). En este tipo de pacientes con trastorno por atracón se encuentra una prevalencia de trastornos depresivos mayores a 50% comparadas con 4 a 8% de las obesas deprimidas sin atracó (Vázquez, y Ruiz, 2000).

Pero en si que se entiende por trastorno de atracón, porqué la gente lo presenta, de dónde surge este termino, cómo es entendido y cómo es que se lleva a la práctica

Lo expuesto nos deja ver que hay un alto índice de personas obesas con características que presentan trastornos por atracón, y quienes han acudido a diferentes tipos de ayuda, apoyo, tratamiento para dar solución a su problema, ya que a traído consigo alteraciones médicas como son hipertensión, diabetes, gota, insuficiencia respiratorias y otros tipos de complicaciones como son las tumorales, complicaciones durante el embarazo, problemas de articulaciones (artritis, dolor de espalda, dificultades en las caderas, rodillas, y tobillos).

1.5 Etiologías de la obesidad

La obesidad puede correlacionarse con muchas variables epidemiológicas: edad, sexo, raza, religión, nivel socioeconómico, origen nacional y número de generaciones que han vivido en un país o región (Taylor, 1983).

Sin lugar a duda la obesidad es de origen multifactorial, de acuerdo con Barón (en Peña, 2002) persisten tanto influencias genéticas como ambientales. El factor genético, con los conocimientos actuales, es difícil de controvertir, aunque parece que este factor aislado no es suficiente para que aumente la reserva grasa, ni la adicción de otros factores como bioquímicos, sociocultural, y psicológico.

1.5.1 FACTOR BIOQUIMICO

- a) El desconocimiento del valor calórico y nutricional de los alimentos. Si la persona no conoce estos valores seleccionara mal sus alimentos, excediéndose en aquellos cuyo contenido calórico es elevado, lo que lo llevará a la obesidad alterando su metabolismo.
- b) b) La presencia de enfermedades como hipotiroidismo, hipogonadismo, síndrome de Prader Willi, entre otros suele cursar con obesidad.
- c) La administración de medicamentos, (como los glucocorticoides, antidepressivos, tricíclicos, estrógenos) también esta relacionado con el aumento de peso.

La obesidad además de asociarse a un aumento de la prevalencia de diferentes enfermedades es un factor de riesgo independiente, que se asocia a un aumento de mortalidad, debido al aumento de colesterol sanguíneo, triglicéridos, arterioesclerosis, hipertensión arterial, enfermedad coronaria, accidente cerebrovascular, diabetes, gota, trastornos biliares, artrosis, pie plano, várices, flebitis, celulitis.

1.5.2 FACTOR SOCIAL

- a) El sedentarismo. Las sociedades desarrolladas han evolucionado en pocos años de forma espectacular hacia el sedentartismo, con el teléfono, los vehículos de tracción motora, ascensores y servicios a domicilio, la actividad física ha disminuido de forma sustancial, generando un menor gasto energético y más tiempo libre, que muchas

veces dedican a comer, la consecuencia directa es un aumento de peso.

- b) Hábitos alimenticios hay que detectar que en la actualidad la actitud ante la comida es errónea ya que las personas viven para comer, en lugar de comer para vivir, esto es, comen en exceso, sin hambre, sólo porque ven comer a otros, porque es la hora de comer, o por el olor y aspecto de los alimentos, pero no porque realmente necesiten comer. Otra actitud es que comen demasiado rápido, lo que les conduce a comer también en exceso; por último existe un consumo irregular de los alimentos, es decir, no tener ni un horario, ni lugar determinado para comer.
- c) Hábitos familiares si la familia come en exceso, sus miembros aprenden esta conducta desde la infancia. Otra causa es premiar o consolar a los niños con dulces, chocolates, pastelitos. Con eso va condicionando a los menores: a través de la comida consiguen lo que quieren.
- d) Publicidad esta es una causa indirecta de la obesidad, cuando se trata de la promoción de alimentos de alto contenido calórico (productos chatarra) que se presenta apetitosos y atractivos a la vista, así como la promoción de la imagen estética de la mujer estética y el hombre actual que representa una asociación entre peso y dinero, ya que la delgadez se relaciona con éxito social, hasta el punto de que a veces se producen distorsiones importantes en la esfera psíquica, provocando enfermedades como la anorexia, bulimia y el desequilibrio metabólico y la disminución de la autoestima, que trae aparejado aislamiento social, mala relación con su grupo, conflictos familiares, sensación de rechazo en su trabajo, en su estudio.

Las condiciones socioculturales de la población son factores ambientales que desempeñan un importante papel en el desarrollo de la obesidad en los países tanto desarrollados como en vías de desarrollo, y existe una relación inversa, sobre todo en las mujeres, entre el nivel económico y cultural y la obesidad. En todo caso la llamada cultura del consumismo y la Macdonalización de la sociedad, junto con la tecnología alimentaria someten

al ciudadano medio de estos países a una presión constante que explica el aumento de la prevalencia de la obesidad (Vigiln y Leyes, 1997).

Las primeras pruebas de cómo un ambiente social general influye en la obesidad se obtuvieron del Midtown Study: la movilidad social es una variable ya que se mostró con un número de generaciones de miembros de la familia nacidas en Estados Unidos, la afiliación religiosa y el grupo étnico. La obesidad predominaba más en sujetos que descendían en la escala social (22%) que entre los que ascendían en la escala social (12%). El número de generaciones de la familia que había vivido en Estados Unidos también guardaba estrecho nexo con la obesidad. En los correspondientes de la primera generación, 24% mostraba exceso de peso; la prevalencia disminuía a 22.6 y 4% en las generaciones sucesivas (Taylor, 1983).

Sin embargo parece que los factores sociales ejercen una importante influencia en la prevalencia de la obesidad. La más significativa es la ejercida por el nivel socioeconómico, ya que es mucho más frecuente entre las personas de bajo nivel socioeconómico. Se han realizado numerosos estudios que muestran lo anterior. Un primer estudio con 1.660 personas seleccionadas demostró que la obesidad era 7 veces más frecuente entre las mujeres de procedencia de clase social baja, 30 % mientras que en la clase social más elevada, la obesidad afectaba a un 4%. En varones, se observaron tendencias similares, aunque con cifras más discretas Moore, y Strole, 1962 (cit. en Jiménez, y Barjau, 1997).

1.5.3 FACTOR CULTURAL

Las prácticas tradicionales asociadas a los patrones culturales, las creencias y los tabúes también influyen en la obesidad, como ejemplo: en nuestra cultura se cree que un bebé o niño gordo es el reflejo de la buena salud y de la belleza. De la misma manera la mujer embarazada debe comer por dos; abundancia es asociación de comida y de estatus socioeconómico (Peña, 2002)

Otro factor que contribuye a la obesidad es la religión, la prevalencia máxima de ella se observó entre los judíos, luego venían los católicos y los

protestantes, entre los últimos el patrón fue delimitado en los bautistas eran los más obesos seguidos por los metodistas, luteranos y episcopalianos (Taylor, 1983).

Otra correlación estrecha con la obesidad es la edad, la obesidad es una enfermedad que afecta a los individuos de todas las edades, desde la niñez hasta la vejez. Su frecuencia aumenta en la edad adulta joven hasta la madurez; pero su mayor o menor frecuencia en los años posteriores depende de que se tenga presente la disminución de la masa corporal con la edad (Taylor, 1983).

Un periodo de aparición de la obesidad se sitúa entre los 4 y los 11 años. A esta edad puede haber un aumento progresivo de peso hasta superar el límite máximo considerado normal, esta obesidad progresiva persiste durante toda la vida; la pubertad es una época proclive de la obesidad, en especial en el género femenino. En este tipo de obesidad puberal la edad de la menarquia suele ser menor a la de las adolescentes no obesas (Formiguera, 1998).

En la vida adulta la mayoría de las personas presentan obesidad después de la pubertad. Menos de la tercera parte de los adultos obesos fueron niños que sufrieron obesidad. En el caso de los varones el inicio de la actividad laboral junto con un cambio en el estilo de vida orientado a un mayor sedentarismo es determinantes para el inicio de la obesidad, también en la mujer se observa que después del embarazo, aumenta sus depósitos de tejido adiposo en preparación de las demandas que habrá de satisfacer cuando amamante (Formiguera, 1998).

1.5.4 FACTOR PSICOLÓGICO

Algunas personas con problemas emocionales alteran su patrón alimenticio:

- a) la actividad oral funciona como un mecanismo de adaptación ante la presencia de signos de ansiedad, tensión, tristeza, y frustración.
- b) el hambre reemplaza situaciones de excitación, melancolía e ira.
- c) la comida actúa como una droga para hacer frente a la carencia de ajuste social. Las alteraciones orgánicas son por ansiedad, sentimientos de culpa, depresión, alteraciones de la vida sexual, resentimientos (Peña, 2002).

Lo expuesto nos deja apreciar que hay diferentes factores que causan la obesidad y que se pueden traslapar o correlacionar de forma multifactorial un ejemplo ilustrativo es un ser humano cuando tiene una vida sedentaria y utiliza la comida como escape de su realidad.

CAPITULO 2. CÓMO INFLUYE LA SOCIEDAD Y LA FAMILIA EN LAS PERSONAS CON OBESIDAD.

Aquí vamos a describir cómo algunos factores sociales condicionan el estilo de vida de los seres humanos, influidos por el medio externo donde se desarrollan, llevándolos a una alineación, a un estilo de vida donde existe el sedentarismo causado por las comodidades que tienen a la mano y que no permiten mucha actividad física, aunado a una tecnología y al capitalismo que incide al consumismo, para obtener lo que se quiere rápido, desde una comida en donde se puede adquirir en cualquier lugar, o se puede preparar instantáneamente, con la influencia de la publicidad en los medios masivos de comunicación que incide al consumismo y por ende se refleja en la educación familiar y en los hábitos de alimentación.

El estallido de conductas adictivas en nuestra sociedad no es producto de la casualidad, es el resultado de nuestro sistema social, un sistema que promueve la solución del “arreglo rápido” y ofrece pocas gratificaciones como alternativas. El hecho es que buscamos esas gratificaciones a través de la adicción lo cual revela algo sobre el contexto social en que ocurre: colectivamente, se recurre a los elementos alteradores del estado de ánimo para satisfacer necesidades reales y legítimas que no son adecuadamente satisfechas dentro de la trama social, económica y espiritual de nuestra cultura (Washton, 1989).

Además la adicción se ha generalizado tanto en un contexto social que debemos considerar la posibilidad de que construya una respuesta “normal” a una situación anormal: un intento de adaptarse a una sociedad cada vez más disfuncional, muchos aspectos de nuestra cultura refuerzan modos adictivos de pensar y comportarse, y así como el niño que pertenece a una familia que prevalece el alcoholismo, u otra disfunción procura adaptarse a ese medio “enfermo” para poder sobrevivir emocionalmente, es muy posible que estemos tratando de adaptarnos a nuestra más amplia familia “enferma” nuestra sociedad (Washton, 1989). Con lo anterior cabe preguntarnos qué se busca realmente a través del consumo de drogas y de otra actividad incontrolada. Podemos deducir lo que se busca es:

- Un sentido de pertenencia e intimidad, a nivel tanto interpersonal como comunitario.
- El encuentro de un sentido y un objetivo a nuestra vida.
- Oportunidades para la diversión y el juego creativo.
- Una sensación de autonomía y potencia personal.
- Vitalidad y vivacidad.
- Predecibilidad y consecuencias.
- Autoaceptación y dignidad personal.

En la sociedad actual estas necesidades básicas no son satisfechas. En el mejor de los casos se satisfacen en forma esporádica y a veces no se encuentra ninguna satisfacción. Los alteradores del estado de ánimo, como la droga y alimentos en cambio, actúan de un modo muy predecible y confiable; éstos son poco satisfactorios como gratificación auténtica (que resulte provechosa, reconfortante y alivie la inseguridad), pero al menos tiene efectos seguros.

No es el dinero, la comida, el sexo, la droga, comida, el juego ni el trabajo lo que es intrínsecamente maligno, dañino o destructivo, es la finalidad de su uso. La causa del problema radica dentro de la misma persona, porque está procurando desesperadamente satisfacer necesidades legítimas que no están satisfechas. Reconociendo lo que realmente hace falta y ansia tener de su vida, se puede empezar a encontrar modos de satisfacer y gratificar, a uno mismo y a los demás, que nos apartarán de la preocupación narcisista, en lugar de introducirse cada vez más en ella (Washton, 1989).

Es importante retomar el estilo de vida que se lleva, si se está a gusto con lo que se realiza y somos en la sociedad, o nos dejamos llevar por la apatía, el sedentarismo y el deber ser en una sociedad, que influida por el capitalismo nos aliena y nos despoja o no tenemos conciencia de qué queremos ser en verdad. Por ende es necesario reflexionar qué estilo de vida vivimos, se define como estilo de Vida a “un conjunto de motivos distintivos originales; cualidades, intereses y valores que se muestran por si mismos en cada acto que desempeña una persona” (Nordby y Calvin 1979).

Por otro lado Autores como Davidson y Davidson (1981), señalan que los estilos de vida se refieren a “un sin número de patrones de conducta que se manifiestan en el diario vivir”.

Igualmente la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el periodo 1990-1995, estimula para adoptar estilos de vida más sanos, entendiendo por ello: “las experiencias y eventos que forman el patrón diario de un individuo,” incluyendo los siguientes elementos:

- Lugar donde vive y las condiciones del ambiente de su hogar.
- El tipo de trabajo que realiza y las condiciones que circundan esta actividad.
- Lo que come y los que bebe.
- Hábitos personales tales como: fumar, beber, consumir drogas.
- Grado de actividad física que realiza.
- Participación en actividades recreativas.
- Familia y amigos Silbret, y Braunstein, 1981 (cit. en Braunstein y Toister, 1981).

También los estilos de vida participan diferentes factores, mismos que condicionan la vida del individuo. Tal es el caso de la obesidad que según en la revisión teórica esta considerada en su gestación y mantenimiento por factores tales como: sedentarismo, situación familiar, hábitos de alimentación situación, personalidad y situación laboral.

2.1 Sedentarismo

El término sedentarismo proviene de la etimología del Latín Sedentarius, de sedere, estar sentado. Aplicase al oficio o vida de poca agitación o movimiento. (Galindo, 1995).

Aun cuando se tiene un estilo de vida muy monótono, es decir sólo se realizan una o dos actividades en casa se puede caer en una vida sedentaria, nos hace apáticos a la vida, sin una ilusión o motivo u objetivo de vida, aunado a que no se interactúa en otros contextos sociales como el educativo, relaciones de amigos, pareja, o en un contexto laboral, así “la falta de actividad física pueden contribuir de manera significativa al desarrollo de la obesidad. Tomando en consideración que la actividad física está en función de la amplitud de las acciones del individuo y de la satisfacción de las

mismas, es de suponer que mientras su nivel de ejecución sea alto, menores serán las probabilidades de su tendencia a la obesidad” Martínez, (1986)

Sobre el mismo eje Bray (1989) señala que la “inactividad física desempeña un importante papel en el desarrollo de la obesidad ya que en estudios epidemiológicos, la frecuencia máxima de peso excesivo en varones se comprobó en los grupos de ocupaciones sedentarias”. Es decir la falta de actividad conlleva a una vida sedentaria, lo cual trae como consecuencia desactividad en la persona en los diferentes contextos que proporciona la sociedad, ya que por ciertas situaciones no crece conforme al desarrollo del ser humano, no se incorpora a la sociedad, se aísla y se encierra en su mundo limitado (casa) lo que conlleva a la obesidad.

Se observa que en una sociedad capitalista donde hay más tecnología se realizan actividades más fáciles y sencillas lo que proporciona menor ejercitación física a la gente lo que a su vez da más comodidad, un ejemplo son los aparatos domésticos, los aparatos en casa para realizar ejercicios (Represas, 1993) menciona que “los avances científicos y tecnológicos logrados en este siglo han solucionado muchos problemas de la humanidad, pero han creado otros. Es el caso de la transformación sufrida por el hombre en cuanto a convertirse en un sujeto con menor estímulos físicos, es decir con una necesidad aparentemente menor de actividad física y con sus consecuencias negativas sobre la salud, ya que el estilo de vida cada vez es más sedentario el que predomina en la gente conduce a un daño biológico gradual que se agrava con la adquisición de malos hábitos alimenticios, descuido personal, tabaquismo etc”.

Igualmente Morris y Collins (1992) mencionan que “durante el siglo actual, en los países desarrollados se ha venido observando un creciente y acusado desinterés de la población por el ejercicio físico. De ahí la necesidad de cambiar las mentalidades con miras a promover un género de vida más sensato y saludable, devolviendo así a la actividad física el lugar que antes ocupaba como elemento integrante de la vida cotidiana”. Estos mismos autores enfatizan que el ejercicio físico no sólo se debe proponer a los pacientes con fines curativos, sino también de manera preventiva, sobre todo para las personas que dada su condición física son más vulnerables al estrés.

Con lo anterior se puede decir que en la actualidad la gente adopta más estilos de vida sedentarios como una forma de vivir, la hacen más propensa a adquirir enfermedades, entre ellas la obesidad, por lo que es importante señalar que conforme el individuo incorpore en su rutina de la vida diaria la actividad física junto con una alimentación adecuada y buenos hábitos alimenticios, con una moderación en masticar su ingesta calórica gozará de un mejor estado de salud.

2. 2 La familia

Otro factor que se encuentra inmerso dentro del estilo de vida y que influye para desencadenar la obesidad es la familia. “El desarrollo de la obesidad suele ocurrir en un marco familiar en el que los padres compensan las propias frustraciones y desengaños de su vida a través de su devoción hacia el niño. En la mayoría de los casos la madre es el miembro dominante de la familia y trata al niño con una sobreprotección angustiada; llega a forzar al niño para que coma. Es frecuente que la madre tenga grandes ambiciones de que ese hijo llegue a ser importante, ya que dicho éxito compensa los fracasos de los padres y de sus otros hijos. No se cuida al niño como un individuo con problemas particulares que requiere apoyo emocional; como predominan las ambiciones de los padres, el niño no logra desarrollar una independencia personal o una autoestimación. Las actitudes de la madre suelen reflejar los sufrimientos y las penalidades de su propia niñez, asociados a los resentimientos que ella experimenta hacia su familia. Adopta una actitud de compasión hacia sí misma y sin embargo trata de salvar a sus hijos de experiencias similares. En muchos casos es un hijo cuyo nacimiento no se deseaba. Suele ser el tipo de niño que pasivamente acepta su posición privilegiada debido a su propia actitud exigente, la cual no puede satisfacerse fuera del hogar. La apariencia del niño y el adulto obeso es casi siempre la de un individuo sumiso y no agresivo. La realidad es otra. Dentro del marco familiar sus exigencias se satisfacen gracias al equilibrio que proporciona la comida como expresión de amor y satisfacción. Cuando la persona con sobrepeso se ve expuesta a las frustraciones sociales, con el consecuente surgimiento de hostilidad, busca su satisfacción comiendo demasiado; simbólicamente expresa a sí su agresión, como si la comida presentara para la persona la demostración de que a ella es la que más quieren” (Noyes, y Kolb, 1961).

De esta manera “la relación con la madre hace que el niño desarrolle el concepto de que es especial y poderoso, el cual se asocia posteriormente a su tamaño físico y hace que su vida psicológica se llene de ensoñaciones grandiosas, especialmente en las personas que diariamente sufren derrotas en sus mayores aspiraciones. Estas fantasías suelen ser concientes y no se reprimen, en etapas posteriores la obesidad se vuelve, en sí misma, la racionalización que explica los fracasos. Algunos individuos utilizan su sobrepeso como un medio para escapar a las angustias que implica la búsqueda de una existencia creativa dentro de la sociedad. La actitud de la persona con sobrepeso hacia sí misma se complica todavía más cuando siente que su familia y sus amigos la rechazan debido a su obesidad (Noyes, y Kolb, 1961).

También autores como Doherty y Harkaway (cit en Vázquez y Ruiz 2000), mencionan “la obesidad puede tener diversas complicaciones en la vida familiar: como elemento de lealtad, en la cual diferentes generaciones de la familia manifiestan la obesidad como una forma de identidad de grupo. Los niños que tienen un padre obeso y otro no, se ven sometidos de manera inadvertida a una situación de coalición a través de la imagen corporal. Por otro lado un adolescente obeso tiene más probabilidades de permanecer en el ceno familiar, mantenerse sin pareja y salir menos de casa”.

Sin embargo otro factor que desencadena obesidad en un contexto familiar es un incidente psicológicamente traumático, como se le denomina “El termino obesidad reactiva” es para poner en un grupo aparte los problemas de sobrepeso que se presentan en forma repentina después de un incidente psicológicamente traumático, en personas que hasta entonces no había sido corpulentas. “No obstante los datos obtenido en el estudio de tales personas, muestran que en ocasiones anteriores ya han reaccionado ante el estrés comiendo en exceso y que los patrones familiares y de desarrollo de la personalidad son muy similares a los que se observan en la “obesidad del desarrollo físico”. El incidente que con mayor frecuencia conduce hacia el hábito de comer en exceso, es la muerte de una persona querida o importante, o la angustia que se asocia a la posibilidad de perder a dicha persona. Entre los individuos que pueden considerarse con obesidad reactiva, están los que han sufrido inanición durante períodos de su vida. La obesidad se ha observado con frecuencia en personas que durante largos periodos han

estado presos en campos de concentración, sin amor, sin felicidad, sin que nadie reconozca sus méritos; estos individuos han sustituido la satisfacción con el hecho de comer” (Noyes, y Kolb, 1961).

Al respecto autores han encontrado relación entre ciertas características de la familia y la presencia de los trastornos alimentarios tal es el caso de Onnis, (1990) quien encontró que la obesidad se encuentra mantenida en parte por una dinámica familiar disfuncional, ya que el paciente obeso sirve como mediador entre los padres en donde los mensajes pasan a través de él y de su síntoma, adquiriendo de esta forma una función específica sobre la comunicación y la relación en el interior de la familia.

También Álvarez y cols. (1992), realizaron una investigación con familias obesa encontraron que la dinámica familiar que se lleva en ésta, en comparación con familias normo-peso, se caracterizan por tener una alta ocurrencia de amalgamamientos, alianzas y coaliciones rígidas, jerarquías disfuncionales y una marcada sobreprotección, del mismo modo (Alvarez y cols. 1995) realizaron una investigación con obesos, enfocada al estudio de las pautas y redes de comunicación en donde encontraron que las familias obesas no existen límites generacionales, ya que se presenta una triangulación entre los padres y uno de los hijos (por lo general el hijo obeso), lo que permite que el hijo se convierta en un intermediario de las comunicaciones entre los padres así mismo, existen constantes interrupciones durante las conversaciones que sostienen la familia e interpretación de los sentimientos de los otros (mixtificación) y mensajes en que se oculta otro de desagrado o resentimiento (metamensaje). A partir de dichos resultados concluyen que las familias poseen ciertos elementos (tangencialización, mixtificación, predicción y mandato paradójico) que son comunes en las familias catalogadas como psicósomáticas.

Autores como Infante (1993), afirma que “ciertos obesos tienen conductas de alimentación alteradas, debido a situaciones familiares o sociales que les causan ansiedad por comer, cerrando así un círculo vicioso muy difícil de tratar, pues no es fácil separar los problemas primarios que llevan a comer en exceso, de los secundarios que prolongan la situación”. Por ello, es en la vida familiar donde se deben conciliar relaciones que favorezcan el bienestar integral del individuo, donde despliegue sus capacidades de desarrollo

personal y establezca una forma de vivir para conciliar sus obligaciones y su libertad, esto se sustenta debido a que la familia es la atmósfera donde el individuo desarrolla el mayor número de actividades de descanso y recreativas, consiguiendo con ello la recuperación de su desgaste físico y nervioso del trabajo y de las tensiones de la vida diaria, liberándose también del aburrimiento y monotonía.

Al respecto, Fishman y Rosman (1988), argumentan que cuando se observa el síntoma a la luz de su condición de ser un esfuerzo de adaptación, se puede comprender mejor cómo buscar el significado del síntoma. Las personas que tienen síntomas tratan de lograr la supervivencia en lo que perciben como un sistema ajeno, hostil y tóxico, y de darle un significado a la vida. Esto podría significar que se mutilara o atentara contra los demás, para algunas personas resulta inconcebible satisfacer sus necesidades de estas formas y por lo tanto recurren a otras enfermedades mentales o psicosomáticas, es decir, que existe una conversión al propio cuerpo de la tensión o angustia.

Así mismo su imagen del cuerpo obeso “llega a tener un gran significado emocional para el paciente, ya que suele representar el deseo de ser fuerte y poderoso, lo cual, en la vida real, proporciona satisfacciones. Sin embargo la pérdida de peso se vuelve difícil no sólo debido a la incapacidad para encarar la incomodidad física del hambre, sino también debido a que la pérdida simbólica del amor es compensada por la venganza que proporciona el hecho de comer, y posteriormente debido al miedo a perder el poder que simbólicamente representa la figura obesa” (Noyes y Kolb, 1961).

2.3 Hábitos de alimentación

En lo referente al término hábito alimenticio Icaza y Béhar (1981), conceptualizan como “un conjunto de costumbres que determinan el comportamiento del hombre en relación con los alimentos y que incluyen desde la manera en que éste acostumbra seleccionarlos hasta la forma en que los consume”. Asimismo, Monge, 1983 (cit. en García, 1996) lo define “como actos aprendidos por el ser humano como parte de su cultura que se convierte en patrones o rutinas de conducta y que se refuerzan con la repetición”.

Sin embargo los hábitos alimenticios no son estáticos y aunque es difícil modificarlos. Cambian según evolucionan los pueblos, “el mejoramiento de dichos hábitos puede lograrse a través de la educación en la selección, adquisición, preparación y distribución de los alimentos, con el fin de lograr un consumo racional del alimento disponible, un mejor uso del presupuesto destinado a alimentos” (Bourges, 1987).

También un factor a tomar en cuenta para que se desarrolle la obesidad es la accesibilidad de los alimentos, en nuestro medios urbanizados, industrializados, terciarizados, ya es mucho que los miembros de una familia compartan una parte de las horas de sueño y ciertos fragmentos de los fines de semana. Las comidas suelen realizarse por separado, cada vez más frecuentemente en medios ajenos al hogar. Si alguien se queda en él, puede verse obligado a dar cuenta de su comida en solitario. Muchos trabajadores y estudiantes comparten sus comidas cotidianas con compañeros, de ello vendrán, pues las influencias sociales inmediatas que irán decidiendo las conductas y los hábitos alimentarios usuales (Toro, 1999).

De esta forma los restaurantes de comida rápida y similares son para muchos ciudadanos los principales sustitutos del comedor familiar. Las “comidas rápidas”, en general rápidas y escasas, han ocupado el lugar de muchas comidas lentas hogareñas. La estructura tradicional de una comida, los dos platos y el postre, ha ido sustituyéndose por bocadillos de contenidos sospechosos, fragmentos de pizzas, perros calientes, hamburguesas y otras muchas lindezas ingeribles. Por otro lado, esta venta de alimentos por unidades y su oferta permanente permite consumirlos en cualquier momento del día. Así puede dejar de respetar los horarios y contenidos tradicionales de las comidas, al tiempo que se tiene ocasión permanente de practicar el arriesgado arte de “picar”. Además, cualquiera que sea la hora en que se coma el alimento suele ingerirse con prisa (Toro, 1999).

Paradójicamente, “nuestra sociedad ha multiplicado las ocasiones de comer colectivamente. Las reuniones gastronómicas ya no se reducen a bodas y primeras comuniones. Las ocasiones de comer en grupo son muchas: aniversarios, sesiones de trabajo, despedidas antes de vacaciones, cierre de negocios, reuniones de pareja para “ir a cenar” etc. En esta

multiplicación de ocasiones de comer, incluso de bien y quizás mucho comer, suscitan pesadumbres, angustias y arrepentimientos culposos en muchos ciudadanos. Estos reales o supuestos excesos alimentarios sitúan a numerosas personas, especialmente mujeres, ante una cruel disyuntiva: o se renuncia a la vida social o se compensan los susodichos excesos mediante restricciones y ayunos. En el primer caso la estabilidad emocional y la autoestima psicosocial van a salir perjudicadas; en el segundo se entra de lleno en el juego de la preocupación absorbente por la alimentación, lo que supone dar paso en pos de un posible trastorno alimentario” (Toro, 1999).

Otro factor importante a tomar en cuenta para que se desarrolle la obesidad en el ser humano es la publicidad ya que ésta ejerce efectos directamente sobre los hábitos de consumo de la población, precisamente porque modifica los patrones alimenticios, de acuerdo a los hábitos que consume, encareciendo los precios de los alimentos, desorientando el gasto alimentario de las familias y contribuyendo al deterioro de la situación nutricional. Un gran ejemplo de lo expuesto es un estudio realizado por (López, G. y col. 2002) encontró que el consumo de productos alimentarios durante la estancia en la escuela, muestra que los niños consumen con mayor frecuencia, 63%, productos industrializados (Frituras y pastelillos) y sólo 37% de las ocasiones optan por alimentos naturales. Este aspecto se vincula estrechamente a dos factores: por una parte, la disponibilidad casi exclusiva de productos industrializados en la cooperativa escolar. Por otro lado, es la tendencia a consumir productos industrializados se ve favorecida por el número de horas que los infantes pasan frente al televisor: 82% ve televisión 2.5 horas en promedio al día, siendo de concurso y caricaturas los programas favoritos, precisamente aquellos que promueven el consumo de los productos con mayor frecuencia. Se aprecia que la publicidad juega un papel fundamental para la adquirir productos chatarra, no sólo en los niños sino en toda la sociedad en general.

También Fuente (1961), señala que existen perturbaciones psicológicas que están socialmente condicionadas y que representa la adaptación de los individuos a una sociedad enferma. Este concepto puede hacerse extensivo a las enfermedades orgánicas donde también existen defectos y deficiencias. De hecho toda un gama de patologías es el resultado de la buena adaptación a malas condiciones de asistencia. La obesidad, la úlcera gástrica, la

hipertensión arterial, la trombosis coronaria y otros padecimientos pueden entenderse mejor como parte del estilo de vida y la adaptación de los individuos, la cual en buena parte está determinada por las condiciones de la sociedad.

El síntoma más común en los trabajadores es la ansiedad, definida como “un proceso que provoca desorganización en la conducta llevando con ello al trabajador a entorpecer su rendimiento laboral” (Peniche y Ruiz 1989). Estos mismos autores también mencionan que “las formas de ansiedad son variadas y van desde que es altamente específica y determinada hacia ciertos estímulos como puede ser una fobia; hasta otra vaga, difusa, inespecífica que recibe el nombre de ansiedad flotante en la cual el trabajador simplemente se siente inquieto, algo nervioso, pero no sabe porque” y es expresado con kilos de más, lo cual puede llegar a una obesidad severa.

También es cierto que la ansiedad no sólo puede incrementarse por condiciones como la competitividad, el ritmo del trabajo, las malas relaciones interpersonales, entre otras que originan en el sujeto un decremento de su actividad, sino también puede deberse a problemas y tensiones que aparecen en la vida de la persona ya sea fuera o dentro del trabajo.

De la misma forma Timio (1979), enfatiza que el ambiente de trabajo puede estar cargado de situaciones productoras de estrés, éstas pueden tener corta o larga duración. Entre las primeras están comprendidos:

- Sobrecarga de trabajo que debe ejecutarse en una fracción de tiempo limitado.
- Confusión y distracción determinadas por rumores, luces, flash, hacinamiento del ambiente de trabajo.
- Temor de no hacer bien y en el tiempo debido el trabajo; temor de quedar expuesto a críticas, incurrir en peligros físicos.

Entre los estímulos productores de estrés de larga duración se pueden enumerar los siguientes:

*Inseguridad de mantener el propio trabajo.

*Tensión prolongada.

*Sentido de aislamiento.

*Organización del tipo de trabajo: ritmo, controles, destajo, etc.

Considerando que el trabajo aparece hoy en día como la actividad fundamental del hombre y con la ayuda de la automatización los métodos del trabajo han cambiado así la indagación respecto a las enfermedades psicosomáticas, entre ellas la obesidad se ha ido incrementando y rindiendo frutos en las áreas de salud.

Castillejas (1983), indica que el estrés relacionado al trabajo no puede ser simplificado en términos de carga de trabajo, cantidad de responsabilidad o condiciones físicas, sino también depende de otros soportes sociales fuera y dentro del trabajo como: habilidades para desenvolverse, estrategias de trabajo y otros factores de riesgo debido a los estilos de vida, que tienen impacto en el individuo, como lo son el hacer poco ejercicio, el comer en exceso, llevar una vida sedentaria, y otros que pueden afectar los procesos de salud física, en donde se ve reflejado en la personalidad del individuo.

2.4. Personalidad

Los efectos de la obesidad no sólo son físicos también llegan a ser psicológicos y por ello la psicología del obeso es un tema de interés creciente. En el adulto obeso, aparecen sentimientos de inferioridad ligados al aspecto físico, a la incapacidad para incorporarse a las actividades recreativas, como ciertos deportes, al considerarse como elegibles al buscar empleo o pareja incluso, lo que pudieran considerarse como futilidades como el hecho de no poder usar prendas de vestir atractivas. Para el obeso esas limitaciones son una realidad tan tangible como el aumento en el riesgo de mortalidad. “La psicología de la persona obesa, explica el fracaso de los recursos médicos para tratar de producir un cambio duradero en el estado de sobrepeso. La simple pérdida de peso amenaza las defensas psicológicas de los individuos con obesidad del desarrollo, los cuales han simbolizado dichas defensas en la satisfacción de comer y en el concepto de fuerza según el tamaño físico del hombre; en consecuencia, al no lograr satisfacciones ni a través de la fantasía ni adelgazando, es obvio que reaparezca el sobrepeso” (Noyes, y Kolb, 1961).

Sobre el mismo eje se han investigado factores psicológicos en la obesidad en un estudio realizado por Bruch, 1973, (cit. En Bray, 1976) quien identifica dos tipos de obesidad. El primero que se denomina obesidad

reactiva y resulta la ingestión de un exceso de alimento como reacción emocional a situaciones ambientales. Según este autor este tipo de anomalía indica reacciones inadecuadas a la situación alimentaria durante el crecimiento y desarrollo del niño. El segundo tipo de obesidad se denomina obesidad por desarrollo en estos individuos los problemas emocionales son mínimos. Analizando los perfiles según el Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI) y Test de Apercepción Temática (TAT) se observa con algunos aspectos que forman lo que se denomina el carácter obeso: la depresión era frecuente pero no intensa; la ingesta de alimentos muchas veces se había utilizado para disminuir la sensación de privación emocional que existía desde la primera infancia e históricamente se relacionaba con matrimonios inestables; se manifestaba características tales como tartamudez, desconfianza, necesidad de autonomía, y cautela para establecer relaciones, así como conflictos de exhibicionismo, donde lo más notable eran los signos prominentes o rasgos en las estructuras de personalidad y no así una estructura de personalidad asociada unívocamente a la obesidad. Más tarde este mismo autor analiza la importancia de diferentes variables de personalidad en el obeso: depresión, neurosis y autoestima. A partir de ello concluye que comparados con las personas delgadas los obesos se muestran más vergonzosos, pasivos, tímidos, con baja autoestima y con un concepto distorsionado de su imagen corporal, mencionando que incluso tienen un desarrollo de personalidad inadecuado con manifestaciones de enfermedades psicológicas.

Al respecto Washton (1989), proporciona una serie de rasgos de personalidad que posee una persona obesa como lo son:

- La obsesión por sí mismo.

Está obsesionado con sí mismo sencillamente porque es egoísta, porque se preocupa más por él que por ninguna otra cosa o persona. Hay algo de verdad en esto cuando la conducta del obeso se interpreta al pie de la letra: estando en las garras de la adicción es cierto que se ve impulsado a buscar la comida sin tener en consideración el efecto que esto tiene sobre otras personas. Pero la verdad es que el impulso no se debe a que se ocupe tanto en sí mismo sino a que siente un autorrechazo.

- Carencia de un sentido de sí mismo.

Carece de un sentido integrado de sí-mismo, lo cual es la razón por la que busca la “seudoidentidad” que le proporciona la comida, aunque ella sea excesiva. El obeso no puede expresarse tal como es – ni verbalmente ni a través de su estilo de vida- porque no se conoce a sí mismo.

➤ Vacío interior.

Las personas propensas a la comida a menudo declaran sentirse “vacías” interiormente. Esto probablemente se relacione con el apartamiento que experimentan por estar fuera de contacto con sus verdaderos sentimientos y por carecer de un sentido de identidad propia. Los sentimientos de vacío ejercen un poderoso efecto, impulsando a la persona a querer “llenarse” con la comida.

➤ Carencia de significación y propósito.

La persona proclive a la comida suele carecer de encontrar un sentido y un objetivo a su vida. Está deambulando sin dirección. Esta falta de dedicación a cualquier otra cosa, esta ausencia de compromiso, hace que la comida le resulte particularmente atractiva. Perseguir el efecto de la comida le brinda una suerte de objetivo que hace más tolerable la angustiada sensación de que su vida carece de sentido.

➤ Autocensura.

Como teme ser objeto de desaprobación, crítica y rechazo, el comedor compulsivo examina constantemente su propia apariencia, su conducta, sus comentarios y su desempeño y es severamente autocrático. Es como si tuviera un censor susurrándole todo el tiempo al oído: “no deberías haber hecho eso”, o “no digas tal cosa” se denomina a ese censor interno el “heredero de los padres” porque por lo general es resultado de haber aprendido a reprimir el verdadero yo para complacer a los padres.

➤ Sentimientos de culpa.

Las personas obesas experimentan sentimientos de culpa, algunos de los cuales se relacionan con la cantidad de comida que han ingerido, Pero puede haber otra razón por la que el individuo propenso a comer en exceso se sienta tan culpable: la culpa puede ser una pantalla de humo que encubre una hostilidad reprimida, cuando el verdadero yo de un niño es reprimido (por ejemplo si se le castiga por expresar sentimientos normales agresivos,

sexuales y otros) el chico se enoja por esto pero siente que no puede permitirse demostrarlo. De manera que encubre su ira con un sentimiento de culpa. La comida suministra un punto focal o una especie de anclaje para la culpa: una razón para sentirse culpable y un modo de actuar en consecuencia. Sirve para mantener refrenada la hostilidad reprimida, al mismo tiempo que suministra un autocastigo para ésta. Y el ciclo se autoperpetúa.

➤ Dificultades para controlar la ira.

El obeso está mal capacitado para expresar su ira de una manera apropiada, o bien la destierra al inconsciente y la hace actuar en contra de sí mismo o de otros, o bien la desplaza a través de inculpaciones o estallidos inapropiados de furia. En cualquiera de los dos casos la controla mal. La comida se convierte en un camino para descargar y por tanto tratar, la agresión. Después de todo el exceso de comida implica una suerte de violencia contra uno mismo.

➤ Adormecimiento emocional.

Casi todos los comedores compulsivos han sufrido pérdidas en el pasado, siendo el abandono, emocional y físico, una de las más graves. Si esos sentimientos fueron demasiado intensos como para poder enfrentarse a ellos durante su infancia, el obeso posiblemente haya aprendido a “tragárselas” (como hace, literalmente el comilón incontrolado).

➤ Expresión de deseo.

La persona proclive a la comida tiende a pensar en términos de “si tan solo”: “si tan solo pudiera” rebajar de peso o ser delgada yo sería feliz. La insistencia del obeso en vivir en la fantasía significa que debe desoír todos los mensajes transmitidos por su medio que contradicen esas fantasías.

➤ No querer crecer nunca.

Junto con esa tendencia a la fantasía, la persona propensa a la comida suele albergar el deseo de que nunca tendrá que crecer, nunca tendrá que hacerse responsable de sus actos y nunca tendrá que efectuar la clase de esfuerzo sostenido que implica el hecho de asumir un rol adulto en la vida. El obeso teme no ser capaz de cumplir adecuadamente los roles adultos, por lo que preferiría no intentarlo siquiera.

➤ Problemas con la intimidad.

El comedor compulsivo sufre de sentimientos de soledad en lo más profundo de su ser. Desconectado de su propio yo, incapaz de fijar fronteras, necesitado e ejercer control, no puede ser auténtico en su relación con los demás y no puede establecer lazos duraderos y gratificantes con otras personas. La comida por tanto viene a sustituir la intimidad, porque en muchos sentidos, comer en exceso es una relación.

Sin embargo suelen tener pensamientos irracionales, como todo o nada, generalización excesiva, descalificación de lo positivo, filtro mental, personalización Burns, (1980).

- todo o nada: ve todo en categorías blanco-negro. Si sus resultados no llegan a ser perfectos se considera un completo fracaso.
- Generalización excesiva: considera un solo hecho negativo como si fuese un completo modelo de derrota.
- Descalificación de lo positivo: rechaza las experiencias positivas insistiendo en que no cuentan, por una u otra razón.
- Filtro mental: escoge un solo detalle negativo y se fija exclusivamente en él, de modo que su visión de toda la realidad se oscurece, como la gota de tinta que tiñe toda la jarra de agua.
- Personalización: se ve a si mismo como la causa de algún hecho negativo externo del cual no ha sido básicamente responsable.

Dadas estas características de personalidad que posee un comedor compulsivo, le cuesta trabajo interactuar en los diferentes contextos de la sociedad, aunado al miedo que presenta el abrir una nueva brecha en su vida, no es fácil que se incorpore a los contextos sociales por los estereotipos del deber ser se éstos. Por ejemplo el ser delgado y el éxito de la vida proporciona seguridad, y los que no cumplen este requisito se sienten rechazado por su entorno social y en algunas situaciones discriminados.

2.4. Rechazo social.

Ser obeso constituye en nuestros días un auténtico estigma social, múltiples usos y costumbres, opiniones e informaciones. “La presión social

contra la obesidad es tan clara, que alrededor de los 6 años de edad los niños ya la han interiorizado perfectamente. A esta corta edad se ha observado que los niños atribuyen características positivas como “bueno”, “muchos amigos”, feliz, educado, etc. a una figura humana mesomorfa o delgada, mientras formulan atribuciones negativas tales como peleas, trampas, perezoso, sucio, etc a una figura endomorfa, robusta o gruesa” Kirkpatrick y Sanders, 1978 (cit. en Jiménez, 1997).

Las personas obesas son blanco de prejuicio y discriminación, algunos estudios sobre actitudes que algunos niños desde 6 años de edad describen la silueta de sus pares como holgazanes, sucios, tontos, mentirosos, estúpidos, feos, tramposos y truculentos. Si se les da a escoger entre niños obesos, niños con normopeso, y niños con alguna limitación física, tanto niños como adultos tildan a los obesos como los menos atractivos. Este prejuicio no sólo afecta a la población en general sino que también afecta a la propia persona obesa Stunkard, 1995 (cit. en Jiménez, 1997). En otro estudio se mostraron a un numeroso grupo de niños y niñas de 10-11 años de edad seis láminas que tenían figuras de niños o niñas, según el sexo de cada sujeto: un niño sin ninguna incapacidad; un niño con muletas y con una pierna enyesada; un niño en una silla de ruedas y con una manta sobre las piernas; un niño a quien le faltaba su mano izquierda; un niño con su boca y mejilla izquierda desfiguradas, y un niño obeso. Los sujetos debían elegir, uno a uno las figuras infantiles que les resultaran más atractivas. En todos los casos el niño obeso fue el menos elegido. Además, el orden de las elecciones y el resultado final de la misma el rechazo del niño obeso fueron los mismos para todos los participantes, cualquiera que fuere su sexo, clase social, raza o procedencia rural o urbana Richardson, 1961 (cit. en Jiménez, 1997).

Sin embargo se llevó a cabo la misma experiencia en un grupo de adultos que incluían fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, enfermeras, médicos y asistentes sociales Goodman, et al, (1963) pese a sus profesiones, los resultados fueron similares a los obtenidos en el grupo de niños. Y ante la misma prueba también manifestaron idéntico grado de rechazo preferente al niño obeso un grupo de pacientes psiquiátricos tratados ambulatoriamente. Los investigadores se sorprendieron de que las mujeres negras, habitualmente favorables a la obesidad, también manifestaran un significativo grado de rechazo hacia el niño obeso. Interrogadas sobre su preferencia por

los otros niños, muchas de ellas indicaron que éstos eran víctimas desafortunadamente de su ambiente. Es decir, el niño obeso era responsable de su defecto.

Esta atribución de responsabilidad al obeso por su obesidad sin duda forma parte de las razones del rechazo. Un grupo de niñas adolescentes emitió opiniones más favorables acerca de una compañera obesa si creían que ésta padecía un trastorno hormonal o se les comunicaba que había conseguido reducir su peso DeJong, 1980 (cit. en Jiménez, 1997) es decir, la obesidad podía ser la consecuencia de una enfermedad o la obesa demostraba su voluntad de corregirla, entonces resultaba mucho más fácil aceptarla.

Resulta particularmente triste el prejuicio y la discriminación hacia las personas obesas por parte del personal sanitario. Se han realizado varios estudios al respecto donde se pone de manifiesto la percepción de trato poco respetuoso que la profesión médica les dispensa a muchas de las personas obesas Rand y MacGregor, 1990 (cit. en Aymami, y Serrano, 1997). Uno de los trabajos se refiere a la percepción que tienen los médicos respecto a sus pacientes obesos señalándolos como “con falta de voluntad, feos y torpes” . Estas actitudes negativas de algunos médicos se han atribuido a la frustración que les supone sus infructuosos esfuerzos en el tratamiento de la obesidad, aunque, después de haber detectado este tipo de prejuicios en médicos que apenas tenían experiencia en el tratamiento de obesos, parece que las actitudes sociales negativas hacia la obesidad influyen más que sus propias experiencias. Dada la existencia de un elevado número de prejuicios en torno al peso, cabría esperar que todos los obesos aborrecieran su apariencia física, viendo sus cuerpos como grotescos y detestables y creyendo que los demás sólo pueden verlos con hostilidad o desdén. Sin embargo esta percepción aparece en grupos sociales en los que la obesidad es menos frecuente y en los que las sanciones contra ella son más frecuentes.

Sin embargo en un contexto laboral la persona obesa permite ver florecer la discriminación, por relativa que sea, un estudio sobre las relaciones entre sobrepeso y empleo concluyó que en líneas generales las personas con sobrepeso comparadas con las que no lo tienen, a efectos laborales tienden a

ser consideradas menos competentes, menos productivas, menos laboristas, desorganizadas, indecisas, inactivas, y con menos éxito. Larkin y Pines, 1979 (cit. en Toro, 1999). También en los salarios de los obesos suelen ser inferiores que los sueldos de sus colegas de peso normal bajo McLean y Moon, 1980 (cit. en Toro 1999).

Con lo anterior se puede plantear que el obeso se limita en sus actividades cotidianas en cualquier contexto social. El ser una persona obesa en una cultura que va moldeando el “deber ser” de un estereotipo trae repercusiones psicológicas, ya que tienen que enfrentarse a la discriminación que produce el prejuicio. De esta forma Gortmaker y cols. 1993 (cit. en Aymami, y Serrano, 1997) observaron que las jóvenes obesas tienen menos probabilidades de encontrar pareja que las que presentan normopeso, y cuando lo hacen, tienen más probabilidad de descender en la escala social que las no obesas. Los estudiantes de bachillerato obesos son menos aceptados en institutos de prestigio que los no obesos. Cuando las persona obesas acceden al mercado laboral, la discriminación es muy severa; en un estudio citado en Stunkard y Sobal 1995 (cit. en Aymami, Y Serrano, 1997), reportan que un 16% de empleados manifestaron que no emplearían a personas obesas bajo ninguna circunstancia y el 44% las contrataría en ciertas circunstancias.

Así mismo se ha llegado a creer que la obesidad es un impedimento significativo para casarse, según señala Gortmaker y cols. 1993 (cit. en Turón 1997). Porque las personas con sobre peso valoran su cuerpo como grotesco y poco atractivo y creen que los demás los rechazan y los tratan de forma hostil por este problema. Existen numerosos estudios que informan de que, en comparación con sujetos con normopeso, las personas obesas son más vergonzosas, pasivas, tímidas, inhibidas, con baja autoestima y un concepto distorsionado de su imagen corporal Bruch, 1980 (cit. en Jiménez, 1997).

En la actualidad los medios masivos de comunicación a estereotipado al ser humano, alienandolo en una sociedad, dándole un significado y un valor a la belleza lo cual representa esbeltez, éxito personal, aceptación en todos los contextos donde interactúa y las personas que no pertenecen a este grupo, son dañadas psicológicamente desde su niñez en los diferentes contextos

donde se ha desarrollado desde la familia, en un contexto educativo, la persona misma hasta llegar al contexto laboral, ya que la sociedad implícitamente se ha encargado de rechazar a la gente obesa.

CAPITULO 3

TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN.

3.1 Antecedentes y definición del Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC)

Aquí se describen los antecedentes, definiciones, conceptos y clasificaciones del Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC). Fundamentados por el DSM-III y DSM-IV. Esta información recabada nos permite comprender y entender que hay individuos que se autolastiman, lo hacen básicamente para aliviar la ansiedad por lo que podría considerarse que van a la par de un Trastorno de Alimentación, y de las adicciones. Comprendiendo las bases del (TOC), se esclarece y entiende el término “trastornos de alimentación”, en el cual se clasifican los trastornos específicos y no específicos. En los primeros esta la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa y en el segundo esta la ingesta compulsiva (atracción). Asimismo se describen sus características y etapas, al igual los mecanismos que conllevan a un atracón, sus consecuencias. También se describen algunos síndromes cuyos síntomas son similares al (TOC), que incluyen la tircotilomanía englobada en los trastornos del control de los impulsos no clasificados en donde también existen las obsesiones intestinales, trastornos de la Imagen Corporal y trastornos dismórfico corporal, entre otros.

Considerando los antecedentes desde un punto de vista científico histórico, en el siglo XVII se pensaba que los individuos con pensamientos obsesivos de naturaleza blasfema o sexual estaban poseídos por el demonio. Esta visión coincidía con las creencias de esa época, y el tratamiento lógico tenía como objetivo expulsar a los demonios del alma desafortunada que había sido poseída. El exorcismo era el tratamiento de elección durante el cual la persona era torturada para así eliminar al intruso. Con el paso del tiempo, la explicación del origen de las obsesiones y compulsiones se desplazó de una visión religiosa a médica, en el siglo XVII, Younge, (cit. en Cía 1995) describió a un “pensador obsesivo” afirmando que “no hace nada rápidamente, sino que lo piensa “cuando empieza a deliberar nunca llega a un punto final” .

Sin embargo los principales aportes de la psiquiatría respecto de las obsesiones y compulsiones surgieron a lo largo del siglo XIX por las escuelas francesa, alemana, e italiana, en 1899. En Italia, Bucolla en 1880,(cit. en Cía, 1995) describe las ideas fijas y sus condiciones fisiopatológicas y en 1883 Tamburini habla de la locura de la duda y las ideas fijas impulsivas, conceptualizando a las obsesiones como tales. Sin embargo la escuela alemana a partir de Wespahl, emplea el término *zwang*, al referirse a las obsesiones. Esta palabra que significa compeler, obligar, de manera forzada o contra la voluntad.

A principios de 1903, el francés Pierre Janet, llama a los obsesivos “malades a petit papier” (enfermo con papelitos), quienes por dudar permanentemente, tienen sus bolsillos abarrotados de papeles con anotaciones. Janet consideró que las obsesiones y compulsiones constituían la manifestación más avanzada de una patología que denominó psicastenia, una entidad que también incluía tics, fobias y despersonalización (Cía, 1995).

Por lo tanto se puede comprender que en el siglo XX Janet reconoció la naturaleza psicobiológica del (TOC), mientras que Freud atribuyó el problema a perturbaciones psicosexuales Marks, 1981 (cit. en Caballo y cols. 1995). En contra posición de los autores mencionados en la década de 50s, (Wolpe 1958) defendió una conceptualización y un tratamiento conductual de los trastornos fóbicos, que luego se aplicaron a los síntomas del TOC. La mayoría de los comentarios sobre la etiología del TOC (así como de otros trastornos) sugieren que está determinado por muchos factores que surgen de fuentes biológicas, (incluyendo las genéticas), psicológicas y socioculturales Jenike, Baer y Minichiello, 1990 (cit. en Caballo, y cols. 1995).

Se consideró durante mucho tiempo como un trastorno incurable los avances científicos proporcionaron mejoría a las personas que presentaban el Trastorno Obsesivo Compulsivo, lo que dio paso a la atención. El (TOC) obtuvo la atención de la comunidad profesional de los años 60 y principios de los 70, con el desarrollo de tratamiento farmacológico y psicológico que eran bastante eficaces Meyer, y cols. 1966, (cit. en Caballo, y cols. 1995). Mientras que estos autores lo consideraban de esta forma, los psiquiatras y psicólogos en la actualidad emplean frases como “enfermedad mental”, “trastorno mental”, “Trastorno del comportamiento” o “problemas de ajuste”. La

enfermedad mental es la anormalidad médica o biológica en su origen y que tal vez los medicamentos pueden ayudar. Por lo que los psicólogos mencionan el trastorno mental implica que el problema es principalmente intrapsíquico y por lo tanto se puede acudir a la psicoterapia. También el Trastorno de la conducta supone que la anormalidad se aprende y por tanto se puede tratar con técnicas de nuevo aprendizaje, y los problemas de ajuste (o algunas veces problemas de vivir) implican algo inusual sobre las interacciones persona-ambiente, y de esta manera un enfoque de “sistemas” (Papalia, 1988).

Sin embargo el DSM-III (1980), está basado en la noción de que los pensamientos y comportamientos anormales son solamente síntomas de alguna “enfermedad; así mismo la Asociación Psiquiátrica Norteamericana replantea el problema de clasificación de las neurosis sobre bases totalmente nuevas. De acuerdo con esta perspectiva, se abandona definitivamente el término neurosis por una parte, y sustituido por el término trastorno. Así por ejemplo las neurosis de angustia, fóbica y obsesivo-compulsivo se integran a los trastornos por ansiedad; la neurosis histérica tipo conversivo y neurosis hipocondríaca se integran a los trastornos somatoformes; la neurosis histérica tipo disociativo es incluida dentro de los trastornos disociativos y por último las neurosis depresiva es englobada dentro de los trastornos del estado de ánimo (Guzmán, 1992).

En este mismo eje la neurosis es considerada como un trastorno mental en el que la alteración predominante es un grupo de síntomas molestos para el individuo y son reconocidos por éste como inaceptables y extraños; el juicio de la realidad, en líneas generales, se conserva intacto y la conducta no transgrede activamente las normas socialmente aceptadas (aunque puede estar notablemente deteriorada). La alteración es persistente o recurrente sin tratamiento y no está limitada a una reacción transitoria a los estresores. Guzmán, (1992). Con esta definición destacan algunas notas fundamentales como son:

1. Las neurosis se expresan mediante manifestaciones psicopatológicas que son percibidas como ajenas por el individuo, es decir son egodistónicas.
2. Tales síntomas causan intenso sufrimiento psicológico a la persona.
3. A diferencia de la psicosis, el juicio de realidad está conservado.

4. La neurosis es relativamente duradera o recurrente (curso crónico)
5. La neurosis no reconoce una etiología orgánica demostrable.

Antes de continuar con lo anterior, cabe preguntarnos en este momento ¿Qué es un trastorno y que es una obsesión? Un trastorno es la acción y efecto de trastornar o trastornarse; Cualquier alteración no grave de la salud. Trastornar: Alterar el orden regular de una cosa, producir un cambio perjudicial. Inquietar (Galindo, 1995).

A diferencia del trastorno, las obsesiones son los pensamientos que insistentemente se abren paso por sí mismos hacia la conciencia en contra del deseo consciente del paciente. Las obsesiones persisten en la mente consciente de manera tan tenaz, que no pueden ser disipadas por los procesos conscientes ni influidas por la lógica o el razonamiento. El pensamiento obsesivo tiene una fuerte carga emocional, es involuntario y ataca al individuo casi constantemente (Noyes, y Kolb, 1961).

Igualmente “Las obsesiones es el elemento capital del TOC, constituye un conjunto de ideas que domina al individuo y lo conflictúan, ocupando gran parte de su tiempo y teniendo características de pensamientos intrusivo. Habitualmente pertenecen guardadas en secreto por el individuo, sin compartirlas con nadie, por considerarlas absurdas o vergonzantes, hasta que los síntomas llegan a perturbar su desempeño de manera ostensible o son advertidos por sus hallazgos” (Cía, 1995).

Aclarando un poco los rasgos anteriores, podemos decir que las “obsesiones surgen gradualmente en el individuo, tiene carácter intrusivo y lo van invadiendo. El pensamiento reiterativo, no puede detenerse y permanece acosándolo por largos períodos. El paciente al comienzo quizás puede justificarlo, pero pronto se da cuenta de su inutilidad y de que no puede desprenderse de él. Las ideas adquieren un carácter casi permanente y el enfermo no está en condiciones de rechazarlas o evitarlas, permanentemente duda, lo que trae consecuencias importantes sobre su conducta. Hay una característica que es definida como *dualidad, contraste o sentimiento obsesivo*, que consiste en creer y descreer al mismo tiempo de sus obsesiones. Al ser interrogado acerca de si lo que piensa es razonable o lógico, dirá que no, que es absurdo, pero sigue creyendo en ello. La duda, es una queja muy común y constituye un síntoma nuclear. Es incapacitante,

interfiriendo o impidiéndole realizar actividades o cumplir con sus tareas. El pensamiento a veces tiene carácter mágico, yendo más allá de la razón” (Cía, 1995).

Un tercer elemento para esclarecer que es un Trastorno Obsesivo-Compulsivo son las compulsiones se definen como conductas repetitivas (por ejemplo, lavarse las manos, ordenar, verificar) o actos mentales (por ejemplo rezar, contar, repetir palabras en silencio, etc.) que la persona se ve obligada a desempeñar en respuesta a una obsesión, o siguiendo reglas que deben ser rígidamente aplicadas. Por lo que se considera que las compulsiones tienen por objeto prevenir o reducir el diestrés o algún evento o situación amenazantes, aunque no estén conectadas de manera realista con los hechos a los cuales han sido designados para neutralizar o prevenir, o son evidentemente excesivas.

Tanto las obsesiones como las compulsiones, deben causar un distrés marcado, consumir más de una hora por día o interferir significativamente con el funcionamiento habitual, ocupacional, social, y no deberse a los efectos fisiológicos directos de una medicación, sustancia o condición médica general. En algún momento del curso de la enfermedad, salvo en el TOC infantil, el enfermo reconoce que ambos síntomas son excesivos o irracionales (Cía, 1995).

Al respecto Roth, (1991) considera que una compulsión “es desesperación en el nivel emocional. Las sustancias, personas o actividades que hacen comportarse compulsivamente son aquellas que pueden liberar la desesperación”. Sobre este mismo eje, otra definición es la necesidad apremiante, morbosa, a menudo irresistible, de ejecutar un acto aparentemente irracional de manera repetida. Una compulsión puede “considerarse como el resultado de una obsesión, como una obsesión en acción. Tales actos están íntimamente ligados a la obsesión, que a menudo la combinación es denominada síndrome compulsivo-obsesivo. No carecen de significado y a través de mecanismos de desplazamiento, sustitución y simbolización, sirven de defensas contra la angustia” (Noyes, y Kolb, 1961).

Otra definición de la compulsión es la de Cía, (1995) donde describe que son actos o pensamientos a los que el sujeto recurre y cumple de una manera

rígida y formal para intentar aliviar sus obsesiones. Las compulsiones pueden dividirse en:

- 1) compulsiones cognitivas, ideacionales o mentales.
- 2) Compulsiones motoras.

Las primeras consisten en una urgencia irresistible de llevar a cabo mental o intrapsíquico, (por ejemplo, compulsión a contar, aritmomía o a repetir una y otra vez un pensamiento etc). Y las segundas implican una urgencia de llevar a cabo o desempeñar determinada secuencia motora, las más frecuentes son las de verificación, las de lavado o las de repasar o repetir” (Cía, 1995).

Esclareciendo los tres elementos anteriores, cabe mencionar en que consiste un Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) o la neurosis obsesiva-compulsiva es afección de curso crónico cuyos síntomas predominantes son las obsesiones (pensamientos) y compulsiones (hacer) (Guzmán, 1992).

De acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-IV, APA 1994) el criterio diagnóstico del TOC es definido como las obsesiones de pensamientos, impulsos e imágenes recurrentes que son vivenciadas como inadecuadas e intrusivas, en algún momento de la perturbación, causando marcada ansiedad o distrés. No son simplemente preocupaciones excesivas acerca de problemas de vida real. Por otra parte la persona reconoce que son el producto de su propia mente (no impuestas desde afuera como inserción de pensamientos) e intenta ignorarlos o suprimirlos o neutralizarlos con algún otro pensamiento o acción. Por lo tanto en la actualidad el TOC se ha considerado como un trastorno de ansiedad (antes denominado neurosis obsesiva) porque los factores principales parecen ser la ansiedad, y el malestar, que suelen aumentar con las obsesiones (pensamientos) y disminuir con las compulsiones o rituales (acciones). Aunque los pacientes con TOC presentan por lo general pensamientos irracionales o anómal en relación con sus síntomas, las restantes áreas de su vida se asientan sobre bases reales: por tanto, el TOC no es un trastorno psicótico.

La definición aceptada y la que se manipula de un TOC es la que se da en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV). Para ser diagnosticado de TOC, un paciente debe tener obsesiones o

compulsiones que provoquen sufrimiento significativo o que interfieran en los roles del paciente y en su funcionamiento social.

De acuerdo con el DSM-IV es posible que los pacientes experimenten compulsiones mentales, en las que repiten números, plegarías, o desarrollan rituales de pensamiento por ejemplo recordar las actividades de un día completo minuto a minuto. Se menciona que el principio básico es que las obsesiones suelen producir ansiedad, mientras que las compulsiones están dirigidas al menos temporalmente, a disminuir o aliviar la misma. Por tanto, si un paciente cuenta, reza o recuerda detalles mentalmente cuando esta ansioso o en respuesta a una obsesión, esta acción sirve como un intento de reducir la ansiedad y se denomina compulsión.

Además las obsesiones o compulsiones deben causar un malestar significativo ocupar tiempo (p.ej. ocupar más de una hora diaria), o interferir de una manera notable en la rutina diaria del individuo, en su funcionamiento laboral, en sus actividades sociales habituales o en sus relaciones personales. Por ende dentro del TOC. Podemos distinguir “Síntomas primarios: constituidos por las obsesiones y compulsiones. Síntomas secundarios: ansiedad, depresión, rabia, odio, trastornos del discurso, cambios preceptuales o perturbaciones sexuales.

Dentro de la sintomatología del TOC podemos distinguir:

1. Elemento cognitivos, como las obsesiones y las compulsiones mentales.
2. Elemento conductuales, como las compulsiones motoras.
3. Elemento emocional o afectivos, como la ansiedad, las angustia, la duda, la inseguridad, el temor o la perplejidad” (Cía, 1995).

Por tanto sabiendo en que consiste un TOC y cuales son sus características en este rubro, se traslapan los trastornos de alimentación, ya que las personas que padecen este trastorno se lastiman tanto físicamente como mentalmente, y lo hacen para aliviar la ansiedad, soledad, tristeza, entre otras emociones.

3.2 Trastornos de la alimentación

Los Trastornos de la Alimentación (TDA) adquieren relevancia a partir de 1980 con la descripción de la bulimia en el DSM III enfermedad que junto con la anorexia nerviosa tienen su capítulo propio en el eje I del DSM IV. En los últimos años los investigadores del campo de los (TDA) se han ocupado en describir un desorden de la alimentación de características semejantes a las bulímicas pero sin sus conductas compensatorias: el “Binge Eating Disorder” (BED). Este trastorno del comer por atracones se diagnostica principalmente en pacientes con sobrepeso. También en estos pacientes se ha reactualizado la investigación del Night Eating Síndrome (NES) o síndromes del atracón nocturno descrito por Stunkard hace 40 años vinculado con el BED o en forma independiente de cualquier otra alteración.

Los trastorno de la conducta alimentaría “se refiere en general” a trastornos psicológicos que comportan graves anormalidades en el comportamiento de la ingesta; es decir, la base y fundamento de dichos trastornos se halla en la alteración psicológica” (Raich, 1994).

De acuerdo al Manual Diagnóstico y estadístico de Trastornos Mentales (DSM-IV, APA 1994) los trastornos alimentarios (TA) se pueden clasificar en específicos y no específicos, en los primeros se encuentra la Anorexia Nerviosa y la Bulimia Nerviosa, y en los segundos se encuentra el trastorno por atracón.

Con respecto a la Bulimia Nerviosa se ha propuesto los siguientes criterios diagnósticos del (DSM-IV, APA, 1994).

A. Episodios recurrentes atracones. Un atracón se caracteriza por:

1. Comer en un período corto de tiempo una importante cantidad de comida, más que la que podría comer en circunstancias similares la mayoría de personas.
2. Sensación de pérdida de control sobre la ingesta durante el periodo (sentimientos de no poder parar de comer o de no controlar lo que se come).

B. Conductas compensadoras inapropiadas y recurrentes para evitar la ganancia de peso, como: vómitos autoinducidos, abuso de laxantes,

diuréticos enemas u otras medicaciones, ayunos o ejercicios excesivos.

C. Frecuencia de al menos dos atracones por semana y conductas compensatorias inapropiadas durante tres meses.

D. Autoevaluación negativa motivada por el tiempo y el peso corporal.

Se reconocen dos subtipos para especificar la presencia o del uso regular de métodos que intentan comparar los atracones:

-Tipo purgativo: durante el episodio actual de bulimia. La persona presenta vómito autoinducidos o abusa de laxantes, diuréticos o enemas.

-Tipo no purgativo: durante el episodio actual de bulimia la persona utiliza otros mecanismos compensadores inapropiados como ayuno, ejercicio excesivo, pero no vómitos ni abusa de laxantes, diuréticos o enemas.

Con lo anterior se entiende la bulimia nerviosa como un trastorno en el cual la persona realiza frecuentes episodios de ingestión descontrolada son casi seguidos por una purga; las personas con bulimia nerviosa se caracterizan por ingerir cantidades excesivas de comida que posteriormente eliminan a través del uso de laxantes, enemas, diuréticos, ejercicio compulsivo o con vómitos frecuentes.

A menudo actúan en secreto y presentan sentimientos de disgusto y culpabilidad mientras comen, dichos sentimientos que son atenuados a través de patrones de comportamiento característicos de eliminación purga del exceso de calorías ingeridas en secreto, consiguen mantener su peso corporal similar generalmente logran ocultar con éxito su problema durante años; este trastorno es más común en mujeres jóvenes.

Dentro de los trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TANE) encontramos el trastorno por atracón, éste se caracteriza por comer en un periodo discreto de tiempo una cantidad de comida que es claramente superior a la que comería una persona normal en un periodo similar en circunstancias parecidas y por tener falta de control sobre la ingesta durante el episodio. Esta falta de control varía considerablemente de una persona a otra. Algunas sienten esa pérdida de control antes de empezar a comer, mientras en otras se desarrolla gradualmente a medida que van comiendo y

en otras personas surge súbitamente cuando se dan cuenta de que han comido demasiado (Christopher, 1998).

El trastorno por atracón suele hacer su aparición en la adolescencia tardía o primera juventud y afecta por lo general a personas que se han sometido a dietas para perder peso sufriendo recaídas (García, 2001).

3.3 Características y etapas del atracón.

Se identifica con la clasificación del (DSM-IV, 1994), donde se han propuesto los siguientes criterios:

A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por dos condiciones:

1. Ingesta en un corto tiempo (p.ej. en 2 horas) de una cantidad de comida definitivamente superior a la que la mayoría de gente podría consumir en el mismo tiempo y bajo circunstancias similares.

2. Sensación de pérdida de control sobre la ingesta durante el episodio (p.ej. sensación de que no puede parar de comer o controlar qué o cuánto está comiendo).

B. Los episodios de atracón se asocian a tres o más de los siguientes síntomas:

1. Ingesta mucho más rápido de lo normal.

2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.

3. Ingesta de grandes cantidades de comida a pesar de no tener hambre.

4. Comer a solas para esconder su voracidad.

5. Sentirse a disgusto con uno mismo, depresión, o gran culpabilidad después del atracón.

C. Profundo malestar al recordar los atracones.

D. Los atracones tienen lugar, aproximadamente por un periodo de media hora, al menos 2 días a la semana durante 6 meses.

E. El atracón no se asocia a estrategias compensatorias inadecuadas (p.ej. purgas, ayunos, ejercicio físico excesivo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de una anorexia nerviosa o una bulimia nerviosa.

De acuerdo con Chistopher, (1998), las principales etapas del atracón son:

- a) Los primeros momentos de un atracón pueden ser placenteros. El sabor y la textura de la comida puede parecer intensamente agradables. Sin embargo, estos sentimientos suelen durar poco; pronto son remplazados, en la medida que la persona ingiere más y más por un sentimiento de disgusto.
- b) La forma típica de comer durante un atracón es hacerlo de manera rápida.
- c) Siente el ansia de comer como una poderosa fuerza que le empuja a seguir comiendo alimentos.
- d) El atracón se lleva a cabo en secreto; algunas personas están tan avergonzadas de ello que hacen cualquier cosa para ocultarlo.
- e) Sensación de conciencia alterada, durante la ingesta compulsiva la gente se siente como si estuviese en trance.

Dentro de la ingesta compulsiva hay varios tipos de episodios que se describen a continuación:

- Ingesta compulsiva completa. En ésta se come y se come, por lo general muy rápido y sin disfrutar de la comida; en un principio se saborea el alimento y hay placer, éste impregnado de culpa.
- Ingesta compulsiva incompleta. Normalmente tiene lugar en la noche y es similar a la ingesta compulsiva excepto en que se come apresuradamente en cualquier lugar, sin disfrutarlo y no hay demasiado miedo.
- Ingesta compulsiva lenta. En ésta la persona se da cuenta de cuando inicia, hay resistencia durante un rato y finalmente la persona cede con una sensación de placer. Constituye una liberación de tensión en esos momentos, por que así deja de preocuparse.
- Ingesta objetiva. Es cuando la persona realmente ingiere grandes cantidades de comida.

- Ingesta subjetiva. Es cuando la persona come una cantidad normal de comida pero ella la considera como una ingesta compulsiva por que tienen la sensación característica de pérdida de control. La poca percepción “real” que se tiene de la ingesta. La tendencia a infravalorarla es muy frecuente Bandini, 1992 (cit. en Virgili y Leyes, 1997). En muchas ocasiones la valoración del propio individuo evita concretar la ingestión diaria y éste la generaliza en categorías de mucho o poco, según la propia impresión subjetiva o comparativa.

Como se han identificado en los episodios de la ingesta compulsiva, se abusa de la comida aunque no se tenga hambre como un apoyo indispensable para enfrentar el rechazo, la desconfianza, la carencia afectiva, el abuso sexual o el abuso físico, la ira reprimida, el dolor, se utiliza como una protección para no ser lastimados nuevamente o ser objeto de algún tipo de discriminación. Al igual el alimento sirve para somatizar los miedos, sueños, frustraciones y convicciones, de modo que algo anda mal y se come para expresarlo (Szamos, 1994).

De esta forma la comida tiene muchos significados que no son biológicos precisamente. Al respecto Cervera y cols. (1990) refieren que las vinculaciones entre la comida y el afecto se producen en las primeras etapas de la vida, de tal forma que las vivencias de satisfacción o de frustración del hambre van modelando la expresión de conflictos emocionales, que pueden estar relacionados con la inseguridad, el miedo y la frustración. Por ejemplo Gold 1976 (cit. en Alvarez y cols. 1998) clasificó en tres mecanismos al patrón alimentario en su asociación con el ajuste emocional:

- a) La actividad oral funciona como un mecanismo de ajuste ante la presencia de signos de ansiedad, tensión, tristeza o frustración.
- b) El hambre reemplaza situaciones de excitación, melancolía o ira.
- c) La comida actúa como una droga para hacer frente a la carencia de ajuste social.

Con lo anterior se identifica que hay diferentes causas psicológicas que desencadenan una ingesta compulsiva entre las cuales se destacan cuatro: la sobrealimentación como respuesta a tensiones emocionales no específicas, como sustituto gratificante, en situaciones vitales intolerables,

como síntoma de enfermedad mental subyacente y adicción a la comida Hamburger 1951, (cit. en Aymami, y Serrano, 1997).

3.4 Mecanismos que conllevan a un atracón.

Así mismo se describen alguno de los trastornos emocionales y de la personalidad, que conducen a la ingesta compulsiva como son:

1. Ciertas reacciones psicóticas, tales como los trastornos maniacodepresivos o afectivos, se ven acompañadas de amplias variaciones del peso en algunos individuos. Los periodos de obesidad generalmente coinciden, en lo que se refiere a relación temporal, con la resolución y el resurgimiento, después de haber atravesado un ciclo depresivo. Algunas veces el episodio depresivo psicótico, ha comprendido manifestaciones esquizofrénicas, y el paciente comienza a comer en exceso al presentar la mejoría.

2. Algunas personas comienzan por comer en exceso como reacción a diversas situaciones de la vida o a conflictos interpersonales como los siguientes:

- El exceso de alimentación se hace para aliviar el sentimiento de la pérdida de un objeto amado. Es decir el individuo trata de compensar la pérdida de una persona amada, de un animal o de un objeto inanimado, o de una posición social o profesional, comiendo con exceso. Algunos psiquiatras llaman a la obesidad que se presenta en estas condiciones “equivalente depresivo”, que quiere decir que el paciente trata de evitar las emociones dolorosas asociadas con la pérdida sufrida, comiendo con exceso.
- El comer con exceso, como substitutivo del amor sexual. Los individuos que tienen la convicción de que el placer sexual es cosa mala o prohibida, tratan de emplear el comer como substituto del amor sexual. En estos casos la obesidad puede servir de barrera adicional que hace más difícil las actividades sexuales, como resultado de la carencia de atractivo de que es causa la propia obesidad.

- El exceso de comer como expresión de cólera encubierta o de resentimiento sujeto a supresión. El poder desgarrar y masticar objetos que se mantienen en la boca, puede ser empleado como escape auxiliar para impulsos agresivos, destructivos y contenidos. Por ejemplo individuos que han tenido en la vida experiencias de carácter muy amargo que bs han mantenido en estado de verdadera agonía, en situaciones en que además ha sido suprimida la expresión de la frustración y de la cólera han empleado algunas veces el acto de comer en exceso como escape de estos sentimientos contenidos. En realidad los procesos psicológicos de esta índole evolucionan por debajo del nivel de la plena conciencia del paciente.
- Comer en exceso para evitar el provocar la envidia de las otras personas. El comer en exceso puede presentarse como un medio deliberado para afean la propia apariencia, de manera que los amigos y los parientes no le envidien a uno el ser físicamente atractivo. El llegar a estos extremos para hacerse amable, es en sí mismo un signo de profundo sentido de inseguridad, especialmente si se trata de una fuerza motivadora en un obeso adulto.
- Comer en exceso como resultado de privaciones del amor, del calor de los afectados, del respeto, y del contacto físico en la niñez. El comer en exceso puede ser un medio de proporcionar al yo directamente las necesidades básicas de la protección paternal, de la alimentación y de la seguridad. La privación materna o paterna, de una especie más bien emocional que física, puede promover un profundo sentido de vacío, la falta de valor personal, y la desconfianza en la veracidad del amor de los padres. Un mecanismo de adaptación primitivo del amor por sí mismo, a través de la alimentación, puede entonces parecer que la gente que se hace obesa sobre la base de esta orientación psicológica, generalmente llega a tener exceso de peso antes de la pubertad, y son obesos toda su vida. Afecta una apariencia exterior de sociabilidad superficial, que aun se aproxima a la jovialidad, pero la intensidad y la profundidad de las relaciones con las otras personas se ven limitadas. La sociabilidad es condicional, y aparece solamente

cuando estos pacientes comen o están sobrealimentados (Noyes, y Kolb, 1961).

Los siguientes son mecanismos de conducta que llevan a una ingesta excesiva alimentaría como lo son:

1. Hábitos alimentarios:

- a) Picoteo: costumbre de comer reiteradamente entre comidas.
- b) Afición a alimentos dulces: uso abusivo de golosinas.
- c) Probar comidas durante la elaboración culinaria.
- d) Consumo de comidas dejadas como resto en los platos.
- e) Habituar a los hijos a ser premiados mediante comidas.
- f) Familias acostumbradas a una ingesta copiosa de calorías.
- g) Familias donde siempre hay comida lista para servir.
- h) Familias con frecuentes festejos consistentes en comidas.
- i) Actividades ejecutivas en las cuales cada acto de importancia se acompaña de copiosas y atractivas comidas.
- j) Costumbre de centrar las actividades en torno de la elaboración de comidas, ese es el motivo por el cual resulta criticable el método que asocia a obesos para la preparación conjunta de comidas atractivas con menos calorías porque sigue centrando la vida de los enfermos en la actividad culinaria, en lugar de orientarlos hacia otros esparcimientos actividades que distraigan del hábito de comer.

2 .Mecanismos psicológicos: al respecto se puede identificar una variedad de estos aspectos los cuales se mencionan a continuación:

- Hay mecanismos graves de ingesta que configuran verdaderas adicciones, no se puede estar sin comer, se consume compulsivamente, son apetecidos alimentos más densos en calorías y aparecen síntomas de angustia si se abstienen de comer por un lapso normal.
- Por hábito, se entiende el premiar, éxito con la comida; pero, además, se acostumbra a asociar con la idea de comer con un hecho positivo y crea un círculo de reflejo condicionado que favorece el consumo innecesario de alimentos.

- Utilizar la comida como gratificación, esto es normal, puesto que se come porque es necesario para vivir, es lógico que se coma lo agradable y se rechace lo que no lo es, pero resulta pernicioso que se utilice la comida para dar placer o atenuar una angustia, usando el acto de comer como sedante; esto prepara el terreno para comer en exceso ante cualquier dificultad, posteriormente antes de todo riesgo y, finalmente, para comer en exceso permanentemente.

-Gordura como muestra de suficiencia económica en clases progresadas, las amas de casa de familias de bajos salarios suelen ser gordas porque al estar cerca de la comida tienen mayor posibilidad de ingerirla, pero también demuestran así que engordan porque tienen la posibilidad de disponer de comida capaces de engordar y que no les falta para comer.

-Mecanismos de formación reactiva, una persona siente deseos inconscientes de seducir a otra, pero se reprime o le desagrada racionalmente tal tendencia, por lo que elabora una formación reactiva y engorda para producir rechazo de la persona deseada hacia su aspecto personal.

- Respuesta a la segregación dentro de un grupo minoritario, en hogares donde hay abandono, el 26% de los niños son obesos.

-Evasión, una forma de rehuir la realidad ambiental y personal.

- Comer por instancia de señal condicionadas, la campanada o timbre al comenzar un recreo impulsa a comer golosinas con calorías en el quiosco del colegio.

- Personalidades psicósomáticas, son de desarrollo inmaduro, cuando tienen un conflicto no reaccionan actuando, enojándose o buscando soluciones a la situación; en vez de llorar, si sienten deseos de reaccionar coléricamente les sube la presión arterial, ante situaciones límite producen una úlcera gastroduodenal; si sufren estrés, comen. Esto puede agravar cuando las madres sustituyen afecto por comida y sobreprotección; ello fomenta la castración y la pasividad.

-Neuróticos, frente a su sensación interior de malestar buscan en la comida una forma de mitigarla.

-Psicóticos, esquizofrénicos crónicos, oligofrénicos abúlicos, dementes o pacientes con bulimia nerviosa reaccionan con gran ingesta (Braier, 1988).

3.5 Desencadenantes y consecuencias del atracón

Sin duda son muchos los factores que pueden desencadenar una ingesta compulsiva, encontrando los sentimientos desagradables de cualquier tipo; sentirse deprimido es un estímulo particularmente poderoso, otros desencadenantes emocionales pueden ser la ansiedad, la desesperación, la soledad, el aburrimiento, la irritabilidad, y el enfado. Sentirse gordo es un tipo muy especial de estado de ánimo desagradable, común entre la gente que está preocupada por su figura, al igual el aumento de peso, individuos que están preocupados por su silueta reaccionan negativamente ante cualquier incremento de peso y este hecho provoca la ingesta compulsiva.

Sin embargo, otro factor que desencadena un atracón es realizar dietas, autores como Saldaña (2000) describen que seguir dietas esta de moda, en parte debido al rechazo de la obesidad y culto al cuerpo delgado, la proliferación de dietas es dudoso valor para la salud y es un hecho, que están contribuyendo a incrementar el número de personas con trastornos de alimentación.

Además las dietas no funcionan porque la comida y el peso son los síntomas, y no el problema. El hecho de concentrarse en el peso es una forma cómoda y culturalmente reforzada de no prestar atención a las razones por las cuales tantas personas recurren a la comida cuando no tienen hambre. Estas razones son más complejas que la fuerza de voluntad, los recuentos de calorías y el ejercicio, nada de lo cual llegará jamás a resolverlas. Tiene que ver con la falta de cuidado, de confianza, y de amor, con los abusos sexuales y físicos, la cólera no expresada, el dolor, el hecho de haberse sentido objeto de discriminación, con la necesidad de protegerse de nuevas heridas. La gente se arremete a sí misma con la comida porque no sabe que se merece algo mejor, porque la han agredido. No se convierten en adultos desdichados y que abominan de sí mismos porque hayan sufrido traumas, sino porque los han reprimido (Roth, 1991).

También la comida se convierte en amiga, compañera, la comida es amor, comer es la manera de ser amados. La comida era accesible cuando los padres no lo eran. La comida no se levantaba y se iba, como los padres. No decía que no. No pegaba. La comida no se emborrachaba, y estaba siempre

ahí. Tenía buen sabor. La comida estaba caliente cuando se tenía frío, y fría cuando había calor. Así la comida llegó a ser la mejor forma de amor que se conocía. Entonces se empieza a comer compulsivamente por razones que tienen que ver con el tipo y calidad de amor que hay o que nos falta en la vida.

De esta forma una persona se convierte en comedora compulsiva por obra de las heridas recibe del pasado y de las decisiones que en aquella época toma respecto de su propia valía y que son en última instancia, decisiones sobre si mismo o no dignos de amor.

Así mismo, no hay aburrimiento en la vida de las personas que comen compulsivamente. Pueden aborrecerse porque están demasiado gordas, embriagarse con la perspectiva de adelgazar o disponerse a hacerse pedazos porque se han atracado. El caos, la intensidad emocional y el dramatismo son elementos normales en la vida de estas personas. Sufrir es una manera de estar en el mundo. Es así como cuando se come, se representan dentro del sujeto la relación padre-madre-hijo-hija. Si lo que oíamos o creíamos oír de pequeños fue que éramos malos y por tanto nos merecemos lo que pasa, esto se representa comiendo hasta estar tan incómodos que no podemos movernos. Comer en exceso es una manera de dar lo que, en nuestro sentir nos merecemos (Roth, 1991).

Además comer compulsivamente se convierte en un teatro fabuloso, repleto de todos los elementos de la gran tragedia: la cólera, la frustración, el duelo, el sufrimiento, el miedo, la felicidad, la esperanza, el júbilo, el éxtasis. Comer compulsivamente crea un espejismo de entusiasmo y de participación, es una simulación de la vida real. Nunca tiene que hacer nada más que oscilar entre atracones y dietas de hambre, tener cuatro guardarropas de tallas diferentes, y aproximarte cada vez más a tu peso ideal, sin realmente alcanzarlo nunca o por lo menos, sin mantenerlo más de una semana, para tener la vivencia de la vitalidad y la intensidad que la mayoría de las personas identifican con el hecho de estar vivas. Nunca tienen que hacer nada más que absorberse en el ciclo de aumentar y disminuir de peso para sentir que estas participando en algo fascinante (Roth, 1991).

Desde luego las consecuencias de la ingestión compulsiva son de contraste tal que en un breve tiempo después del atracón se pueden tener

sensaciones de alivio y a la vez se hayan desaparecido los sentimientos de hambre y privación donde es desplazada la depresión o ansiedad desencadenantes del atracón. Pero esos efectos positivos son reemplazados por sentimientos de vergüenza, disgusto, culpabilidad y fracasados, aparecen la culpa lo cual propicia que continúen ganando peso, puesto que pierden el autocontrol. Normalmente sienten que han decepcionado a las personas de su alrededor y que se le volverá a considerar dejados, perezosos y sin fuerza de voluntad (Christopher, 1998).

También los comedores compulsivos suelen padecer una amplia gama de secuelas psicológicas, como estados de ánimo negativo e irritabilidad, actitudes defensivas, pérdida de autoestima y confianza en sí mismo e intensos sentimientos de culpa y vergüenza (aunque estos pueden ser encubiertos). Como si todo eso fuera poco, su autoestima a veces sufre un derrumbe adicional debido a los problemas que se le crean en el trabajo, en el hogar y con sus finanzas. Y como el comedor compulsivo parece ser incapaz de controlar estos problemas, a menudo experimenta, como consecuencia, sentimientos de fracaso, impotencia, depresión, y desesperanza. Su situación se convierte en un proceso circular: estos sentimientos le provocan un deseo aun mayor de recurrir a la comida una y otra vez, para escapar del dolor y el sufrimiento (Washton, 1989).

Con lo expuesto anteriormente, cabe aclarar que no se debe confundir un Trastorno de alimentación, con una adicción ya que algunas de sus características se traslapan entre sí. Una adicción es cualquier conducta contraproducente que una persona no puede detener pese a sus consecuencias adversas, el término puede aplicarse con precisión a cualquier conducta que satisface ese criterio.

No es tanto la cantidad ni la frecuencia lo que cuenta, sino cómo afecta la droga, tanto en el mismo momento, como en lo que se refiere al efecto global que tiene en su vida. Básicamente, incurrir en el exceso de una droga o en una actividad constituye una adicción si está causando problemas en su propia vida, pero se sigue haciendo, a pesar de eso.

Otro factor distintivo y clave es para qué se está usando la droga o actividad en cuestión. Se come para mitigar una “tensión” interior, por ejemplo, lo más probable es que no se trate de una mera “costumbre social”.

En síntesis, si uno incurre en algo para cambiar su estado de ánimo porque éste le resulta intolerable, eso lo llevará por el camino de la adicción.

3.6 Características de la adicción.

1. Obsesión.

La conducta adictiva es por lo general apremiante, si se es adicto a algo (a alguien), a menudo no se puede dejar de pensar en ello y de planear la próxima "dosis". Cuando se acerca el momento de llevar a cabo el acto al que se es adicto, es muy probable que se experimente una sensación de ansiedad y excitación que no cederá hasta concretarlo. Y si esa posibilidad se malogra, probablemente se sentirá frustrado y tal vez llegue a sentir pánico. En general, su obsesión le supondrá gran parte de su tiempo, su energía y su atención

2. Consecuencias negativas.

Lo que hace que una adicción sea una adicción es que se vuelve en contra de uno. Al principio se obtiene cierta gratificación aparente, igual que con un hábito. Pero tarde o temprano su conducta empieza a tener consecuencias negativas en la vida, y se sigue manteniendo a pesar de ello. Las conductas adictivas producen placer, alivio y otras compensaciones a corto plazo. Las consecuencias negativas asociadas con las condiciones afectan aspectos diferentes de la vida de una persona, influyendo en los siguientes aspectos:

-Relaciones. Una persona adicta suele quitar tiempo a la relación con su familia y sus amigos para buscar la droga o recuperarse de su uso, lo que da por resultado incumplimiento de proyectos, desinterés sexual, discusiones y un creciente resentimiento. Además se puede confiar cada vez menos en que cumpla sus promesas, por lo que aumenta la desconfianza, creando así una atmósfera en la que ninguna relación puede prosperar.

-Trabajo. La persona que tiene una adicción puede comenzar a restarle tiempo a su trabajo (para buscar la droga o recuperarse de su uso), lo que da lugar a frecuentes llegadas tarde, faltas, menor productividad, deterioro de la calidad del trabajo, tensiones con los compañeros, pérdida de ascenso y a veces incluso pérdida del empleo.

-Finanzas. Destinar dinero a prácticas tales como la droga, las apuestas, el sexo, la comida, o las compras, inevitablemente determina que se tenga menos dinero para otras cosas. Esto hace que los ahorros se agoten y aparezcan cuentas pendientes y las demandas de préstamos.

-Salud física. La búsqueda incontrolada de un elemento alterador del estado de ánimo a menudo lleva descuidar la salud física. Esto, combinado con la creciente tensión, puede fácilmente ocasionar una multitud de síntomas físicos, incluyendo trastornos del apetito, úlceras, hipertensión, insomnio y fatiga, por nombrar sólo algunos. Luego están los efectos físicos de la droga o actividad misma, sea anorexia, bulimia, sobrealimentación, o ejercicio físico incontrolados.

3. Una falta de control.

El rasgo distintivo de la conducta adictiva es que al tratar de controlarla, la voluntad no es suficiente! La sustancia o actividad en cuestión controla al individuo, en lugar de ser éste el que ejerce control sobre su uso. Pero la idea del autocontrol resulta confusa, porque algunas personas adictas son capaces de ejercer cierto grado de control durante períodos variables, lo que no hace sino alimentar la ilusión de que no existe ningún problema. Esto puede ser una negación disfrazada de disciplina o control.

4. Negación.

A medida que los adictos empiezan a acumular problemas en el trabajo y en el hogar como consecuencia de su adicción y su descuido en los problemas que se les crean, inevitablemente comienzan a negar dos cosas:

1. Que la droga o actividad en cuestión constituye un problema que no puede controlar.

2. Que los efectos negativos en sus vidas tengan alguna conexión con el uso de la droga o actividad (Washton, 1989).

3.7 La causa de la adicción esta dentro de uno mismo.

La verdadera causa de la adicción reside dentro de nosotros lo que está presente en todos los casos de adicción es nuestro "mal estar" interior nuestro desasosiego lo que nos hace tan vulnerables a las adicciones, y no las sustancias o actividades mismas. Parte de las circunstancias de tener un "mal-estar" adictivo significa que albergamos ciertas creencias contradictorias

que promueven conflictos interiores, como creer al mismo tiempo que no somos bastante y que deberíamos ser perfectos, o creer que tendríamos que ser capaces de controlar todo, pero sentirnos totalmente impotentes para manejar nuestras vidas. Tener un mal-estar adictivo significa ser incapaz de tolerar la frustración y exigir una gratificación inmediata, carecer de la capacidad necesaria para afrontar las crisis y los procesos de otros o de nosotros mismos.

Hay cinco factores principales (además de la predisposición genética en el caso de algunas dependencias químicas) que ponen a las personas en alto riesgo de recurrir a una droga o actividad para cambiar de estado de ánimo, de obtener de ella un efecto placentero enamorarse:

1. Sistema de creencias adictivo

Este sistema de creencias abarca la noción de que es posible ser perfecto, que el mundo debería ser ilimitado, que nuestra imagen es más importante que quiénes somos en realidad, que no somos bastante y que ciertos factores externos (personas, drogas u otra cosa exterior a nosotros) contienen las soluciones “mágicas” a los problemas de nuestra vida. Estas creencias nos predisponen a ser seducidos por la promesa de una gratificación inmediata (el arreglo rápido) aun cuando nos privan de una gratificación más sustancial y duradera a largo plazo. El modo de pensar adictivo es cada vez más frecuente en nuestra sociedad actual y en nuestras familias.

2. Personalidad adictiva

Ciertos rasgos de personalidad emanan de creencias adictivas y agravan nuestro mal-estar adictivo. Ellos incluye, entre otros, perfeccionismo, insensibilidad emocional, búsqueda de aprobación, hipersensibilidad a las críticas y al rechazo, cólera mal manejada, incapacidad para tolerar frustraciones, sentimientos de impotencia, desmedida necesidad de ejercer el control, pasividad para encarar problemas, desidia con uno mismo, aislamiento y tendencia a vivir autoengañándose.

3. Inadecuada capacidad para enfrentar las cosas

Debido a que vivimos en una sociedad creciente adictiva, y en familias que transmiten falsas creencias, no estamos adquiriendo la adecuada capacidad para afrontar y resolver problemas. Tenemos pocos modelos de rol, por

ejemplo, para aprender a tolerar la ambigüedad y la frustración evaluar opciones, comunicarnos directa y honestamente, cooperar y actuar en forma constructiva. En vez de esto, estamos aprendiendo, tanto de parte de los modelos sociales como los familiares, a recurrir al arreglo rápido, a las soluciones de corto plazo.

4. Necesidades emocionales, sociales y espirituales insatisfechas

Las necesidades crónicamente insatisfechas de aceptación incondicional (según realmente somos y no según nuestra imagen), intimidad, seguridad, significación y propósito, autonomía y juego nos dejan con sentimientos y estados de ánimo crónicamente negativos. Exacerbados por nuestra falta de capacidad para afrontar las cosas, nuestra ineficacia para tolerar la frustración y nuestra creencia en el arreglo rápido, estos sentimientos como la ansiedad, la cólera, la soledad y la depresión, se convierten en los factores desencadenantes que nos llevan a buscar alivio, consuelo o evasión en las adicciones.

5. Falta de respaldo social

Sin un sentido de pertenencia a alguna red de respaldos ya sea la familia, los allegados más próximos, la comunidad u otros grupos, afrontar y resolver problemas puede ser algo abrumador (en especial si se parte de una escasa capacitación a tal efecto) y resultará mucho más atractivo refugiarse en la adicción.

Superficialmente, parece que las personas adoptan conductas adictivas porque las encuentran divertidas y placenteras, al menos al principio. Pero cuando la droga que consume un individuo tiene consecuencias potencialmente negativas y él continúa usándolas a pesar de ello, debemos sacar en conclusión que está obteniendo una gratificación más profunda y oculta de su consumo: un beneficio adicional por el que está dispuesto a arriesgar mucho. Las drogas pueden servir para:

- Alivio para el aislamiento.

En una sociedad donde las personas tienen muchas dificultades para entablar y mantener relaciones estrechas y en la que carece de apoyo comunitario, las drogas y otros elementos alteradores del estado de ánimo proporcionan un gran alivio. Si bien a largo plazo la adicción produce un

aislamiento aún mayor, a corto plazo brinda contacto y a menudo camaradería con otros adictos, o adormece los sentimientos de soledad. Por consiguiente la adicción crea su propio sentido de pertenencia y comunidad, aunque sea destructivo.

- Seudoplacer.

En una sociedad en que los valores del trabajo han invadido en gran medida el ocio (haciendo que éste se oriente al logro de metas, más que a la creatividad y la diversión). Los elementos alteradores del estado de ánimo nos brindan una oportunidad de “dejarnos llevar”, de quedar temporalmente liberados de nuestra autoconciencia y de la presión del tiempo. Nos evitan tener que asumir la escasez de alegría y de auténtico placer que tenemos realmente en nuestra vida.

- Ilusión de control.

En una sociedad tecnológica en la cual las personas sienten que tienen cada vez menos control sobre las condiciones de sus vidas, pero veneran el poder y la “eficacia”, muchos de los elementos alteradores del estado de ánimo estimulan las sensaciones de ejercer control, de ser competentes y poderosos, o bien adormecen los sentimientos de impotencia y desvalimiento. La adicción es una señal que estamos buscando poder en un lugar equivocado.

- Crisis constantes.

Las personas propensas a la adicción no quieren experimentar sus verdaderos sentimientos pero tampoco quieren sentir “la inercia” emocional interior que sobreviene como resultado de reprimir esos sentimientos. Las adicciones les suministran emociones y crisis constantes, con las que suplen la verdadera sensación de estar realmente vivas.

- Predecibilidad.

El ritual de usar la droga y su efecto infalible eliminan las opciones y hacen la vida más simple y predecible, lo que es particularmente atractivo para quienes se sienten incapaces de enfrentarse a las tensiones y responsabilidades cotidianas. En lugar de procurarnos una vida más sencilla y más sana, nos volcamos hacia todo tipo de conductas adictivas.

- Realce de imagen.

En una sociedad que alienta al individuo a proyectar una imagen de sí mismo que sea aceptable para los demás, más que a ser honestos y auténticos, los elementos alteradores del estado de ánimo nos ayudan a sentirnos más aceptables, a encubrir el temor de no ser lo suficientemente buenos o perfectos, o adormecer los dolorosos sentimientos que experimentamos al juzgarnos y evaluarnos a nosotros mismos.

Expuesto lo anterior se esclarece que las adicciones, los trastornos de alimentación y los Trastornos Obsesivos Compulsivos se traslapan con algunos criterios establecidos por el DSM-IV, sin embargo cada uno de estos términos tienen diferencias y por ende pertenecen a un rubro de etiquetas diferentes, por ejemplo las diferencias son en cuanto a la frecuencia que se presenta la compulsión y el tiempo, en un Trastorno Obsesivo Compulsivo la compulsión motora es de 1 hora diaria, en un trastorno de alimentación (atracción) es ingerir en un corto tiempo una cantidad de comida superior a la que comería una persona normal en un periodo similar en circunstancias parecidas, por espacio de 2 días a la semana durante 6 meses consecutivos y en una adicción puede ser todo el día consumir alcohol. También hay otra diferencia en cuanto a la pérdida de control que presentan las personas que comen compulsivamente y los adictos, sin embargo los que presentan Trastornos Obsesivos Compulsivos pueden controlar sus conductas motoras; otra gran diferencia es que las personas que presentan trastornos de alimentación son funcionales en la sociedad y las personas que presentan adicción y trastornos obsesivos compulsivos no son funcionales en los diferentes contextos en donde se desarrollan donde existe semejanza entre los tres es en los elementos cognitivos obsesiones compulsiones, y elementos emocionales afectivos, ya que presentan ansiedad, angustia, duda, inseguridad, tensión, frustración, tristeza, ira, depresión, soledad, aburrimiento, perfeccionismo, insensibilidad emocional, búsqueda de aprobación, hipersensibilidad a las críticas y al rechazo social, desidia consigo mismo y aislamiento.

Sobre este mismo eje también se describen algunos síndromes cuyos síntomas son similares al TOC se traslapan a los trastornos de alimentación como es el trastorno de la imagen corporal y el trastorno dismórfico corporal.

3.8 Trastorno de la imagen corporal

Las personas con trastornos alimentarios desarrollan creencias acerca de la apariencia física y de las implicaciones en sí mismo que influyen en sus pensamientos, emociones y conductas. Estas creencias negativas del cuerpo (sobreestimación de determinadas partes del cuerpo y la preocupación por la figura), el cuerpo ideal y la figura actual se forman durante la primera adolescencia, cuando la identidad y el desarrollo corporal están cambiando rápidamente, provocan una preocupación inicial acerca de la apariencia física, lo que producirá que los comentarios de las otras personas influyan directamente en su autoestima (Gutierrez, 2000).

Se entiende por Imagen corporal a la imagen que tenemos en nuestra mente, sobre el tamaño y forma de nuestro cuerpo y a los sentimientos relativos a estos aspectos del cuerpo y a sus partes constituyentes. En el concepto de imagen corporal se distinguen:

- a) la estimación de su tamaño y forma.
- b) Los sentimientos hacia el cuerpo y sus partes, bien de satisfacción o insatisfacción.

Esta imagen corporal incluye aspectos representados en el Sistema Nervioso Central (SNC), fundamentalmente en el hemisferio derecho (parietal derecho), pero también actitudes, socialmente determinadas, hacia las formas y la talla, que han variado según las modas, además de las creencias, pensamientos, emociones y conflictos relacionados con el cuerpo. (Echeburúa, 1992).

En relación con los problemas de imagen corporal, se sabe que las mujeres obesas están llegando a experimentar niveles de insatisfacción corporal muy superiores al de sus pares delgadas, siendo el deseo de mejorar su apariencia física el motivo principal por el cual se enrolan repetidas veces en el seguimiento de dietas Sarwer, y Foster, 1998 (cit. en Saldaña, 2000). En muestras clínicas y no clínicas se han encontrado que tanto los hombres como las mujeres que se perciben a sí mismos como poco atractivos o con actitudes negativas hacia su cuerpo presentan pobre autoestima, inhibición social y ansiedad social, dificultades sexuales y vulnerabilidad a la depresión. Los obesos con trastorno de imagen corporal presentan comportamientos evitativos tales como baja autoestima,

sobrevaloración perceptual de sus medidas corporales sentimientos autodespreciativos y de rechazo así como estados de ánimo deprimido, el camuflaje de su cuerpo, es decir se tapan con chamarras el cuerpo, o se ponen la ropa suelta u holgada para disimular la gordura, también evitan las situaciones sociales. Además parece que existe algún grado de relación entre el número de dietas y la insatisfacción con la imagen corporal (Saldaña, 2000).

Además se han realizado varios estudios en relación con los trastornos de alimentación y la imagen corporal en el cual refleja la correlación positiva que existe, un ejemplo es el estudio de Alvarez, y cols. (1998) quienes evaluaron la relación entre los trastornos alimentarios y la influencia social del Modelo Estético Corporal y la Insatisfacción con la Imagen Corporal en una muestra de jóvenes mexicanas. Para este estudio se utilizó el Cuestionario de Influencias sobre el Modelo Estético Corporal (C.I.M.E.C.) y el Cuestionario de Imagen Corporal (B.S.Q.). Así, se detectó que existe una correlación positiva entre la insatisfacción y la imagen corporal y con la presencia de la sintomatología de trastornos alimentarios, así como de éste con la influencia social del modelo estético corporal.

Respecto a la influencia con la imagen corporal, se observó que el grupo con sintomatología de trastorno alimentario mostró una puntuación significativamente mayor al grupo control, lo mismo se observó respecto a la influencia social del modelo estético corporal, donde nuevamente aquél obtuvo un puntaje significativamente mayor respecto al grupo control. Concluyendo así que los trastornos de la imagen corporal son determinantes para un trastorno alimentario, ya que el instrumento aplicado reportó un porcentaje más alto en la muestra con trastorno alimentario.

Otro estudio fue realizado por Gutierrez, (2000) donde se evaluó la relación entre la sintomatología de los trastornos alimentarios y dos variables: la influencia del modelo estético y la insatisfacción con la imagen corporal. Participaron 1000 mujeres con un rango de edad de 15 a 29 años, pertenecientes a instituciones educativas estatales y privadas, a quienes le aplicaron los cuestionarios de BULIT (Tests de bulimia Nerviosa). E.A.T (Tests de Actividades Alimentaría) C.I.M.E.C. (cuestionario de influencias de Modelo Estético Corporal) B.S.Q. (Cuestionario de Imagen Corporal). Los

resultados fueron que las jóvenes de institución educativa privada presentaron significativamente mayor insatisfacción con su imagen corporal, miedo a engordar, sentimientos de baja autoestima a causa de la apariencia y el deseo de perder peso. también mostraron mayor susceptibilidad para la asimilación del modelo estético social (delgadas) especialmente por medio de la publicidad, de los mensajes verbales así como de los modelos y situaciones sociales. Es decir actualmente existe una gran preocupación por la imagen corporal creada por los medios masivos de comunicación influenciada también por las criticas recibidas de los familiares, amigos y diferentes personas, en cuanto al cuerpo con sobrepeso, este hecho esta impregnado en la personalidad de la mujer mexicana más que en el barón lo que trae como consecuencia el surgimiento de los trastornos dismórfico corporal, baja autoestima y rechazo a su cuerpo.

3.9 Trastorno dismórfico corporal

Al trastorno dismórfico corporal (TDA), Monselli 1891 (cit. en Phillips, 2001) lo define como la preocupación por la existencia de un defecto imaginado o leve en el aspecto, este autor fue uno de los primeros psicopatólogos que consideró que el (TDC) estaba relacionado con el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), tras observar la naturaleza obsesiva de la “idea de deformidad” y las conductas compulsivas de comprobación, por ejemplo, que acompañaba a la preocupación obsesiva.

En la actualidad el TDC se define como la preocupación por un defecto imaginario o leve en el aspecto corporal que provoca un sufrimiento clínicamente significativo a un deterioro del funcionamiento. Además no debe estar justificado por otro trastorno psiquiátrico, como la anorexia nerviosa (Phillips 2001).

También Janet 1903, (cit. en Phillips, 2001)) clasifico al TDC. dentro de un grupo de síndromes relacionados con el TOC, haciendo referencia al TDC como una obsesión (vergüenza obsesiva por la imagen corporal). Este autor reflejo la morbilidad provocada por este trastorno en su descripción de una mujer de 27 años preocupada porque nadie la amaría debido a que se consideraba fea y ridícula, y que se confinó durante 5 años en un pequeño apartamento que abandonaba en raras ocasiones.

De esta forma los individuos con un TDC están preocupados por la idea de que una parte de su aspecto corporal resulta poco atractiva, está deformada o no está bien en algún sentido. Estas preocupaciones suelen referirse a la cara y a la cabeza, aunque cualquier región puede ser el foco de preocupación. Las zonas que suelen gustar menos son la piel, el cabello y la nariz, por ejemplo acné, cicatrices, arrugas, manchas o piel pálida, pérdida de cabello o nariz grande o encorvada. Muchas personas con TDC muestran alguna preocupación sobre la asimetría corporal. La “dismorfia corporal” es un tipo de TDC en el que los afectados (generalmente hombres) creen que su condición corporal es pequeña y débil, cuando en realidad es típico que sean grandes y musculosos (Phillips, 2001). Otra variante del TDC, consiste en una obsesión referida supuestos defectos en el aspecto de otra persona. Esta forma de TDC, puede conllevar la insistencia de que la otra persona busque tratamiento quirúrgico o dermatológico para corregir el problema percibido.

Sin embargo los criterios diagnósticos del TDC no se incluyen las conductas compulsivas, más del 90% de los pacientes de una serie realizaban una o más conductas repetitivas y que a menudo consumían tiempo. La intención habitual de dichos comportamientos consisten en examinar, mejorar o esconder el defecto percibido, por ejemplo excesiva comprobación en el espejo, acicalamiento, afeitado, peinado o lavado exagerados, comparación con otras personas, búsqueda de tranquilización o intento de convencer a otros de la fealdad del defecto, rascado cutáneo o liftings en el caso de la dismorfía muscular. Algunos individuos con TDC se cortan el pelo de forma compulsiva, tratando de que el corte sea uniforme y perfecto, lo cual les lleva a dejarse poco pelo o a llevar turbantes o pelucas, que también cortan. Otros pacientes con TDC buscan de forma repetida tratamientos dermatológicos o quirúrgicos. Además la mayoría camuflan la deformidad percibida con el cabello, la ropa, el maquillaje o la posición corporal, como ocurre cuando llevan seis capas de camisetas para remarcar un cuerpo supuestamente pequeño, o hacen sobresalir constantemente una mandíbula con aspecto de hamburguesa. Es decir no existe límites para las técnicas que utilizan los pacientes para intentar aliviar su sufrimiento, así mismo las consecuencias de los individuos con (TDC) muestran un deterioro grave como consecuencia de sus síntomas, de forma que realizan mal su

trabajo o los deberes escolares, abandonan la escuela, dejan su empleo o progresan en su incapacidad (Phillips, 2001).

Lo anterior abre una brecha al conocimiento de lo que perciben las personas con respecto a su imagen corporal y sus pensamientos irracionales sobre algunos aspectos de su cuerpo, es decir existe en la actualidad una exagerada preocupación por la figura corporal, producto de un constructor social influenciado por el capitalismo, mercadotecnia, industrialización y medios masivos de comunicación, las personas observan los estereotipos que van marcando el deber ser, mostrando una figura esbelta y perfecta, lo que trae como consecuencia un desequilibrio orgánico y emocional, en aquellos que no cubren sus ideales en su imagen corporal y por ende trae consigo frustración y una lucha constante de perfección.

CAPITULO 4

METODOLOGÍA

El objetivo de la presente investigación fue identificar dónde, cuándo y cómo se presenta un atracón y qué significado tiene éste para las personas con trastornos de alimentación y obesidad, se recurre a la metodología cualitativa, en específico al método de la historia de vida que permitió ver la realidad social vivida por el individuo esto es importante debido a que la persona concentra en si cada grupo social al que ha pertenecido, mitos, costumbres y valores, por tanto conociendo a éste se conoce la cultura donde se desarrolla.

Objetivos particulares:

- Identificar en qué etapa de su desarrollo se originó el atracón concluyendo en la obesidad.
- Identificar cuáles fueron las alternativas, métodos y tratamientos que utilizaron para bajar de peso antes de llegar al grupo comedores compulsivos y cuales fueron las consecuencias de dichos procesos.
- Identificar que tipo de ingesta presentan las personas que asisten al grupo comedores compulsivos.
- Identificar cuáles son los sentimientos, pensamientos y conductas que presentan las mujeres con trastornos de alimentación antes, durante y después de un atracón.

Participantes

Participaron 8 personas de género femenino, que presentan trastornos de alimentación con atracón (TAC), tienen entre 22 y 62 años de edad, las cuales a su vez se seleccionaron en el grupo de comedores compulsivos anónimos.

Entrada al campo:

Se habló por teléfono para contactar una cita con la coordinadora del grupo, a quien se le habló sobre el proyecto, y se le invitó a participar en éste. Se solicitó su autorización para entrevistar a ocho personas del grupo, le mostré una carta la cual fue extendida por la escuela FES Iztacala para confirmar lo dicho. Se estableció que la información recabada sería anónima y muy útil para la investigación. Se autorizó la inserción al grupo, y la coordinadora aceptó participar en la investigación, por medio de ella se utilizó la técnica de la bola de nieve, la cual consiste en conocer algún informante y lograr que éste nos presente a otros informantes que quieran colaborar en la investigación.

Posteriormente al conocer a las demás informantes me presente y les hable del proyecto, pidiendo su consentimiento y su colaboración para la realización de las entrevistas que se llevarían a cabo cuando pudieran en el horario que cada una de ellas asignara.

Técnicas:

Se realizaron entrevistas en profundidad, ésta consiste en encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones y éstas las expresaran con sus propias palabras. Las entrevistas a profundidad siguen el modelo de una conversación entre iguales y no de un intercambio formal de preguntas, de manera que es flexible, ya que el eje de la entrevista puede dirigirse hacia otro tipo de pregunta para ahondar más sobre el tema que se esta tratando.

Es importante destacar que al indagar la historia de vida de una persona, ésta presentará la visión de su vida que tiene en sus propias palabras en gran medida como una autobiografía, además la historia de vida nos permitirá conocer íntimamente a las persona, ver el mundo a través de sus ojos e introducirnos vicariamente en sus experiencias y conocer el significado que tuvo en su proceso de su vida.

Procedimiento:

Antes de iniciar la entrevista se realizó el report, posteriormente se empezó la entrevista tomando en cuenta un eje de la misma. Al concluir la primera entrevista a cada persona se ahondó más del tema en una segunda entrevista.

CAPITULO 5

RESULTADOS

La descripción de los resultados obtenidos fue gracias a la participación de 8 mujeres que compartieron su historia de vida, y el significado que tiene cada una de ellas, en cuanto a su proceso de vida antes, durante y después de llegar a una agrupación de comedores compulsivos, los datos obtenidos permiten esclarecer que acontecimientos vivieron para que presentaran trastornos de alimentación con atracón, por lo tanto la investigación es cualitativa y los resultados obtenidos se presentan en una escala ordinaria para describir la visión de sus historias de vida de cada participante; a continuación se hace una pequeña descripción de cada persona y por anonimato se presentara una inicial de su nombre.

La Sra. R. de 60 años de edad, maestra jubilada hace 4 años, se dedica a su recuperación y a un servicio en comedores compulsivos, es viuda, aunque no practica su religión se considera católica.

La Sra. E. de 47 años de edad, casada tiene tres hijos, actualmente trabaja como empleada Federal y ama de casa, no practica a ninguna religión es creyente.

La Sra. C. de 42 años de edad, casada, tiene dos jóvenes de 18 y 17 años de edad, actualmente se dedica al hogar y es católica.

La Sra. V. de 33 años de edad, practica la religión católica, casada, tiene una hija, ama de casa, actualmente se dedica a poner uñas de gel y acrílico.

La Srta. Y. de 35 años de edad, bióloga, actualmente ejerce su profesión en evaluación de proyectos y capacitación en el campo, soltera, vive con su familia y practica la religión católica.

La Srta. A. de 25 años de edad, pasante de la carrera administración de empresas turísticas, no ejerce su profesión, actualmente vive con su familia, soltera, no pertenece a ninguna religión.

La Srta. M. de 27 años de edad, pasante de la carrera de periodismo y comunicación, trabaja como agente de viajes, práctica la religión católica.

La Srta. X. de 28 años de edad, estilista trabaja en una estética, soltera, práctica la religión católica y vive con su familia.

A continuación se presenta los resultados obtenidos de las 8 participantes, con una descripción de los ítems considerados para esclarecer su significado en cuanto a su sobrepeso y la relación que se tiene con la manera de comer compulsivamente en su vida de las participantes.

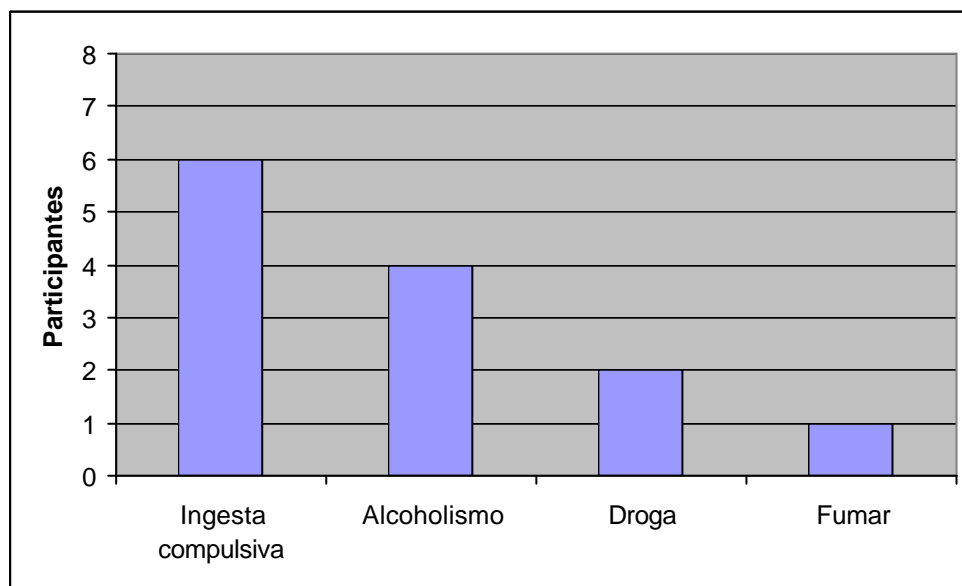


Figura 1. Adicción en la familia

Se identifica adicción en la familia de origen, obteniendo el primer lugar la ingesta compulsiva de alimentos, ya que de 8 participantes 6 de ellas provienen de un contexto familiar en donde ingieren grandes cantidades de comida como es el caso de la Sra. C. E. y R. la Srta. X. Y. y M. También en la familia se hace presente el alcoholismo 4 de ellas provienen de familias donde se ingiere alcohol es el caso de la Srta. Y. M. X. y la Sra. E. Sólo 2 familias se presenta la

drogadicción es el caso de la Srta. X. y la Sra. E. y sólo en 1 el hábito de fumar, como es el caso de la Sra. R.

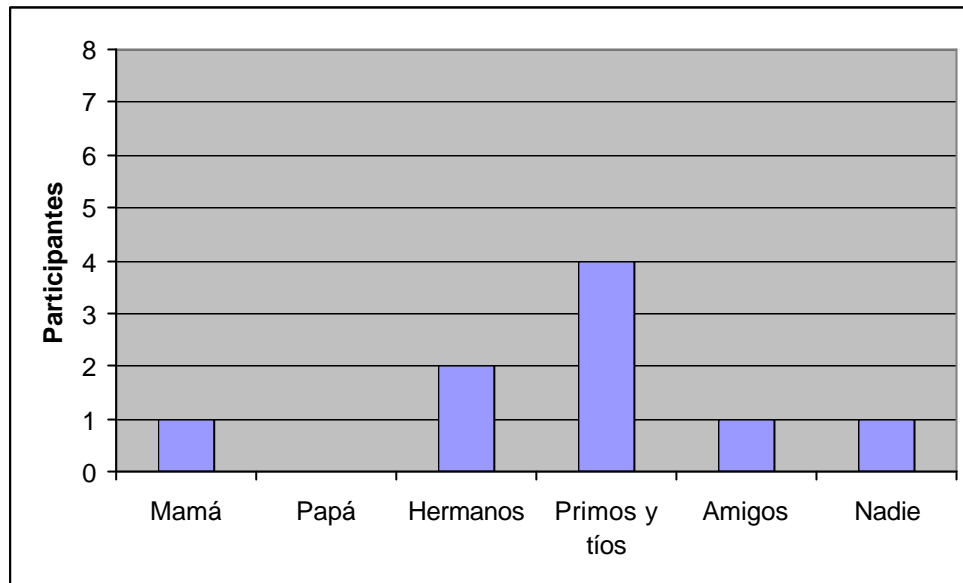


Figura 2. Muestra la interacción en la familia

Se identifica mayor interacción en la infancia de las participantes con los miembros de la familia, obteniendo en primer lugar la relación con primos y tíos, ya que de 8 participantes 4 de ellas se relacionaban más con tíos y primos es el caso de la Sra. C. V. La Srta. M. y Y. también se relacionaban con los hermanos sólo 2 participantes es el caso de la Srta. A y la Sra. E. Sólo 1 se relacionaba con mamá es el caso de la Srta. X. sólo una de ellas se relacionaba con amigos Srta. Y. y una participante no se relacionaba con nadie en su niñez la Sra. R.

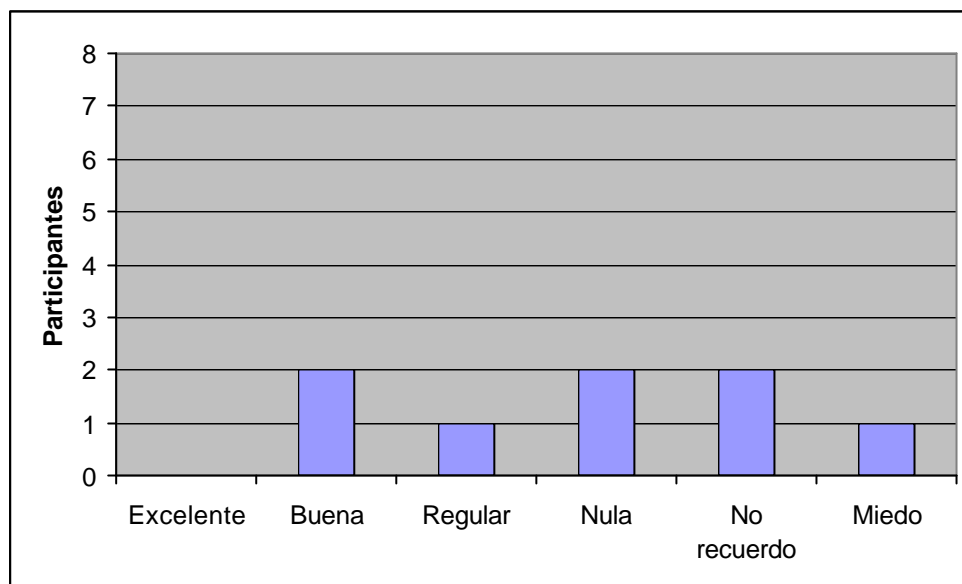


Figura 3. Muestra la relación con papá

Se identifica una interacción desfavorable en cuanto a la relación padre-hija, ya que de 8 participantes 5 opinaron tener recuerdos desfavorables, 2 participantes reportan tener recuerdos nulos como es el caso de la Sra. V. Y la Srta. A. puesto que el padre estaba ausente en casa también no recuerdan su relación la Srta. X y Y. y sólo 1 participante reporta tenerle miedo a su padre, la Srta. M. Sin embargo, 2 participantes si tienen recuerdos buenos como es el caso de la Sra. C. y E. y sólo 1 de las participantes recuerda tener una regular relación con su padre es el caso de la Sra. R. Es decir la mayoría de participantes tienen recuerdos desfavorable en la interacción padre-hija.

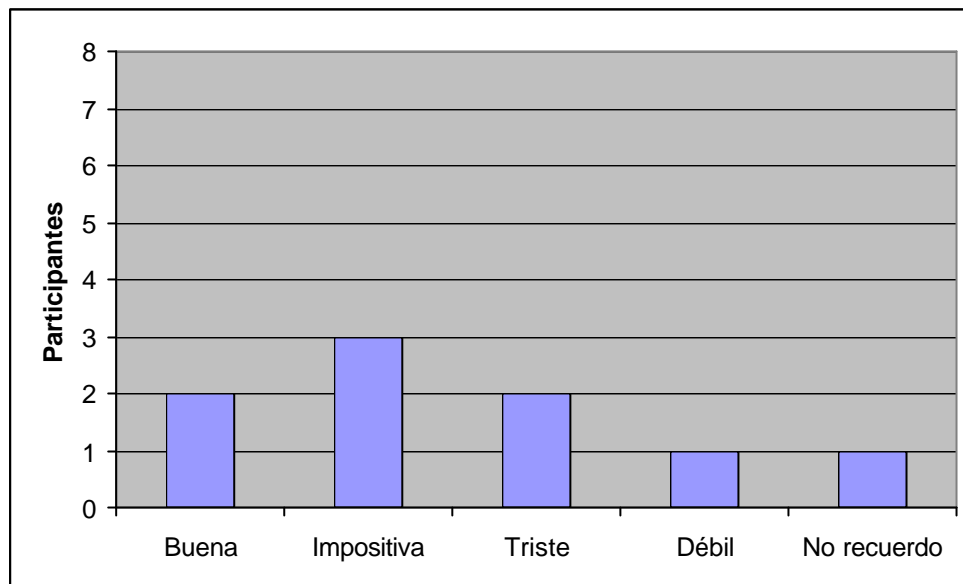


Figura 4. Muestra la relación con mamá

Se identifica una relación desfavorable en la relación mamá-hija, obteniendo en primer lugar una relación impositiva, ya que de 8 participantes 3 de ellas reportaron recuerdos en donde su madre era impositiva con ellas,- es el caso de la Srta. Y. X y la Sra. E. también 2 de ellas tenían una relación triste con su mamá, la Sra. V. y E. sólo una participante reporta tener una relación débil con mamá, la Srta. M. y por último la Sra. C. no recuerda a su madre porque murió cuando era muy chica de edad. Sin embargo, 2 participantes tienen buena relación con mamá como es el caso de la Sra. E. y R. Es importante esclarecer que la Sra. E. presenta dualidad de sus sentimientos en cuanto a la relación con mamá ya que la recuerda con tristeza y que fue impositiva, por una parte, trabajadora, la considera que fue buena.

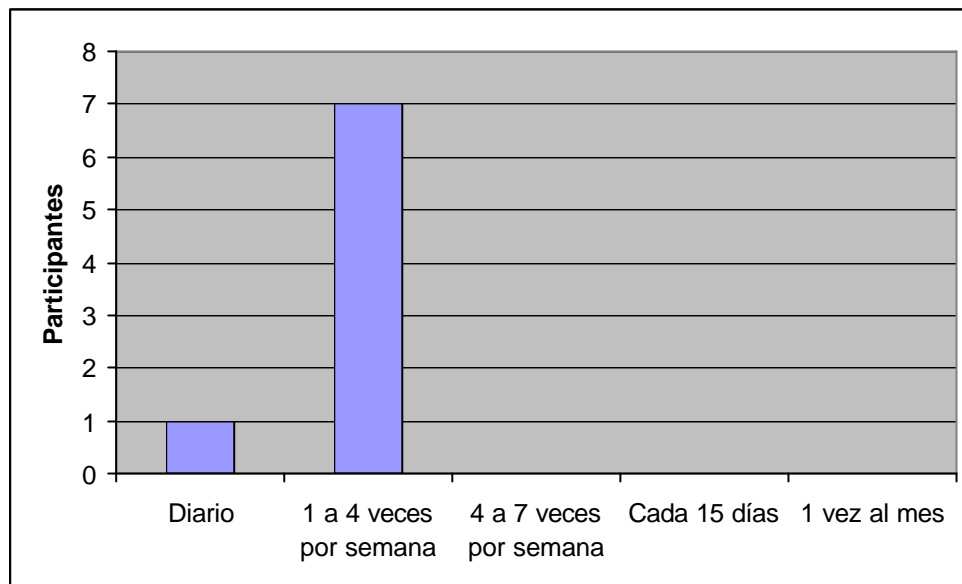


Figura 5. Muestra los días de reunión familiar para comer

Se identifica la convivencia familiar con la comida, obteniendo en primer lugar de 1 a 4 días por semana ya que de 8 participantes 7 de ellas mencionaron que los fines de semana, generalmente los domingos, se reúnen todos los miembros de la familia para comer, en donde hay convivencia, plática y rituales Sra. C. R. E. y V. y la Srta. M. A. y X. y sólo la Srta. Y reporta que en su familia todos los días estaban todos los miembros para comer en la casa.

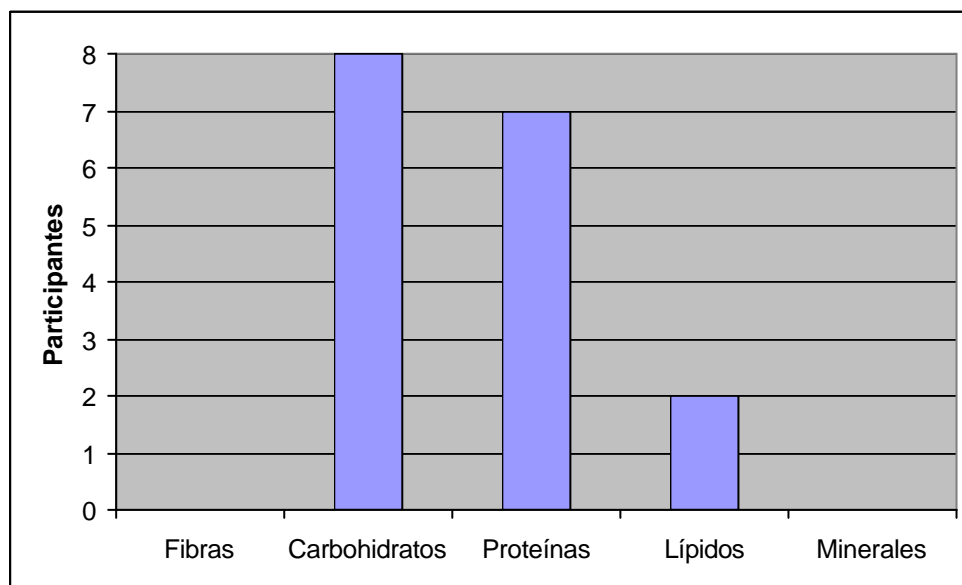


Figura 6. Muestra los platillos favoritos

Se identifica los tipos de platillos favoritos de las participantes, obteniendo en primer lugar los carbohidratos y proteínas ya que las 8 participantes opinaron que sus platillos favoritos son los carbohidratos, como son pan dulce, galletas, pay de queso, pasteles, flanes, chocolates, todo lo azucarado y garnachas como lo son las gorditas, y sopes. También 7 participantes opinaron que les gustaban las proteínas como lo son carne en chile, carne empanizada, tostadas de pata y tinga, arroz, huevo con chile, pescado, mole de olla, barbacoa, cola de res, chiles rellenos, enchiladas con pollo, y sólo 2 opinaron que además les gusta los lípidos como es el grupo de crema, queso, mantequilla, aceite que fue el caso de la Sra. R y Srta. A.

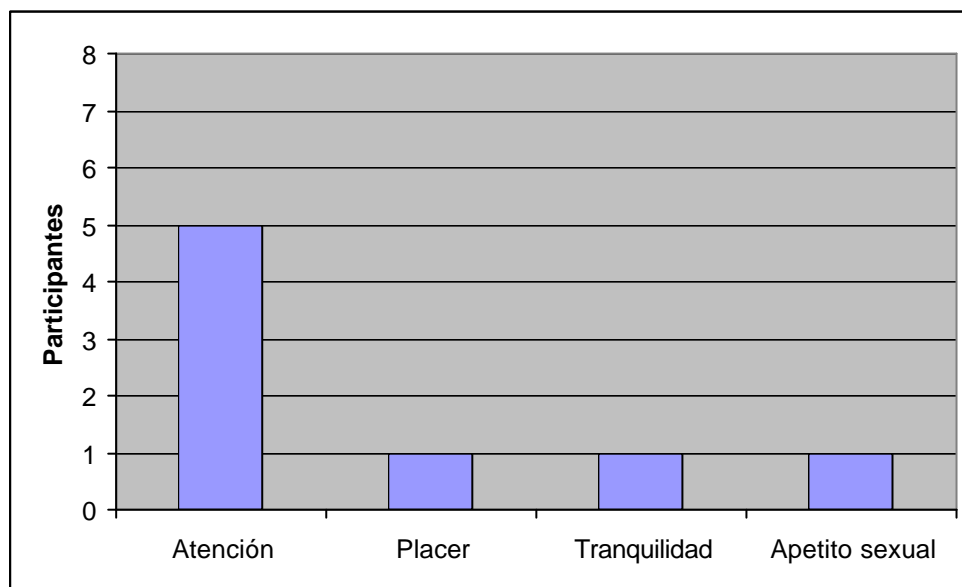


Figura 7. Muestra el significado que tiene la comida

Se identifica que la comida tiene un significado para cada una de las participantes, obteniendo en primer lugar la atención ya que de 8 participantes, 5 de ellas mencionaron que cuando comen su comida preferida evocan situaciones de convivencia familiar en donde ellas se sentían atendidas por su madre y tía, como es el caso de la Sra. V. E. C. R. y la Srta. X. Sin embargo, 1 participante comparte el significado de placer que la comida le proporciona, es el caso de la Srta. Y. También 1 participante mencionó que la comida le da tranquilidad la Srta. A. y por último la Srta. M. reporto que la comida le proporciona apetito sexual.

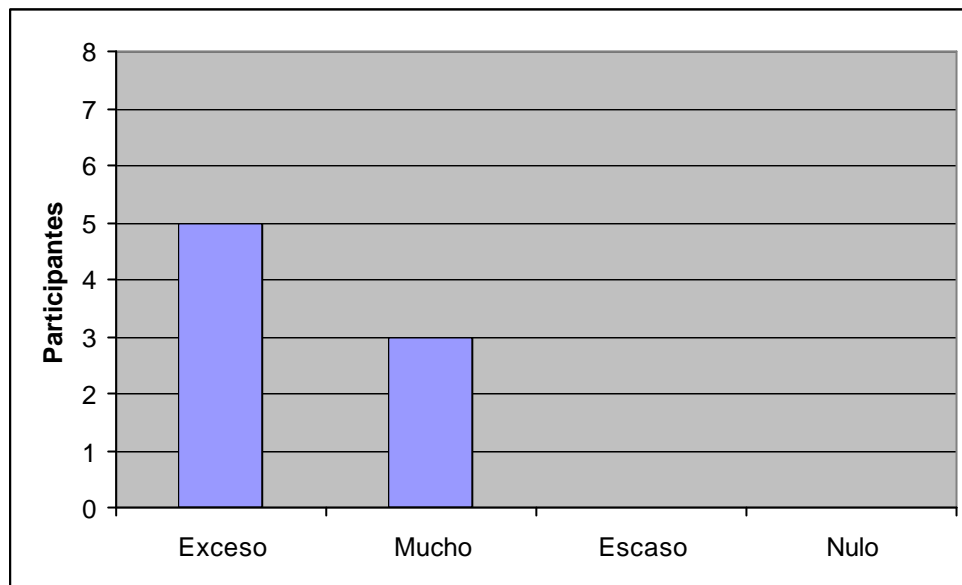


Figura 8. Muestra la influencia que tuvo la familia en la personalidad de las participantes

Se identifica que la familia de origen tuvo mucha influencia en la personalidad de las participantes, ya que de 8 participantes 5 de ellas mencionaron que su familia si influyo en exceso en su personalidad, la Sra. C. R. y la Srta. Y. M. y X. sólo 3 opinaron que si influyo mucho su familia en su persona como es el caso de la Sra. E. V. y la Srta. A.

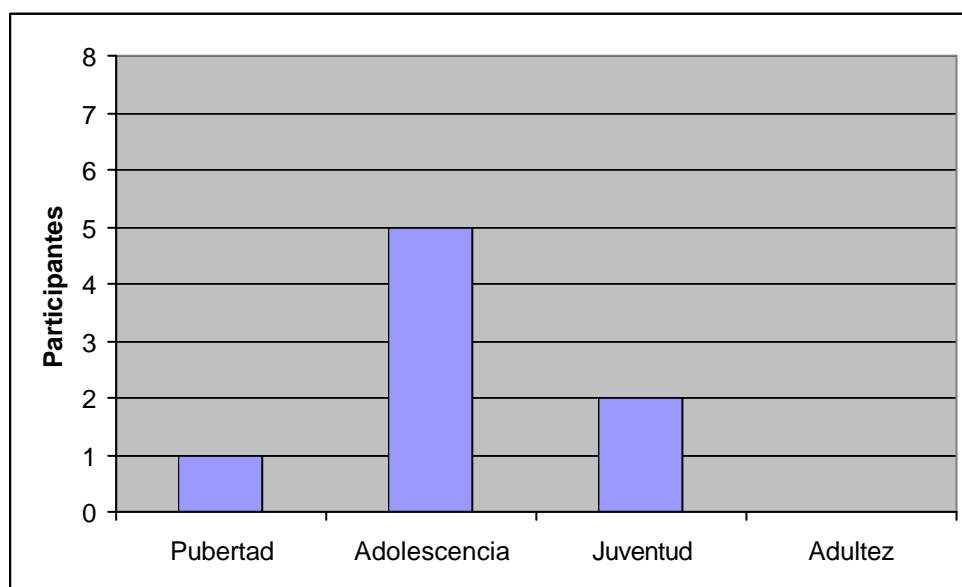


Figura 9. Muestra la etapa donde pierden el control de la ingesta de alimentos

Se identifica que no hay un control en cuanto a la ingesta de alimentos que consumen las participantes, obteniendo en primer lugar la etapa de adolescencia cuando se hace más presente el atracón, ya que de las 8 participantes 5 de ellas perdieron el control de los alimentos en el desarrollo de la adolescencia, la Sra. V. R. A y la Srta. M. y X. Sin embargo, 2 de ellas pierden el control de los alimentos en su juventud como fu el caso dela Sra. Y. y E. y sólo 1 de las participantes perdió el control de los alimentos en su pubertad que es el caso de la Sra. C.

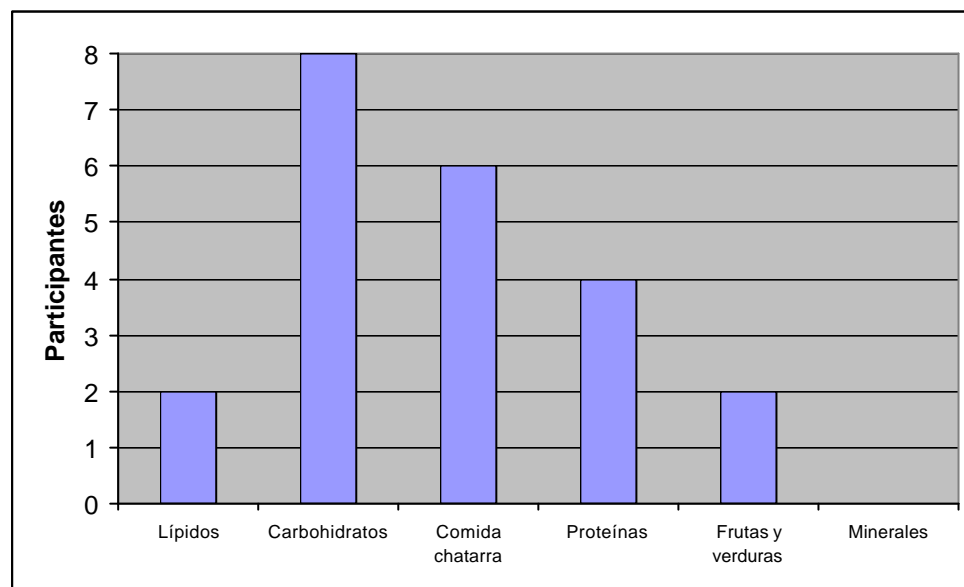


Figura 10. Muestra lo que se consume en un atracón

Se identifica que en un atracón las participantes ingieren grandes cantidades de comida, obteniendo en primer lugar los carbohidratos y la comida chatarra, ya que las 8 participantes todas ingieren carbohidratos en un atracón, pastel, chocolate, galletas, pan dulce, tamales. También 6 de ellas comen comida chatarra en un atracón como es el caso de la Sra. V. E. C. R. y la Sra. Y. A. Sin embargo, 4 de ellas comen proteínas en un atracón, la Sra. V. y E y la Srta. A. Y. Sólo 2 de ellas hacen referencia a que les gustan los lípidos como son la grasa animal, la mantequilla, crema, aceite, mayonesa en su comida es el caso de la Sra. R. y la Srta. A. y por último 2 participantes en un atracón comen fruta es el caso de la Srta. M y X.

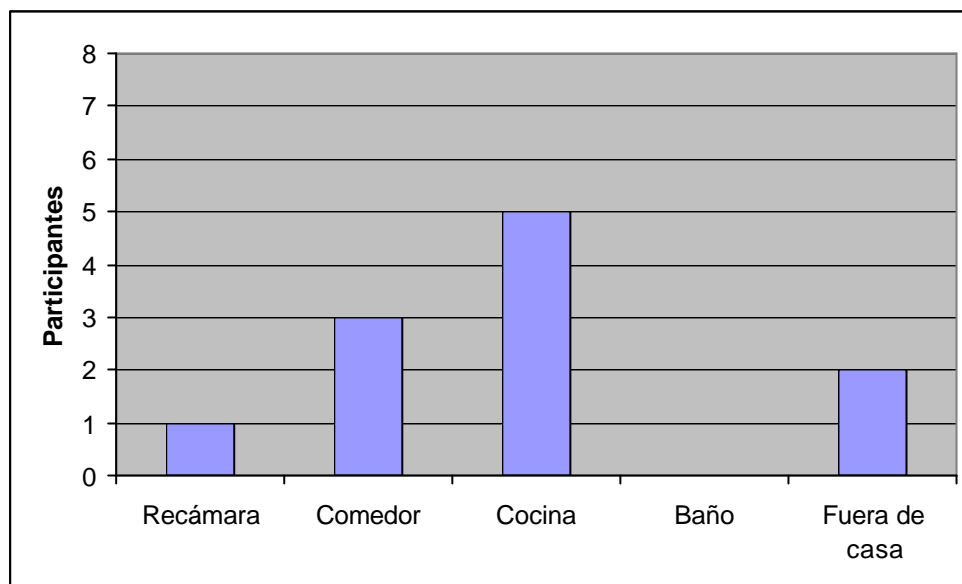


Figura 11. Muestra el lugar donde sucede el atracón

Se identifica que el lugar donde surge el atracón es en la casa, obteniendo en primer lugar la cocina, ya que de 8 participantes 5 de ellas comen en la cocina, la Sra. C. V. y las Srta. Y. A. y X. También 3 de ellas comen compulsivamente en el comedor, es el caso de la Sra. R. y E. y la Srta. M. sólo 2 comen en exceso fuera de casa como son en los restaurantes y hoteles, es el caso de la Srta. M. y la Sra. R. y por último 1 come compulsivamente en la recámara es el caso de la Sra. R. y ninguna de las 8 participantes come en el baño.

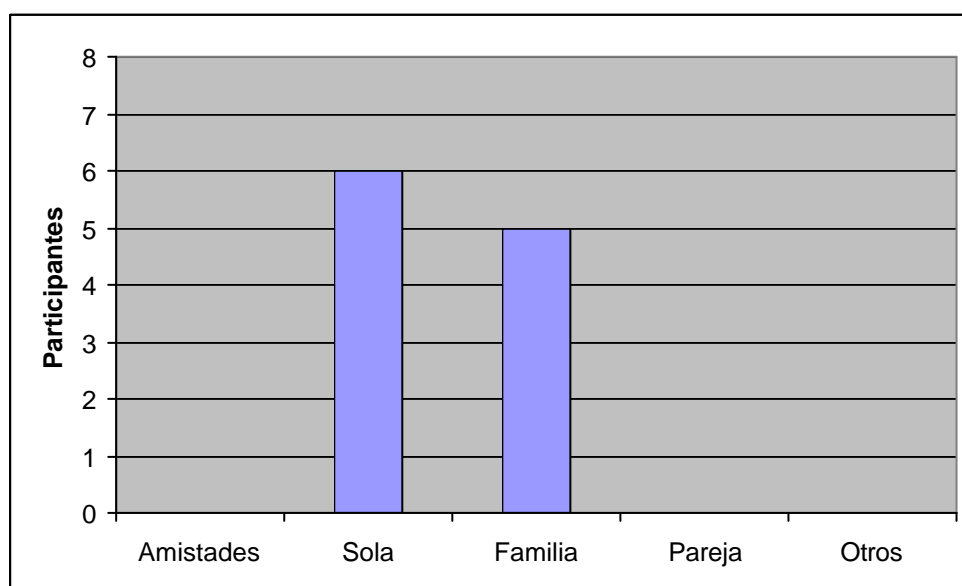


Figura 12. Muestra con que personas están cuando sucede un atracón

Se identifica que surge la compulsión por la comida en las participantes generalmente están a solas, ya que de 8 participantes 6 de ellas están solas cuando comen compulsivamente es el caso de la Sra. C. V. y R. y la Srta. Y. X. y M. y sólo 5 ingieren grandes cantidades de comida cuando están en una convivencia familiar es el caso de la Srta. X. A. y M y la Sra. V. y E. Es importante mencionar que el atracón no sucede en compañía de amistades, y pareja.

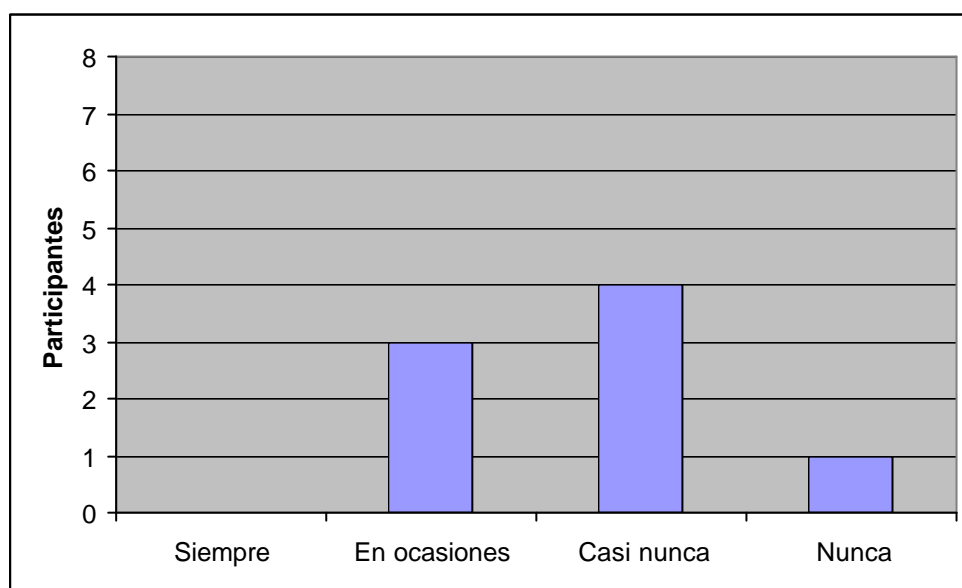


Figura 13. Muestra si realmente hay hambre cuando sucede el atracón

Se identifica que cuando surge el atracón en las participantes realmente no tienen hambre, ya que de 8 participante 4 de ellas casi nunca presentan hambre generalmente es por calmar la ansiedad, coraje, dolor, tristeza, por sentirse deprimidas, la Sra. C. E. R. y la Srta. X. y sólo 3 participantes en ocasiones presentan hambre como es el caso de la Srta. Y. M. y la Sra. V. y sólo 1 nunca presenta hambre cuando come compulsivamente es el caso de la Srta. A.

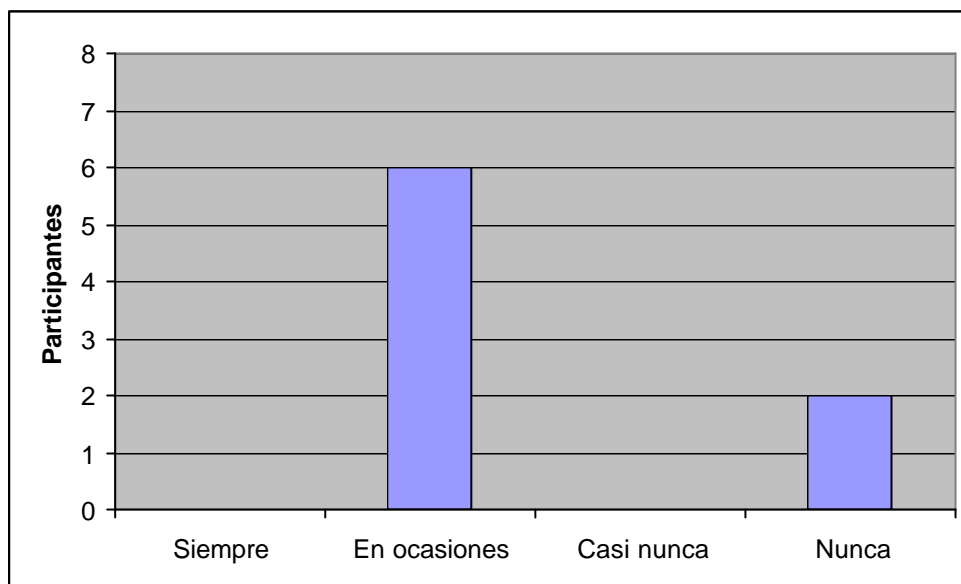


Figura 14. Muestra si hay control cuando surge un atracón

Se identifica que cuando surge el atracón si se puede detener, ya que de 8 participantes 6 de ellas pueden controlar el atracón, cuando tienen disposición y ponen en práctica las herramientas del grupo de comedores compulsivos que han aprendido como lo es hablar por teléfono, amadrinarse, escribir sus emociones, leer literatura, visualizar todo lo que se van a comer, comer despacio. Tal es el caso de la Sra. C. V. R y la Srta. Y. M. y X. 2 participantes opinan que nunca pueden controlar un atracón, es el caso de la Srta. A. y la Sra. E. ninguna de las 8 participantes manifestó siempre o casi nunca detener un atracón.

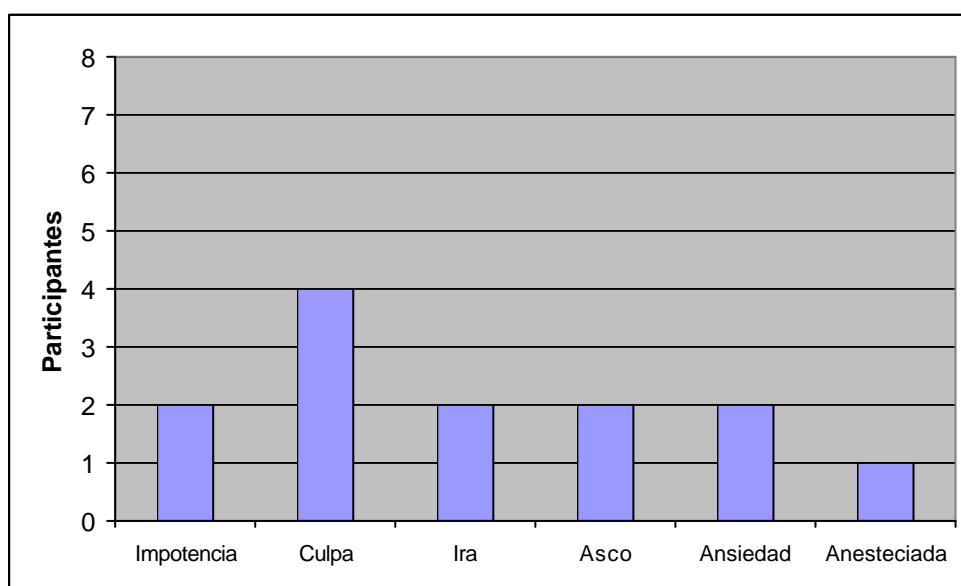


Figura 15. Muestra los tipos de sentimientos que surgen cuando comen compulsivamente

Se identifica una serie de pensamientos destructivos en su persona cuando comen compulsivamente, obteniendo en primer lugar la culpa, ya que de 8 participantes 4 de ellas sienten culpa cuando comen compulsivamente, es el caso de la Sra. C. y V y la Srta. X y A. sólo 2 de ellas sienten impotencia es el caso de la Srta. M. y R. 2 participantes cuando comen compulsivamente sienten ira la Srta. X. y E. 2 de ellas sienten ansiedad la Srta. A y la Sra. R. y por último sólo una persona se siente anestesiada cuando come compulsivamente es el caso Y.

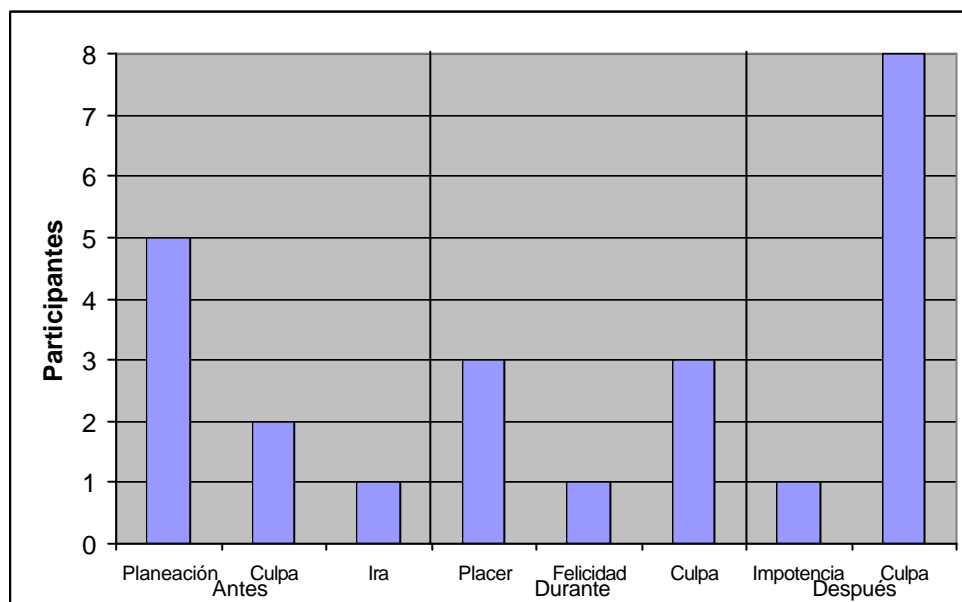


Figura 16. Muestra los pensamientos que surgen antes, durante y después del atracón

Se identifica una serie de pensamientos dañinos en las participantes cuando comen compulsivamente, 5 de ellas tienen pensamientos de planeación antes de un atracón la Srta. Y. X. y M. y la Sra. E. R. sólo 2 presentaron tener culpa la Sra. C y la Srta. A. y 1 participante presentó tener ira antes de un atracón la Sra. V. Durante el atracón 3 participantes presentan placer la Srta. X. M y la Sra. R. 1 reportaron tener felicidad la Sra. E y por último 3 personas reportaron tener culpa es el caso de la Sra. C. y la Srta. A. y Y. Después del atracón las 8

participantes reportan tener culpa y sólo una de ellas impotencia es el caso de la Sra. R.

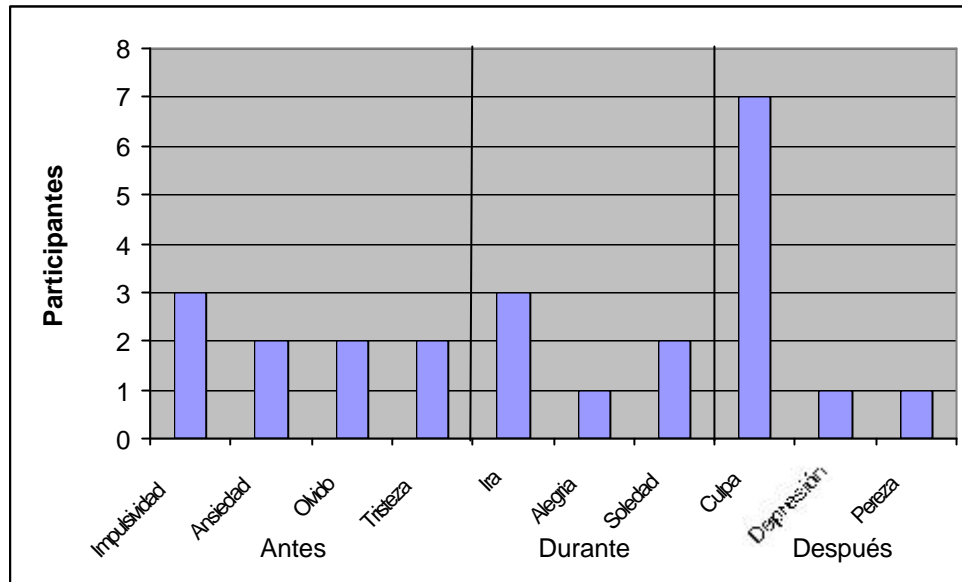


Figura 17. Muestra las emociones que tienen antes, durante y después del atracón

Se identifica una serie de emociones en las participantes antes, durante y después de un atracón, obteniendo en primer lugar antes de un atracón la impulsividad, 3 participantes presentan emociones impulsivas, la Srta. Y. X. y M. Sin embargo, 2 presentan emociones de ansiedad Srta. Y. y A. y sólo 2 de ellas reportaron emociones de olvido, la Sra. R. y la Srta. M. y por último 2 participantes reportan tener emociones de tristeza antes del atracón la Srta. X. y la Sra. V. Asimismo durante el atracón tienen emociones de ira, alegría y soledad, ya que de 8 participantes 3 de ellas reportan tener ira durante el atracón, la Srta. X. y la Sra. V. y C. y sólo 1 reporta tener alegría la Srta. E. y por último 2 personas reportan sentir soledad la Sra. C. y R. Después del atracón se presentan un puntaje significativo en cuanto a la emoción de culpa ya que de 8 participantes 7 de ellas mencionaron sentir culpa, y sólo 1 reporto tener pereza después del atracón es el caso de la Sra. V.

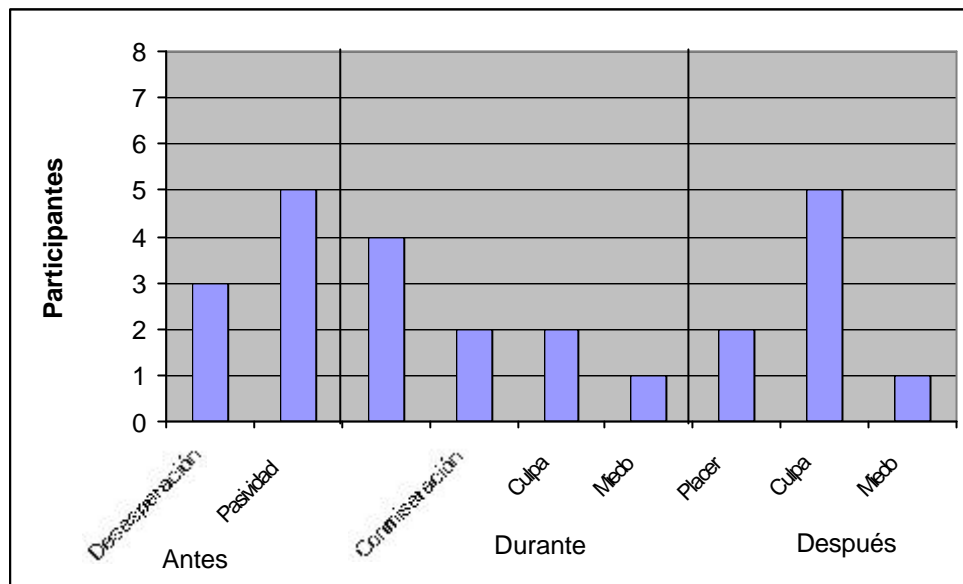


Figura 18. Muestra los tipos de conducta que presentan antes, durante y después del atracón

Se identifica una serie de conductas que presentan las participantes cuando comen compulsivamente antes, durante y después del atracón, obteniendo en primer lugar la pasividad antes de un atracón, ya que de 8 participantes 5 de ellas la reportaron, la Srta. X. Y. y la Sra. V. R. E. y sólo 3 de las participantes mencionaron tener desesperación antes del atracón la Srta. X. Y y M. Durante el atracón 4 participantes reportaron tener ira, la Srta. X. M. Sra. C. E. y sólo 2 de ellas reportan tener conmiseración la Srta. A. y la Sra. E. también 2 personas reportan tener culpa la Sra. C. y Srta. A. y 1 reporta tener miedo la Srta. M. Después de un atracón se presenta la culpa ya que de 8 participantes 5 reportan sentirla la Sra. C. V. y la Srta. Y. A. y M. y 2 de ellas reportan tener placer la Srta. Y. y la Sra. R. y por último 1 de ellas reporta tener miedo la Srta. M.

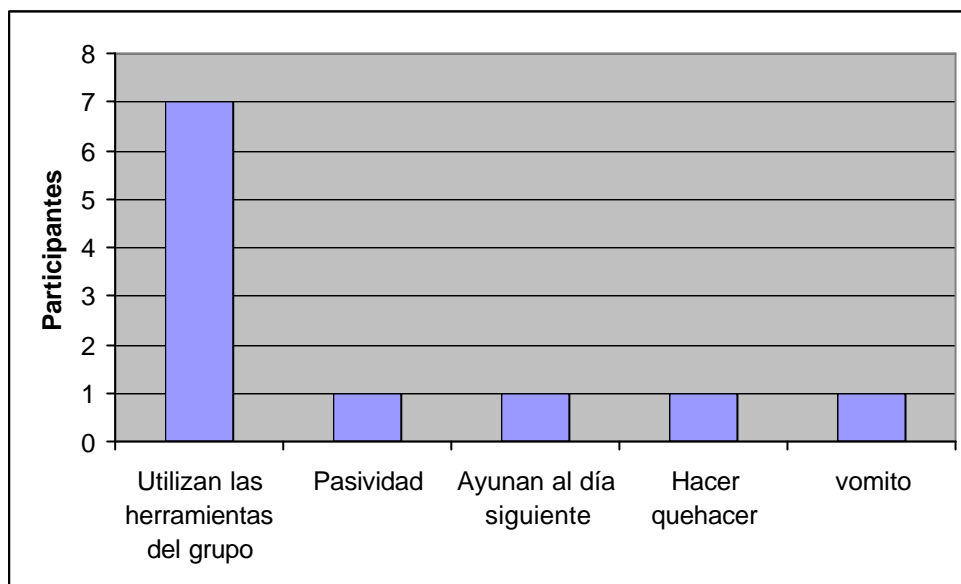


Figura 19. Muestra lo que realizan después de un atracón

Se identifica una serie de actividades que realizan las participantes después que se presenta un atracón, obteniendo en primer lugar con 7 personas la utilización de herramientas del grupo de comedores compulsivos como la literatura, escribir, iniciar la abstinencia, amadrinamiento, hacer servicio, pedir a un poder superior ayuda. Sin embargo, 1 de las participantes presenta pasividad en su conducta, Sra. C. también 1 participante ayuna al día siguiente cuando sucede el atracón, la Srta. E. sólo 1 participante reporta hacer quehacer en la noche, la Srta. M. y por último la Srta. A. reporta tener vomito para no engordar.

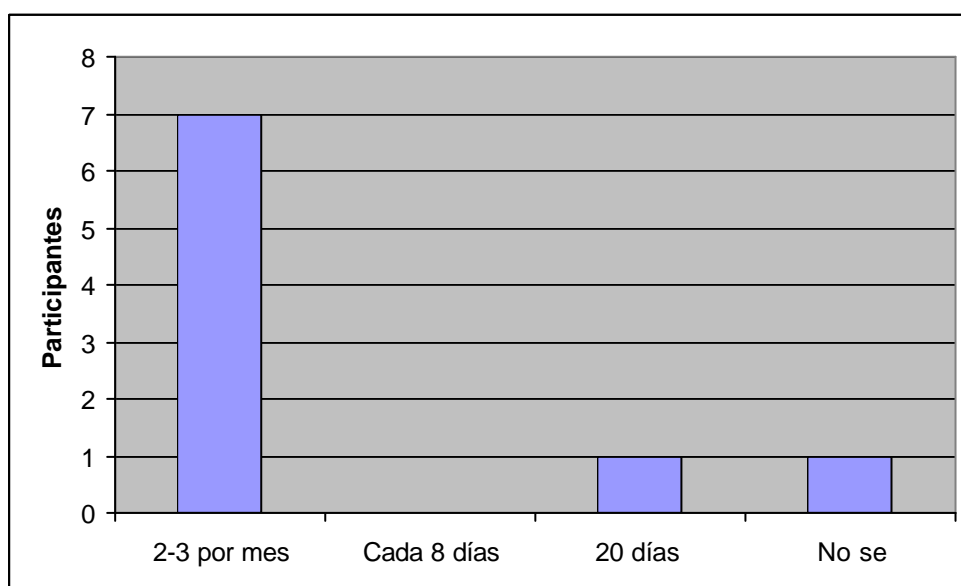


Figura 20. Muestra cuantos atracones llegan a tener al mes

Se identifica la frecuencia de atracones que llegan a tener las participantes por mes, obteniendo en primer lugar de 2 a 3 veces por mes cuando comen compulsivamente ya que de 8 participantes 7 lo reportan a si. Sin embargo, la Sra. E. menciona que antes de llegar al grupo de comedores compulsivos recaía constantemente 20 días al mes, y sólo 1 participante reporta que no sabe cuantas recaídas llega a tener, al mes la Srta. X.

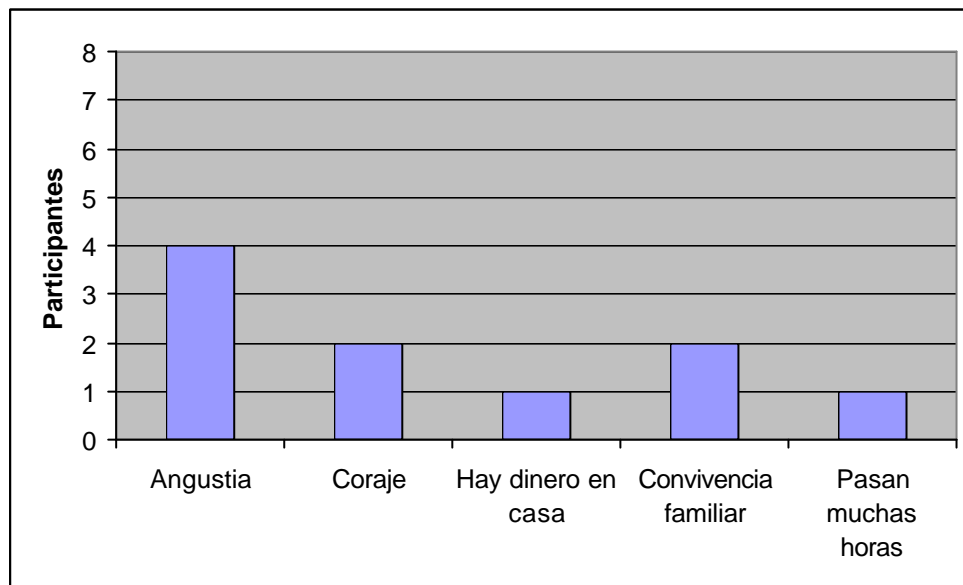


Figura 21. Muestra los motivos por los cuales llegan a comer compulsivamente

Se identifica una serie de motivos por lo que las participantes inician una ingesta compulsiva, obteniendo en primer lugar la emoción de angustia ya que de 8 participantes 4 de ellas la reportaron la Srta. X. Y. la Sra. V. y R. también 2 participantes mencionan tener coraje cuando recaen comiendo compulsivamente, la Sra. C. y Srta. M. 2 participantes reportan que recaen cuando están en una convivencia familiar, la Sra. E. y R. y sólo 1 persona comenta que recae cuando hay dinero en casa la Srta. A. y por último 1 participante reporta que recae comiendo compulsivamente cuando deja pasar muchas horas entre cada comida, la Srta. Y.

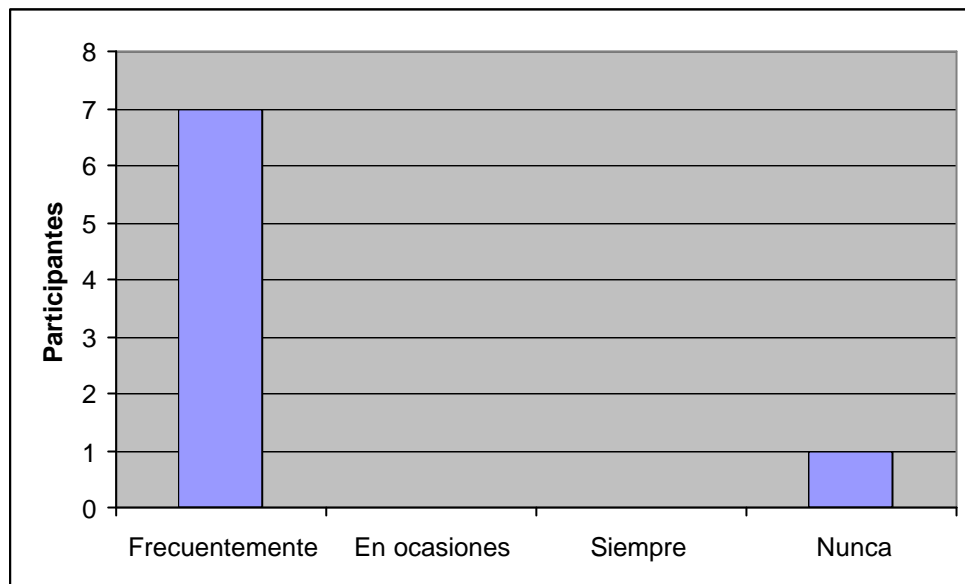


figura 22. Muestra la frecuencia de tratamientos para bajar de peso

Se identifica que las participantes realizaban varias técnicas para bajar de peso, acudir al médico, nutriologo, brujos, hacer dietas por ellas mismas, cremas reductoras, jabón, fajas, yeso en el abdomen, amuletos, sauna, ayuno, etc. obteniendo en primer lugar que frecuentemente realizaban tratamientos para bajar de peso ya que de 8 participantes 7 de ellas reportaron hacer dietas y otras técnicas para bajar de peso, antes de pertenecer al grupo de comedores compulsivos, y sólo 1 persona menciona que nunca realizó dietas para bajar de peso al contrario come mucha carne para subir músculo y tener un cuerpo con medidas perfectas, la Srta. M.

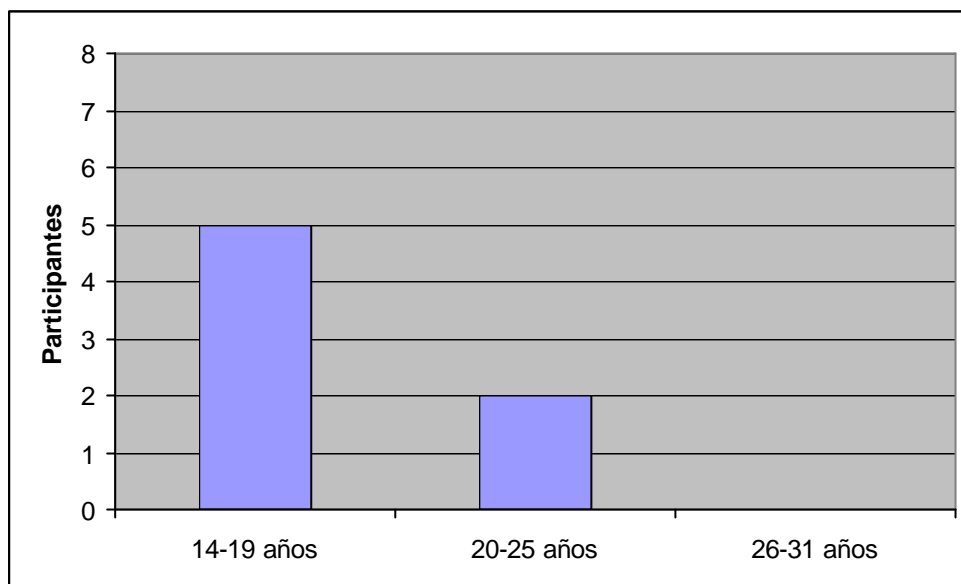


Figura 23. Muestra las edades de inició de las participantes para hacer dietas

Se identifica que en la adolescencia las participantes iniciaron un gran recorrido de dietas, técnicas para bajar de peso, obteniendo en primer lugar la adolescencia ya que de 8 participantes 5 de ellas reportaron tener preocupación por bajar de peso en la etapa de la adolescencia la Sra. C. V. y R. y la Srta. X. y A. y sólo 2 de ellas fue en la juventud cuando iniciaron a realizar dietas la Srta. Y y Sra. E. es importante destacar que la Srta. M. reporto que su problema se manifestó en la secundaria pero que ella no quería bajar de peso al contrario tener medidas perfectas del cuerpo.

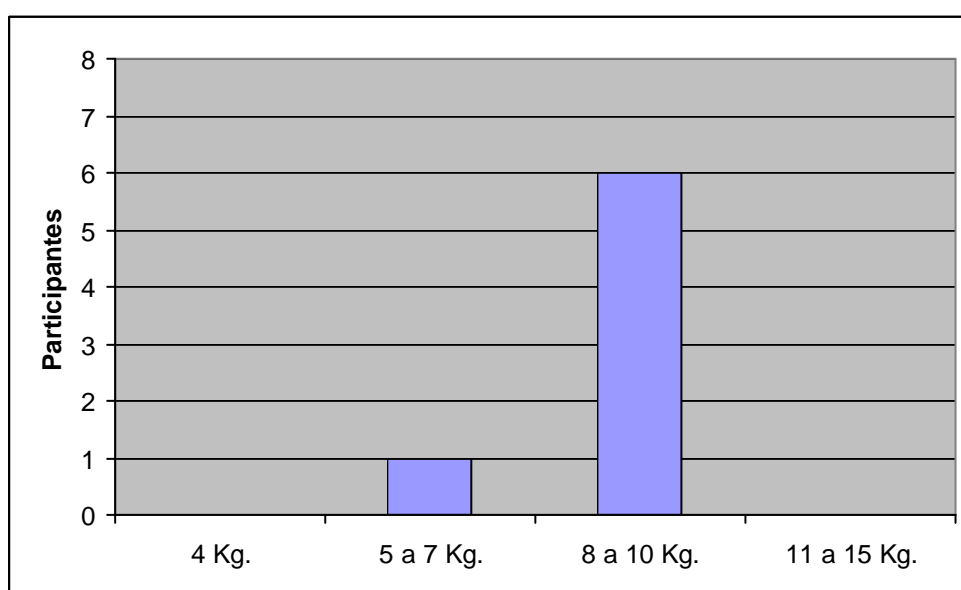


Figura 24. Muestra los kilos que bajaron durante las dietas que realizaron

Se identifica que en el proceso de dietas las participantes lograron bajar de peso, ya que de 8 participantes 6 de ellas bajaron de 8 a 10 kilos, la Sra. C. V. E y la Srta. X. A. Y. 1 persona bajo de 5 a 7 kilos, la Sra. R. es importante resaltar que la Srta. M. no contesto esta pregunta, porque su problema no es bajar de peso sino tener un cuerpo bien formado, con medidas perfectas, presenta trastornos de la imagen corporal.

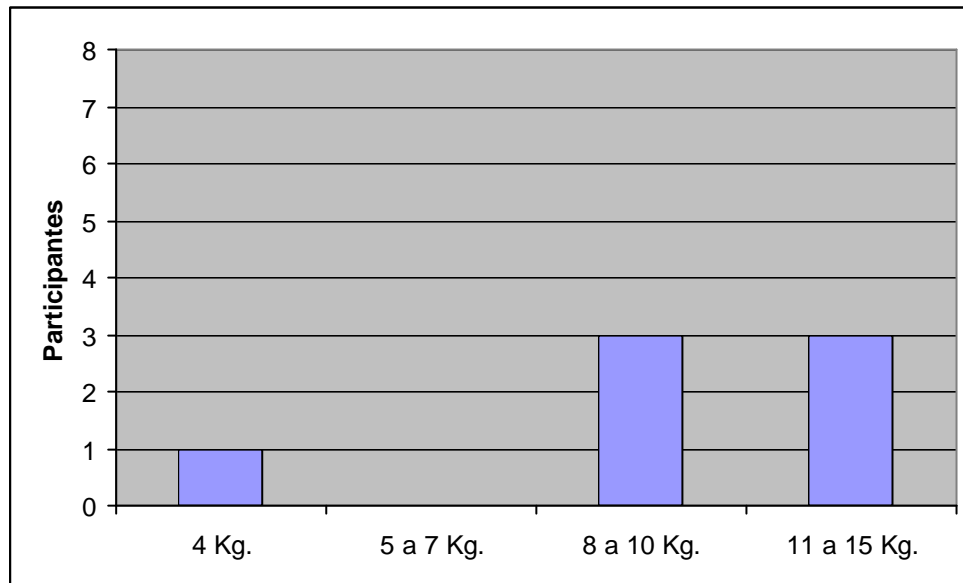


Figura 25. Muestra los kilos que subieron después que concluyeron las dietas

Se identifica que las participantes después que terminaron las dietas subieron de peso, de 8 participantes 3 de ellas subieron de 8 a 10 kilos, la Srta. Y. y la Sra. V. y R. 3 de ellas subieron más de peso del que habían bajado 11 a 15 kilos, la Srta. X. y la Sra. C. y la Sra. E. y por último la Srta. A. subió 4 kilos, es importante esclarecer que la Srta. M. no presenta kilos en exceso.

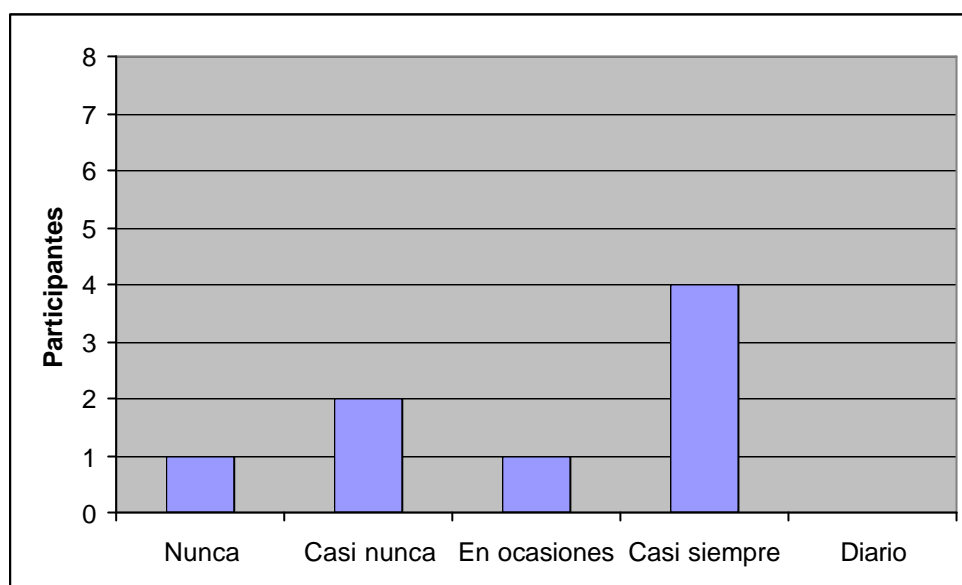


Figura 26. Muestra la frecuencia de ayunos que realizaban para bajar de peso

Se identifica que las participantes frecuentemente realizaban ayunos para bajar de peso, obteniendo en primer lugar casi siempre ayunaban para compensar lo que habían comido en la noche y no subir de peso, ya que de 8 participantes 4 de ellas casi siempre realizaban ayunos la Srta. Y. X. y la Sra. V. y R. sólo 1 de ellas en ocasiones realizaba ayunos la Srta. M. también 2 de ellas casi nunca realizaban ayunos, la Sra. C. y E. y por último la Srta. A. nunca realizó ayunos para bajar de peso.

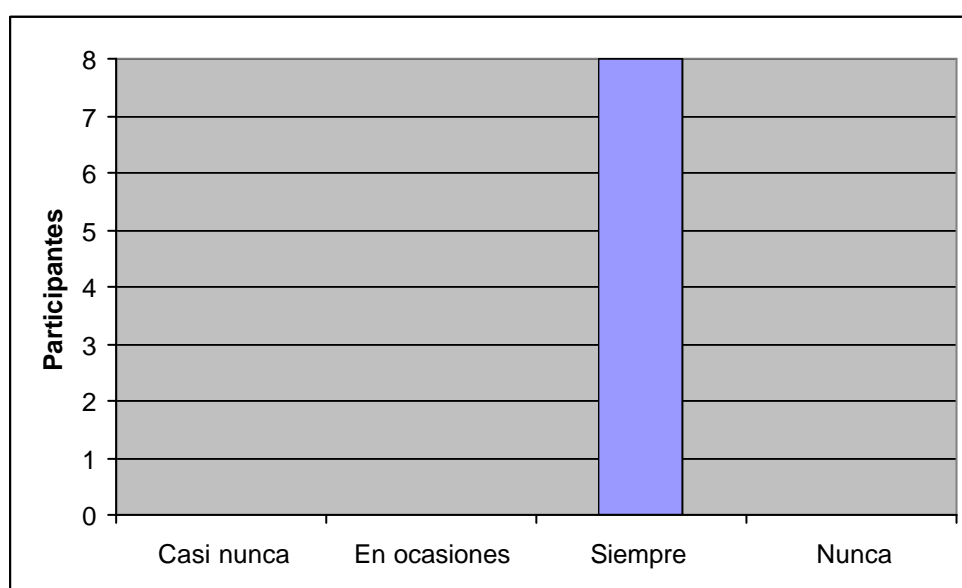


Figura 27. Muestra la percepción con respecto al rechazo social

Se identifica que frecuentemente las participantes sienten el rechazo social en los diferentes contextos donde se desarrollan, obteniendo en primer lugar la percepción de que siempre han sentido el rechazo, todas opinaron que siempre se rechaza a la gente obesa, ya sea en un contexto educativo, laboral, eventos sociales, o amistades. Al igual pinaron que también ellas han rechazado a la gente obesa como es el caso de la Srta. X. E y C.

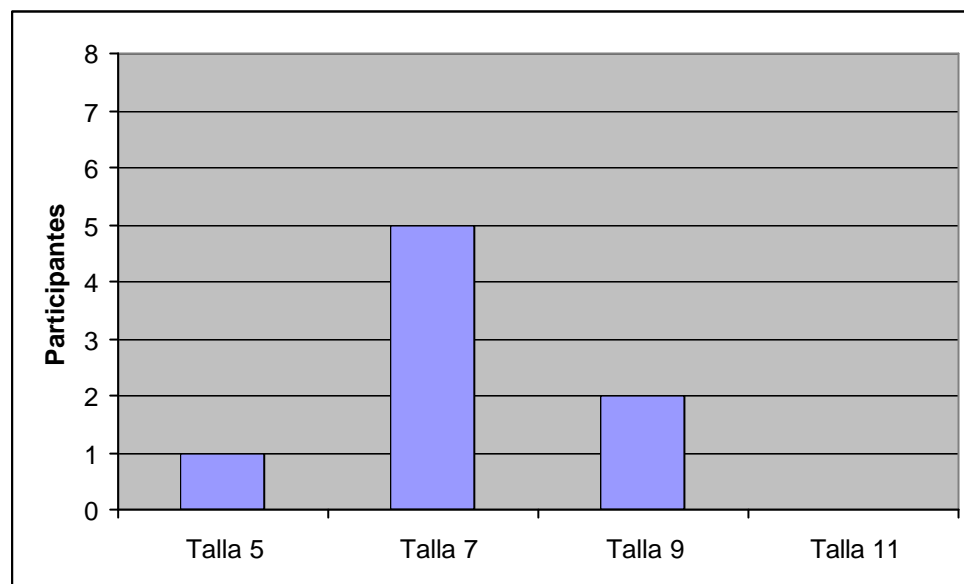


Figura 28. Muestra la talla que desearían ser

Se identifica a través de las fantasías expresadas por las participantes las tallas que les gustaría ser, obteniendo en primer lugar la talla 7, ya que de 8 participantes 5 de ellas anhelan ser talla 7, la Sra. V. C. y la Srta. X. Y. A. Sin embargo 2 participantes opinaron que cuando lleguen a ser talla 9 podrán tener pareja, y vivir la intimidad sin ninguna inhibición, comprar ropa pegadita, a su gusto, tener un amante, ser asediadas por los hombres la Sra. R. y E. sólo 1 la Srta. M. le gustaría ser talla 5.

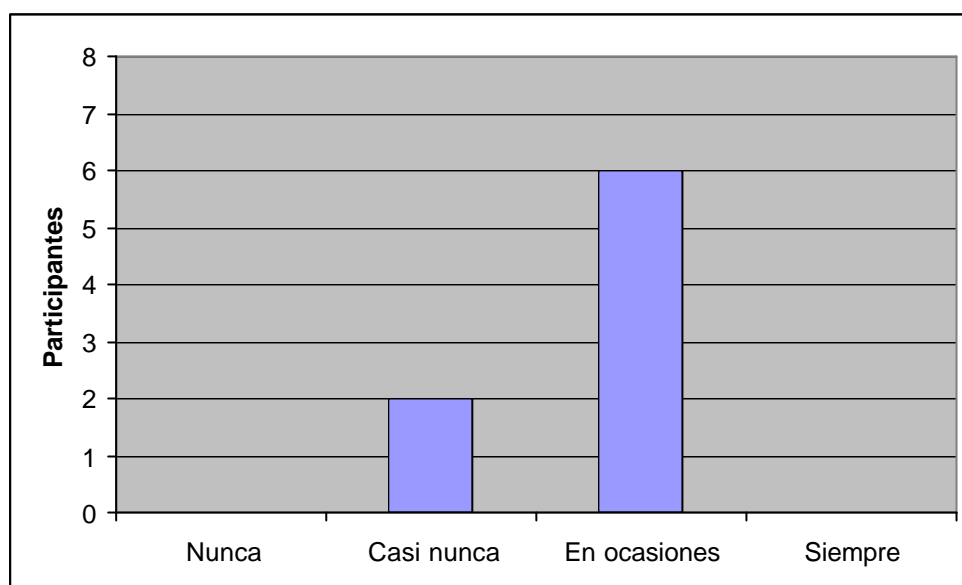


Figura 29. Muestra la satisfacción en cuanto a su imagen corporal

Se identifica que las participantes tienen una percepción más positiva en cuanto a su imagen corporal puesto que hay un proceso de trabajo consigo mismas dentro del grupo comedores compulsivos. Su forma de pensar se ha modificado, no es la misma percepción que tenían cuando llegaron a la agrupación, ya que 6 de ellas opinaron que en ocasiones si hay satisfacción en cuanto a su cuerpo, Sra. E. R. C. y la Srta. Y. A. y X, y sólo 2 de ellas reportaron que casi nunca tienen satisfacción con su imagen corporal es el caso de la Sra. V. y Srta. M.

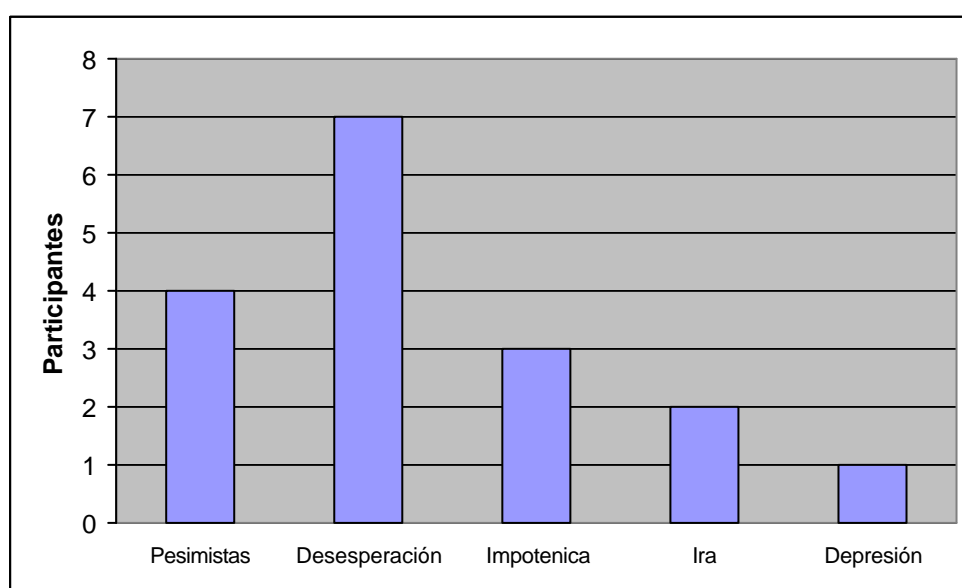


Figura 30. Muestra los acontecimientos que vivieron para asistir al grupo comedores compulsivos anónimos

Se identifica una serie de acontecimientos que vivieron las participantes para dar pauta y reflexionar en pertenecer a la agrupación de Comedores Compulsivos Anónimos, obteniendo en primer lugar la desesperación ya que 7 participantes sintieron desesperación en su diario vivir con la forma en que comían, y así decidieron asistir al grupo la Srta. Y. X. A. y la Sra. V. E. R. y C. Sólo 4 de ellas reportaron haber tenido emociones pesimistas para asistir al grupo la Srta. Y.X. y la Sra. E. y V. y también 2 de ellas compartieron tener ira, la Sra. C. y la Srta. M. y por último, 1 participante reporto tener desesperación, la Srta. Y.

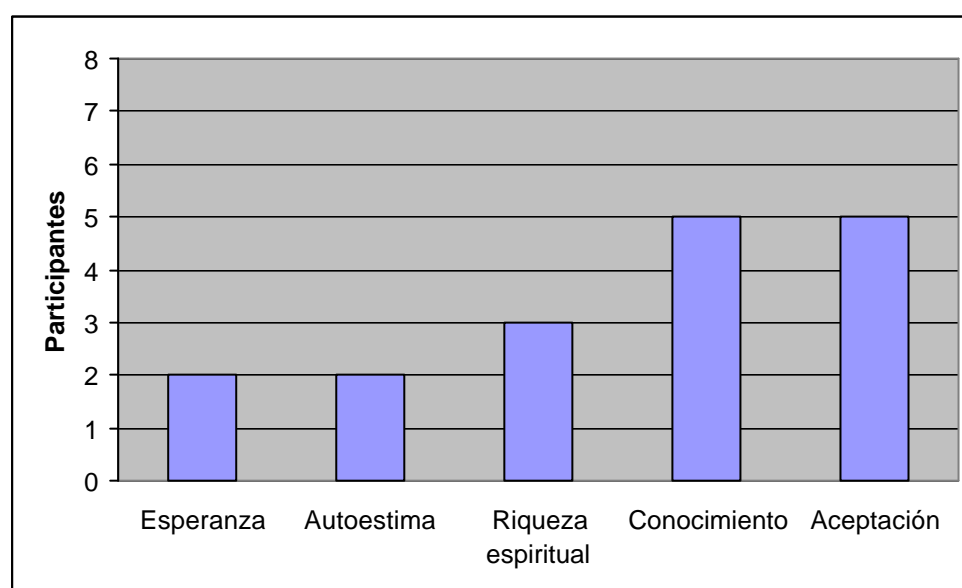


Figura 31. Muestra lo que el grupo les ha proporcionado

Se identifica que el grupo de comedores compulsivos anónimos le ha proporcionado mejoría en su estilo de vida, obteniendo en primer lugar conocimiento y aceptación de si mismas, ya que 5 de las participantes opinaron que el grupo les ha proporcionado conocimiento de su peonza y de la enfermedad que padecen con su forma de comer, La Srta. Y. M. y la Sra. V. E. R. también 5 de ellas reportan que el grupo les ha brindado aceptación de su persona, C. V. R. y la Srta. Y. y A. sólo 3 de ellas opinaron que el grupo les dio riqueza espiritual, es el caso de la Srta. Y. y M. y la Sra. R y 2 participantes reportaron que el grupo les proporcione autoestima la Srta. A. y Y. y por último 2 participantes reportaron que el grupo les dio esperanza la Srta. X. y M. sólo se pueden obtener estos beneficios practicando el programa.

CAPITULO 6

ANÁLISIS DE RESULTADOS.

Las personas con trastornos de alimentación no específicos (atracción) proviene de familias caóticas, donde está inmersa la ingesta compulsiva y se aprende la mayor parte de la figura materna, además dentro de las familias también existe el alcoholismo, aunado a que en este contexto familiar hay carencias afectivas, de atención y comunicación en la interacción padres- hijos durante la infancia, también existen diferencias en cuanto a los roles de género puesto que la madre es impositiva, estricta y autoritaria sobre el quehacer en la casa con la hijas, es decir, tienen ideas machistas donde la responsabilidad sólo es de la mujer y no incluyen al varón. Es decir el desarrollo de la obesidad suele ocurrir vinculada con un marco familiar específico, algunos autores han encontrado relación entre ciertas características de la familia y la presencia de los trastornos alimentarios tal es el caso de Onnis (1990), quien menciona que la obesidad se encuentra mantenida en parte por una dinámica familiar disfuncional ya que el paciente obeso sirve como mediador entre los padres, donde los mensajes pasan a través de él y de su síntoma, adquiriendo de esta forma una función específica sobre la comunicación y la relación en el interior de la familia; lo que corrobora la Srta. Y. Cuando dice:

“yo siempre estuve en la casa, al hombre le teníamos que servir, si quería algo, él no se podía levantar ni hacer nada, siento que mamá me inculco que una mujer se tiene que desempeñar bien en los quehaceres de la casa, sentía que en esa parte le agradaba a mamá. Porque nunca necesito decirme haz esto o lo otro, yo de hecho lo hacía, siento que por ser la más chica de repente era la mandadera, porque la hermana mayor aportaba dinero en casa, y finalmente era un control por ahí, las otras hermanas no estaban en casa, entonces como nada más estaba la mayor y yo, yo era la de los quehaceres, los trastes, los mandados, y cuando llegaban las otras dos hermanas ya no había de mamá hacía ellas un poder, un control, ahora los quehaceres ya estaban dados y siento que por costumbre me toca a mí”.

Lo expuesto permite esclarecer que en la familia hay una relación de papeles asignados por las características, condiciones o funciones que cada persona desempeña y ocupa en un contexto familiar y por ende hay inconformidad, miedo y frustración por no poder ser diferente, esto se manifiesta en el síntoma y se refleja en la persona con sobrepeso.

Al respecto Infante (1993) informa que “ciertos obesos tienen conductas de alimentación alteradas debido a situaciones familiares o sociales que causaron ansiedad por comer, cerrando así un círculo vicioso muy difícil de tratar, puesto que no es fácil separar los problemas primarios que llevan a comer en exceso de los secundarios que prolonga la situación”. Es decir el desarrollo de la obesidad se origina en un marco familiar en donde hay situaciones que afectan y dañan al niño provocando ansiedad y se refleja en la ingesta compulsiva, como lo expone la Srta. A.

“mis padres se divorciaron cuando yo tenía 2 años de edad, mi papá era mi vida, todavía me acuerdo cuando vivía con él, hubo un episodio que marco mi vida, él me secuestro, papá iba en el coche, a mi hermana la aventó, me agarró y me llevo a su casa y después a la casa de mis abuelos, me sacaron de ahí, me impacto tanto, que después me daba miedo. En la actualidad él esta muerto, yo tenía 20 años y seguía con el miedo, a mi papá lo quería mucho pero quiso separarse de mamá y me hizo mucho daño, desde ahí fui una niña insegura, no podía ir a una cuadra porque tenía miedo que alguien pasara y me robara, siempre decía si me roban mamá, y mamá se ponía muy mal, yo caminaba con miedo, andaba con mucho miedo en la vida, cuando fui a la escuela los maestros llamaron a mamá y le comentaban que era una niña distraída, retraída, que hablaba mucho y le recomendaron que tenía que ir con un psicólogo porque iba a perder la primaria”.

Con lo recopilado se pone de manifiesto que la familia juega un papel importante ya que en ésta hay situaciones que desencadenan ansiedad en la gente que presenta desordenes de alimentación.

Asimismo en el seno familiar se aprende a no tener orden en cuanto a los hábitos de alimentación puesto que hay conductas de picoteo, también hay muchas horas entre cada comida sin ingerir alimento, o comer a cada rato sin un control, comer grandes cantidades de comida, en estas conductas se

consume una mayor cantidad de carbohidratos, proteínas y comida chatarra; aunado a los fines de semana cuando todos los miembros de la familia están en casa, explícitamente hay festejo, unión, compañía, armonía, acompañada con comida, y esta la interacción, atención, comunicación padres- hijos en una convivencia familiar; autores como Braier (1988), han corroborado que “algunos mecanismos que llevan a una ingesta excesiva alimentaría son cuando la familia acostumbra a una ingesta copiosa de calorías, también cuando en la familia siempre hay comida lista para servir, al igual cuando la familia tiene frecuentes festejos consistentes en comida en donde hay costumbre de centrar las actividades en torno de la elaboración de comidas”. Se observa con la Sra. C.

“ siento que mi familia influyó para que comiera compulsivamente porque las salidas eran cada 8 días con otras familias, todo el día era que si los merengues, que los juguitos, sopas, era todo el día además eran grandes cantidades de comida, las mamás echaban relajo con eso, decían ahora comí 10 tacos, entonces nosotros también comíamos todo el día, porque lo principal era la comida, había mucha unión, mucho relajo, pero el objetivo de la reuniones era la comida, comer y comer mucho”.

Los hábitos de alimentación se aprenden en un contexto familiar puesto que los padres son las primeras personas con quien el individuo interactúa, observa, convive y aprende en donde está implícitamente la comida, lo mencionado concuerda con la teoría expuesta ya que el un núcleo familiar influye en la adquisición de los buenos o malos hábitos de alimentación también en ésta se determina el tipo de alimentación que los integrantes acostumbran a ingerir y la frecuencia con que consumen, y que se refleja en su cuerpo.

Se observó que los participantes pierden el control de los alimentos en la adolescencia, ya que en esta etapa de su vida surgió una metamorfosis en cuanto a su aspecto físico, emocional, aunado a conflictos familiares, burlas en cuanto a su imagen corporal en un contexto educativo, y comparaciones de ellas mismas con sus iguales, en esa etapa se sintieron diferentes en cuanto al volumen de su cuerpo, y presentaron un problema con su manera de ingerir alimentos; empiezan una lucha constante con la comida, buscan alternativas o técnicas para controlar su manera de comer, ser delgadas y entrar a la

“norma” establecida por la sociedad. Algunos autores como García, (2001) menciona que “los trastornos de alimentación con atracón suelen hacer su aparición en la adolescencia tardía o primera juventud y afecta por lo general a personas que se han sometido a dietas estrictas para perder peso sufriendo recaídas”. Con lo recopilado se esclarece que en la adolescencia es cuando hay un alto índice de preocupación por hacer dietas para controlar su forma desbocada de alimentación y por ende ser delgadas y ser funcional en la sociedad.

Sobre el mismo eje, en una edad de 14 a 19 años las participantes iniciaron la realización de dietas y buscaron nuevas técnicas y alternativas para bajar de peso, como visitar clínicas, tomar anfetaminas, realizar ayunos, enemas, ejercicio compulsivo, provocarse el vomito, entrar al sauna, masajes corporales, ponerse cremas reductoras, fajas térmicas, barro en el abdomen, fajas, visitar a brujos, naturistas, nutriologos y psicólogos. Es decir, a una temprana edad inicia un desequilibrio con la forma de ingerir alimentos lo cual proporciona un malestar emocional y una gran preocupación por bajar de peso y realizar lo que fuera para conseguir su objetivo ser delgadas, sin embargo, fue el síntoma por lo que se preocupaban, más no por lo que realmente lo generaba. Algunos autores como Roth (1991), han encontrado que las “dietas no funcionan porque la comida y el peso son los síntomas y no el problema. El hecho de concentrarse en el peso es una forma cómoda y culturalmente reforzada de no prestar atención a las razones por las cuales tantas personas recurren a la comida cuando no tienen hambre. Estas razones son más complejas que la fuerza de voluntad, los recuentos de calorías y el ejercicio, nada de lo cual llegara jamás a resolverlas. Tienen que ver con la falta de cuidado, de confianza, y de amor, con los abusos sexuales, y físicos, la cólera no expresada, el dolor, el hecho de haberse sentido objeto de discriminación, con la necesidad de protegerse de nuevas heridas. La gente se arremete así misma porque no sabe que se merece algo mejor, la gente arremete porque han agredido, no se convierten en adultos desdichados y que abominan de si mismos porque hayan sufrido traumas, sino porque los han reprimido”.

Lo anterior se esclarece que las dietas y el control de peso son el síntoma del problema, sin embargo el verdadero problema es que las personas que

presentan trastornos de alimentación con atracón se protegen con la comida por no ser lastimadas nuevamente, ya que han sido objetos de discriminación en algún proceso de su vida, y les hace falta amor, constantemente luchan con iniciar una nueva dieta que ahora si va a funcionar y posteriormente se trunca el proceso porque caen nuevamente en una ingesta compulsiva.

También durante la realización de las dietas las personas han logrado bajar de peso de 8 a 10 kilos, pero posteriormente lo recuperan, y en algunos casos recuperan mayor peso o más kilos, lo que trae como repercusión un desequilibrio en su salud, puesto que se altera su Sistema Nervioso Central, presentan cefaleas, mareos, nerviosismo, ira, tristeza, sufrimiento, también físicamente trae consecuencias hay estreñimiento, escalofríos, pérdida de memoria y sueño. Autores como Saldaña (2000). Describen que en unos tiempos en los que seguir dietas está de moda, en parte debido al rechazo de la obesidad y el culto al cuerpo delgado, la proliferación de dietas de dudoso valor para la salud es un hecho, está contribuyendo a que siga incrementando el número de personas obesas o con trastornos de alimentación. A este respecto, es importante resaltar que el seguimiento de dietas parece jugar un papel causal con el desarrollo de trastornos de alimentación, tales como anorexia, bulimia y trastornos por atracón". Es decir la realización de dietas para tener un cuerpo delgado trae repercusiones dañinas y por ende un desequilibrio en la ingesta de alimento hasta convertirse en trastornos de alimentación.

Observando también que las personas con trastornos de alimentación con atracón tienen conductas compensatorias ya que realizaban ayunos y purgas para bajar de peso, sin embargo en el En el DSM-IV (1994) se describe que "el atracón no se asocia a estrategias compensatorias inadecuadas (p.ej. purgas, ayunos, ejercicio físico excesivo) y no aparece exclusivamente en el transcurso de una anorexia o una bulimia". Es decir existe una controversia referente a la teoría y lo que se encontró en la investigación, las participantes tienen conductas compensatorias como el ayuno, se denota con la Srta. X.

"si ayunaba, en mi familia se tiene mucho de lavarse el estomago, decía me voy a limpiar el estomago, y voy a comer todo lo nutritivo, tomaba en las mañanas aceite con

jugo o leche con jugo, llegue a ir con un brujo y eso fue lo que me mando, estuve 40 días en ayuno total, nada más tomaba tes, café, agua y pastillas, lo hice y baje de peso pero me destrozó el Sistema Nervios y me dio parálisis facial, el médico que me atendió me dijo que lo provoco el ayuno, la idea de no comer para que me limpiara el estomago y comenzar de cero”.

Es decir las personas con trastornos de alimentación con atracón si presentan conductas compensatorias el más frecuente era el ayuno, también realizaban purgas, y sólo una de las participantes practicaba el vomito. Lo expuesto nos esclarece que si se tienen conductas compensatorias aunque la teoría reporte lo contrario, en algunos casos se sale lo establecido.

Asimismo un atracón se ingieren grandes cantidades de comida desde carbohidratos, comida chatarra y proteínas y en una menor cantidad frutas y verdura, algunos autores como Chistopher (1988), describen el trastorno por atracón se caracteriza por “comer en un periodo discreto de tiempo una cantidad de comida que es claramente superior a la que comería una persona normal en un periodo similar en circunstancias parecidas y por tener falta de control sobre la ingesta durante el episodio. Esta falta de control varía considerablemente de una persona a otra”. Asimismo la comida habitual de una ingesta compulsiva incluye todos los alimentos que se tienen prohibidos puede ser helados, pan, caramelos, palomitas, quesos, cereales, chocolates, tartas, galletas, mermelada, comida dulce improvisadas, con un alto contenido calórico. Es decir cuando una persona come compulsivamente lo que quiere es comer todo lo que se ha reprimido en las dietas, abusa de la comida chatarra y los carbohidratos, sin embargo es importante esclarecer que cada persona tiene un punto optimo en donde se queda satisfecho es decir no se puede generalizar en cuanto a la cantidad que se ingiere en un atracón.

Sin embargo la mayoría de las participantes presentan atracones en diversas forma antes de pertenecer al grupo de comedores compulsivos presentaban una ingesta compulsiva y una ingesta objetiva, puesto que comían grandes cantidades de comida como lo son carbohidratos, comida chatarra y proteínas, sin embargo al ingresar a la agrupación su ingesta se modifico gradualmente y se convierto en una ingesta compulsiva lenta, también llegan a presentar ingesta subjetiva. Lo expuesto se sustenta con lo que menciona el

autor Cristipher (1998). “ Dentro de la ingesta compulsiva hay varios episodios como lo es una ingesta compulsiva lenta, en ésta se come y se come, por lo general muy rápido, y sin disfrutar de la comida; en un principio se saborea el alimento y hay placer, éste está de alguna forma impregnada de culpa. La ingesta objetiva es cuando la persona realmente ingiere grandes cantidades de comida.

La ingesta compulsiva lenta, en ésta la persona se da cuenta de cuando inicia, hay resistencia durante un rato y finalmente la persona cede con una sensación de placer. Constituye una liberación de tensión en esos momentos, porque así deja de preocuparse. La ingesta subjetiva es cuando la persona come una cantidad normal de comida pero ella la considera como ingesta compulsiva porque tiene la sensación característica de pérdida de control. La poca percepción real que tiene de la ingesta, la tendencia a infravalorarla es muy frecuente. Es decir las personas que pertenecen a una agrupación de comedores compulsivos su ingesta se ha ido modificando gradualmente a través de un proceso de aprendizaje y de acción, sin embargo hay secuelas en las participantes en cuanto a su manera de comer puesto que reportan tener ingesta subjetiva aunque no se coma en gran cantidad, ellas a si lo perciben.

De esta forma los atracones suceden más frecuentemente en la cocina de su casa, puesto que se tienen todo a la mano lo que en ese momento se apetece, y generalmente se esta solo es decir sin compañía, lo anterior se corrobora con los episodios de un atracón en la clasificación DSM-IV (1994). “comer a solas para esconder su voracidad, sentirse a disgusto consigo mismos, depresión o gran culpabilidad después del atracón, la ingesta es mucho más rápida de lo normal”. Es decir las personas que presentan trastornos de alimentación con atracón comen compulsivamente a solas, sin compañía para esconder su forma desordenada y desbocada cuando ingieren los alimentos.

También cuando surge el atracón casi nunca se tiene hambre generalmente se utiliza la comida para clamar las emociones y los sentimientos que se viven a diario como son la ansiedad, angustia, ira, tristeza, dolor, depresión, también porque hay dinero en casa, por la convivencia familiar y porque realmente pasan muchas horas sin comer, es cuando generalmente se tiene hambre

orgánica y surge el atracón. Lo mencionado se sustenta con lo que algunos autores mencionan Szamos (1994), “se busca la comida aunque no se tenga hambre es como un apoyo indispensable para enfrentar el rechazo, la desconfianza, la carencia afectiva, el abuso sexual, o el abuso físico, la ira reprimida, el dolor, se utiliza como una protección para no ser lastimados nuevamente o ser objetos de algún tipo de discriminación. Al igual los alimentos sirven para somatizar los miedos, sueños, frustraciones y convicciones de modo que algo anda mal y se come para expresarlo”. Cabe decir que muchas veces no se tiene hambre orgánica si no que la comida se utiliza para calmar las emociones que se presentan en el diario vivir, generalmente son emociones negativas, y cuando comen compulsivamente la comida proporciona tranquilidad.

No obstante la comida tiene muchos significados de acuerdo a sus vivencias de cada participante, cuando comen su comida favorita se sienten atendidas, con tranquilidad, sienten placer, y con apetito sexual. Autores como Noye, y Kolb (1961), mencionan “algunas personas comienzan a comer en exceso como reacción a diversas situaciones de la vida o a conflictos interpersonales por ejemplo comen en exceso como resultado de privaciones del amor, del calor de los afectados, del respeto, y del contacto físico, en la niñez, el comer en exceso puede ser un medio de proporcionar al yo directamente las necesidades básicas de la protección paternal, de la alimentación y de la seguridad. La privación materna o paterna de una especie más bien emocional que física, puede promover un profundo sentido de vacío, la falta de valor personal y la desconfianza en la veracidad del amor de los padres”. Como lo dicho por la Sra. V.

“El pastel lo relaciono con el único día que mamá me hacia caso en mi cumpleaños, eso me daba mucho gusto que algún día del año mi mamá se dedicaba a mi, le ponía velitas a mi pastel”.

Asimismo la comida se convierte en amiga, “la comida es amor, comer es la manera de ser amados, la comida era accesible cuando los padres no lo eran. No decía que no, no pegaba, tenía buen sabor, así la comida llegó a ser la mejor forma de amor que se conocía. Entonces se empieza a comer

compulsivamente por razones que tienen que ver con el tipo de calidad de amor, que hay o que falta en la vida” Roth (1991). Es decir la comida tiene un vínculo estrecho con el amor, y se busca cuando se está desprotegidos, solos, o cuando hay situaciones de ansiedad, miedo o frustración, a si la comida conforta y da tranquilidad.

Identificando que los tipos de pensamientos que surgen en las personas con trastornos de alimentación antes, durante y después de un atracón es la planeación, el placer y en un mayor grado la culpa, autores como Christopher (1998), describe que “los primeros momentos de un atracón pueden ser placenteros, el sabor y la textura de la comida puede parecer intensamente agradable, sin embargo, estos sentimientos suelen durar poco. Pronto son remplazados, a medida que la persona ingiere más y más comida, por un sentimiento de disgusto. Algunas personas sienten asco por lo que están haciendo, pero son incapaces de parar”. Con lo mencionado corrobora la Sra.

R.

“ antes del atracón empieza un pensamiento que quiero comer, como que se me antoja, de que tengo ganas, vienen imágenes del antojo de una torta, chilaquiles, guisado con todas las tortillas que quiera, y después algo dulce, durante el atracón disfruto mucho cuando esta sabroso, a veces no esta rico como esperaba y siento frustración ni siquiera estaba sabroso, después me arrepiento, ya volviste a comer, ya comiste demasiado, ya volviste a caer, me siento mal, gorda arrepentida” .

Es decir en el proceso de un atracón surgen pensamientos de planeación, felicidad, que son muy efímeros puesto que son rápidamente desplazados por un sentimiento autodestructivo como es la culpa.

No obstante surgen muchas emociones en el proceso de un atracón como es la impulsividad, ansiedad, olvido, tristeza, ira, alegría, soledad, desesperación, pereza, y nuevamente la culpa, autores como Christopher (1998) refieren que “ las consecuencias de una ingesta compulsiva son de contraste tal que en un breve tiempo después del atracón se puede tener sensaciones de alivio y a la vez se hayan desaparecido los sentimientos de hambre y privación donde es desplazada la depresión o ansiedad

desencadenantes del atracón. Pero esos efectos positivos son remplazados por sentimientos de vergüenza, disgusto, culpabilidad y fracaso, aparece la culpa lo cual propicia que continúe ganando peso, puesto que pierden el autocontrol. Normalmente sienten que han decepcionado a las personas de su alrededor y que se le volverá a considerar dejados, perezosos y sin fuerza de voluntad”. Como lo dicho por la Srta. Y.

“ Antes angustia y ansiedad, durante llega el deseo de control, el poder comer todo lo que yo quiera pero sin que tenga consecuencias y después viene la culpa a veces enojo o arrepentimiento” .

Es decir cuando surge el atracón sus emociones de las personas son de angustia, ansiedad, en el momento no se piensa sólo se actúa por comer lo que se apetece en ese instante, no hay control, sólo que quiere saciar, durante el atracón hay emociones de alegría acompañado del olvido de todo el sufrimiento que produce come de esa manera desbordante y después del atracón esta la culpa.

Identificando que las personas con trastornos de alimentación antes, durante y después del atracón es de desesperación, pasividad, ira, placer, miedo y culpa, es decir existe pasividad en la vida de las personas con sobrepeso, reflejando que tienen un estilo de vida monótono y por ende se refugian viendo la tele, para pasar el tiempo, para distraerse para no sentir sus emociones o pensamientos, y todas estas situaciones las acompaña la comida. Es decir cuando se tiene un estilo de vida muy monótono, sólo se realizan una o dos actividades en la casa se puede caer en una vida sedentaria, nos hace apáticos a la vida, sin una ilusión o motivo u objetivo de vida, aunado a que no se interactúa en otros contextos sociales como el educativo, relaciones de amigos, pareja, o en un contexto laboral, así autores como Martínez (1997) refieren que “la falta de actividad física puede contribuir de manera significativa al desarrollo de la obesidad. Tomando en consideración que la actividad física está en función de la amplitud de las acciones del individuo y de la satisfacción de las mismas, es suponer que mientras su nivel de ejecución sea alto menores serán las probabilidades de su tendencia a la obesidad”. También autores como López, (2002). Refieren en un estudio que el consumo de productos alimentarios durante la estancia en la escuela, muestra que los niños

consumen con mayor frecuencia 63%, productos industrializados (frituras y pastelillos) y sólo 37% de las ocasiones optan por alimentos naturales. Este aspecto se vincula con 2 factores por una parte la disponibilidad casi exclusiva de productos industrializados en la cooperativa escolar y por otro lado, es la tendencia a consumir productos industrializados se ve favorecida por el número de horas que los infantes pasan frente al televisor, 82% ve la tele 2.5 horas en promedio al día, por ende se aprecia que la publicidad juega un papel fundamental para la adquirir productos chatarra, no sólo en los niños sino en toda la sociedad en general". Es decir las personas con trastornos de alimentación con atracón tienen una vida con poca actividad, se refugia viendo la tele y por ende existen mensajes subliminales en donde la publicidad desempeña un papel importante para que la gente adquiera alimentos chatarra, lo cual la encierra más en ese núcleo sin actividad puesto es más cómodo esta situación que enfrentarse a los diferentes contextos en donde se desarrollo el ser humano.

Además las personas con trastorno de alimentación con atracón en ocasiones si tienen satisfacción en cuanto a su imagen corporal puesto que hay un proceso de trabajo con su persona dentro de comedores compulsivos sin embargo cuando tienen recaídas con la comida, no hay aceptación en su cuerpo, es decir no hay total aceptación con su imagen corporal autores como (Sarwer, Wadden en Saldaña 2000) reportan que "las mujeres obesas están llegando a experimentar niveles de insatisfacción corporal muy superior al de sus pares delgadas, siendo el deseo de mejorar su apariencia física el motivo principal por el cual se enrolan repetidas veces en el seguimiento de dietas, a si mismo han encontrado tanto hombres como las mujeres que se perciben a sí mismos como poco atractivos o con actitudes negativas hacia su cuerpo presentan pobre autoestima, inhibición social y ansiedad social, dificultades sexuales y vulnerabilidad a la depresión". Es decir las personas con trastornos de alimentación presentan insatisfacción en cuanto a su imagen corporal puesto que no les gusta su cuerpo, no hay aceptación constante, porque a muy temprana edad le hicieron saber de su sobrepeso, que eran diferentes a sus iguales en cuanto al volumen corporal.

Observando también que las personas con trastornos de alimentación consideran que la sociedad siempre rechaza a la gente obesa, al igual ellas se han sentido rechazadas en algunos lugares donde se desarrollan como lo fue en la escuela, familia, amigos, trabajo; autores como Kirkpatrick y Sanders 1978 (cit. en Jiménez, 1997). Refieren que “la presión social contra la obesidad es tan clara, que alrededor de 6 años de edad atribuyen características positivas como bueno, feliz, educado etc. A una figura humana mesomorfa, es decir más bien delgada, mientras formulan atribuciones negativas tales como peleas, trampas, perezoso, sucio etc. A una figura endomorfa, es decir más bien robusta o gruesa”. Es decir en la sociedad mexicana existen estereotipos muy marcados que entra en el rubro de gordo o delgado, quien pertenece al rubro gordo es señalado desde muy temprana edad y por ende hay burlas, no sólo en la infancia sino también en una edad adulta, por lo que las participantes (nuevas) cuando llegan a la agrupación de comedores compulsivos anónimos encuentran reflejo cuando comparten las compañeras sus historiales por ende encuentran ayuda, comprensión y esperanza porque se les brinda la experiencia que han pasado cuando llegan por primera vez al grupo comedores, además se les comparte como es el proceso en la agrupación en cuanto a la terapia a seguir en donde ellas expresan sus emociones, sentimientos y pensamientos este hecho libera a la gente de una carga emocional y por ende aprenden a ser ordenada en cuanto a sus hábitos de alimentación comiendo 3 veces al día por espacio de 5 a 8 horas nada entre comidas, sólo agua, te o café y en cada alimento se tiene que ver lo que se van a comer, además el grupo les proporciona herramientas que les ayuda a no comer compulsivamente como es la literatura, escribir, hablar por teléfono cuando quieren comer compulsivamente, hacer servicio en el grupo, apadrinarse, de esta manera día a día modifican su ingesta compulsiva, además el grupo les ha proporcionado conocimiento y aceptación de ellas mismas, autoestima positiva, riqueza espiritual y esperanza para resolver su problema con la comida, al igual comprensión de saber que hay más gente como ellas que sienten lo mismo y que no están solas, en donde encontraron reflejo porque su familia, amigos, profesionales no las entendían minimizaban el problema.

Es decir el grupo Comedores Compulsivos Anónimos es una alternativa más para la recuperación de un desorden de alimentación puesto que es un grupo de personas que comparten su mutua experiencia fortaleza y esperanza para resolver su problema común y ayudar a otros a recuperarse de su forma de comer destructiva; aunado a una ayuda psicológica y una actividad física.

CAPITULO 7

CONCLUSIONES

La obesidad es una enfermedad de origen multifactorial, se puede derivar de factores genéticos, hormonales, metabólicos; socio-culturales, ambientales, y conductuales entre los que incluyen los hábitos de alimentación y el estilo de vida.

Existen diversos tipos de obesidad el endomorfo, mesomorfo, ecnomorfo, hiperplásica, hipertrófica, androide, y ginoide. También existe la obesidad que incluye trastornos de alimentación que suelen ser las que tienen mayores complicaciones psicopatológicas; además existe la obesidad sin conductas compensatorias y por último la obesidad sin trastornos de alimentación.

La obesidad ha traído consigo alteraciones médicas como la hipertensión, diabetes, gota, insuficiencia respiratoria, tumoraciones, problemas de articulación, (artritis, dolor de espalda, dificultades en la cadera, rodillas, tobillos), complicaciones durante el embarazo, insomnio, úlcera gástrica; también alteraciones psicológicas, depresión, ansiedad, neurosis, baja autoestima, y un concepto distorsionado de su imagen corporal, sentimientos de inferioridad, incapacidad para incorporarse a las actividades deportivas.

Las 8 participantes con trastornos de alimentación con atracón provienen de familias caóticas, donde se aprende la mayor parte de la ingesta compulsiva de la figura materna, aunado un contexto familiar donde hay carencias afectivas, de atención y comunicación de padres e hijos. También en la familiarse adquieren los malos hábitos de alimentación puesto que hay conductas de picoteo, sin un control de horarios para ingerir los alimentos, se ingieren grandes cantidades de comida, ya que se le tiene a la mano, con un alto contenido de carbohidratos y se realizan frecuentes festejos donde las actividades giran en torno a la elaboración de comida.

Asimismo, se concluye que las personas con trastornos de alimentación con atracón, pierden el control de los alimentos en la adolescencia y por ende en esta etapa inicia una serie de dietas o alternativas para bajar de peso, cuando están en el proceso de dichas dietas o técnicas, si pierden peso pero posteriormente lo recuperan, por ello las personas con trastornos de alimentación presentan conductas compensatorias como el ayuno, purgas, enemas, y en algunos casos ejercicio compulsivo, es decir recurrieron a estas técnicas para perder peso y limpiar la culpa de sus actos.

Las personas con trastornos de alimentación realizaron varios procesos para bajar de peso, desde consultar a profesionales (nutriólogos, médicos, psicólogos, y naturistas) al igual varios métodos, entre éstos ingerían anfetaminas, y dejaban de consumir carbohidratos, su alimentación estaba basada de proteínas, frutas y verduras, sin embargo usaron otras alternativas como fajas, barro en el abdomen, jabones, cremas, sauna, baños con sal, visitas a brujos; también realizaban dietas por ellas mismas, sólo dejaban el pan, la tortilla y azúcar refinada; comían moderadamente; y compraban productos de publicidad para bajar de peso y así tener un cuerpo delgado, sin embargo tuvieron repercusiones dañinas en su organismo presentaron cefaleas, colitis, gastritis, diarrea, escalofríos, pérdida de memoria en algunos lugares donde se encontraban, y sobre todo en un estado de ira, porque los medicamentos ingeridos como las anfetaminas desequilibraron su organismo.

Se observó también que las personas con trastornos de alimentación, cuando están en el proceso de un atracón ingieren grandes cantidades de carbohidratos, comida chatarra, proteínas, y en una menor cantidad frutas. Es importante esclarecer que cada persona tiene un punto óptimo de satisfacción en su organismo y éste es variable en cada persona. Así mismo, se detectó que la mayoría de las personas presentan una ingesta de alimentos en diversas formas. Antes de pertenecer a la agrupación su ingesta de alimentos era objetiva y compulsiva, sin embargo al ingresar al grupo comedores compulsivos se modificó gradualmente su ingesta, es decir se convirtió en una ingesta compulsiva lenta, y una ingesta subjetiva, las participantes reportaron

que su ingesta actualmente no se compara con la cantidad de comida que ingerían antes de pertenecer a un grupo.

No obstante, cuando surge el atracón casi nos se tiene hambre, se utiliza la comida para calmar las emociones y los sentimientos como la angustia, ansiedad, ira, tristeza, dolor, y depresión. En algunos casos en una convivencia familiar y porque hay dinero en casa. Sin embargo, un detonante para que se presente un atracón es cuando se dejan pasar muchas horas entre cada comida sin probar alimento. De esta forma la comida tiene muchos significados de acuerdo a las vivencias de cada persona, ya que cuando comen su alimento favorito evocan gratos momentos de su infancia, cuando mamá las atendía; al igual la comida les ha proporcionado tranquilidad, placer, y apetito sexual. Es decir la comida tiene un vínculo estrecho con el amor, y se abusa de la comida cuando se sienten desprotegidas, solas, ansiosa, tristes, frustradas y la comida las conforta.

Identificando también que las personas con trastornos de alimentación presentan una serie de pensamientos antes de un atracón como la planeación, placer, felicidad y culpa. Es decir al principio de un atracón está la planeación, se visualiza lo que se quiere comer, durante el atracón hay agrado, placer, y felicidad, se sienten a gusto pero es muy efímero puesto que se presenta la culpa y dura más tiempo con pensamientos de reproches de sus actos. Observando que antes, durante y después de un atracón surgen muchas emociones como la impulsividad, ansiedad, olvido, durante un atracón se presentan emociones de ira, alegría y soledad y después hay culpa, pereza y desesperación; esto trae repercusiones como sentimientos de inferioridad, frustración, baja autoestima, aunado a un concepto distorsionado de su imagen corporal, aislamiento y por ende no se relacionan con otras personas se encierran en sí mismas.

De esta forma se detecta que se presentan varios tipos de conducta antes, durante y después de un atracón, es de desesperación, pasividad, es decir la mayor parte del tiempo están viendo la tele, acompañada de la comida y después sigue habiendo pasividad, culpa y miedo, sin embargo otras personas cuando están dispuestas utilizan las herramientas del grupo como hablar por

teléfono, amadrinarse, leer la literatura, asistir a sus reuniones, escribir sus emociones o ayunan después de un atracón para limpiar la culpa de sus actos.

Detectando que las personas con trastornos de alimentación no tienen una total aceptación en cuanto a su imagen corporal ya que presentan actitudes negativas hacia su cuerpo después de un atracón, sólo una participante presenta un trastorno dismórfico corporal ya que es muy exigente consigo misma en conseguir un cuerpo perfecto tener medidas exactas de pecho, cintura y cadera de 80, 60 80 cms. Sin embargo, vive un proceso de trabajo consigo misma en la agrupación y a veces si hay aceptación en su persona.

Identificando que las personas con trastorno de alimentación a muy temprana edad fueron víctimas de discriminación o les hicieron saber de su volumen de cuerpo, se sintieron rechazadas en la escuela, con la familia, amigos trabajo, y por ende opinan que la sociedad si rechaza a la gente obesa, ellas mismas también las rechazan y sienten asco de la gente obesa, a pesar de que ellas mismas pasaron ese proceso, con la familia, por los pronombres que les decían y la actitud de cómo fueron tratadas, "ya no comas", "deja de comer", "mira como estas", "ya párale". También en un contexto educativo las participantes se observaban diferente a sus iguales en cuanto a la imagen corporal de sus compañeros y éstos mencionaban pronombres no muy gratos, sin embargo ya de adultas en un contexto laboral se sienten observadas relegadas y discriminadas por su sobrepeso.

Una alternativa para poner orden en cuanto a los hábitos de alimentación es el grupo de comedores compulsivos, puesto que en este lugar han adquirido orden de comer tres veces al día, de visualizar lo que se van a comer y de comer muy despacio, tomar agua entre comidas, abstenerse de comer muchas harinas refinadas y chocolates. También han adquirido autoestima, cuando expresan su historia de vida en tribuna se liberan de sus emociones negativas y actuando solo por estas 24 hrs. La abstinencia de comer tres veces al día, asistiendo a sus juntas, se han motivado y por ende hay más aceptación, además han adquirido riqueza espiritual, pidiendo a un poder superior que les ayude con su forma de comer y practicando un día a la vez el programa de recuperación. En la agrupación han tenido esperanza y comprensión de saber

que hay gente que siente lo que ellas mismas sienten y han pasado en su historia de vida.

Una propuesta para un futuro estudio es indagar más en la relación del comer compulsivo y la sexualidad, tanto en la aceptación del cuerpo de la mujer como la expresión de una intimidad compartida con la pareja.

BIBLIOGRAFÍA.

Álvarez, G. Mancilla, J. Martínez, M. Y López, X. (1998). Aspectos psicosociales de la alimentación. **Revista Psicológica y Ciencias sociales.** 2 (1): 50-54.

Alvarez, G. Mancilla, J. López, X. Vázquez, R. Ocampo, M. Y López, V. (1992). Trastornos Alimentarios y Obesidad: Avance de investigación en una población Mexicana. **Revista Psicológica Contemporánea.** 5 (1): 72-74.

Aymamí, N. Y Serrano, F. (1997). Personalidad y relaciones interpersonales en la obesidad. En: Turón, G.(Ed.) **Trastorno de la alimentación: Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y obesidad.** Barcelona. Mazón.

American Psychiatria Association. APA (1994). **Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales (DSM-IV).** Barcelona. Mazón.

Bermodo, M. y Collado, R. (2001). **Obesidad algo más que un problema de peso.** México. Paídos

Bourges, R. (1987). **Guías para orientación alimentaría.** Cuadernos de nutrición. 10 (5): 17-21.

Bray, G. (1976). **The obese patient.** Sainders. Philadelphia.

Bray, G. (1989). **Clínicas Médicas de Norteamérica.** Universidad of California L.A.

Braier, O. (1988). **Fisiopatología y clínica de la nutrición.** Panoamericana. Buenos Aires.

Braunstein, J. y Collado, R. (1981). **Medical Aplications of the behavioral Sciences.** Year Bouk Medical. Chicago.

Burns, D. (1980). **Sentirse bien una nueva terapia contra las depresiones.** México. Paídos.

Caballo, E. y Casal, B. (1995). **Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos**. Siglo veintiuno. México, España. Pág. 234. 409-442.

Castillejas, M. (1983).” Las enfermedades de la civilización”. **Revista de Atención Médica**. 1 (3): 4-7.

Cervera, S. Zapata, R. Gual, P. Quintanilla, B. Y Arce, G. (1990). **No te rindas ante los trastornos del peso**. Madrid. Rialp.

Cía, H. (1995). **Trastorno obsesivo compulsivo y síndromes relacionados**. Buenos Aires. El ateo.

Cormillot, J. y Zukerfld. (1997). **Desórdenes de la alimentación en obesos**. Buenos Aires. Buenos Aires.

Chistipher, F. (1998). **La superación de los atracones de comida**. Barcelona. Paídos.

Davidson, O. Y Davidson, M. (1981). **Behavioral Medecine: Changing health lifestyles**. Bronner-Mazel. Newyork.

Echeburúa, E. (1992). **Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad**. Pirámides. Madrid.

Fishman, Ch. y Rosman, B. (1988). **El cambio familiar: desarrollo de modelos**.

Argentina. Gedisa.

Formiguera, X. (1998). **Fisiopatología de la obesidad**. España. Harcout Brace.

Fernández, L. (2000). **Trastornos de la conducta alimentaría del trastorno a la prevención**. España. Santiago de compostela.

García, M. (1996). **Estilos de vida y obesidad**. Tesis de licenciatura. FES. Iztacala Edo. De México.

García, E. (2001). **Trastornos por atracón**. Barcelona. Masón.

Galindo, G. (Ed). (1995). Gran diccionario enciclopédico visual. Colombia: Carvajal.

Gutierrez, V. (2000). **Evaluación de la relación entre la insatisfacción con la imagen corporal y la sintomatología de trastorno alimentario.** Tesis de Licenciatura. FES. Iztacala Edo. De México.

Guzmán, M. (1992). **Manual de psiquiatría.** Disínlimed Caracas.

Goodman, J. Richardson, S. Dornbusch, S. y Hastorf, A. (1963). Variet reaction to physical disabilities. **American Sociological Review.** 28 (2) 429-430.

Infante, J. (1993). Obesidad. **Revista chilena de pediatría.** 64. (6) 403-407.

Icaza, J. (1981). **Nutrición.** México. Interamericana.

Jiménez, E. Diosdado, A.(2001). Nutrición y hormonas. En Turón G. (Ed.). **Trastornos de la alimentación: Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y obesidad.** Barcelona. Mazón.

Jiménez, S. Y Barjau, R. (1997). Epidemiología y complicaciones clínicas de la obesidad. En: Turón G. (Ed.). **Trastornos de la alimentación: Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y obesidad.** Barcelona. Mazón.

Jiménez S. (1997). Patrones alimentarios y aspectos socioculturales de la obesidad. E: Turón G. (Ed.). **Trastornos de la alimentación: Anorexia nerviosa, Bulimia nerviosa y obesidad.** (p.263-270). Barcelona. Mazón.

López, G. y Gomez, P. (2002). Evaluación del estado de nutrición en una muestra de escolares mexicanos. **Revista psicológica y ciencia social.** 5 (1): 34-38.

Mancha, A. (2001). Nuevos trastornos emergentes. Obesidad mórbida. Conceptos y tratamiento médico. En García, C. (Ed.) **Avances en los trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y obesidad.** Barcelona. Masson. 141-150, 322-326.

Martínez, M. (1997). **Identificación trastornos alimentarios.** Tesis de Licenciatura FES. Iztacala Edo de Méx.

Morris, J. y collins, M. (1992). El entrenamiento físico y la salud son indispensables. **Revista ilustrada de la organización Mundial de la Salud.** 1 (3). 6-17.

Noyes, P. Y Kolb, C. (1961). **Psiquiatría clínica moderna.** La prensa medica mexicana. México. Pág. 119. 136. 504--507.

Nordby, V. y Calvin, S. (1979). **Vida y conceptos de los psicólogos más importantes.** México. Trillas.

Onnis, L. (1990). **Terapia familiar de los trastornos psicossomáticos.** España. Paidos.

Papalia, E. (1987). **Psicología.** México. Mc.Graw-W-hill.

Peña, C. (2002). "Mujer y obesidad: un riesgo para la salud".En López, R. **Lo corporal y lo somático.** México. Zandova.

Peniche, L. Y Ruiz, A. (1989). **Psicología de los accidentes.** México. Continental.

Phillips, A. (2001). **Trastorno dismórfico corporal: aspectos clínicos y estrategias terapéuticas.** Madrid. Harcourt.

Pichot, P. (1988). **Manual Diagnostico y estadístico de los trastornos mentales.** Masson. Barcelona.

Raichi, R. (1994). **Anorexia y bulimia: Trastornos alimentarios.** España. Pirámide.

Represa, J. (1993). Ejercicio físico para la presión y tratamiento de la obesidad. **Revista pediátrica**. 2 (3). 37-48.

Roth, G. (1991). **Cuando la comida sustituye el amor**. Argentina. Urano.

Richardson, S. Hastorf; A. Goodman, N. y Dornbusch, S. (1961). Cultural uniformity in reaction to physical disabilities, **American sociological Review**, 3 (2). 44--51.

Szamos, K. (1994). **Comer compulsivamente como romper la esclavitud laberinto hacia la libertad**. México. Aalpe.

Saldaña, C. (2000). "La obesidad y el seguimiento crónico de dietas: Directrices para su tratamiento". En Fernández (Ed). **Trastornos de la conducta alimentaría del tratamiento a la prevención**. España. Santiago de compostela.

Taylor, B. (1983). **Nutrición clínica**. México. McGraw-Hill.

Timio, M. (1979). **Clases sociales y enfermedad: introducción a una epidemiología diferencial**. México. Nueva imagen.

Toro, J. (1996). **El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad**. Barcelona. Ariel.

Turón, G. (1997). **Trastornos de la alimentación: Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y obesidad**. Barcelona. Mazón.

Virgili, N. y Leyes, L. (1997). Alteraciones endocrinometabólicas en la obesidad. En Turón G. (Ed). **Trastornos de la Alimentación: Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y obesidad**. Barcelona. Mazón

Vázquez, E. Y Ruiz, F. (2000). **Aspectos psicológicos de la paciente obesa**. México. McGraw-Hill Interamericana.

Washton, M. (1989). **Querer no es poder**. México. Paidós.

ANEXOS

GUIA DE ENTREVISTA

DATOS GENERALES

- ¿Cuál es su nombre completo?
- ¿Cuántos años tiene?
- ¿A qué se dedica?
- ¿Es casada?
- ¿A qué religión pertenece?
- ¿Con quién vive?
- ¿Qué lugar ocupa en ella?
- ¿Por qué medio se entero del grupo?
- ¿Qué acontecimiento hubo para que usted asistiera al grupo o tomara la decisión de ir?
- ¿Cuánto tiempo lleva en el grupo?
- ¿Cuál es su papel dentro del grupo?
- ¿Con qué frecuencia asiste a la semana?
- ¿Qué le ha proporcionado el grupo?

HABITOS ALIMENTICIOS ANTES DE PERTENECER AL GRUPO

- ¿Antes de entrar al grupo qué es lo que comía?
- ¿Con qué frecuencia lo hacía?
- ¿Se restringía de algún alimento?
- ¿Realizaba ayunos?
- ¿Se ha llegado a saltar comidas?
- ¿Qué se salta más?
- ¿Con qué frecuencia?
- ¿A realizado tratamientos para bajar de peso?
- ¿Cuáles son, o en qué consisten?
- ¿Desde cuándo empezó a realizar estas dietas?
- ¿Le recetaron medicamentos?
- ¿Qué efectos producen en usted las dietas?
- ¿Cuántos kilos bajo durante las dietas?
- ¿Cuántos kilos subió después?
- ¿Actualmente tiene algún alimento prohibido?
- ¿Cómo se siente cuando los consume?

HABITOS ALIMENTARIOS FAMILIARES

- ¿En su familia hay gente con sobrepeso?
- ¿En casa cuáles eran los hábitos de alimentación que se tenía?
- ¿Cuándo se reunían toda la familia para comer?
- ¿Qué alimentos comían más en casa?
- ¿Qué significado tiene para usted ese alimento?
- ¿Hubo ocasiones donde su familia le restringía la comida?
- ¿Qué sentimientos le provocaba este suceso?

ATRACON.

- ¿En qué momento supo que no podía con la comida?
- ¿Qué consume en un atracón?
- ¿En qué lugar sucede
- ¿Cuánto tiempo dura comiendo?
- ¿Generalmente esta solo o con su familia?
- ¿Cuándo sucede el atracón tiene hambre?
- ¿Cuándo sucede el atracón lo ha llegado a controlar?

- ¿Cuándo come compulsivamente qué sentimientos llegan a su mente?
- ¿Cuándo come compulsivamente que realiza después del acto?
- ¿Cuándo fue su última recaída?
- ¿Cómo fue?
- ¿Cuánto tiempo duro?
- ¿Qué comido?
- ¿Por qué cree que haya sido?
- ¿A qué hora sucede por lo regular el atracón?
- ¿Ates, durante y después del atracón qué pensamientos llegaron a usted?
- ¿Antes, durante y después del atracón qué emociones llegan a usted?
- ¿Antes, durante y después del atracón que conductas tiene?
- ¿Qué ase para salir de ese estado?
- ¿Cuántas recaídas llega a tener al mes?

HISTORIA CON EL PASO CORPORAL.

- ¿Desde cuando empezó a subir de peso?
- ¿Qué percepción tenía su familia de usted?
- ¿Cuándo fue a la escuela la molestaban sus compañeros por su sobrepeso?
- ¿Cuántos kilos pesa?
- ¿Cuántos kilos ha bajado y cuántos ha subido?
- ¿Cada cuando se pesa?
- ¿Se acepta como está?
- ¿Por qué?
- ¿Cuántos kilos le gustaría pesar?
- ¿Siente que estando en ese peso su vida cambiaría?
- ¿Por qué?
- ¿Su sobrepeso le ha impedido realizar actividades que a usted le gustaría hacer?
- ¿Cómo cuáles?

Yolanda, de 35 años de edad, bióloga, actualmente ejerce su profesión en evaluación de proyectos y capacitación en el campo. Práctica la religión católica, soltera, vive con su familia ocupa el séptimo lugar en ésta.

Yolanda se entera del grupo por medio de un programa de radio, en parejas desaparejas, hace 8 años. Acontecieron varios sucesos para que se insertara al grupo comedores compulsivos, lo refiere de esta manera:

“ fue una fuerte depresión, las ganas de no querer vivir, el sentirme muy mal, y no propiamente con la forma de comer sino con los padecimientos que ya traía ésta. Que eran el estreñimiento, unas hemorroides y sangrados ya muy fuertes, éstos eran del diario, si cada vez que iba al baño era estar llorando al defecar y sangrando, siento que fue más que el peso, lo que me había ya causado mi forma de comer.

La depresión duro de 2 a 3 años aproximadamente, termine la carrera en el 94, y de ahí venía la tesis, el empezar a trabajar y demás. Y no pude hacer la tesis fue un periodo que me llevo, a la depresión, al no poder hacer la tesis, el no encontrar trabajo, el sentirme frustrada, yo siento que tenia muchas expectativas al salir de una carrera y espere mucho pero no pude hacerlo, me quedaba paralizada para hacer las cosas y siento que fue eso lo que me trajo a comer mucho, como consecuencia fueron los padecimientos que tuve intestinales. Me sentía fracasada dentro de la familia, por el miedo a buscar un trabajo, y empecé a buscar trabajo y empecé a no encontrarlo, así como a ver muchas puertas cerradas, bajos sueldos, el buscar y no encontrar y entonces sentí que era como que mala suerte y todo eso siento que me llevo a un estado de depresión. Mi vida era salir con el novio y estar en casa viendo la T.V. y comiendo, eso fue un periodo que a la larga esa forma de comer me empezó a causar colitis, gastritis, reflujo y las hemorroides. Yo creo que ya llegó un momento en que sentí que ya no era normal, que coincidió con ver escuchado un programa de radio, que era una depresión y que era una forma compulsiva de comer, que no me sonaba normal, pero a la vez algo sentía que yo me identificaba con ese caso que se estaba tratando”.

Yolanda hace mención de cómo eran sus depresiones:

“En mis depresiones yo fui una floja para hacer las cosas, era llorar de repente y por nada, era estar muy sensible a lo que pasara sobre todo como identificarme con muchas personas o situaciones en las cuales yo sentía que estaban muy necesitadas porque las abandonaban o como que tenían razón de estar enojadas porque era como una forma de sacar tu coraje, en mi depresión fue a empezar a comer así en total desorden, fue el insomnio, yo nunca había padecido de insomnio y empecé a padecerlo, que fue media hora en la noche hasta 3 ó 4 horas me dormía en la tarde, en la noche me la pasaba llorando y la neurosis, yo estaba con mi familia enojada, y afuera, mi carácter era de, ya búscate algo o has algo pero salte de aquí, en mi casa me decían vete a un grupo de neuróticos, el subir de peso fue otro síntoma, el estar comiendo y sufriendo, yo creo que sufriendo por todo”.

Yolanda pertenece al grupo comedores compulsivos desde hace 6 años 8 meses; comenta que nunca se fue de él, haciendo mención así:

“Al principio me costo trabajo integrarme, fui muy inconstante pero ya a partir de ahí, no me he ido, el papel dentro del grupo que desempeño, soy un miembro y tengo un servicio en el distrito éste es un órgano del servicio, su función principal es el apadrinamiento a grupos, la capacitación a grupos y el apadrinamiento sobre todo al servicio.

En el grupo comedores compulsivos asisto por cuestiones de trabajo una vez a la semana a veces ninguna, al inicio asistía de 3 a 4 veces por semana. El grupo me a regalado muchisisimas cosas, en la parte física a sido bajar de peso, ya no hay estreñimiento, los trastornos gástricos que yo sentía, esa inflamación, las hemorroides ya no están; me a dado tranquilidad, me a dado ganas de vivir porque yo no le veía un fin a la vida, yo decía para que vivir y el día de hoy yo siento que si, yo tengo muchos deseos de vivir; me a dado el poder conocerme dentro del grupo, me ha permitido conocer muchas cosas que yo no me había permitido conocer, que ni siquiera me había dado cuenta

que sentía, el irle poniendo nombre a muchos sentimientos que yo no sabía que eran, el grupo me regaló el empezar hacer cosas que yo no podía por ejemplo el terminar la tesis, el hacer mi examen profesional, tener el día de hoy un título, me regaló primero el detectar muchos miedos, segundo enfrentar muchos de éstos. Me regaló yo creo como el sentirme mejor con migo misma y otra situación particular, aunque tengo una religión, adquirí una concepción muy distinta de un Dios como el que yo creía; yo siento que aceptación de mi misma y un tanto el empezar a tratar de ser para la gente o la vida como es”.

Yolanda antes de pertenecer al grupo comedores compulsivos tenía una forma desordenada de comer donde lo refiere de esta forma:

“Comía frutas y verduras siempre lo he comido, sólo que en demasiada cantidad, guisados los normales dos veces o triple, me encantaban los elotes en diversas formas, esquivos hervidos, asados por ejemplo yo era mucho del pan en la comida, en la cena, en el desayuno, sino todo el día, si podía comía muchos pingüinos, mamut , me encantaban los cacahuates japoneses eran más carbohidratos que grasas, sobre todo el pan galletas.

Variaba mi forma de comer, empieza a darse muy evidente a los 20 años y de ahí fueron como 4 años que sólo comía un poquito más pero a los 24 años yo compraba comida en cantidades para mi sola y entonces empezaba a comer por ejemplo, del desayuno a la comida no había mucho problema como que podía aguantar o comer poco, pero de la comida a la cena llego un tiempo que yo comía todo el tiempo, desde antes de empezar a comer hasta que me iba a dormir, era estar comiendo, entonces la verdad ni siquiera tenía conocimiento de cuanto me estaba comiendo realmente, sólo se que si comía viendo la T.V. Cuando si salía a la calle, si estaba en mi cuarto, si era la hora de la comida, yo me sentía llena y sin embargo comía y terminaba de comer y me sentaba a ver la T.V. por qué otro síntoma de mi depresión era quedarme a ver la tele de 2 a 3 horas las novelas y yo lloraba viendo las novelas y ahí me la pasaba sentada comiendo”.

Los lugares donde comía más frecuente era en la sala, cocina y cuando salía con la pareja.

Yolanda tenía restricción de alimentos sólo cuando hacía dietas, lo comparte de esta manera:

“Cuando yo podía con dietas si me restringía de alimentos, yo hacía ayunos por ejemplo había días que sólo comía jugos de naranja y papaya, y si podía entonces quitaba carbohidratos, quitaba grasas y todo lo quitaba, la carne. Luego cuando hice dietas naturistas era la carne, alimentos chatarra, y nada más eran frutas, verduras y cereales enteros y cuando estaba comiendo en una forma que no me podía detener ya no podía restringirme de ninguno aunque yo quisiera.

Entonces hacía ayunos, lavados de intestinos, dietas, en los lavados utilizaba 1 litro de agua con sal. Yo como tenía hemorroides me mandaban enemas, a mi me encantaban, incluso a penas tuve uno por unas radiografías que me hice y a mí me encanto, yo soy muy asquerosa para vomitar, si yo pudiera si vomitaría pero me da mucho asco, pero sacarlo por el ano no, me encanta es algo que apenas, no tiene ni dos semanas, me di cuenta que me gusta hacerme enemas, y ahora yo si puedo y te aguanto 2 litros de agua yo prefiero que sea así. siento que saco todo lo que puedo tener ahí, que se limpia mi cuerpo y no voy a poder comer ni antes ni después, yo realizaba purgas, le echaba aceite de resinó con jugo de naranja y luego en la noche realizaba un enema y al otro día otro. La verdad es la sensación de decretar de sacar excremento a mi me gusta”.

En el proceso de su vida Yolanda realizó varios tratamientos para bajar de peso lo menciona de esta manera:

“ Cuando tenía 20 años empecé a comer compulsivamente, yo pesaba 52 kilos, y siempre fue el peso que me gusto, de ahí con un rompimiento que tuve con un novio, siento que empecé con mi depresión desde ahí fue muy notorio y empecé a subir de peso, me acuerdo que fueron 2 kilos y me sentía muy incomoda subí a 55 y me sentía mal, cuando alcancé los 58 yo empecé hacer mis dietas por que empecé a caminar y me agitaba, subía escaleras y me sentía gorda y de ahí realicé dietas con ayunos, en pese hacer dietas naturistas, me laxaba con la linaza, me tragaba el salvado, me compraba por medios kilos las ciruelas pasas, la papaya las acelgas para mi eran magníficos laxantes; nunca me gusto nada de químicos yo creo un tanto por la carrera, como que todos los productos que veía por la T.V. me llamaban la atención pero ninguno me atraía por el daño que causa al organismo, yo cuestionaba mucho esto; a mi no me atraía nada de eso. Pero yo fui en una ocasión con un médico naturista por mi estreñimiento y mi hemorroides, entonces al momento que entre me peso y me dijo que me iba a dar una dieta para mejorar mi alimentación, yo me puse feliz porque sentí baja de peso, me dio una dieta que fue a base de puros jugos, tes preparados de hierbas, cereales y yogurt, me quito carne, tortillas, pan, grasas, carbohidratos; con esa dieta baje 8 kilos en dos meses, yo estaba perfecta, en la escuela me decían que me veía muy flaca que me veía bien y esa dieta para mi fue como la maravilla, pero volví a empezar a comer y subí otra vez de peso y trate de empezar otra vez la dieta y ya no pude, porque me ganaba el deseo de comer y entonces fue mucho tiempo que empecé a decir a hora si, ya la voy hacer, el lunes si, el mes que entra la voy a empezar, el principio de año la voy a empezar, y ya no pude, y la empecé hacer pero a medias o sea comía le empecé a meter tortilla, tratando con los tes pero ya no pude hacerla. Otra técnica que utilice fue el barro, me ponía cataplasmas de barro en el vientre, me ponía locuras, a hora que lo veo, recuerdo que un amigo me dijo que con semillas de papaya debajo de la lengua bajabas de peso y entonces así yo lo hice.

Me acuerdo que había unos aretes que según tenían alguna función que te inhibían el apetito, pues yo me los puse, que no me hicieron nada, había una bolita que tallabas y yo me la colgué y no creo sinceramente no creía, pero como en el fondo de mi, yo esperaba que me convenciera viéndome baja de peso qué si funcionaba esto; yo empecé a coleccionar dietas, hasta no poder, yo empecé hacer de todas las dietas que yo veía, las coleccionaba pero nada más eran las que me llamaban la atención, porque la parte científica como que se ponía mucho, yo buscaba como incrementaba mi metabolismo porque yo decía es que debe ser por ahí por que por eso no bajo de peso es mi metabolismo que es muy lento qué alimentos como, que me ayuden a metabolizar más rápido o cómo como, cómo combino mis alimentos porque las otras dietas unas se me asían muy caras u otras yo decía voy a subir como que yo buscaba la dieta adecuada pero ya no pude”.

Yolanda empezó en la juventud a realizar dietas, nunca tomo anfetaminas, ya que consulto a un naturista y por sus estudios le daban desconfianza, sin embargo ingirió te de hierbas, esto no le trago consecuencias nocivas para su salud; ella lo refiere así:

“Ningún efecto propician en mí sólo un tónico hepático, me puso las manos amarillas, de ahí en fuera lo que yo sentí fue que me curaron del estreñimiento”.

Cuando realizaba dietas bajaba de peso, posteriormente lo recuperaba y algunos kilos de más, lo menciona así:

“Baje de peso 8 kilos en dos meses; después los subí, yo si me identifico 52,55,58,60,63,y 65 kilos de repente yo tenia la intención de iniciar pero no podía yo recuerdo que decía hoy empiezo y empezaba bien en el desayuno pero comía demás, decía mañana empiezo hora si, así me la pase y ya no pude hacer dietas. Y siento que eso a sido bueno en mi, por un lado porque esto fue como un no poder desde el principio. Lo único que veo es que era más fuerte el deseo de comer; yo cuando tuve un primer novio que fue con el que trone y que empecé con una depresión y luego de ahí empecé a comer mucho, tenía la idea que cuando yo estaba con alguien que me sentía querida, que lo quería yo estaba feliz, no tenia ganas de comer y cuando me sentía triste me daban ganas de comer, sentía que emocionalmente andaba mal en ese tiempo, no tenía una actividad que me sacara de la casa. que me permitiera en un momento no estar ahí con lo que tenía más a la mano era la comida”.

En la actualidad Yolanda no tiene ningún alimento prohibido si puede comer todo pero con reserva y lo expresa así:

“Algunos alimentos evito, mira en mi caso y con el grupo, yo me doy cuenta que los alimentos que me compulsan son cuando ando mal, antes algún alimento me compulsionaba mucho y ahora ya no, hay unos que he descubierto que los comía en cantidad y no pasaba nada y a hora si pasa. Mis alimentos que trato de evitar son las semillas de calabaza, el café negro, el café con crema para mi es peligroso si yo voy a una cafetería me puedo comer 6 tazas de café o cofimey. Para mi no están prohibidos pero cuando siento que es así como un deseo de no poder estar con una taza y a veces me paro; prefiero no comerlo; los lácteos los quesos o las cremas me causan mucha adicción, las pastas que llevan mucha crema o las ensaladas que llevan leche y piña en almíbar, no son reprimidas y si las como yo, me he dado cuenta de que cuando me privo de ello es una total ansiedad que termino comiendo compulsivamente o en gran cantidad, entonces no me privo pero si procuro que cuando ando mal o cuando ando obsesiva con un alimento hablo de él antes de comérmelo, cuando lo como si estoy bien me siento tranquila, disfruto el alimento, me siento bien. Cuando como compulsivamente siento ansiedad siento culpa al comerlo son dos cosas, placer y culpa o sea el placer y la culpa momentánea, siento que eso no me esta asiendo sentir bien, por ejemplo antes de llegar al grupo a mi la comida me satisfacía, me calmaba, o simplemente la comía y me asía sentir bien, pero ahora si como de más me produce culpa”.