



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

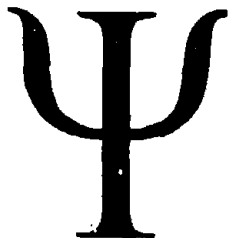
FACULTAD DE PSICOLOGIA

RELACION ENTRE LA PRESENCIA DE CONDUCTAS
ALIMENTARIAS DE RIESGO CON LA DEPRESION Y EL
AMBIENTE FAMILIAR EN ESTUDIANTES DE EDUCACION
MEDIA Y MEDIA SUPERIOR.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :
ALMA DELIA CASTILLO VALDEZ



DIRECTOR DE TESIS:
MTRO. JORGE AMETH VILLATORO VELAZQUEZ

MEXICO, D.F.

2005

m. 341013



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.

izo a la Dirección General de Emisiones de la
si a diuadir en formato electrónico e impreso al
titulado de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Alma Delia Castillo
Valdez
FECHA: 15-02-2005
FIRMA: AA

AGRADECIMIENTOS

Para la realización de este trabajo, agradezco el apoyo brindado por el
CONACYT,
a través del proyecto número
42092-H
al Instituto Nacional de Psiquiatría,
División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales,
A través del proyecto número 4316N.

Agradezco sincera y especialmente al Mtro. Jorge Villatoro por la confianza, guía y conocimientos aportados. Por lo que hoy es una lección de vida para mí.

Deseo agradecer a la Lic. Blanca Girón por la paciencia, atención y tiempo dedicado a la revisión de este trabajo.

Al Mtro. Alberto Córdova, a la Lic. Leticia Echeverría y a la Lic. Miriam Camacho, por su apoyo, observaciones y dedicación.

DEDICATORIAS Y AGRADECIMIENTOS

Quiero dedicar esta tesis a mi familia pero en especial a las dos mujeres más importantes en mi vida: Rosa Ma. Valdez e Imelda Alatríste. Porque me han nutrido para luchar por mis sueños y mi felicidad. No tengo palabras para expresar mi agradecimiento por todas las bendiciones que he tenido junto a ustedes. Gracias por estar conmigo y por compartir los momentos más importantes, por ser valientes y no rendirse, las quiero muchísimo.

A mis hermanos Adrian y Fernando gracias por existir y ocupar un lugar muy especial en mi corazón. Los quiero más de lo que se imaginan.

A mi papá por los momentos en que me has ayudado, gracias. Te quiero.

A mis tías por su apoyo y afecto constante, gracias por estar ahí cuando lo he necesitado.

Gracias también a todas y cada una de las personas que me brindaron su apoyo, afecto y comprensión a lo largo de este proceso y en general en mi formación como persona.

Finalmente, doy gracias a Dios por permitirme disfrutar de este logro y por todo lo que tengo y lo que soy.

INDICE

RESUMEN.....	1
INTRODUCCION.....	2
CAPITULO 1 ADOLESCENCIA	
1.1 Definición de adolescencia.....	5
1.2 Cambios físicos en la pubertad y la adolescencia.....	6
1.3 Cambios psicológicos.....	9
1.4 Cambios sociales.....	12
1.5 Adolescencia y familia.....	14
CAPITULO 2 TRASTORNOS ALIMENTARIOS	
2.1 Definición de trastornos alimentarios.....	17
2.2 Aproximaciones o enfoques sobre los trastornos alimentarios.....	22
2.2.1 Teoría del set point, regulación fisiológica del peso corporal y determinación del peso adecuado.....	22
2.2.2 Hipótesis de la externalidad.....	23
2.2.3 Modelo conductual del aprendizaje.....	23
2.2.4 Hipótesis de la ingesta emocional.....	24
2.2.5 Modelo de regulación de trastornos afectivos.....	24
2.2.6 Teoría del desarrollo.....	25
2.2.7 Modelo psicosocial.....	25
2.2.8 Modelo tridimensional.....	27
2.2.9 Modelo del continuo.....	27
2.3 Algunos factores asociados a los trastornos alimentarios	
2.3.1 Depresión.....	28
2.3.2 Ambiente Familiar.....	32
2.3.3 Otros Factores relacionados.....	34
CAPITULO 3 METODOLOGIA	
3.1 Planteamiento del problema.....	37
3.2 Hipótesis conceptual.....	37
3.3 Objetivos.....	37
3.4 Definición de variables.....	38
3.5 Población y muestra.....	39
3.6 Instrumento.....	41
3.7 Procedimiento.....	43
3.8 Análisis Estadístico.....	43
CAPITULO 4. RESULTADOS.....	45
CAPITULO 5. DISCUSION Y CONCLUSIONES.....	50
REFERENCIAS.....	57
ANEXO 1.....	63

RESUMEN

En la adolescencia suelen plantearse distintas formas de comportamiento y problemas a nivel individual y familiar, que a su vez adquieren un peso y un matiz de acuerdo a la sociedad a la que se pertenece. Por ello, en el campo epidemiológico y de la salud mental resulta importante conocer de manera particular las características de los problemas que presentan los adolescentes mexicanos. En especial aquellos que los ponen en riesgo de desarrollar trastornos mentales (como los trastornos de la alimentación y la depresión) que sin duda implican un costo personal y social importante.

Objetivo: En la presente tesis se aborda la relación entre las conductas alimentarias de riesgo, la depresión y el ambiente familiar en estudiantes de educación media y media superior del Distrito Federal. **Método:** La muestra estuvo compuesta por 3293 hombres y mujeres entre los 12 y 19 años, estudiantes de nivel medio y medio superior de la Ciudad de México. El instrumento utilizado fue un cuestionario previamente validado y estandarizado para esta población. Se utilizan áreas específicas como los datos sociodemográficos y las secciones de trastornos de la alimentación así como la sintomatología depresiva de la forma A.

Resultados: Se encontró que los hombres de nivel secundaria y las mujeres de bachillerato técnico. Presentaron el mayor porcentaje de conductas alimentarias de riesgo. Es notable que la sintomatología depresiva sea mayor en las mujeres y en aquellos que presentan conductas alimentarias de riesgo. De las áreas del ambiente familiar, los sujetos con conductas alimentarias de riesgo presentan un nivel mayor de hostilidad y rechazo que aquellos que no y en especial la población masculina. De la comunicación del hijo, el apoyo de los papás y del apoyo significativo del hijo es relevante el que los adolescentes que no presentan conductas alimentarias de riesgo reporten un mejor nivel con respecto a los que si las presentan. Por otra parte, el nivel de comunicación de los papás percibido por los adolescentes que presentan conductas alimentarias de riesgo es similar a los que no las presentan y se reporta como bueno.

Conclusiones: A partir de estos resultados, se presenta la necesidad de seguir investigando las tendencias de esta problemática y la instrumentación de programas en la escuela que sirvan para la prevención de los trastornos de la conducta alimentaria, y considerar el involucramiento de la familia como red de apoyo para los adolescentes.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia representa un período decisivo en el desarrollo del ser humano, por lo que resulta importante y necesario el abordaje de los cambios y situaciones que impactan su adaptación individual, interpersonal y social.

En México, la investigación epidemiológica ha enfatizado que la población adolescente está en riesgo de presentar diversas problemáticas sociales que afectan la salud mental. Debido a que la conducta alimentaria es básica para la supervivencia y el funcionamiento general de las personas, su estudio adquiere un lugar prioritario.

El abordaje de los trastornos alimentarios es reciente (al menos en nuestro país), se ha “venido desarrollando de manera sistemática hace aproximadamente 10 años” (Unikel y Gómez-Peresmitré, 2004). Esto se debe a que se ha “incrementado en mayor medida su incidencia en los últimos años, hecho que se ve reflejado indirectamente en el número de nuevos casos atendidos en unidades especializadas” (Turón, Fernández y Vallejo, 1992 citado en Fernández y Turón, 2001).

Su estudio va desde la construcción, validación y utilización de instrumentos (empleados en algunas investigaciones como las de: Vázquez, Alvarez y Mancilla, 2000; García, Vázquez, López-Álvarez y Arcila, 2003, entre otras), hasta el trabajo en prevención, tratamientos y apoyos psicosociales que se aportan a través de instituciones de salud, la escuela y por supuesto la familia.

Se ha señalado en diferentes estudios (Garner & Garfinkel, 1980; Hamilton, Brooks-Gunn & Warren, 1985; y Szmuckler, 1985 citado en Unikel, Mora y Gómez-Peresmitré, 1999) que existe predisposición al desarrollo de desórdenes alimentarios en personas donde hay presión por mantener un cuerpo delgado en las que además existe un alto grado de competitividad como son el modelaje y la actuación, actividades deportivas y artísticas como son el ballet, la gimnasia y el patinaje.

Sin embargo, se ha visto que los desórdenes alimentarios no son problema exclusivo de las mujeres jóvenes; en los hombres por ejemplo, se destaca la sintomatología característica de la bulimia y esto se asocia principalmente con problemas de tipo emocional (Alvarez, Franco, Vázquez, Escarria, Haro y Mancilla, 2003). La población infantil también se ve afectada, si bien no presentando un trastorno como tal, sí llevando a cabo conductas que los ponen en riesgo de desarrollar este tipo de trastornos. Al respecto, Feldman (2000) menciona que “se han realizado varios estudios con alumnos de diferentes grados de primaria y se ha encontrado que desde la edad de los seis años éstos tienden a asociar estereotipos negativos de personalidad con las personas pasadas de peso, lo que les genera gran preocupación por estar gordos. Asimismo, tienen gran conocimiento de métodos dietéticos y alimentos bajos en calorías mucho antes de llegar a utilizarlos”.

En población escolar del Distrito Federal, se sabe que el 1.5% de los hombres de 13 a 15 años y 2.2% de los 16 a los 18 años se encuentran en riesgo de desarrollar una

patología alimentaria, mientras que en las mujeres, estos porcentajes llegan hasta 5.4% en las de 13 a 15 años y a 16.1% en las de 16 a 18 años (Unikel, Saucedo, Villatoro y Fleiz, 2002).

"De acuerdo a las evidencias a las que se tiene acceso, las conductas alimentarias de riesgo se encuentran entre los padecimientos psiquiátricos más comunes en mujeres jóvenes, siendo más recurrente su inicio entre la adolescencia temprana y el final de ésta" (Camacho e Iniesta, 2003) provocando desajustes en la vida individual y en las relaciones sociales.

Se resalta además que los trastornos de la alimentación como enfermedad, no se presentan de manera aislada respecto a otras patologías, siendo asociados a diversos factores que incluyen síntomas neuróticos, depresivos y características obsesivas de la personalidad (Patton, Johnson-Sabine, Wood, Mann y Wakeling, 1990). Incluso se dice que el desarrollo de estos trastornos está íntimamente relacionado con pautas anormales de interacción familiar, y que un tratamiento de éxito debe comprender la resolución de problemas familiares subyacentes (Bruch, 2002).

Es decir, existe una amplia variedad de factores asociados con los trastornos alimentarios. Dada esta complejidad y por fines prácticos, en el presente trabajo nos enfocaremos específicamente a los trastornos alimentarios y su posible relación con la depresión y el ambiente familiar, ya que los datos reportados hasta el momento se consideran básicos y resulta pertinente actualizar (en lo posible) la información.

En los últimos años se ha reconocido a "los trastornos depresivos, como trastornos del estado de ánimo acompañados de cambios biológicos, conductuales y cognitivos, son los trastornos mentales más frecuentes en la población general y en los centros de salud" (Weissman y cols., 1996 citado en Weissman, 2002).

Se ha propuesto que "existen varias hipótesis para explicar como pueden relacionarse entre sí las depresiones y los trastornos de la alimentación" (Berlanga, 1993). Braun, Sunday y Halmi (1994) reportaron en pacientes con desórdenes alimentarios, que el 63% de ellos tenían historia de algún desorden afectivo, y la mitad habían experimentado uno o más episodios de depresión mayor.

Aunado a lo anterior, se considera "que la familia, hoy en día, tiene muchos problemas y dificultades relacionados con la educación y formación familiar, lo que lleva a que atraviese por graves conflictos que suelen orillarla a crisis. Son múltiples los factores, tanto internos como externos los que están minando la autoridad paterna y entorpeciendo la adecuada comunicación en el seno de la familia y especialmente la interacción con los hijos adolescentes" (Dulanto, 2000).

En el ambiente familiar encontramos ya desde 1975 modelos como el de: "La Familia Psicósomática de Minuchin que aporta una descripción de las características familiares que propiciaban un trastorno psicósomático como la anorexia, estas familias compartían cuatro patrones de interacción: sobreprotección, rigidez, carencia de

resolución de conflictos y una elevada implicación interpersonal" (Vázquez y Raich, 1998); además de investigaciones recientes que reportan que: "los problemas familiares son la causa principal para presentar conductas alimentarias riesgosas en hombres y mujeres" (Camacho e Iniesta, 2003).

Esto indica que, la familia, la sociedad y el adolescente en conjunto, se ven en la necesidad de enfrentar distintos problemas como: los trastornos de la alimentación y el malestar emocional, entre otros.

Por todo lo anterior, en el presente trabajo se tiene como objetivo:

A) Presentar la prevalencia de las Conductas Alimentarias de Riesgo y B) conocer su relación con la Depresión y el Ambiente Familiar, en estudiantes de educación media y media superior del Distrito Federal.

Con la finalidad de visualizar el impacto de dicha problemática, previendo las intervenciones necesarias en edades tempranas, a nivel del núcleo familiar y escolar considerando las consecuencias a corto y a largo plazo. Pues la comprensión de estos trastornos permitirá una diferenciación sociocultural que genere información concordante con la realidad de los adolescentes mexicanos, descubriendo sus problemas y necesidades específicas, así como las posibles vías de solución.

CAPITULO 1 ADOLESCENCIA

1.1 Definición de adolescencia.

A través del tiempo el estudio de la adolescencia ha sido enfocado de diferentes formas. Fuentes (1989) menciona que es con Rousseau en donde encontramos los primeros intentos de estudio de la psicología del adolescente con ciertos criterios de rigor científico, influido fuertemente por el positivismo entonces en boga. En 1891, Burnham publica su conocido trabajo "The study of adolescence", dando comienzo a una serie de indagaciones continuadas por Hall, quien en 1904 destacó vívidas descripciones de comportamiento de esta edad en su libro "adolescencia". Por su lado la escuela alemana aportó una visión renovada y con un criterio ya no solamente experimentalista sino también sociológico en torno a la evolución psicológica del individuo. En Suiza, destacó Jean Piaget, de quien son relevantes sus estudios acerca de la evolución del pensamiento abstracto, el lenguaje y la elaboración simbólica. Con todo esto se da amplitud a las áreas o factores individuales y socioculturales que intervienen en el desarrollo del adolescente; convirtiéndose en un concepto que recubre distintas realidades, experiencias y, por tanto, diferentes vivencias y valoraciones.

El término *adolescencia* hace alusión al "período de crecimiento y desarrollo humano que transcurre entre la pubertad y la edad juvenil. Su aparición está señalada por la pubertad, pero la aparición de este fenómeno biológico es únicamente el comienzo de un proceso continuo y más general, tanto sobre el plano somático como el psíquico, y que se prosigue por varios años hasta la formación completa del adulto" (Merani, 1979).

Para Guelar y Crispo (2000), la adolescencia es un tiempo de transición. Etimológicamente la palabra "adolescente" proviene de *adolescere*: de falta y en latín, *ad*: hacia y *olescere*: forma de *olere*; de crecer, que en conjunto significa transición o proceso de crecimiento.

Se puede decir que hacia los once o doce años, los niños se acercan a esta etapa del desarrollo, sin embargo no existe una edad precisa que establezca el inicio.

De acuerdo con Serrato (2000) la adolescencia se prolonga desde que comienza a producirse la madurez sexual, hasta que la persona alcanza la condición social de adulto independiente, finalizando hacia los dieciocho años de edad.

Se le llama pubertad a la madurez biológica y adolescencia al período que le sigue para encontrar la madurez emocional y social. Según Cralg (2001) en la cultura moderna la adolescencia abarca un período de por lo menos 10 años y tanto su inicio como su final son poco precisos.

Para Dulanto (2000) este proceso de tránsito se determina por varios factores que son: la vida en familia, la experiencia escolar, el marco cultural que ha estructurado el

mundo social para la puesta en práctica de normas y límites que forman la base educativa y explican la experiencia de vida comunitaria, y las condiciones económicas y políticas que imperan en la generación que pasa por la experiencia de ser adolescente. A continuación revisaremos algunos aspectos que enmarcan y caracterizan dicho período.

1.2 Cambios físicos en la pubertad y adolescencia.

El primer aspecto que se debe considerar es que la maduración física es un proceso continuo que acompaña al ser humano en cada una de las etapas de la vida y que tiene distintas implicaciones en cada una de ellas.

Debido a que no existe un acuerdo universal y estricto para situar cronológicamente a la adolescencia, se hace una separación de lo que es el proceso fisiológico y aquel en el que intervienen las emociones, recursos personales, familiares y sociales, denominando al primero como pubertad y al segundo como adolescencia. Cabe mencionar que esta separación tiene que ver más con fines didácticos y prácticos, que con una separación tajante y excluyente en el plano real (Dulanto, 2000).

Para comprender mejor dicho proceso hemos de tener en cuenta que la maduración orgánica en general permite lograr ajustes bioquímicos del organismo y su composición corporal. Gracias a esto es que se da la producción de hormonas procedentes de la adenohipófisis que facilitan la maduración de las gónadas en los y las adolescentes. Por ejemplo, encontramos que en niños escolares y próximos a la pubertad, la hormona luteinizante se secreta de manera pulsátil pero con menor frecuencia y por tiempo breve en comparación con lo que ocurre con púberes y adolescentes con madurez física (18 a 19 años) o en personas adultas. La función de la hormona luteinizante en el varón consiste en producir la conversión de fibroblastos inmaduros pubescentes en las células de Leydig testiculares. En las mujeres favorece la formación del cuerpo lúteo, la producción de progesterona y el desarrollo de células de la teca en los folículos ováricos, de esta forma el cuerpo del niño o la niña, se transforma hasta tener una nueva geografía hormonal y por ende la obtención de la madurez sexual.

A grandes rasgos en el proceso puberal se dan los siguientes cambios físicos:

1. crecimiento y maduración del aparato genital
2. aparición de los caracteres sexuales secundarios
3. crecimiento acelerado del sistema musculoesquelético y
4. adquisición de la capacidad de procreación (op cit).

Al respecto Tañer y Marshall (en Dulanto, 2000) proponen 5 etapas para describir la maduración de los adolescentes:

Etapa I.

Corresponde a la prepubertad.

Sexo femenino: hay elevación de la papila mamaria y la areola es rosada.

Sexo masculino: los testículos, el escroto y el pene poseen casi las mismas dimensiones que en la infancia; el volumen testicular medio es de 3cm^3 medido por el orquidómetro de Prader.

Ambos sexos: no existe vello púbico; el vello encontrado es semejante al que cubre la pared abdominal.

Etapa II.

Sexo femenino: hay protusión del pezón; surge el primer crecimiento del botón mamario y de la aréola del pezón. Puede iniciarse la pigmentación.

Sexo masculino: crecen los testículos y el escroto; este se arruga, cambia de aspecto y empieza a pigmentarse. Hay poco impulso del crecimiento del pene. Los testículos registran un volumen de 3 a 5cm^3 en la evaluación hecha mediante el orquidómetro.

Ambos sexos: el vello púbico inicia su crecimiento en la raíz del pene en varones y en la parte superior de los labios mayores en mujeres. Es fino, largo y ligeramente pigmentado.

Etapa III.

Sexo femenino: la glándula mamaria crece de manera acelerada. El pezón crece al igual que la aréola, pero no se eleva sobre la mama. En la región pectoral hay acumulación de tejido adiposo y también incremento del parénquima glandular.

Sexo masculino: el pene se desarrolla en sentido longitudinal. El crecimiento del escroto y testículos continúa de manera acelerada; el tamaño de estos últimos es de 5 a 8cm^3 en la valoración con el orquidómetro de Prader.

Ambos sexos: el vello púbico aumenta de cantidad, se hace fuerte, rizado y pigmentado. También se extiende sobre la superficie púbica.

Etapa IV.

Sexo femenino: el pezón y la aréola se levantan sobre la superficie de la glándula mamaria para ampliar su diámetro y formar un segmento diferente a la glándula mamaria. Aumenta el tejido adiposo como base de los lóbulos mamarios que son turgentes y casi como en las adultas.

Sexo masculino: el pene continúa en crecimiento longitudinal y de manera acelerada, en grosor. El glande se desarrolla, y continúan agrandándose los testículos y el escroto; este también se pigmenta cada vez más. El orquidómetro registra entre 8 y 15cm^3 de volumen testicular.

Ambos sexos: el vello púbico adopta características propias del sexo y de la edad adulta, pero en extensión cubre un área inferior a la del adulto. No se extiende hacia regiones colindantes.

Etapa V.

Sexo femenino: el pezón se proyecta y pigmenta, y la aréola retrocede respecto de la glándula mamaria. Los elementos glandulares se desarrollan por completo. Los genitales externos son casi como en el adulto.

Sexo masculino: los genitales adquieren forma y tamaño de tipo adulto. El pene deja de crecer. La evaluación del desarrollo del testículo con el orquidómetro de Prader muestra variaciones entre 15 y 25cm^3 .

Ambos sexos: en varones el vello púbico tiende a cubrir la cara interna de muslos, región perineal y abdominal. En mujeres deja de extenderse.

Así es como los factores genéticos marcan el inicio y la velocidad de las modificaciones que darán como resultado un funcionamiento hormonal diferente al de la infancia, provocando la aparición de dos hechos significativos: la menarquía (o primera menstruación) en las mujeres y la espermarquía (originando una mayor cantidad de espermatozoides) en los hombres, y con ello la posibilidad reproductiva para ambos sexos. Sin embargo estos factores no son los únicos que se involucran, también se considera a la nutrición un factor básico, ya que a través de ella se logra un equilibrio que permite a los tejidos crecer en armonía acorde a esta etapa del desarrollo. Se sabe que una alimentación deficiente ocasiona alteraciones en el crecimiento del niño y del preadolescente. Específicamente en la relación de los huesos que conforman el esqueleto, ocasionando imágenes corporales carentes de armonía (Dulanto, 2000).

Esta situación da relevancia a aspectos tales como la examinación de tipo somático por parte del adolescente. Algunos se someten a dietas, otros inician regímenes de acondicionamiento y vigor físico. El peso, la estatura y la complexión son preocupantes para los jóvenes, viéndose afectada así su imagen corporal; definida por Ausubel y Sullivan (1999) como la "representación mental que cada individuo tiene de su propia apariencia en el espacio". Estos autores proponen que esta representación comprende factores tales como: la estatura, el peso, la estructura corporal y el aspecto facial. Por lo común desde la niñez hasta la preadolescencia, la imagen corporal cambia imperceptiblemente por que el propio cuerpo se altera de igual manera. Las pequeñas modificaciones en la apariencia y los aumentos cuantitativos en la estatura y el peso se absorben con facilidad dentro de la representación que se forma el niño de su propio físico, o sea que no precisa efectuar revisiones radicales. Pero durante la adolescencia es necesario hacer una reestructuración consciente y global de la imagen corporal a fin de asumir los cambios drásticos que tienen lugar en el tamaño, en las proporciones del cuerpo, en las características sexuales primarias y secundarias y en la apariencia facial.

Otro de los aspectos a contemplar con cuidado en el desarrollo de los adolescentes es: "La presencia de enfermedades crónicas de cualquier índole (por ejemplo, problemas cardiovasculares, diarrea crónica, anorexia entre otros que conducen a la desnutrición) ya que pueden interferir con el adecuado desarrollo del adolescente. De la misma manera, las alteraciones en el proceso del preadolescente o adolescente producidas por autoexigencia en el deporte y otras actividades que requieren de un gran desgaste físico como practicar ballet, pues éstas modifican la composición corporal, disminuyendo la proporción del tejido graso y la masa corporal (Dulanto, 2000).

Es precisamente en esta etapa en donde la conciencia del cuerpo y la metamorfosis que sufre el individuo habrán de repercutir en distintos grados, cada una de las áreas de la vida.

Craig (2001) señala que el adolescente experimenta el placer y el dolor de observar el proceso; con sentimientos alternos de fascinación, deleite y horror el crecimiento de su cuerpo. Porque tanto los hombres como las mujeres vigilan con ansiedad su desarrollo y basan sus juicios lo mismo en conocimientos que en información errónea, se comparan con los ideales predominantes de su sexo y tratan de conciliar las diferencias entre lo real y lo ideal.

De este modo es que el adolescente comienza a mezclar aspectos biológicos y psicológicos en el camino que ha de recorrer.

1.3 Cambios Psicológicos.

Como se ha visto la duración del desarrollo pubescente no elimina las condiciones personales, familiares, psicológicas, económicas y sociales de los jóvenes.

De acuerdo con Craig (2001) los adolescentes interactúan principalmente con otros adolescentes y muy poco con niños más pequeños o con adultos, esto puede tener efectos negativos, pues por un lado se priva de la oportunidad de guiar a los menos conocedores y, por el otro, la separación del mundo adulto significa la pérdida de poder ser aprendices.

Los cambios psicológicos que se producen en la adolescencia constituyen el correlato de los cambios que experimenta físicamente, conduciéndolo a establecer una nueva percepción de su propia persona y del mundo. Esto se debe a que simultáneamente se integran aspectos emocionales, la sexualidad, cambios en el pensamiento y procesamiento de información, exposición a riesgos, etc.

En este camino hacia la madurez psicológica o emocional el adolescente suele enfrentar este paso como un reto que en ocasiones resulta ser más brusco que el cambio físico, pues deberá adaptarse y entender las nuevas formas de relación y comportamiento que se plantean de manera particular, conectando su historia personal con el futuro.

Se produce la expansión de la capacidad y el estilo de pensamiento que aumenta la conciencia, juicio e intuición. Su desarrollo cognoscitivo se caracteriza por el pensamiento abstracto, lo que quiere decir que el joven tiene la capacidad de formular, probar y evaluar hipótesis, requiriendo no sólo manipular lo conocido y verificable, sino las cosas contrarias a los hechos, perfecciona la capacidad de reflexionar, formular estrategias y planear (Craig, 2001).

Por su parte Sternberg (1988, en Craig, 2001) propone que el desarrollo cognoscitivo durante la adolescencia abarca lo siguiente:

- *Empleo más eficaz de componentes individuales de procesamiento de información como la memoria, la retención, y la transferencia de información.
- *Estrategias más complejas que se aplican a diversos tipos de solución de problemas.

*Medios más eficaces para adquirir información y almacenarla en forma simbólica.

*Funciones ejecutivas de orden superior: planeación, toma de decisiones y flexibilidad al escoger estrategias de una base más extensa de guiones.

Este cambio en la cognición del adolescente representa el crecimiento de su inteligencia (Craig, 2001). Por lo que en algún momento el joven se involucrará o interesará por los problemas sociales, políticos y morales.

Para ilustrar otro aspecto particular del desarrollo cognoscitivo, Coleman (1985) señala la descripción de los estadios del desarrollo moral descritos por Kohlberg, que son los siguientes:

Pre-convencional.

Estadio 1: "Orientación castigo-obediencia". Los comportamientos que son castigados son considerados malos.

Estadio 2: "Hedonismo instrumental". Aquí el niño se porta bien a fin de obtener recompensas, para que le devuelvan los favores que hace, etc.

Convencional.

Estadio 3: "Orientación hacia las relaciones interpersonales". La buena conducta es aquella que gusta a los demás o les ayuda y que es aprobada por ellos.

Estadio 4: "Mantenimiento del orden social". La buena conducta consiste en cumplir con el propio deber, mostrar respeto a la autoridad y mantener el orden social por el propio bien.

Post-convencional.

Estadio 5: "Contrato social y/o orientación de la conciencia". Al comienzo de este estadio, el comportamiento moral tiende a concebirse según derechos y niveles generales establecidos por la sociedad, considerada ésta como un todo, pero más tarde existe una creciente orientación hacia las decisiones íntimas de conciencia.

Estadio 6: "Orientación según principios éticos universales". En este estadio existe una tendencia a formular principios éticos abstractos y a guiarse por ellos.

Resulta contrastante poder ver conductas como las anteriores en el adolescente, ya que en ocasiones pueden pasar una temporada de ensimismamiento, creyéndose invulnerables frente a problemáticas como son: la utilización de tabaco, alcohol u otras drogas, los embarazos no deseados, la transmisión de enfermedades por vía sexual como la sífilis, gonorrea, SIDA, entre otras., y las consecuencias que cada una de ellas acarrea especialmente en esta etapa.

Entonces el joven presenta simultáneamente aspectos de niño y de adulto, y esta dualidad en ocasiones provoca inestabilidad y confusión emocional, reflejada en sí mismo y sus relaciones interpersonales.

Aunque no todo es confusión en el adolescente, por ejemplo, Macías (2000) dice que la autoafirmación y la fortaleza del yo empiezan a solidificarse, se asienta la autoestima, la imaginación sufre el empuje del pensamiento y las fantasías se vuelven cada vez más elaboradas. Estas últimas se alimentan de los símbolos de la comunidad, aunque el joven en ocasiones actúe fuera de la lógica.

Así también se coincide en que el adolescente tiene dos grandes desafíos que encarar; el primero es la autonomía e independencia de sus padres, y el segundo formar su identidad, en algunos casos para alcanzar estos dos procesos el adolescente se sirve del conflicto y la rebeldía. No obstante, se sabe que en distintas naciones, la gran mayoría de adolescentes se lleva bien con sus padres y tienen una actitud positiva hacia su familia. En este sentido es importante mencionar que el proceso de interdependencia que existe entre el joven y su familia y especialmente con sus padres no es del todo negativo, pues de esta manera se hacen compromisos recíprocos y se da el apego emocional entre ellos (Craig, 2001).

Para García (2002), la afectividad y la búsqueda de identidad se desarrollan en la medida en que el sujeto cambia, se integra al grupo al que pertenece y asimila los valores del mismo. Al adolescente se le hace imposible vivir sin depender de otros, en especial del grupo de iguales en el que supera su desconcierto personal, intimando sus experiencias en terrenos como la sexualidad y la moralidad por ejemplo.

Para autores como "Erickson (1968) la formación de la identidad es el primer obstáculo que los adolescentes han de superar para realizar una transición exitosa a la adultez. De manera ideal, ingresan a la vida adulta con un sentido estable y coherente de lo que son y como encajan en la sociedad" (Craig, 2001). El adolescente recibe una gran cantidad de actitudes y roles representados a través de distintos grupos de referencia, a los cuales tendrá que copiar, desechar o integrar a lo que terminará siendo su identidad personal.

Marcia (1980, en Craig, 2001) define cuatro estados o modos de formación de la identidad:

Exclusión: se hacen compromisos sin tomar muchas decisiones. Se manifiesta un mínimo de ansiedad; valores más autoritarios y vínculos positivos y sólidos con los otros significativos.

Difusión: Todavía no se hacen compromisos; se tiene poco sentido de dirección; se rehuye del asunto. A veces se abandona la escuela o se recurre al alcohol u otras sustancias para evadir la propia responsabilidad.

Moratoria: se pasa por una crisis de identidad (¿quién soy? y ¿hacia a donde voy?) o por un período de toma de decisiones. Se sufre ansiedad ante las decisiones; se lucha con opciones y decisiones antagónicas.

Consecución de la Identidad: se hacen compromisos después de superar una crisis de identidad. Se tienen sentimientos equilibrados por los padres y la familia; es menos difícil alcanzar la independencia.

Los cuatro estados forman parte del proceso de desarrollo, por lo menos en culturas en las que la adolescencia se caracteriza como un largo período y que estos tienen un impacto profundo en la imagen personal del adolescente y sus reacciones ante el estrés.

El adolescente puede comenzar a operar con las formas de pensamiento adulto, puede comenzar a pensar ya no solo sobre objetos sensibles de los que ha tenido experiencia, sino también sobre objetos posibles y constructos abstractos. La crisis de identidad del adolescente, será entendida como una forma diferente de sentir y vivenciar la propia realidad individual en comparación con la realidad vivida durante la infancia. Fernández (1992; en Cralg) señala que así el adolescente empieza a cuestionarse su propia individualidad y tomar conciencia del mundo exterior.

Al final de esta etapa el adolescente comienza a tener muestras de calma y sus desconcertantes emociones dan lugar a sentimientos más tenues y elaborados (Macías, 2000).

1.4 Cambios Sociales.

El devenir histórico provoca cambios culturales importantes, construyendo las bases o arreglos con que se rige determinada sociedad. Según Philippe Aries, la adolescencia surge como una fase social y culturalmente definida sólo a partir del siglo XIX en Occidente (Castro, 2001).

La transformación de ideas y representaciones sociales dan sustento a la vida social, éstas se aplican también en los adolescentes que si bien parecen distintos a los de otras épocas (como los de las décadas cuarenta a sesentas), al mismo tiempo comparten trazos comunes. Las transformaciones intrínsecas de cada niño al llegar a la adolescencia se conjugan con su medio social y las peculiaridades de éste (Perinat, Corral, Crespo, Llaberia, Font-Mayolas, Lalueza, Larraburu, Martínez, Moncada, y Rodríguez, 2003).

Para poder conocer el impacto que tiene la sociedad sobre el adolescente, Horrocks (1986) considera "necesario conocer algo de la naturaleza del joven como persona, a fin de juzgar lo que puedan ser los resultados conductuales de las influencias de la cultura".

Sin embargo, los intensos cambios que implica la vida actualmente acarrearán otros en las normas, metas y valores, provocando el debilitamiento de los vínculos de relación humana tradicionales como: el parentesco, vecindad y comunidad de tamaño humano, aceptando simultáneamente como valor predominante el individualismo exacerbado. De tal manera que las nuevas generaciones se abren a la vida sin apenas reglas

porque hay un vacío de consenso acerca de normas, metas y valores asociados que regulen la vida social (Perinat, y cols., 2003).

Es innegable que ciertas relaciones o fenómenos sociales afectan como se vive la experiencia de la adolescencia, en las actuales generaciones. Al respecto Castro (2001) hace una apreciación y dice: son parte de la modernidad, la creciente inestabilidad en la relación conyugal, con un incremento en el número de divorcios; una sorprendente y a menudo inexplicable, despreocupación de los hijos por los valores transmitidos por sus padres; y una influencia cada vez mayor de los “pares” en la educación de los jóvenes, tanto como de los medios de comunicación masiva, principalmente la televisión, que hora tras hora penetra en la intimidad de los hogares, moldeando los modos de pensar, de sentir y de comportarse de niños y jóvenes. Por lo que no es extraño, encontrar desajustes, confusión o más aún problemas de salud mental en los adolescentes.

El torbellino del adolescente representa ruptura y confrontación, la primera, se da por el abandono de las identificaciones infantiles y la segunda ante la angustia producida por la autonomía corporal del adolescente frente a su dependencia económica y moral de la familia.

De acuerdo con Gardner (1957 citado en Horrocks, 1986) un aspecto que dificulta al adolescente, la resolución de los conflictos relativos a la moralidad social es el hecho de que la sociedad sea conflictiva en sí misma.

Su búsqueda de identidad está abierta a una profusión de modelos, muchos de ellos más imaginarios que reales. Miran hacia el futuro con la prospectiva de un imaginario cultural colectivo de dimensiones inusitadas: la globalización, la red de comunicaciones mundial, la representación de un mundo en progreso imparable, incertidumbres ecológicas y económicas, entre otras que integran el panorama de comienzos de siglo. A consecuencia de esto, se prolongan los años de estudio y se pospone la entrada en el mercado de trabajo, alcanzando así la independencia económica más cerca de los treinta años que de los veinte (Perinat, y cols., op cit).

Una vez instalada la adolescencia, el rol social en el niño(a) se modifica depositándole una mayor responsabilidad y conciencia respecto a las consecuencias que sus actos pueden tener y la adquisición de nuevas relaciones sociales en distintos contextos.

La actitud de los adolescentes puede ser radical, es decir, el joven puede involucrarse en actividades impuestas socialmente o adoptar la pasividad como su medio de conducción, simbolizando con esto su acuerdo o desacuerdo con dichos arreglos.

El adolescente desarrolla un nuevo significado de lo bueno y lo malo, lo que cree y el valor que tienen las cosas, teniendo regularmente una visión a la que no renunciará fácilmente pues el hacerlo representaría una amenaza.

Los múltiples factores del proceso obligan a ser cautelosos al estereotipar a los adolescentes o a extrapolar los esquemas y pautas seguidos por una misma generación en una cultura dada en el mismo período. Pues se quiera o no reconocer, los países iberoamericanos, son territorio en el que operan diferentes culturas en silencio o abiertamente y no siempre favorecen el que la adolescencia se viva de manera oportuna, adecuada y congruente (Dulanto, 2000).

1.5 Adolescente y Familia.

La familia sigue considerándose como "el centro de socialización infantil y juvenil" (Dulanto, 2000). Se propone que a través de ella se transmiten valores, se da sostén emocional y afectivo, promueve el desarrollo adecuado de sus miembros, los prepara y entrena para la convivencia, enseñando la tolerancia a la frustración, el reconocimiento y disfrute de procesos en general (Guelar y Crispo, 2000).

De acuerdo con Craig, las alianzas entre los miembros de una familia son naturales y sanas; pero es importante que los padres hagan un frente común y establezcan una clara línea divisoria con sus hijos. También deben colaborar para criarlos y corregirlos, ya que un vínculo que excluye a alguno de los progenitores resulta nocivo, pues el que es excluido pierde influencia como agente socializador y figura de autoridad. Además se resalta que las alianzas familiares desempeñan un rol decisivo en el proceso de comunicación.

Se menciona que esta fase del ciclo vital es un período crítico en la historia del adolescente y del resto de la familia (Castro, 2001). Ya que las interacciones en ella son parte de las fuerzas que facilitan y a la vez limitan el proceso, es decir, cuando se da comprensión y afecto durante este período, la transición es menos abrupta, pero cuando se responde con violencia y autoritarismo a las demandas del hijo o hija, la crisis puede agravarse (Macías, 2000). Así podemos entender la importancia que adquiere la atmósfera y actitud que prevalezca entre los miembros de la familia, para favorecer o entorpecer el desenvolvimiento y la conclusión de esta etapa.

La forma que adopte el proceso también se relaciona con el tipo de familia al que se pertenece, pues sin duda y sobre todo en la actualidad, podemos encontrar diferentes y nuevas formas de agrupación familiar.

Las hay tradicionales: padre, madre, hijos; de padres separados que permanecen solos, que viven nuevamente en pareja o que han hecho una nueva elección de pareja homosexual, con hijos que conviven alternativamente con cada uno de sus padres; uniparentales en las que solo hay contacto con uno de los padres porque el otro ya falleció, porque no lo conocieron nunca o porque son hijos adoptados por una persona sola. También están las familias "ensambladas" o reconstituidas: caracterizadas por padres que se vuelven a casar, con hijos que conviven con otros de matrimonios anteriores de la nueva pareja de sus padres, y a las que a veces se incorporan medios-hermanos o hijos del actual matrimonio. Otro tipo de familia en el que se puede desarrollar el adolescente, es aquella en la que viven con abuelos u otros adultos por

fallecimiento de los progenitores o por traslado a otra ciudad, etc. (Guelar y Crispo, 2000).

Es indispensable considerar que cada familia se va a organizar de manera particular, requiriendo de reglas y constantes ajustes para funcionar y hacer posible el proceso de separación-individuación, que culminará con la autonomización del adolescente, enmarcando su evolución y regulándola para el alejamiento de la familia sin desgarramiento ni ruptura (Castro, 2001).

Esto no significa que cierta composición familiar sea condición necesaria y estricta para determinar funcionalidad o disfuncionalidad, puesto que la adaptación y funcionamiento que se tenga al interior y al exterior de la familia, se complementará con el contexto psicosociocultural particular en que se viva.

Así, durante el período adolescente, el joven necesita modificar sus hábitos infantiles y adoptar conductas para autoafirmarse, conocerse y reconocerse ante sí mismo y ante el ambiente que lo introduce en cierta medida al mundo de los adultos.

Los padres deberán desprenderse del hijo(a) niño(a), para enfrentar al adolescente quien en algunos casos se opone y rebela, teniendo que llegar a negociaciones y acuerdos, antes innecesarios. De ahí que la flexibilidad o rigidez con que se resuelvan las dificultades, obstruirán o facilitarán el proceso. Cuando los sentimientos de angustia y temor por el crecimiento de un hijo son difíciles de superar, pueden dar lugar a situaciones conflictivas complejas. Lo mejor para los padres es aceptar las ambivalencias, perseverando en la necesidad de comunicación (Guelar y Crispo, 2000).

El adolescente actual aprende cada vez más a desenvolverse solo, sin embargo esto no excluye la necesidad de la presencia, el tiempo, cuidado y atención de los padres. El apoyo que reciba de la familia será fundamental para lograr una expansión y fortalecimiento de la confianza en sí mismo y su núcleo.

Macías (2000) menciona que es conveniente que los padres y educadores tomen en cuenta las siguientes conductas y actitudes:

1. Favorecer la autonomía de los hijos al llegar a la juventud, sin menospreciar al estudiante o trabajador, que por razones económicas aún vive en el hogar.
2. Apoyar afectivamente al hijo o hija, pero sin retenerlo, poseerlo o hacerlo sentir que está sometido a la tutela parental (cuando ha llegado a la mayoría de edad).
3. Favorecer la transición de la adolescencia a la juventud sin solapar actitudes regresivas o de búsqueda de sobreprotección.
4. Para el ejercicio de la sexualidad, es necesario prevenir las consecuencias que esto acarrea.
5. Respetar la actitud del hijo que ha decidido no ejercer su sexualidad y

6. En la medida de lo posible, facilitar el desprendimiento del hijo de la matriz familiar y, aunque el hijo o la hija aún viva en casa, evitar controlar sus actos y emociones como cuando era niño.

Los recursos que brinda la familia al adolescente, más tarde se verán reflejados en la escuela y en las agrupaciones sociales a que pertenezca. Se dice "que los padres no solo tienen la oportunidad, sino también el deber de ofrecerles a sus hijos el aprendizaje y las experiencias que les permitan adaptarse al medio" (Horrocks, 1986).

En la medida en que el joven se adapte a las interacciones que se dan en su núcleo familiar, podrá tener un desenvolvimiento más o menos exitoso en las relaciones sociales, permitiéndole entender el sentido de dichas relaciones y las opciones que tiene para su afrontamiento. De lo contrario, "si la familia, la comunidad o el joven tratan o logran posponer, evadir o deformar el compromiso para que se asuma la adolescencia, conseguirán alterar no sólo la secuencia y las finalidades propuestas por la etapa de desarrollo, sino también darán oportunidad de abrir la puerta de la enfermedad psicosocial de la adolescencia" (Dulanto, 2000).

En otras palabras la familia es responsable del desarrollo psicosocial de niños y adolescentes; pues según Macías el avance del individuo a través de la adolescencia estará muy afectado por las expectativas más o menos constantes, adaptativas o inadaptativas, mantenidas por las personas que revisten importancia en su entorno inmediato.

Capítulo 2. Trastornos alimentarios.

2.1 Definición de trastornos alimentarios.

La manifestación de los trastornos de la conducta alimentaria ha ido variando en sus características y definiciones a través del tiempo. Serrato (2000) menciona que la primera descripción clínica de lo que hoy se denomina anorexia nerviosa se atribuye al médico inglés Thomas Morton, en el siglo XVII, hacia 1689, aunque en aquella época se consideraba ésta como una enfermedad neurológica. Morton habló en sus escritos de una enfermedad debilitante y cuyos principales síntomas; eran la falta de apetito y la pérdida de peso. La definición con el término "anorexia nerviosa" la hizo Sir William. W. Gull hacia 1870, al hablar de una alteración de origen psicológico que afectaba a mujeres observadas y tratadas en instituciones médicas y que presentaban determinadas características clínicas como son: Emaciación o adelgazamiento morboso, amenorrea o suspensión del flujo menstrual, estrefimiento, bradicardia o ritmo cardíaco más lento que el normal, hipotermia o descenso de la temperatura corporal, edema o hinchazón blanda en las piernas y cianosis periférica o coloración azul y a veces negruzca de la piel.

Llegado el siglo XX, la anorexia se consideró una enfermedad endocrina (relativa a las secreciones internas del cuerpo), denominada enfermedad de Simmond que refería a un estado de senilidad precoz que se observa debido a la atrofia del lóbulo anterior de la hipófisis. En ese tiempo se les trataba a las pacientes con extractos tiroideos. Hasta los años treinta es cuando comienzan a destacar las explicaciones psicológicas y se establece la distancia entre la enfermedad de Simmond y la anorexia. Se dice que el estudio de las causas de estos trastornos desde la psicología se pueden observar a partir del trabajo desarrollado por Bruch, quien sostiene que la anorexia nerviosa debe ser comprendida en términos del desarrollo de la personalidad y el contexto familiar, antes que el desarrollo psicosexual. Este autor influye en la descripción de este trastorno en la versión del DSM III. En cuanto a la descripción hecha de la bulimia a través del tiempo podemos encontrar, que se menciona en la bibliografía francesa del siglo XVIII, para describir un patrón de comida excesivo. En medicina es descrita como síntoma de otra patología y a finales del siglo XIX, como un episodio que presentan algunos cuadros clínicos de anoréxicas. La bulimia se describió como un apetito excesivo, extraordinario, relacionado con un trastorno gástrico. También es incluida en el DSM III, como bulimia en 1982 y en la revisión de 1987 se le nombra bulimia nerviosa (op cit).

Con estos antecedentes es comprensible que el estudio independiente y particular de estos trastornos sea reciente y se tome en cuenta que existen condicionantes de carácter individual, familiar, social y cultural, asociados al momento socio-histórico que marco la industrialización y el consumismo.

En los últimos 25 años, la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa, el trastorno por atracones (cuadro caracterizado por atracones de comida recurrentes sin las características compensatorias propias de la bulimia nerviosa) y sus variantes han

dado la cara como importantes enfermedades en cuyo desarrollo intervienen múltiples factores que incluyen trastornos emocionales de la personalidad, alteraciones del entorno familiar, una posible sensibilidad genética o biológica y un ambiente sociocultural en el que coexisten la sobreabundancia de comida y la obsesión por la delgadez. Así estos trastornos pueden adoptar formas clínicas enmascaradas que retrasan o equivocan su detección y diagnóstico, observándose hasta en el 50% de los casos (García-Camba, 2002).

Actualmente se llama trastornos alimentarios a los "síndromes mentales con delimitación y caracterización propias" (Wilson & Walsh, 1991). Dichos trastornos comparten básicamente un deseo de adelgazar, producto de una fobia a la obesidad e incluso al sobrepeso, asociándose a un trastorno de la imagen corporal en el que se implican tanto una insatisfacción como una distorsión de la imagen corporal" (Alvarez, Román, Manríquez y Mancilla, 1996).

Para Unikel (1998), los rasgos diagnósticos importantes a tomarse en cuenta son: el uso de purgantes como una estrategia para controlar el peso, la pérdida de control en el comer y la obsesión por volverse delgado o permanecer delgado.

Los trastornos de la conducta alimentaria se dividen en 2 categorías generalmente: anorexia y bulimia nerviosas, estas enfermedades se "desarrollan en la adolescencia y 90 a 95% de los casos son mujeres" (Unikel, Villatoro, Medina-Mora, Fleiz, Alcántar y Hernández, 2000). Se les ha definido por diversos autores e incluso se definen de acuerdo a clasificaciones diagnósticas como el DSM-IV.

La anorexia nerviosa es una enfermedad psiquiátrica que de manera creciente ha llamado la atención debido a la marcada pérdida de peso y las complicaciones médicas de las personas que la padecen. Las características centrales de este trastorno son: la búsqueda fanática del peso más bajo posible; pérdida del peso corporal de 15% o más; fobia al aumento de peso o a la obesidad; distorsión de la imagen corporal; amenorrea, y negación, por parte de la paciente de la gravedad de su desnutrición (Dulanto, 2000).

Una de las características cognitivas de las anoréxicas, es la sobrevaloración de la importancia que tiene la forma y el peso corporal por lo que se busca de forma insaciable el adelgazamiento, pues perciben la imagen de su cuerpo más ancha de lo real (Serrato, 2000).

La Bulimia Nerviosa "es una alteración constante en episodios recurrentes de ingesta excesiva de alimentos y una preocupación exagerada por el control de peso, lo cual lleva al paciente a adoptar medidas extremas para conservarlo" (Belloch et al., 1995, citado en Bravo y Fortanel, 2001).

En las bulímicas, también encontramos problemas con la forma y el peso corporal, pero en ellas la preocupación se dirige mayormente hacia la pérdida de autocontrol (Serrato, 2000).

Por otro lado, Camacho e Iniesta (2003) definen que: la obesidad es una condición corporal, caracterizada por el almacenamiento de una cantidad excesiva en el tejido adiposo bajo la piel y en el interior de ciertos órganos como el músculo. Y a pesar de no encontrarse clasificada como un trastorno de la conducta alimentaria propiamente dicho, su importancia en los desórdenes de la alimentación es fundamental. Para Belloch, et al. (1995 op cit), la "Obesidad es la excesiva acumulación de tejido adiposo en el conjunto corporal. Un contenido graso mayor del 35% en las mujeres y del 80% en los hombres (un IMC de 30 o más)".

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR se define que los trastornos alimentarios "se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria". Se incluyen 2 trastornos específicos: la anorexia nerviosa caracterizada por "el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales" y la bulimia nerviosa que se "caracteriza por episodios recurrentes de voracidad seguidos por conductas compensatorias inapropiadas como el vómito provocado, el abuso de fármacos laxantes y diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo. Aunque la Obesidad simple está incluida en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) como una enfermedad médica, en el DSM no aparece, ya que no se ha establecido su asociación consistente con síndromes psicológicos o conductuales. Sin embargo cuando existen pruebas de que los factores psicológicos desempeñan un papel importante en la etiología o en el curso de algún caso específico, este hecho puede indicarse" (López-Ibor y Valdés, 2002).

A continuación se presentan los criterios, hallazgos de laboratorio, prevalencia y curso específicos a considerar de acuerdo con la versión más reciente del DSM-IV, tanto para anorexia como para bulimia:

Criterios para el Diagnóstico de F50.0 Anorexia Nerviosa.

DSM-IV-TR.

A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. ej., pérdida del peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable).

B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso incluso estando por debajo del peso normal.

C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.

D. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p. ej., con la administración de estrógenos).

Especificar el tipo:

Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Tipo compulsivo/ purgativo: durante el episodio de la anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Para el criterio A se toman en cuenta las diversas versiones de las tablas de la Metropolitan Life Insurance o de las tablas de crecimiento usadas en pediatría y adicionalmente la usada en los CIE-10, en la que se especifica que el individuo debe tener un Índice de Masa Corporal (IMC) igual o inferior a 17.5 kg/m^2 (el IMC se calcula en metros cuadrados, dividiendo el peso en kilogramos por la altura).

En los hallazgos de laboratorio encontramos que, si bien en algunas personas con anorexia nerviosa no hay hallazgos de laboratorio anormales, la semiinanición característica de este trastorno puede afectar la mayoría de los órganos y producir una gran variedad de alteraciones. Asimismo, la provocación del vómito, la ingesta excesiva de laxantes y diuréticos y el uso de enemas pueden provocar trastornos que conducen a resultados de laboratorio anormales (por ejemplo, anemia leve, deshidratación, en las mujeres niveles séricos bajos de estrógenos y en los hombres niveles bajos de testosterona, etc.).

Mientras que la prevalencia de la anorexia durante la vida es en las mujeres, de aproximadamente un 0.5%, predominando los individuos que se encuentran por debajo del umbral para el trastorno (es decir con un trastorno de la conducta alimentaria no especificado). En los hombres la prevalencia de este trastorno es aproximadamente una décima parte de la de las mujeres. En los últimos años la incidencia de esta enfermedad parece haber aumentado.

La anorexia nerviosa se inicia típicamente hacia la mitad o a finales de la adolescencia (14-18 años). Es muy rara la aparición de este trastorno en mujeres mayores de 40 años. El comienzo de la enfermedad se asocia muy a menudo a un acontecimiento estresante. El curso y desenlace son muy variables. Algunas personas se recuperan después de un único episodio, otras presentan un patrón fluctuante y otras sufren un deterioro crónico a lo largo de los años. Un cambio sostenido en el cuadro clínico puede producir un cambio de diagnóstico. La mortalidad a largo plazo de este trastorno en personas hospitalizadas en centros universitarios es aproximadamente del 10%. La muerte se produce principalmente por inanición, suicidio, o desequilibrio electrolítico.

Criterios para el Diagnóstico de F50.2 Bulimia nerviosa.

DSM-IV-TR.

A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:

(1) ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (por ej., en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingeriría en un tiempo similar y en las mismas circunstancias.

(2) sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que está ingiriendo).

B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno y ejercicio excesivo.

C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.

D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.

E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Especificar tipo:

Tipo purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Como hallazgos de laboratorio encontramos que; las purgas conducen con frecuencia a alteraciones del equilibrio electrolítico (hipopotasemia, hipoatremia e hipocloremia). La pérdida de ácido clorhídrico producida por el vómito puede determinar una alcalosis metabólica y las diarreas por uso excesivo de laxantes producen acidosis metabólica.

La prevalencia de la bulimia nerviosa entre las mujeres es aproximadamente del 1-3%. Entre los hombres es diez veces menor.

La bulimia nerviosa se inicia generalmente al final de la adolescencia o al principio de la vida adulta. Los atracones suelen empezar después o durante un régimen dietético. La alteración de la conducta alimentaria persiste al menos durante varios años en un alto porcentaje de clínicas. El curso puede ser crónico o intermitente, con períodos de remisión que se alternan con atracones. Los períodos de remisión superiores a un año se asocian a un mejor resultado a largo plazo.

2.2 Aproximaciones o enfoques sobre los trastornos alimentarios.

“La actualidad de la patología relacionada con la ingesta de alimentos parece continuamente llevarnos a un entendimiento de este fenómeno como fruto del deterioro social de nuestra época, siendo continua la búsqueda de causalidades más o menos complejas, que nos acerquen a esta irracional, misteriosa y para muchos ambivalentemente fascinante conducta humana” (Aguilar, 2003). Por esto es que surgieron modelos, enfoques o teorías explicativas de los trastornos de la alimentación, retomando aspectos como: su origen, causas, consecuencias y características particulares a través del tiempo bajo la mirada de distintos enfoques.

Debido a la dificultad para establecer las diferencias clínicas entre los trastornos de la alimentación. A partir de la investigación desarrollada en el campo, (para Garner, 1980, Schlundt y Jonson; 1990 y Russell, 1990 citado en Unikel y Gómez-Peresmitré, 1999) ha quedado claro que ambos trastornos (anorexia y bulimia) parten de una etiología multicausal.

Para Unikel (2003) en términos generales, el trabajo que se lleva a cabo actualmente en el campo de los trastornos de la conducta alimentaria carece de una orientación teórica clara. Cada una de las diferentes perspectivas teóricas que abordan los trastornos de la conducta alimentaria, explica aspectos específicos de la enfermedad, sin embargo ninguna aporta una explicación completa. Algunas de ellas son la psicoanalítica y la psicodinamista principalmente representadas por autores como Freud, Fenichel, Selvini-Palazzoli, entre otros; la analítica-existencial de Bingswanger, 1958 (citado en Chinchilla, 1994) y la interpretación como neurosis obsesiva y como melancolía. Otras aproximaciones teóricas parten de teorías modernas en psicología como la del aprendizaje social (Bandura, 1969), la teoría de sistemas (Minuchin, Selvini-Palazzoli), las teorías socioculturales (Toro, 1996; Fallon, Wollwey y Katzman, 1994) y el modelo biopsicosocial de la medicina conductual (Garfinkel y Garner, 1982; Schwartz, 1982).

De este modo, la explicación de los trastornos alimentario enfatiza aspectos individuales (biológicos y psicológicos) y sociales (incluyendo problemas afectivos y las relaciones en el núcleo familiar). A continuación se describen algunos enfoques o aproximaciones para brindar un panorama básico asociado a los objetivos del presente trabajo.

2.2.1 TEORIA DEL SET-POINT, REGULACION FISIOLÓGICA DEL PESO CORPORAL Y DETERMINACION DEL PESO ADECUADO.

“El concepto de set-point, introducido por Nisbett (1972), refiere que el peso corporal, así como otros parámetros biológicos, vienen determinados genéticamente y por lo tanto variarán de un individuo a otro. Este hecho se ha demostrado en los estudios realizados con gemelos: el patrón genético determina la presencia o no de obesidad (Meyer y Stunkard, 1993). Ello da pie a postular la existencia del denominado set-point del peso, es decir, un intervalo de peso, entre cuyo mínimo y máximo se encuentran la

mayoría de las personas, y entre cuyos polos oscila generalmente nuestro peso” (Fernández y Turón, 2001).

De manera que la herencia determina en gran medida el punto fijo del peso, y se considera que se puede ver afectado por la nutrición, la actividad física y tasa metabólica (Saldaña, 1994). Esta teoría calcula el peso normal a través del IMC, así se determina si se encuentra en el peso normal, por debajo (desnutrición) o por arriba de este (obesidad o sobrepeso). Plantea que el organismo emplea diversos mecanismos para mantener su peso estable, sin presentar oscilaciones marcadas; se dice que si el sujeto deja de ingerir calorías o lo hace en proporciones pequeñas entonces se produce la sensación de hambre y sus pensamientos lo inducirán a comer. Asimismo reduce su gasto energético, y necesita menos calorías para mantener equilibrado su peso corporal. Esto explica porque cuando la persona se somete a un régimen dietético baja más rápido al inicio (por la pérdida de líquidos) y no en fases posteriores, a pesar de mantener la dieta.

2.2.2 HIPÓTESIS DE LA EXTERNALIDAD

Esta hipótesis sugiere que la ingesta de las personas con peso normal está regulada por estímulos internos principalmente señales fisiológicas de hambre y saciedad (Schachter, Goldman y Gordan, 1968), mientras que Nisbett (1972), Schachter y Gross, (1968) consideran que la ingesta de las personas con sobrepeso está regulada por estímulos o señales externas, tales como la presencia de alimentos, el olor de los mismos, la presencia de personas comiendo, el paso del tiempo, etc. (Saldaña, op cit).

Se menciona que esta hipótesis, relaciona el patrón de ingesta excesiva con los indicios externos de comida, agravado por un déficit en la percepción de los indicios internos de hambre y saciedad (Belloch et al., 1995 citado en Bravo y Fortanel, 2001).

2.2.3 MODELO CONDUCTUAL DEL APRENDIZAJE.

Según Saldaña (1994) en este modelo se consideran factores psicológicos, principalmente motivacionales, que justifican el que una persona consuma más de lo que gasta energéticamente y los principios de reforzamiento se consideran muy útiles para explicar el mantenimiento de estos patrones de comportamiento inadecuados.

Para mantener el balance energético según este modelo, se tiene que tomar en cuenta la actividad física, porque está va a ser parte importante de la adopción de conductas de sedentarismo y sobreingesta, sobre todo en personas con obesidad.

Como podemos notar en las explicaciones anteriores se enfatizan cuestiones fisiológicas como la base del funcionamiento de los individuos respecto a la ingesta (y cabe señalar que se contempla a la obesidad primordialmente), así se comienza a perfilar la posibilidad de complementar patrones biológicos con cuestiones de aprendizaje y motivación no solo extrínseca, sino de diversa índole para la anorexia y bulimia también.

2.2.4 HIPOTESIS DE LA INGESTA EMOCIONAL

La hipótesis de la ingesta emocional se relaciona con los estados emocionales (positivos o negativos) de los cuales se acepta, afectan el comportamiento alimentario. Supone que la sobreingesta es una conducta aprendida, utilizada como mecanismo para reducir la ansiedad, confundiendo los estados de activación emocional con el hambre, conduciendo al sujeto a ingerir alimento de manera inadecuada. De acuerdo con Robins y Fray (1980 citado en Saldaña, 1994), las personas obesas no aprenden a discriminar entre respuestas emocionales y hambre, lo que les conduce a ingerir alimentos de forma inapropiada como respuesta a su activación emocional, manteniendo este comportamiento a causa de las cualidades reforzantes del alimento, más que por su capacidad de reducir el estrés.

2.2.5 MODELO DE REGULACION DE TRASTORNOS AFECTIVOS

En él se propone que la bulimia es una variante de un trastorno afectivo (Tobin, 1991 citado en Polivy, 1993), se argumenta que los trastornos de la conducta alimentaria se asocian con la depresión y que en sí la presencia de los trastornos alimentarios pueden causar depresión (Laessle, Schweiger, Fitcher y Pirke, 1988; Strober y Katz, 1988 en Polivy op cit). Estos últimos encontraron que los trastornos de la conducta alimentaria, son variaciones de los trastornos afectivos y que hay similitud en las condiciones que disparan la sintomatología, como es el curso de la enfermedad, la historia familiar, o factores biológicos, estos autores reconocen que los dos trastornos coexisten en algunos individuos al mismo tiempo, dando cuatro posibles explicaciones a esta coincidencia.

- 1- Una posibilidad es que la depresión incremente el riesgo de algunas personas por la preocupación por el peso y un trastorno de la conducta alimentaria, por medio de agravar sensaciones de efectividad que pueden reflejarse en la alimentación. Los cambios en el apetito y pérdida de peso ocasionalmente causados por la depresión, pueden aumentar el valor de la alimentación y el trastorno de la conducta alimentaria puede comenzar a ser su propio sustento.
- 2- Una segunda explicación es que los déficit nutricionales y los excesos pueden potenciar desbalances en los neurotransmisores, resultando una depresión. Esto puede ser especialmente cuando hay predisposición biológica a la depresión.
- 3- La tercera posibilidad es que el estrés, asociado con un trastorno de la conducta alimentaria, pueden precipitar depresión.
- 4- Algunas de las formas de los trastornos de la conducta alimentaria y trastornos afectivos, pueden tener factores comunes de riesgo, psicológicos y biológicos, lo cual incrementa la probabilidad de ocurrencia de los dos trastornos.

Otro tipo de modelo enlaza el comer compulsivo y los postulados afectivos, el comer compulsivo sirve para regular el afecto, especialmente para la reducción de afecto negativo, el cual mantiene el comer compulsivo, estos individuos aprenden de alguna manera a controlar su disforia a través de la alimentación y más tarde por purgas. En general los modelos nos dicen que parece ser que los comedores compulsivos

aprenden a regular, adormeciendo o enmascarando sus emociones negativas utilizando la alimentación, reduciendo sus efectos displacenteros, de manera precisa, la reducción de la tensión y del afecto negativo, refuerza el comer en respuesta a los sentimientos aversivos, estableciendo un patrón condicionado.

Lo anterior tiene relación con la hipótesis de la Ingesta emocional, en la que se relaciona los estados emocionales (positivos o negativos) de los cuales se acepta, afectan el comportamiento alimentario. Supone que la sobreingesta es una conducta aprendida, utilizada como mecanismo para reducir la ansiedad, confundiendo los estados de activación emocional con el hambre, conduciendo al sujeto a ingerir alimento de manera inadecuada. De acuerdo con Robins y Fray (1980 citado en Saldaña, 1994), las personas obesas no aprenden a discriminar entre respuestas emocionales y hambre, lo que les conduce a ingerir alimentos de forma inapropiada como respuesta a su activación emocional, manteniendo este comportamiento a causa de las cualidades reforzantes del alimento, más que por su capacidad de reducir el estrés.

2.2.6 TEORIA DEL DESARROLLO

Las teorías del desarrollo hacen hincapié en la importancia del papel que desempeña el desarrollo de la infancia y la adolescencia en la distorsión de la imagen corporal. Trata de explicar dos fenómenos característicos de la misma: la prevalencia mayoritaria de mujeres y la edad de aparición.

Según este punto de vista, la presencia mayoritaria en mujeres se encuentra relacionada con la socialización del rol sexual, el cual vuelve vulnerables a las niñas y mujeres a la búsqueda extrema de delgadez y a la experiencia de una auto-conciencia aversiva. Parte fundamental del estereotipo del rol sexual femenino es estar preocupada por la propia apariencia y hacer esfuerzos para alcanzar y preservar la propia belleza. En relación con la edad, hace referencia a los retos del desarrollo y a las tareas psicosociales de la adolescencia implicadas en el desarrollo de los trastornos alimentarios. En la medida en que una mujer más se defina a sí misma en función de su apariencia física y en sus relaciones con otros, más vulnerable se encontrará de desarrollar un trastorno alimentario (Striegel-Moore, 1993 citado en Unikel, 2003).

Aquí se enfatiza la exposición a la presión social sobre todo en la pubertad para el adecuado desarrollo de la imagen corporal y el ajuste necesario para lograr un sentido positivo de sí mismo, por otro lado se desconoce la influencia que pueden tener los medios masivos de comunicación, los padres y las amistades, sobre la autoestima y la conducta alimentaria (Pierce, en op cit).

2.2.7 MODELO PSICOSOCIAL

La psicología médica ha evolucionado como un campo multidisciplinario relacionando el estilo de vida, el ambiente y la enfermedad. La complejidad etiológica y clínica de los problemas médicos ha obligado a los científicos en el campo de la conducta y la biomedicina a adoptar la teoría de los sistemas como marco conceptual, del que se

desprende el presente modelo. El modelo biopsicosocial determina que la comprensión de una enfermedad requiere del estudio de la patofisiología y su interacción con procesos psicológicos, conductuales e interpersonales. Investigadores y clínicos en el área de los trastornos alimentarios se encuentran con la dificultad de establecer diferencias clínicas entre la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. Pues el perfil clínico de ambas incluye el deseo de estar delgada, alteraciones en la imagen corporal, conductas alimentarias anómalas y uso de métodos purgativos para atenuar los efectos de comer en exceso. Asimismo las explicaciones etiológicas de ambos trastornos corren paralelas en las perspectivas fisiológica, psicológica, y sociocultural. Se "plantea que inciden varios factores para que se presente el trastorno, pero ninguno de ellos en sí mismo es suficiente. Se necesita una combinación de los distintos factores, que adquiere características particulares en cada caso. Más que pensarlos como factores distintivos que causan un trastorno del comer, es bueno verlos como factores que hacen que una persona sea más vulnerable para desarrollarlo. Así Garfinkel y Garner (1980 en Crispo, Figueroa y Guelar, 1996) agruparon una serie de factores predisponentes, precipitantes y mantenedores de las conductas alimentarias patológicas. Con factores predisponentes o de riesgo se refieren a aquellos que favorecen la aparición de la enfermedad y estos se dividen en individuales, psicosociales y socioculturales. Los factores precipitantes se refieren a los hechos desencadenantes del trastorno, son los que marcan el momento de su inicio. Por lo general se hace referencia a factores precipitantes externos, o estresores externos, es decir de carácter observable. Los factores mantenedores son aquellos que independientemente de las características individuales y psicosociales de la persona, actúan como mantenedores del proceso morbosos, llevándolo a una calidad de cronicidad".

Los factores de riesgo se refieren a aquellos que aumentan la probabilidad de que se altere el equilibrio y se desencadene alguna enfermedad (Medina-Mora, 1982 en Unikel, 2003). Toro y Vilardell (1987) presentan un desglose de estos tres tipos de factores como sigue:

Factores Precipitantes: cambios corporales adolescentes, separaciones y pérdidas, ruptura conyugal de los padres, contactos sexuales, incremento rápido de peso, críticas respecto al cuerpo, enfermedad adelgazante, traumatismo desfigurador, incremento de la actividad física, experiencias traumáticas.

Factores Predisponentes: factores genéticos, edad (13 a 20 años), ser del sexo femenino, trastornos afectivos, introversión o inestabilidad, la obesidad, nivel socioeconómico (medio-alto), familiares con trastornos alimentarios, familiares con trastornos afectivos, familiares con adicciones, obesidad materna, valores estéticos dominantes.

Factores mantenedores: consecuencias de la inanición, Interacción familiar, aislamiento social, cogniciones "anoréxicas", actividad física excesiva y latrogenia.

2.2.8 MODELO TRIDIMENSIONAL

Otro de los modelos explicativos para los trastornos alimentarios es el de Schlundt y Johnson (1990 citado en Unikel, 1998), denominado Modelo Tridimensional de los trastornos de la conducta alimentaria. El cual "Se basa en tres dimensiones que son:

1. **Peso corporal:** el peso del cuerpo fluctúa desde la emaciación severa hasta la obesidad masiva y las personas oscilan constantemente en este continuum a lo largo del tiempo. Debido a las distinciones diagnósticas sobre esta dimensión tienen poca validez, salvo en los casos en los que la persona tiene deseos de hacer modificaciones al respecto.
2. **Control de la conducta:** esta dimensión refleja el control sobre la ingesta de alimento, en cuyos extremos se observa el ayuno prolongado y los atracones frecuentes. Aquí se incluye el conflicto anorexia –bulimia, el cual es la principal manifestación de estos trastornos. Clínicamente un paciente con estos trastornos debe ser descrito en términos de la frecuencia y temporalidad de las alternancias entre seguimiento de dietas y los atracones.
3. **Intensidad de la obsesión por el peso corporal:** se asume que el miedo a engordar es la principal característica clínica de estos trastornos, así como la fuerza motivacional del conflicto entre hacer dietas y comer en exceso. La variación en el grado del miedo fluctúa entre un miedo intenso a engordar y ninguna preocupación por el peso. El miedo se manifiesta como: miedo a engordar, miedo a las consecuencias de subir de peso, obsesión con adelgazar, un peso ideal irreal, disturbios en la imagen corporal y fobias específicas hacia los alimentos.

Es el miedo a las consecuencias de comer alimentos "prohibidos", generalmente con alto contenido calórico, lo que lleva al individuo a mantener un control estricto sobre su alimentación. Cuando el temor es débil, se puede considerar a la persona como "conciente del peso o como un "comedor restrictivo". Cuando el temor es moderado, la persona mostrará mayores alternancias entre sus conductas controladas y descontroladas del comer. En la medida en la que la preocupación por el peso se acentúa, se desarrollan las conductas y consecuencias necesarias para diagnosticar anorexia o bulimia nervosa.

2.2.9 MODELO DEL CONTINUO.

Este modelo propone una continuidad entre lo que se denomina dieta no patológica, trastorno subclínico y trastorno de la conducta alimentaria. No distingue entre entidades diagnósticas porque el supuesto subyacente es que la psicopatología es similar en ambos trastornos. Según los autores, la insatisfacción con la imagen corporal es uno de los aspectos centrales en el origen de los trastornos de la conducta alimentaria. El aumento de peso o los cambios en las relaciones heterosexuales pueden correlacionar con la insatisfacción corporal y esto puede conducir a una dieta no patológica. Cuando estos dos eventos ocurren simultáneamente, aumenta la probabilidad de desarrollar un trastorno subclínico; mientras que para desarrollar un trastorno alimentario es necesario además una serie de deficiencias como son: la insatisfacción, sentimientos

de ineficacia, estrés y el llamado complejo de súper mujer, que consiste en creer que la mujer actualmente tiene que cumplir con los papeles tradicionales de su sexo así como un desempeño sobresaliente en el trabajo profesional (Levine y Smolack, 1992 en Raich, 1994).

El modelo general postula que existen tres clases de eventos precipitantes que interaccionan con las influencias de la familia y los compañeros y con la vulnerabilidad personal para así determinar el inicio de una dieta patológica, de un trastorno alimentario subclínico o de un trastorno alimentario franco. El continuo radica en que las mujeres en las diferentes etapas comparten creencias, actitudes y conductas similares que varían en términos de la severidad, y por otro lado los trastornos francos, se diferencian del resto en relación con el ajuste psicosocial que presenta la persona (Polivy y Herman en Unikel, 2003).

La diferencia entre un trastorno subclínico y uno clínico radica en la cantidad, severidad y cronicidad de las conductas (APA, 1987). La diferencia está en que los trastornos francos, provocan deficiencias en el "Yo" como: sentimientos de ineficacia, alexitimia, desconfianza interpersonal e inestabilidad afectiva (Bruch, 1973; Garner, Olmsted, Polivy y Garfinkel, 1984; Jonson y Connors, 1987). Las deficiencias yoicas si bien no son un síndrome en sí mismas, implican una mayor comorbilidad con trastornos de la personalidad y afectivos (Unikel, 2003).

Es factible por todo lo anterior, considerar los aspectos dados por la condición biopsicosocial inherente a las personas a la hora de explorar, describir o tratar este tipo de patologías; siendo concientes de su multicausalidad, así como de los diversos factores que se pueden relacionar en determinado momento o contexto sociocultural.

2.3 Factores asociados a los trastornos alimentarios.

2.3.1 Depresión.

Presentada la descripción básica de los modelos explicativos de los trastornos alimentarios, es posible enlazarlas a los hallazgos que apoyan la relación entre estos trastornos y otros como la depresión. Para contextualizar los puntos comunes o relacionados entre los trastornos de la conducta alimentaria y la depresión, debemos conocer como se caracterizan los trastornos depresivos.

Diversos autores han hecho la comparación entre el proceso de duelo inmerso en la adolescencia y la depresión. Marcelli (1992) dice en este sentido "si toda adolescencia es una separación, si toda separación es una pérdida seguida de una reacción de duelo, entonces toda adolescencia es una depresión potencial". Otros consideran que la depresión existe, pero toma formas diferentes, fácilmente enmascaradas tras las conductas más frecuentes en la adolescencia. Tienden a opinar que ciertos trastornos, como la anorexia mental, las conductas bulímicas, las diversas toxicomanías y algunas acciones impulsivas, son testimonio de diversos grados de sufrimiento en el contexto de una depresión en la adolescencia. Por su parte, García-Camba (2002) menciona en

casos de trastornos alimentarios que: "en aquellos casos raros de aparición muy precoz –entre los 7 y los 12 años- el cuadro muestra características peculiares, como una particular tendencia a la depresión"; también considera que los trastornos afectivos, en particular de carácter depresivo forman parte de los aspectos psicopatológicos en la anorexia. Pues de acuerdo con algunas investigaciones (Halmi, Eckert, Marchi, Sampugnaro, Apple y Cohen, 1991 y Braun, et al., 1994) se dice que en el 50 al 70% de los pacientes con anorexia y con bulimia se han encontrado signos de distimia".

Los estudios epidemiológicos cada vez más numerosos, ya sean sobre una franja de edad o sobre una población determinada (adolescentes ambulatorios u hospitalizados en medicina interna o psiquiatría), el empleo cada vez más frecuente de criterios diagnósticos que, como mínimo, permiten comparaciones entre diferentes trabajos, dejan una duda mucho mayor sobre la realidad clínica de la depresión en la adolescencia. La tristeza y la depresión son vividas por el sujeto, y también por su entorno, como un estado en continuidad con la vivencia anterior. Las explicaciones psicológicas sobre depresión en la adolescencia como un continuum que mezcla el "no estar a gusto consigo mismo, "la taciturnidad", las ideas sobre la muerte, el episodio depresivo grave, la tentativa de suicidio, etc., acentúan aún más esta tendencia a una "comprensión" como único medio terapéutico. Las depresiones de los adolescentes obedecen probablemente a las mismas y múltiples razones que las diversas depresiones en los adultos y exigen, en consecuencia una respuesta terapéutica específica y adaptada (Marcelli, 1992).

Algunos de los estudios han arrojado datos interesantes acerca de la depresión en población adolescente, entre ellos tenemos el de Kaplan y cols. (1984), quienes estudiaron adolescentes con edades entre los 11 y los 18 años de edad, ellos hallaron un 13.5% de depresiones ligeras, un 7.3% de depresiones moderadas y un 1.3% de depresiones severas. En el conjunto de adolescentes más jóvenes (11 a 13 años) fueron menos frecuentes las manifestaciones depresivas que en los de más edad (17 a 18). Kashami y cols. (1987), estudiaron a adolescentes de 14 a 16 años de edad de ambos sexo, encontrando que el 8% de los adolescentes (10 hombres y 2 mujeres) respondieron a los criterios de depresión mayor o trastorno distímico. Mientras que, el 22% de los adolescentes presentaron síntomas depresivos y el 16.6% aquejaron sólo un humor triste. Así también; Deykin, E. Y y cols. (1987) estudiaron a 424 adolescentes estudiantes entre 16 y 19 años, en quienes encontraron un 6.8% que presentaba depresión mayor. Por su parte Bomba, J. (1988) en un estudio epidemiológico con 1033 adolescentes escolarizados, halló los siguientes porcentajes de depresión: de 13 a 14 años el 31.65%; en los de 16 y 17 años el 27.37%, siendo más frecuente entre las mujeres que entre los hombres. En la encuesta hecha por Choquet y cols. (1988) a 327 adolescentes entre los 16 y 18 años, encontraron que la frecuencia con que las chicas se sintieron deprimidas es tres veces mayor a la de los muchachos (21% contra el 7% respectivamente). Estos autores también analizaron la frecuencia de manifestaciones somáticas, asociadas a la depresión, entre ellas contemplaron los comportamientos alimentarios en los que se hallaron bastante a menudo perturbados en uno u otro sentido (el 9% de los hombres y el 18% de las mujeres declararon no tener hambre en el momento de las comidas; el 9 % de los muchachos y el 4% de las muchachas

sentían a menudo ganas de vomitar. Más de la mitad de los jóvenes de ambos sexos afirmaron que comían entre comidas, y aunque no se trate de manifestaciones depresivas propiamente dichas, por lo menos se puede considerar que una "sensibilidad depresiva" afecta a una fracción importante de la población adolescente (en op cit).

Así encontramos que "La anorexia nerviosa ha sido relacionada con un buen número de alteraciones psicopatológicas. Se la ha considerado entre otras como un trastorno del esquema corporal; como una alteración relacionada con los trastornos afectivos, especialmente con la depresión" (Serrato, 2000).

Algunos autores (como Berlanga, 1993; y Braun, et al., 1994) apoyan este punto de vista, describiendo a los trastornos depresivos como uno de los principales trastornos comorbidos respecto a desórdenes de la alimentación. Y como en los países en vías de desarrollo no se diagnostica ni se trata suficientemente la depresión (Collins y Susser, 1999; Weissman y cols., 1999 citado en Weissman, 2002); tampoco se proporciona atención y esperanza a los millones de personas que la padecen, por lo que hacerlo constituye uno de los más importantes y difíciles, retos del sistema sanitario del siglo XXI (op cit).

La presencia de un trastorno depresivo como tal en niños y adolescentes ha sido un punto controversial, pues se ha cuestionado el que la depresión en infantes y jóvenes se caracterice de la misma forma que en los adultos.

No obstante, se menciona que los adolescentes no están exentos de psicopatología, y se sabe que la presencia de un trastorno psiquiátrico en edades tempranas puede ser un gran tropiezo para el desarrollo del individuo (De la Peña, Ulloa y Páez, 1999).

Muchos autores coinciden en decir que debido a la inestabilidad que caracteriza a los adolescentes es frecuente que presenten síntomas de diversos trastornos psicológicos que tienden a desaparecer con la conclusión de la adolescencia, la depresión es uno de ellos (Mariño, Medina-Mora, Chaparro y González-Forteza, 1993). Weissman (2002) menciona: "cuando la depresión es recurrente, suele interferir en el trabajo y en otros aspectos cotidianos, conlleva un considerable monto de incapacidad a lo largo de la vida, más que las enfermedades médicas comunes".

Para Wicks y Allen (1997) el síndrome depresivo consiste en la presencia de síntomas de un estado de ánimo negativo que van acompañados de ciertos problemas somáticos, cognitivos y de conducta, y para considerarse como trastorno debe presentarse persistentemente de manera que se produce un deterioro social en el niño y el adolescente.

Actualmente los reportes al respecto, mencionan que son comunes entre la población adolescente: el Trastorno Distímico (TD) y el Trastorno Depresivo Mayor (TDM)" (Kashani, Beck & Hoepner y cols., 1987 citado en De la Peña et al., 1999).

Se indica que la depresión hace referencia a un cuadro clínico unitario para cuyo diagnóstico se requiere la presencia de un conjunto complejo de síntomas y de criterios de inclusión y exclusión, los cuales de acuerdo con Casullo (1998) abarcan cinco núcleos:

a) Síntomas anímicos: abatimiento, pesadumbre, infelicidad, irritabilidad (disforia). En algunos casos se pueden negar los sentimientos de tristeza, alegando que se es incapaz de tener sentimiento alguno.

b) Síntomas motivacionales: apatía, indiferencia, disminución de la capacidad de disfrutar (retardo psicomotor).

c) Síntomas cognitivos: valoración negativa de la persona misma, de su entorno, de su futuro.

d) Síntomas físicos: pérdida de sueño, fatiga, pérdida del apetito, así como una disminución de la actividad y los deseos sexuales que en los hombres puede acompañarse de dificultades de erección. Molestias corporales como dolores de cabeza, de espalda, náuseas, vómitos, estreñimiento, micción dolorosa, visión borrosa y e) Síntomas vinculares: se distingue por el deterioro de las relaciones con los demás;

las personas deprimidas normalmente sufren el rechazo de las personas que los rodean, lo que conlleva a que se aislen más.

Los síntomas más frecuentes en pacientes con depresión son: Insomnio, tristeza, llanto, baja concentración, ideaciones suicidas, fatiga, irritabilidad, retardo psicomotor, anorexia, desesperanza, intentos de suicidio, problemas de la memoria.

En la clasificación del DSM-IV-TR (López-Ibor y Valdés, 2002) también se describe este tipo de trastornos, denominándolos como trastornos del estado de ánimo, incluyendo a los trastornos que tienen como característica principal una alteración del humor.

1. Episodio Depresivo Mayor: su característica esencial es un período de la menos dos semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable en lugar de triste. El sujeto también debe experimentar al menos otros cuatro síntomas de una lista que incluye cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía, sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas. El episodio debe acompañarse de un malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de actividad del individuo. En algunos sujetos hay una reducción significativa de los niveles previos de interés o deseo sexual. Normalmente el apetito disminuye y muchos sujetos tienen que esforzarse por comer. Otros, especialmente en consulta ambulatoria, pueden tener más apetito, con apetencia por ciertas comidas (por ej. Dulces u otros hidratos de carbono). Cuando las alteraciones del apetito son graves (sea en la dirección que sea), puede haber una pérdida o ganancia significativa de peso o en niños se puede dar un fracaso en la consecución del peso apropiado. La alteración del sueño más asociada es el insomnio. Los cambios psicomotores incluyen

agitación o enlentecimiento, notable para los demás. Es habitual la falta de energía, el cansancio y la fatiga; sentimientos de inutilidad y culpa (delirantes incluso). Muchos sujetos refieren una capacidad disminuida para pensar, concentrarse o tomar decisiones. Son frecuentes los pensamientos de muerte, la ideación suicida o las tentativas suicidas. El grado de incapacidad asociado a un episodio depresivo mayor es variable, pero hasta en los casos leves ha de haber un malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

2. Distimia: La característica esencial del trastorno distímico es un estado de ánimo crónicamente depresivo que esta presente la mayor parte del día de la mayoría de los días durante al menos dos años. Los sujetos con trastorno distímico describen su estado de ánimo como triste o "desanimado". En los niños el estado de ánimo puede ser irritable más que depresivo y la duración mínima exigida es de solo 1 año. Durante los períodos de ánimo depresivo hay al menos otros dos síntomas de entre los siguientes: pérdida o aumento de apetito, insomnio o hipersomnias, falta de energía o fatiga, baja autoestima, dificultades para concentrarse o tomar decisiones y sentimientos de desesperanza. A lo largo del periodo de dos años (1 año en niños y adolescentes), los intervalos libres de síntomas no son superiores a dos meses si los síntomas depresivos crónicos incluyen un episodio depresivo mayor durante los 2 años iniciales, el diagnóstico es trastorno depresivo mayor. No se establece el diagnóstico de trastorno distímico si el sujeto ha presentado alguna vez un episodio maniaco, mixto, hipomaniaco, o si ha cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

La presencia de un trastorno psiquiátrico comorbido en los adolescentes deprimidos parece ser más la regla que la excepción para esta población; pues la prevalencia del trastorno depresivo mayor como diagnóstico principal fue del 38% (De la Peña, et al). Por esta razón se debe tratar la depresión en los adolescentes considerando su relación con otras patologías para evitar un deterioro psicosocial mayor.

2.3.2 Ambiente Familiar.

Según Wilfley y Rodin, (1995) las "influencias sociales sobre el peso operan en varios niveles: familia, instituciones, comunidades y sociedades, asimismo cada nivel incluye diferentes factores que influyen en el peso" (Alvarez, Mancilla, Martínez y López, 1998).

"La dinámica familiar, así como la adaptabilidad y cohesión entre los que la forman, tiene fuertes influencias en los hábitos alimentarios de cada uno de los integrantes" (Strober, 1995 citado en Alvarez et al, 1998). Para Avila (1982) "el proceso de crecimiento y desarrollo en un individuo no sólo comprende las necesidades de nutrición y las de salud biológica, sino también las de armonía, estímulo y amor respecto al grupo familiar en el que se encuentre" (op cit).

De acuerdo con Gómez (1996) hace tiempo que se ha demostrado que existe una correlación causal entre las diferentes actitudes parentales, las diversas estructuras del funcionamiento familiar y el desarrollo de determinadas psicopatologías en la edad adulta, como la depresión, la neurosis o los trastornos de la ingesta. Como ha sido

descrito por Minuchin, los miembros de este tipo de familias están atrapados en patrones de interacción familiar en los cuales los síntomas de la hija desempeñan un papel central que evita tener que abordar el verdadero conflicto. Parker considera que son cuatro los tipos de vínculos que pueden darse entre padres e hijos:

Tipo 1: sería aquel donde el afecto y la protección se hallan en perfecto equilibrio; sería el vínculo óptimo o apego normal, en el cual los padres cuidan a los hijos porque los aman y así se los hacen saber.

Tipo 2: es el vínculo dependiente o de afecto constrictivo; el padre, la madre o ambos cuidan y protegen en exceso hasta llegar a la intromisión. No se permiten discrepancias por parte de la hija adolescente a la hora de elegir la comida o la ropa.

Tipo 3: es el vínculo deficitario o ausente, esto es, el desapego afectivo, más frecuente en el caso del padre, que puede ser un padre "ausente" toda la vida o que ha abandonado el núcleo familiar para formar una nueva familia, desentendiéndose de los hijos habidos en su anterior matrimonio.

Tipo 4: es el control sin afecto o vínculo ansioso; éste se da más en el caso de la madre, la cual es sobreprotectora y proporciona abundantes cuidados materiales, pero es incapaz de dar amor a su hija.

Por desgracia el tipo 1, que sería el ideal, no suele darse con mucha frecuencia. El tipo 2 aparece ligado con gran frecuencia a la génesis de la anorexia nerviosa. En donde la madre es controladora, aunque en ocasiones el conflicto de control y autonomía que se vive en estas familias se debe a ambos progenitores por igual. El tipo 3 referido a la carencia de vínculo, suele darse entre padre e hija quienes en la infancia estuvieron cercanos y se alejan en la adolescencia. Y en el caso de desapego afectivo con la madre, suele ser por que se trata de una mujer que arrastra una depresión crónica, que le hace mostrar menos implicación emocional y poca aceptación y afecto por su hija, esto suele darse con más frecuencia a medida que ascendemos en la escala social, lo cual explica la mayor incidencia de anorexia nerviosa en las clases altas y medias-altas.

Por último el vínculo tipo 4 de Parker, definido por el escaso afecto y la gran sobreprotección, también suele aparecer con gran frecuencia en la historia familiar de muchas anoréxicas (op cit).

De acuerdo con García-Camba (2002) se han constatado disfunciones familiares en los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. Se trata de familias conflictivas, desorganizadas, críticas, menos cohesionadas, con incapacidad para establecer relaciones de mutua ayuda. En los familiares de las pacientes con bulimia se ha observado también mayor incidencia de hábitos dietéticos, de obesidad y madres con alteraciones de la percepción de su imagen corporal y con insatisfacción familiar. En cualquier caso, no se ha demostrado una clara causalidad familiar, aunque la familia puede mantener, mediatizar y complicar la evolución de la enfermedad

En la opinión de Bruch, la anoréxica sería una muchacha con unos padres permanentemente en competencia a ver quien se sacrifica más por su hija, planteando a la vez exigencias elevadas difícilmente alcanzables sobre todo en su aspecto físico (pues todos los miembros tienden a presentar un aspecto impecable), el comportamiento y rendimiento escolar y social (Gómez, 1996).

Por otro lado es indispensable contemplar que en nuestros días los trastornos alimentarios han perdido el carácter exclusivo de afectar a las mujeres jóvenes fundamentalmente. Se dice que la anorexia del varón aparece también en la pubertad, con frecuencia en el seno de una familia de clase media "aparentemente normal", su aparición es insidiosa: los jóvenes se proponen un plan de adelgazamiento para ponerse en forma, a veces porque de niños han sido gorditos. El anoréxico presenta un cierto rechazo a encarnar la imagen tradicional masculina impuesta por la sociedad, también muestra una historia de desamor y desencuentro afectivo con un estricto, dominante y a la vez distante padre.

Uno de los aspectos que ha sido abordado y debatido frente a los trastornos alimentarios ha sido precisamente el papel e influencia que tiene la familia, por lo que no es extraño que en investigaciones internacionales recientes se hayan encontrado datos como el que "ninguno de los padres que colaboraron en la investigación haya descubierto un trastorno de Anorexia Nerviosa o Bulimia nerviosa en su hijo o hija. Sólo un 1.2% de los padres detectó un trastorno de la conducta alimentaria, siendo bastante inferior al que dieron los hijos (3.4%)". Es común que se oculten los síntomas de un trastorno alimentario frente a la familia, pues las prácticas de riesgo (como son el uso de laxantes, diuréticos, el vómito, etc) se realizan a escondidas (Rivas, Bersabé y Castro, 2001).

Esto refleja claramente que existe un desconocimiento por parte de los padres acerca del riesgo que pueden tener las y los adolescentes de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria, además denota la necesidad de considerar posibles complicaciones pues se vinculan con complejas perturbaciones psicológicas y con distintas modalidades disfuncionales de la vida familiar (Mancilla, Alvarez, López, Mercado, Manríquez y Román, 1998).

Retomando el modelo de la "Familia Psicósomática de Minuchin" (1975), se dice que "las jóvenes con trastorno alimentario tenderían a describir a sus familias como poco impulsoras de la independencia, con baja tolerancia para una abierta expresión de sentimientos y altos niveles de conflicto" (Vázquez y Raich, 1998).

Se dice que en las familias de anoréxicas son comunes los esquemas en que hay una exigencia por la organización, el orden, la cohesión y menor expresión de los conflictos mientras que en las familias bulímicas se describe una alta orientación al logro, de esta manera podemos constatar la influencia de la familia en el proceso de los trastornos alimentarios, siendo un grupo de contención importante para el o la adolescente con un trastorno alimentario (op cit).

2.3.3 Otros factores relacionados.

Se ha dicho que "los trastornos de la alimentación son de etiopatogenia compleja: en ellos se entrelazan aspectos, médicos, psicopatológicos y relacionales que conforman unas entidades clínicas a menudo graves, y con frecuencia crónicas, que requieren de tratamientos multidisciplinarios" (Fairburn, 1995 citado en Fernández y Turón, 2001). Es

por ello que se insiste en explorar y conocer las condiciones, factores e incluso las patologías con que pueden relacionarse. "Se ha observado que en el desarrollo de los trastornos alimentarios intervienen diversos factores como la predisposición genética y la estereotipia del rol sexual así como los patrones socioculturales y la influencia de las creencias y las costumbres de los padres entre otros (Ángel y Jones, 1992). Estos trastornos comúnmente tienen comienzo en la infancia y persisten en la edad adulta (Maza, 1987). Castro (1991) menciona que es en la niñez donde los padres intervienen de manera decisiva en los hábitos alimentarios, refiriéndose no solo a lo que comen sino a las cantidades y combinaciones de alimentos, los horarios y los lugares donde se realiza la ingesta de alimentos" (González, Lizano y Gómez-Peresmitré, 1999). Así la información acerca de una adecuada nutrición y las actitudes paternas serán cruciales para el desarrollo de los hábitos alimentarios no solo en la etapa adolescente sino a lo largo de la vida del individuo. Algunos otros factores biopsicosociales que convergen con los desórdenes alimentarios; incluyen el estar inmiscuido en ciertas actividades culturales, vocacionales y profesionales (por ej. los deportistas, bailarines y modelos entre otros) en el que se ejerce presión social y reina la cultura de la delgadez.

No se debe perder de vista que si bien los trastornos de la conducta alimentaria pueden ser diagnosticados eficientemente, también es frecuente encontrar que los pacientes llegan a consulta con otro tipo de trastorno que origina se solicite la atención, camuflajeando la problemática alimentaria y pasándola por alto, por ello el campo de la comorbilidad entre los trastornos adquiere vital importancia.

Un factor individual de riesgo para desarrollar patologías alimentarias es la autoestima. Silverstone, (1992 citado en Unikel, 2003) sugiere que la baja autoestima es un pre-requisito necesario para desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria; hallazgo que ha sido observado originalmente en la práctica clínica y verificado en diversos estudios epidemiológicos en los que se ha encontrado asociaciones entre baja autoestima y mayor riesgo de trastornos alimentarios (Gual, Pérez, Martínez, Lahortija, de Irala y Cervera, 2002 en Unikel, op cit).

Camacho e Iniesta (2003) reportan que existe relación entre la presencia de conductas alimentarias de riesgo y la ideación suicida; encontrando en el grupo de hombres con riesgo de trastorno de la alimentación, que el 70% presentó por lo menos un síntoma de ideación suicida y en el caso de las mujeres el porcentaje fue del 68%. Respecto al intento suicida encontraron para los hombres un porcentaje de 6.3% que intento suicidarse (del grupo de riesgo) y para las mujeres un 35%. En cuanto a los motivos que mencionaron para suicidarse también del grupo de riesgo; en los hombres fueron los problemas familiares, el rendimiento escolar, llamar la atención y por enojo, mientras que para las mujeres fueron, los problemas familiares, rendimiento escolar, soledad, tristeza o depresión, por problemas, incomprensión y falta de cariño. Esto resalta la implicación que puede tener el presentar un trastorno alimentario y un estado emocional negativo o de tristeza que a la vez puede desembocar en el suicidio.

Mientras que Gutiérrez, Mora, Unikel, Villatoro y Medina-Mora (2001) mencionan que el consumo de sustancias entre los jóvenes ha sido ampliamente estudiado en México, lo

cual ha puesto de manifiesto que aún cuando los hombres son el grupo más afectado por el consumo de drogas, éste tiende a aumentar entre las mujeres, quienes se inclinan más a utilizar medicamentos que producen adicción como las anfetaminas (por ej. bensedrina, feniseq, esbelcaps, diestet, etc.); la posibilidad de que las adolescentes adopten ciertas conductas alimentarias anómalas para controlar su peso, por su insatisfacción con su imagen corporal y por sus expectativas de lograr el peso idealizado, generalmente situado por debajo del actual, pueden ser un incentivo para utilizar sustancias adictivas (León y cols., 1993 y Romero y Medina-Mora, 1998 en op cit). Se ha reportado a nivel internacional que la probabilidad de que las mujeres adolescentes consuman sustancias es más alta cuando existen indicadores de trastornos alimentarios, por ejemplo Krahn y cols., (1992 en op cit) encontraron en mujeres escolares, que hay una relación significativa entre la severidad de la dieta y una mayor prevalencia a usar alcohol, tabaco y marihuana. Por su parte y de manera global, Gutiérrez y cols. (2000) indican que el 25.2% de las adolescentes en riesgo de padecer trastornos alimentarios, han utilizado, por lo menos una droga (excluyendo tabaco y alcohol) alguna vez en la vida. El 70.6% de las usuarias de drogas pertenecen al grupo en riesgo; los tranquilizantes, la cocaína y las anfetaminas fueron las drogas más usadas en este mismo grupo. También perciben mayor disponibilidad y tienen más amigos y familiares que las utilizan. Esto sugiere un posible vínculo entre el consumo de drogas y las conductas alimentarias de riesgo, por lo menos de manera exploratoria. Sin embargo los datos deben ser tomados con precaución ya que se necesita diseñar estudios con mayor precisión.

Por otro lado, el abuso sexual en relación con los trastornos alimentarios ha sido tema controversial. Unikel (2003) argumenta que “si bien no se ha podido demostrar que el abuso sexual sea causa de los trastornos alimentarios, dado que su incidencia es similar a la de otros trastornos psiquiátricos e incluso de poblaciones no clínicas, tampoco se puede decir que no sea un factor que junto con otros más, tenga influencia en el desarrollo de trastornos alimentarios. Para Kenar y Ball (1998 en op cit) las experiencias de abuso físico y sexual son factores importantes para el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria, aunque es importante hacer distinciones particulares ya que la edad y el momento del abuso determinan en gran medida su relación con el desarrollo de la patología alimentaria.

También se ha mencionado que es frecuente encontrar en pacientes con trastornos alimentarios, la presencia de trastornos de la personalidad. García-Camba señala que cuando se hace una valoración posmórbida de la personalidad de las anoréxicas se obtiene que del 23 al 80% (Garner y cols., 1989; Wonderlich y cols., 1990; Herzog y cols., 1992) cumplen criterios para algún trastorno de personalidad; mientras que la prevalencia de trastornos de personalidad en pacientes bulímicas oscila entre el 21 y el 77% (Wonderlich, 1995).

Este tipo de trastornos condicionan la gravedad y el pronóstico de bulimia y anorexia, contribuyendo incluso en la forma en que se presenta el desorden alimentario. Ambos subgrupos parecen caracterizarse por un elevado neuroticismo, evitación del peligro y baja autosuficiencia.

CAPITULO 3. METODOLOGÍA

El presente estudio forma parte de una investigación más amplia realizada en el Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente M.", por parte de la División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales. La información se obtuvo de la Encuesta sobre Consumo de Drogas en Población de Enseñanza Media y Media Superior: medición otoño 2000, D. F. (Villatoro, Medina-Mora, Rojano, Fleiz, Vilia, Jasso, Alcántar, Bermúdez, Castro y Blanco, 2001).

3.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Existe relación entre la presencia de conductas alimentarias de riesgo con la depresión y el ambiente familiar?

3.2 HIPÓTESIS CONCEPTUAL.

Se espera que exista una relación entre la depresión y el ambiente familiar en los adolescentes con conductas alimentarias de riesgo. Ya que se han constatado disfunciones familiares en los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria (García-Camba, 2002). Y para Craig (2001 en op cit), la depresión durante la adolescencia ocurre junto con otros trastornos, en respuesta a tensiones internas y externas, señalando que es más probable que los varones se involucren en problemas cuando están deprimidos, en tanto que las mujeres suelen presentar trastornos alimentarios como la anorexia o la bulimia.

3.3 OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL:

Conocer la relación entre la presencia de Conductas Alimentarias de Riesgo con la Depresión y el Ambiente Familiar, en estudiantes de educación media y media superior del Distrito Federal.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Presentar la prevalencia de conductas alimentarias de riesgo.
2. Conocer la relación de las conductas alimentarias de riesgo con la depresión.
3. Conocer la relación de las conductas alimentarias de riesgo con el ambiente familiar.
4. Conocer la relación conjunta de las conductas alimentarias de riesgo con la depresión y el ambiente familiar.

DEFINICION DE VARIABLES

3.4 DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES

Variable criterio:

Conducta Alimentaria de Riesgo:

Son conductas relacionadas con problemas de la ingesta alimentaria, por ejemplo, seguimiento de dietas con el propósito de controlar el peso, dieta restrictiva, exclusión de alimento con alto contenido calórico, hábitos inadecuados, ayuno y atracones (León, 1998 citado en Jaso y Muñoz, 2002). Se consideran de riesgo porque son conductas voluntarias que aumentan la probabilidad de que aparezca una enfermedad que compromete los aspectos del desarrollo de los adolescentes (Maddaleno, 1994).

Variables predictoras:

Sintomatología depresiva: Manifestaciones conductuales y sensaciones afectivas percibidas por el/la adolescente, en torno a la expresión patoplástica de la depresión. Esta variable será evaluada a partir de las respuestas dadas a la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos: "Center Epidemiological Studies of Depression", CES-D (Radloff, 1977) respecto a la frecuencia temporal de la presencia de cada síntoma en la semana previa a la aplicación del cuestionario (González-Forteza, 1996).

Ambiente Familiar: "La familia es considerada la estructura básica de toda sociedad, dentro de la cual se da la socialización inicial del individuo. Entre sus miembros se dan procesos de interacción como la comunicación, el apoyo entre sus miembros y el nivel de integración logrado entre ellos". En este caso, el interés radica en la percepción que de estos tres procesos tiene el adolescente (Villatoro, Andrade-Palos, Fleiz, Medina-Mora y Reyes, 1997).

Percepción del Ambiente Familiar:

La percepción que tiene el adolescente respecto a los procesos de interacción que se dan dentro de su familia, como la comunicación, el apoyo entre sus miembros y el nivel de integración logrado entre ellos (op cit).

a) **Comunicación Familiar:**

Se refiere al grado en que el adolescente percibe el intercambio de información entre los miembros de su familia. Dicha información consiste en la narración de eventos cotidianos, problemas comunes, situaciones personales o íntimas, etc. (op cit).

b) Apoyo Familiar:

Se refiere al grado en que el adolescente percibe que su familia lo ayudará para solucionar los problemas propios o comunes de la familia, así como la ayuda que el proporciona a los miembros que tienen problemas (op cit).

c) Hostilidad y Rechazo:

Se refiere al grado de fricción y alejamiento que hay entre los miembros de la familia, y se caracteriza por los bajos niveles de colaboración y entendimiento entre sus integrantes (op cit).

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES:

Variable criterio:

Conducta Alimentaria de Riesgo:

La escala que se utilizó para medir las conductas alimentarias de riesgo es de la Encuesta sobre el consumo de drogas en población de enseñanza media y media superior del Distrito Federal del 2000; específicamente tomada de la Forma A del cuestionario, la cual se elaboró con base en los lineamientos propuestos por el DSM-IV.

Variables predictoras:

Depresión: se utilizará la escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) (Mariño, Medina-Mora, Chaparro y González-Forteza, 1993), incluida en la Forma A del cuestionario.

Ambiente Familiar: Se obtendrá a través de la sección general aplicada en el cuestionario. En esta escala se evalúa la comunicación, el apoyo, la hostilidad, el rechazo y la cohesión familiar (Villatoro, Andrade-Palos, Fleiz, Medina-Mora y Reyes, 1997).

3.5 POBLACIÓN Y MUESTRA.

La unidad de análisis sobre la cual se obtuvo información la constituyen los estudiantes de enseñanza media y media superior inscritos en el ciclo escolar 1999-2000 en las escuelas públicas y privadas de Distrito Federal. La muestra estuvo compuesta por 3293 sujetos (hombres y mujeres con edades entre los 12 y los 19 años) quienes contestaron la forma A del cuestionario.

Se consideraron tres dominios de estudio:

Estudiantes de secundaria.

Estudiantes de bachillerato.

Estudiantes de escuelas técnicas y comerciales.

El total de la comunidad escolar del Distrito Federal estuvo cubierta por el estudio, solo que por razones de tipo operativo y dado su pequeño número se excluyeron las escuelas militarizadas y las de arte.

El marco muestral se elaboró con base a los registros oficiales de los estudiantes de enseñanza media y media superior del ciclo escolar 1999-2000 de la SEP. Fue sometido a validaciones y depuraciones. Para lo cual se obtuvo una muestra aleatoria del 10% de las escuelas de cada dominio de estudio, en las que se validó la información del marco muestral, con la finalidad de disponer de información lo más confiable posible para evitar inconsistencias en las estimaciones.

El diseño de muestra plantea la estimación de las tendencias sobre el uso de drogas en los estudiantes de enseñanza media y media superior de la ciudad de México, especificando el grado de contribución de cada delegación política a la magnitud del problema.

Para la estimación del tamaño de muestra se consideró:

- A) La distribución del uso de drogas por sexo, grupos de edad, nivel escolar y tiempo dedicado al estudio.
- B) Las prevalencias a nivel delegacional para el uso de alcohol y tabaco por sexo, grupos de edad, nivel escolar y tiempo dedicado al estudio.
- C) Las prevalencias a nivel delegacional para el uso de inhalables, estimulantes de tipo anfetamínico, marihuana, tranquilizantes y cocaína, por sexo, grupos de edad, nivel escolar y tiempo dedicado al estudio. El marco muestral fueron los registros oficiales de la SEP de las escuelas de enseñanza media y media superior, los que se encuentran en una base de datos computarizada.

De acuerdo a la información de la Encuesta sobre el Uso de Drogas entre la comunidad Escolar de 1997, se determinaron los Coeficientes de Variación (CV) del uso de marihuana, cocaína e inhalables. Se consideró a la variable con el mayor CV, una tasa de no respuesta y un efecto de diseño igual al de la encuesta de 1997. Con estos parámetros, se considero una tasa de no respuesta del 15% que es la que se ha encontrado en estudios previos. El nivel de confianza de la muestra fue del 95%, con un error absoluto promedio de 0.004. La prevalencia más baja a considerar fue para la cocaína con un 2% para el consumo del último año. Con base en estos parámetros se calculo una muestra aproximada, tomando en cuenta la tasa de no-respuesta, de 340 grupos escolares, con una media de 35 alumnos por grupo. De las escuelas seleccionadas, solamente 7 rechazaron participar.

Las escuelas se seleccionaron aleatoriamente al interior de cada una de las 16 delegaciones políticas. El diseño de muestra fue estratificado, bietápico y por conglomerados, la variable de estratificación fue el tipo de escuela: secundarias, bachillerato y escuelas técnicas o comerciales a nivel bachillerato. La unidad de selección en la primer etapa fueron las escuelas y después el grupo escolar al interior de estas. Se planeó por conglomerados (grupos) con la intención de optimizar los tiempos de los aplicadores y disminuir los costos de trabajo de campo. La muestra obtenida de grupos y alumnos es autoponderada por delegación, con objeto de facilitar el mecanismo de estimación y el procesamiento de datos.

3.6 INSTRUMENTO.

El instrumento que ha sido previamente validado (Medina-Mora, Gómez y Serrano, 1981; Medina-Mora, et al., 1993 y Villatoro, et al., 1999) y cuyos indicadores principales se han mantenido en las diversas encuestas, fue aplicado en tres formas debido a su extensión, con un tiempo promedio de 75 minutos. De esta manera las secciones que se mantuvieron iguales para todos los sujetos fueron:

Datos sociodemográficos, consumo de drogas, alcohol y tabaco, problemas relacionados con el consumo de drogas, conducta y actitud antisocial, intento e ideación suicida, disponibilidad, tolerancia social y percepción de riesgo del consumo de drogas, normas y ambiente familiar y autoestima.

Cada forma se aplicó a una muestra de tamaño similar e incluye lo siguiente:

En la forma A se incluye la evaluación del tiempo libre, trastornos de la alimentación, nivel de depresión, la relación de los medios de comunicación con el consumo de tabaco y alcohol y los hábitos de estudio.

Las secciones de la forma B son la conducta sexual, percepción de los maestros y fuentes de apoyo.

En la forma C, se encuentran las secciones adicionales en las que se indaga sobre los lugares donde los adolescentes acostumbran beber y comprar bebidas alcohólicas, medidas para disminuir el consumo de alcohol, creencias, razones y problemas asociados con el consumo de alcohol.

Cada forma se aplicó a una muestra de tamaño similar.

Para el presente trabajo las secciones específicas que se utilizaron son de la Forma A, trastornos de la conducta alimentaria y nivel de depresión. Además la sección que evalúa el ambiente familiar, que se describen enseguida:

Conductas alimentarias de riesgo: específicamente de la Forma A, que incluye 15 preguntas relativas a la conducta alimentaria como son: preocupación por engordar, comer compulsivo y sensación de falta de control al comer, dietas, ayunos, ejercicio y vómito autoinducido; uso de laxantes, diuréticos o pastillas para bajar de peso, y uso de enemas, supositorios y lavativas. Las preguntas se refieren a la práctica de dichas conductas en los 3 meses previos a la realización de la encuesta, con tres posibilidades de respuesta: 1) No, 2) Algunas veces y 3) Dos o más veces en una semana (Unikel, Villatoro, Medina-Mora, Fleiz, Alcántar y Hernández, 2000). Se preguntó la propia percepción del peso y la estatura para calcular el Índice de Masa Corporal-Percebido (IMC-P) con la fórmula $\text{peso}/\text{estatura}^2$. Asimismo, se incluye una pregunta acerca de la autopercepción del peso corporal en una escala de 1 a 5, desde muy delgado hasta muy gordo, pasando por la opción "ni gordo ni delgado" (Gómez, 1993, 1995, 1997 y Unikel, 1998 citado en Unikel, et al., 2000).

La distorsión de la imagen corporal, se conoce como el menor o mayor alejamiento concreto del peso imaginario con respecto al peso reportado por el sujeto. Para conocer la distorsión de la imagen corporal, se utiliza la fórmula IMC-P autopercepción de peso corporal. La operación se lleva a cabo con los valores de IMC-P convertidas en las categorías de peso arriba mencionadas y sus equivalentes para la pregunta sobre autopercepción del peso corporal. La diferencia positiva que resulta se expresa en términos de sobrestimación, la diferencia negativa como subestimación; una diferencia igual a cero se interpreta como la ausencia de distorsión en la imagen corporal (Gómez, 1995).

La validez interna y confiabilidad de esta escala ha sido confirmada por Unikel (2003), obteniendo un 84% de casos correctamente clasificados.

Con esta escala se pueden obtener cuatro indicadores clínicos, que son:

a) sobrestimación del peso corporal, b) preocupación por engordar, c) prácticas de tipo restrictivo: ayunos, dietas, ejercicio y uso de pastillas para bajar de peso y d) prácticas de tipo purgativo: vómito autoinducido, uso de laxantes, diuréticos y enemas. Se considera grupo de riesgo cuando presenta 3 o más síntomas (de un total de cuatro) de la conducta alimentaria de riesgo y no riesgo cuando presenta 2 o menos (Unikel, et al., 2000).

Ambiente Familiar: se obtuvo a través de la escala original incluida en el cuestionario. Esta escala evalúa la comunicación, el apoyo, el rechazo, y la cohesión familiar que percibe el adolescente en su relación con sus padres. Consiste en 18 reactivos con cuatro opciones de respuesta tipo Likert (casi nunca, a veces, con frecuencia, y con mucha frecuencia) que han sido validados en la población de estudiantes de México. La confiabilidad de cada una de las áreas resultantes fue superior en todos los casos a 0.68 (hostilidad y rechazo=0.79; comunicación de los padres=0.84; comunicación del hijo=0.88; apoyo de los padres=0.83; apoyo significativo del hijo=0.68; apoyo cotidiano del hijo=0.71). Estos resultados, permiten sugerir la aplicación de la escala para evaluar el ambiente familiar del adolescente (Villatoro, Andrade, Fleiz, Medina-Mora, Reyes y Rivera, 1997). Los factores se componen de la siguiente manera:

a) Hostilidad y Rechazo incluye 6 reactivos. b) Comunicación del hijo incluye 3 reactivos. c) Apoyo de los Padres incluye 3 reactivos. d) Comunicación de los padres incluye 3 reactivos y e) Apoyo cotidiano del hijo incluye 3 reactivos.

Depresión: se utilizó la escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) que consta de 20 reactivos que miden sintomatología depresiva. Se incluyó la versión para adolescentes adaptada por Roberts. Cubre las siguientes áreas: ánimo depresivo, sentimientos de culpa y minusvalía, sentimientos de desesperanza y desamparo, retardo psicomotor, falta de apetito y trastornos del sueño. En la versión original los síntomas se califican de 0 a 3 de acuerdo con la frecuencia de ocurrencia durante la última semana y el rango de calificaciones globales es de 0 a 60. En la versión adaptada para adolescentes se pide al estudiante que mencione el número de días que experimentó cada uno de los síntomas durante la semana pasada (0, 1-2, 3-4, 5-7). El formato de respuesta es tipo Likert: 0= ningún día de la semana pasada, 1= a 1 ó 2 días, 2= 3 ó 4 días y 3= a entre 5 y 7 días de la semana anterior a la aplicación

del cuestionario. De modo que a mayor puntaje, mayor sintomatología depresiva. (González-Forteza, Ramos, Vignau y Ramírez, 2001).

En la Cd. de México, se aplicó el CESD-A, versión adaptada por Roberts para adolescentes a una muestra de 873 estudiantes de enseñanza media y media superior (Mariño, y cols., 1993). Los resultados de esta aplicación indican que esta escala presenta un alto nivel de confiabilidad (Alfa de .88) y una estructura factorial bien definida que indica la existencia de 3 subescalas: "Afecto Negativo", "Síntomas Somáticos" y "Afecto Positivo". En este estudio se establece un punto de corte de 27, el 15.4% de los adolescentes estudiantes de enseñanza media y media superior, fueron clasificados como deprimidos.

3.7 Procedimiento

El diseño operativo de la encuesta incluyó un Coordinador Central, tres Supervisores y 30 encuestadores, seleccionados entre un total de cuarenta sujetos capacitados. El curso de capacitación tuvo una duración de 18 horas, e incluyó aspectos conceptuales relacionados con las adicciones, antecedentes y los objetivos del proyecto, el manejo del cuestionario y las instrucciones para su aplicación y para la selección de grupos.

Se puso especial cuidado en que los encuestadores supieran transmitir las instrucciones que garantizaran a los alumnos la confidencialidad y el anonimato de sus respuestas. Además, se trataron todos los aspectos administrativos relacionados con la función de los encuestadores.

El coordinador fue responsable del trabajo de campo, de la entrega de materiales y del ejercicio financiero. Los supervisores vigilaron el trabajo de campo en una zona o delegación específica y ayudaron a los encuestadores a solucionar problemas como localización y permisos de entrada a las escuelas. Los encuestadores realizaron la selección predefinida de grupos en la escuela y la aplicación de los cuestionarios.

Posteriormente a la aplicación, tanto los supervisores como el coordinador central hicieron una verificación adicional con el fin de: i) clasificar las sustancias reportadas por los estudiantes, ii) verificar que se trataba de una droga y que se usara con motivos de intoxicación, y iii) detectar, corregir o en su caso, eliminar cuestionarios inconsistentes.

Para la captura y validación de la información, se elaboró un programa de cómputo que verifica la congruencia de las respuestas y posteriormente se llevó a cabo una nueva depuración a través de programación para la revisión directa de los cuestionarios.

3.8 Análisis Estadístico.

Se utilizó el programa SPSS versión 12.0, para el primer objetivo se tomaron los grupos por edad de los hombres y mujeres con edades entre los 12 y los 19 años, aplicando la χ^2 al interior del grupo de hombres y de mujeres, para determinar la presencia-ausencia de las conductas alimentarias de riesgo. En el caso de los demás objetivos se

obtuvieron con el Análisis de Varianza (ANOVA) para dos factores, pues el nivel de medición de las variables ambiente familiar (compuesto por 5 factores) y la presencia de depresión (o sintomatología depresiva), es intervalar y de esta manera podemos obtener la comparación entre los grupos.

Capítulo 4. Resultados

Primero se presentan algunas de las características sociodemográficas de la muestra y su relación con la presencia de conductas alimentarias de riesgo posteriormente la descripción o análisis estadístico de acuerdo a los objetivos específicos planteados.

La presencia de conductas alimentarias de riesgo por nivel educativo resultó de la siguiente manera: para los hombres el 5.1% pertenece a nivel secundaria, 3.4% al bachillerato y 2.9% al bachillerato técnico, mientras que en las mujeres los porcentajes son de 7.9%, 11.6% y 12.9% respectivamente. El nivel en el que más se presentan las conductas alimentarias de riesgo para los hombres es a nivel secundaria ($X^2 = 3.26$, $p = .196$) y destaca que para las mujeres es el bachillerato técnico ($X^2 = 7.55$, $p = .023$) (Tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas de los sujetos que presentan conductas alimentarias de riesgo por sexo.

	Hombres 3 ó más		X^2	Prob.	Mujeres 3 ó más		X^2	Prob.
	N	%			N	%		
Dominio de Estudio			3.26	.196			7.55	.023
Secundaria	47	5.1			77	7.9		
Bachillerato	16	3.4			67	11.6		
Bachillerato Técnico	6	2.9			18	12.9		
			.709	.701			1.70	.426
Fue estudiante								
No	5	6.1			11	12.6		
Medio tiempo	10	4.3			16	10.7		
Tiempo completo	53	4.2			129	9.0		
			3.78	.151			2.92	.232
Trabajó el año pasado								
No	50	4.0			138	9.2		
Medio tiempo	11	5.2			13	13.0		
Tiempo completo	8	7.9			9	13.8		
			.49	.482			11.82	.003
Tiene papá								
Tengo papá	61	4.4			121	8.6		
Lo sustituye un familiar	4	3.6			19	14.0		
Otro	2	2.9			19	17.0		
			.36	.833			3.88	.143
Tiene mamá								
Tengo mamá	66	4.3			153	9.3		
Lo sustituye un familiar	1	3.2			5	18.5		
Otro	1	7.1			2	20.0		

Se encontró que aquellos hombres que no fueron estudiantes el año pasado (anterior al estudio) presentan un porcentaje similar de conductas alimentarias de riesgo (6.1%) en relación a aquellos que fueron estudiantes de medio tiempo (4.3%) o de tiempo completo (4.2%) ($X^2 = .709$, $p = .701$). En el caso de las mujeres en que los porcentajes son 12.6%, 10.7% y 9% respectivamente ($X^2 = 1.70$, $p = .426$), lo que nos indica una mayor presencia en general de estas conductas entre los hombres y mujeres que no fueron estudiantes, aunque no fueron estadísticamente significativas (Tabla 1).

También se encontró que los hombres que trabajaron tiempo completo la mayor parte del año anterior al estudio, presentan mayor porcentaje (7.9%) de conductas alimentarias de riesgo en comparación con aquellos que trabajaron medio tiempo (5.2%) y los que no trabajaron (4%) ($X^2 = 3.78$, $p = .151$). En las mujeres se obtuvo algo similar 13.8%, 13% y 9.2% respectivamente ($X^2 = 2.92$, $p = .232$) (Tabla 1).

De los hombres que tienen papá el 4.4% presenta conductas alimentarias de riesgo, mientras que para aquellos sujetos en que el padre es sustituido por un familiar se encontró un 3.6% ($X^2 = .49$, $p = .482$). Para las mujeres en la primer condición el porcentaje es de 8.6% y para la segunda de 14% ($X^2 = 11.82$, $p = .003$), siendo significativo estadísticamente (Tabla 1).

Respecto a quienes tienen mamá, en los hombres el porcentaje de conductas alimentarias de riesgo es de 4.3% y para las mujeres es de 9.3% ($X^2 = .36$, $p = .833$), sin embargo presentan un mayor porcentaje de conductas alimentarias de riesgo las mujeres que tienen sustitución de la madre por algún familiar (18%) ($X^2 = 3.88$, $p = .143$) aunque no es estadísticamente significativo (Tabla 1).

Se puede notar de manera general, que en las mujeres de bachillerato técnico, aquellas que tienen edades entre los 18-19 años; tienen sustitución de padre y/o madre por parte de un familiar son quienes presentan un porcentaje mayor de conductas alimentarias de riesgo.

Por otro lado, se encontró que la prevalencia de conductas alimentarias de riesgo es del 7%; el 9.6% corresponde a las mujeres siendo mayor que en los hombres, pues en ellos se presenta sólo en un 4.3% ($X^2 = 35.06$, $p = .000$), resultando estadísticamente significativo (Tabla 2).

Tabla 2. Síntomas de conductas alimentarias de riesgo por sexo.

	Hombre		Mujer		X^2	Prob.
	N	% col.	N	% col.		
Conducta alimentaria de riesgo	69	4,3%	162	9,6%	35.06	.000

En la presencia de conductas alimentarias de riesgo por edad, se observa el mayor porcentaje en las mujeres que tienen entre 18 y 19 años (14.7%) seguidas de las que tienen 16 y 17 (con 12.5%) y para el grupo de 12 a 13 años el porcentaje es de 9% quedando con el menor porcentaje aquellas que se encuentran en el rango de 14 y 15 (6.8%) ($X^2 = 13.44$, $p = .004$). En los hombres los porcentajes obtenidos fueron de 5.9% para los de 12 y 13 años, 4.5% para los de 16 y 17, 3.7% para los de 18 y 19 y al último los de 14 a 15 años con un 2.9% ($X^2 = 6.26$, $p = .100$), de tal manera que los que tienen el menor porcentaje de conductas alimentarias de riesgo son los adolescentes entre los 14 y 15 años (Tabla 3).

Tabla 3. Población que presenta posibles trastornos de la conducta alimentaria por edad.

	Edad del sujeto								X^2	Prob.
	12-13		14-15		16-17		18-19			
	N	% col.	N	% col.	N	% col.	N	% col.		
Hombres	31	5.9	16	2.9	17	4.5	5	3.7	6.26	.100
Mujeres	51	9.0	39	6.8	52	12.5	20	14.7	13.44	.004

Para conocer la relación entre la presencia de conductas alimentarias de riesgo, la depresión y el ambiente familiar, se realizó la comparación de variables (ambiente familiar y depresión) utilizando como variables predictoras: la presencia de conductas alimentarias de riesgo y el sexo de los sujetos. Debido a que las variables dependientes (ambiente familiar y depresión) se midieron a nivel intervalar y tenemos dos factores o variables predictoras, se empleó el análisis de varianza de dos factores.

Los resultados de este análisis indican que la sintomatología depresiva es mayor en las mujeres ($\bar{x} = 1.92$) que en los hombres ($\bar{x} = 1.68$) ($F = 112.06$, $p = .000$). Asimismo el nivel de depresión de los adolescentes es mayor entre los que presentan conductas alimentarias de riesgo ($\bar{x} = 2.32$) que aquellos que no ($\bar{x} = 1.77$) ($F = 112.06$, $p = .000$), siendo significativo estadísticamente en ambos casos (Tabla 4). Entonces se puede considerar que tanto el sexo como la presencia de conductas alimentarias de riesgo funcionan como predictoras del nivel de depresión reportado, que en este caso es un nivel medio.

Tabla 4. Análisis de Varianza de 2 factores (sexo y conductas alimentarias de riesgo) para la variables psicosociales del estudio.

		Síntomas de conducta alimentaria última semana					
		Hombre	Mujer	F	Sexo Prob.	CAR Prob.	Interac. Prob.
Depresión	\bar{x}	2,17	2,38	112.06	.000	.000	.899
	DE	,58	,68				
Hostilidad y rechazo	\bar{x}	2,05	1,77	25.39	.001	.000	.013
	DE	,84	,68				
Comunicación del hijo	\bar{x}	2,27	2,15	3.36	.618	.045	.191
	DE	,84	,98				
Apoyo de los papás	\bar{x}	2,99	2,88	2.44	.545	.064	.295
	DE	,96	,98				
Comunicación de los papás	\bar{x}	2,70	2,66	2.71	.703	.517	.336
	DE	,83	,93				
Apoyo significativo del hijo	\bar{x}	2,82	2,74	6.08	.718	.074	.148
	DE	,96	,98				

En cuanto a la relación entre la presencia de conductas alimentarias de riesgo y el ambiente familiar encontramos lo siguiente para cada área de la variable ambiente familiar:

Para Hostilidad y rechazo se encontraron diferencias significativas estadísticamente por sexo, de manera que los hombres presentan mayor hostilidad y rechazo ($\bar{x}=1.56$) que las mujeres ($\bar{x}=1.52$) ($F=25.39$, $p=.001$). Así también para la condición de presentar conductas alimentarias de riesgo, se encontró que la hostilidad y rechazo es mayor entre los que presentan conductas alimentarias de riesgo ($\bar{x}=1.85$) que aquellos que no ($\bar{x}=1.52$) ($F=25.39$, $p=.000$). (Tabla 4). El nivel de hostilidad y rechazo es medio en general.

En el área Comunicación del hijo, encontramos que tanto en hombres ($\bar{x}=2.32$) como en mujeres ($\bar{x}=2.36$) este nivel de comunicación es similar ($F=3.36$, $p=.618$), sin embargo al comparar al grupo de jóvenes con conductas alimentarias de riesgo ($\bar{x}=2.18$) y los que no las presentan ($\bar{x}=2.35$) se observa que los que no presentan dichas conductas tienen un mejor nivel de comunicación que los del grupo de riesgo. ($F=3.36$, $p=.045$) (Tabla 4).

El apoyo de los papás que reportan tanto hombres ($\bar{x}=3.05$) como mujeres ($\bar{x}=3.06$) es muy similar y en este caso no se encontraron diferencias estadísticamente ($F=2.44$, $p=.545$), lo mismo al comparar el grupo con conductas alimentarias de riesgo ($\bar{x}=2.91$) y el que no ($\bar{x}=3.07$) ($F=2.44$, $p=.064$). El nivel de apoyo de los papás percibido por estos adolescentes en general es bueno (Tabla 4).

Para el área de Comunicación de los papás, tampoco encontramos diferencias significativas entre los hombres ($\bar{x}=2.60$) y las mujeres ($\bar{x}=2.68$) ($F=2.71$, $p=.703$) ni en la comparación de los que presentan conductas alimentarias de riesgo ($\bar{x}=2.68$) y los que no ($\bar{x}=2.64$) ($F=2.71$, $p=.517$), por lo que el nivel percibido por los jóvenes de la comunicación de sus padres para con ellos es muy similar en ambas comparaciones (Tabla 4).

En Apoyo significativo del hijo se encontró que tanto los hombres ($\bar{x}=2.84$) como las mujeres ($\bar{x}=2.95$) perciben un nivel similar de apoyo hacia su familia pues no existen diferencias en dichos grupos ($F=6.08$, $p=.718$) ni al hacer la comparación en función de presentar conductas alimentarias de riesgo ($\bar{x}=2.77$) o no ($\bar{x}=2.91$) ($F=6.08$, $p=.074$) (Tabla 4).

Es notable que la sintomatología depresiva es mayor en las mujeres y en aquellos sujetos que presentan conductas alimentarias de riesgo.

De las áreas de la variable ambiente familiar cabe señalar el hecho de que los sujetos con conductas alimentarias de riesgo presentan un nivel mayor de hostilidad y rechazo que aquellos que no y en especial la población masculina; de la comunicación del hijo, el apoyo de los papás y apoyo significativo del hijo es relevante el hecho de que los adolescentes que no presentan conductas alimentarias de riesgo reporten un mejor nivel al respecto que los que si las presentan. Por otra parte, el nivel de comunicación de los papás percibido por los adolescentes que presentan conductas alimentarias de riesgo es similar a los que no las presentan y de hecho se reporta como bueno.

Capítulo 5.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Uno de los aspectos que se pretende rescatar de acuerdo a los resultados del presente trabajo es aportar datos que complementan el panorama que existe respecto a los trastornos de la alimentación en la población mexicana, tomando en cuenta que actualmente son pocos los estudios empíricos y no se cuenta con información completa relacionada con estadísticas epidemiológicas (Gómez-Peresmitré, Granados, Jáuregui, Tafoya y Unikel, 2000).

Una de las contribuciones de este trabajo radica en que salen a la luz datos de una población estudiantil representativa (no de una muestra clínica u otro tipo de población en las que regularmente se realizan abordajes acerca de los trastornos alimentarios). Especialmente si tomamos en cuenta que se ha descrito y es evidente el efecto que tiene la escuela sobre la calidad del desarrollo social e intelectual niños y adolescentes (García-Hernández, 1993).

Los trastornos alimentarios o sus formas indiferenciadas se consideran parte de lo que hoy se conoce como adicciones sociales y constituye junto con otras enfermedades, los pilares de la psicopatología del siglo XXI (Gómez-Jarabo y Alonso-Fernández, 2001).

De modo que, como el estudio de los trastornos de la alimentación es reciente, aún está lejos de ser exhaustivo debido a cierta subestimación del problema dentro del campo de la salud mental. Es necesario contemplar que a pesar de que los porcentajes de conductas alimentarias de riesgo en esta población en general son bajos (hombres 4.3% y mujeres 9.3%), no se debe perder de vista que su presencia tiene implicaciones vitales sobre estos jóvenes estudiantes y por lo tanto en su núcleo familiar y social.

En los resultados de la investigación, se confirman algunos reportes (como los de Camacho e Iniesta, 2003; Unikel, Villatoro, Medina-Mora, Fleiz, Alcántar y Hernández, 2000; Alvarez, Franco, Vázquez, Escarria, Haro y Mancilla, 2003) que destacan de manera general que la población en que encontramos mayor presencia de conductas alimentarias de riesgo son las mujeres, especialmente el grupo de 18 y 19 años edad. Los resultados aquí encontrados indican que es un problema que afecta predominantemente a la población femenina, y la edad de inicio se sitúa generalmente en la adolescencia, por lo que preadolescentes y adolescentes son poblaciones consideradas de alto riesgo (Gómez, 1997 en Gutiérrez, et al., 2000).

Por nivel educativo se encontró que los hombres que cursan la secundaria y las mujeres de bachillerato técnico son quienes presentan porcentajes más altos de conductas alimentarias de riesgo.

Acorde al tipo de actividad que realizaron durante el año previo al estudio, los que no fueron estudiantes (tanto hombres como mujeres) presentan mayor porcentaje de conductas alimentarias de riesgo. Mientras que los adolescentes que fueron

estudiantes de tiempo completo, obtuvieron menor porcentaje de conductas alimentarias de riesgo.

Por lo anterior se puede decir, que el pasar más tiempo dedicado al estudio o bien ser estudiante de tiempo completo, puede contrarrestar el riesgo de presentar dichas conductas. Así, se resalta el papel de la escuela como factor protector frente a las conductas alimentarias de riesgo, al igual que se ha considerado respecto a otras problemáticas como es el consumo de drogas (Villatoro, Hernández, Hernández, Fleiz, Blanco, Medina-Mora, 2004).

Por otra parte, los hombres y mujeres que trabajaron de tiempo completo la mayor parte del año anterior al estudio, presentan mayor porcentaje de conductas alimentarias de riesgo que aquellos que trabajaron medio tiempo o que no lo hicieron. Esto plantea una relación inversa a la condición de haber sido estudiante y habla de que el tener la necesidad de laboral en esta etapa, puede poner en riesgo a los adolescentes de presentar conductas alimentarias de riesgo y habrá que investigar qué es lo que sucede en el contexto donde se desempeña el adolescente que trabaja y las condiciones que lo llevan a tener que trabajar a temprana edad.

Se puede pensar en factores como el nivel de responsabilidad que implica el empleo, el estrés y los estados de ansiedad experimentados, como posibles disparadores de la práctica de conductas alimentarias de riesgo. Se contempla y justifica esto (por lo menos tentativamente), puesto que se ha señalado que existe correlación entre la calidad de vida y factores como la somatización, la depresión y ansiedad en pacientes con anorexia nerviosa (García-Suárez, 2002). Y aunque en este estudio no es posible diagnosticar específicamente el tipo de desorden alimentario, sí se está en posibilidad de considerar este aspecto para el trabajo a desarrollar en lo subsecuente.

Es decir, se debe trabajar con la población más joven, independientemente de que tipo de población y contexto se trate; con lo cual se podría abarcar todo tipo de poblaciones y no solo aquellas que por su actividad o vocación están presionados para mantenerse en una condición física de delgadez extrema aspirando de esa manera al éxito profesional (por ejemplo, la población de bailarinas, gimnastas entre otras).

Por otra parte, se evidenció que las mujeres en que el padre o la madre son sustituidos por un familiar obtuvieron el mayor porcentaje de conductas alimentarias de riesgo.

Esto remite a considerar los roles paterno y materno como un aspecto relevante que puede vulnerar a las y los adolescentes hacia la práctica de conductas alimentarias de riesgo, así como la necesidad del trabajo con la familia pues anteriormente el tratamiento de los trastornos de la alimentación se abordaban de manera individual, sin embargo desde los trabajos de Minuchin y Palazzoli se estima que estos trastornos no se tratan como un trastorno mental individual sino que reflejan una disfunción familiar en que el trastorno es la respuesta (Serrato, 2000); por eso se debe inmiscuir a la familia como red de apoyo en el tratamiento y en la prevención.

Otro dato interesante es la presencia de conductas alimentarias de riesgo en los hombres con edades entre los 12 y 13 años quienes obtuvieron el porcentaje más alto. Ya que en la literatura se han reportado proporciones menores de trastornos de la alimentación en los hombres en comparación con las mujeres (aproximadamente de 1 hombre por cada 10 mujeres) (Gross y Rosen, 1988; Rastam, Gilberg y Garton, 1989; Vadereycken y Van Den Brouche, 1984 en Gómez-Perésmitre, Granados, Jáuregui, Tafoya y Unikel, 2000). Este resultado puede conducir a cuestionar que es lo que pasa en los varones de este grupo de edad que los hace más vulnerables que al resto de los grupos para presentar conductas alimentarias de riesgo y hasta que punto las cifras respecto a estos desórdenes pueden y han ido cambiando de manera que el número de casos pueda ir en aumento o bien que es lo que implica que los varones lleven a cabo estas prácticas en edades tempranas.

Tal vez esta impresión que se tiene de los trastornos de la alimentación como padecimiento más característico del género femenino se esté desplazando y cobrando fuerza también entre los varones jóvenes. Reafirmando cada vez más que se trata de un campo prioritario de la salud física y mental, donde se debe intervenir de manera multidisciplinaria, en el mayor número de espacios posibles y abandonar la tendencia que se ha descrito de excluirlos en investigaciones empíricas (Arnow, Kenardy y Agras, 1992; Berkowitz, Stukard y Stallings, 1993 en Gómez-Perésmitre, Granados, Jáuregui, Tafoya y Unikel, 2000).

Es importante aclarar que la expectativa de modelos estéticos corporales que se ha descrito para presentar conductas alimentarias de riesgo es diferente entre géneros. Para los hombres lo importante es aumentar su constitución corporal, "sus músculos"; mientras que para las chicas predomina la "cultura de la delgadez" (Gómez-Perésmitre, Granados, Jáuregui, Tafoya y Unikel, 2000; Aguilar, Mancilla, Álvarez y Cobos, 1997).

Así que, aunque las conductas alimentarias estén encausadas hacia objetivos distintos, el hecho es que ponen en riesgo al adolescente de llegar a desarrollar trastornos como la anorexia, la bulimia, la obesidad o bien conducirlos hacia conductas desadaptativas que implican incluso perder la vida. Como lo menciona García-Camba (2002) este tipo de trastornos pueden adoptar formas clínicas enmascaradas que retrasan la detección y diagnóstico, hasta en un 50% de los casos.

Por otra parte, y de acuerdo al objetivo de conocer la relación entre las conductas alimentarias de riesgo y la depresión, podemos decir que se evidenció la congruencia con el modelo de regulación de los trastornos afectivos que destaca una asociación entre la depresión y los trastornos de la alimentación. En este estudio, se encontró que los adolescentes (hombres y mujeres) con conductas alimentarias de riesgo y especialmente las mujeres, presentan también un nivel mayor de sintomatología depresiva respecto a los que no las llevan a cabo, por lo tanto es necesario contemplar la comorbilidad entre estos dos tipos de trastornos ya propuesta en otros trabajos como el de Berlanga (1993) y el de Braun, et al. (1994).

De acuerdo con el modelo de los trastornos afectivos, se propone que los trastornos de la conducta alimentaria son variaciones de los trastornos afectivos pues las condiciones que disparan ambos tipos de sintomatología son similares y por esto tanto los trastornos de la alimentación como la depresión pueden coexistir de manera simultánea.

Es decir, las personas con conductas alimentarias pueden presentar la tendencia a deprimirse más que quienes no las llevan a cabo o bien puede ser que aquella persona que presenta un cuadro depresivo corra el riesgo de llevar a cabo conductas alimentarias de riesgo a consecuencia esté. Por lo que no resulta extraño observar que en las clínicas los pacientes lleguen a pedir consulta por otro tipo de problema como sería la depresión y que más tarde el trastorno de la alimentación se descubra. Aquí se encuentra algo similar a lo que se ha descrito en distintos trabajos (Medina-Mora, Borges, Lara, Benjet, Blanco, Fleiz, Villatoro, Rojas, Zambrano, Casanova, Aguilar-Gaxiola, 2003; García-Suárez. 2002; Camacho e Iniasta, 2003); de que tanto la depresión como la presencia de conductas alimentarias de riesgo, pueden estar determinándose por matices culturales y educativos en que las mujeres son el blanco más vulnerable ante estos padecimientos.

Debe quedar claro que la depresión es un cuadro conformado por una serie de síntomas que pueden incluir conductas tales como el dejar de comer o el comer en exceso. Sin embargo en el caso del presente estudio es necesario indicar que las conductas alimentarias fueron medidas de manera independiente por lo que llevarlas a cabo, no se desprende de un estado depresivo que las induzca o determine.

En el plano de las conductas alimentarias de riesgo y las áreas que conforman el ambiente familiar se encontró, que en los hombres y en aquellos adolescentes que presentan conductas alimentarias de riesgo, obtuvieron un mayor nivel de hostilidad y rechazo, lo cual nos remite en cierta medida a la implicación interpersonal propuesta por Minuchin, en que existe rigidez y conflictos familiares característicos del tipo de familia en que se desarrollan este tipo de desórdenes.

Aquí es pertinente confirmar de alguna manera que el ambiente familiar en el que se desenvuelve el adolescente, impacta sobre la realización de conductas alimentarias de riesgo y la percepción que tiene de manifestaciones como son la hostilidad y rechazo versus la resolución de conflictos y la aceptación dentro de su núcleo familiar. Pues se ha argumentado que existen riesgos que van en función de la edad, condiciones sociales y de vida; y dentro de esta perspectiva, se puede apreciar el papel fundamental de la familia (García-Hernández, 1993).

Además de que los adolescentes con conductas alimentarias de riesgo perciben más hostilidad y rechazo en su ambiente familiar, también reportan un nivel menor de comunicación con sus padres que aquellos jóvenes que no las presentan.

Al respecto se puede considerar que, en un ambiente familiar donde se percibe hostilidad y rechazo y el adolescente no considera adecuada la comunicación para con

sus padres, puede provocarle sentimientos y pensamientos displacenteros que en cierto momento pudieran acentuarse y llegar a tomar forma de sintomatología depresiva. Como Soller y Callan (1991, en Villatoro, et al 1997.) describen; la familia es importante para la mayoría de los adolescentes ya que su ajuste social y emocional es mejor cuando éstas son cohesivas, expresivas y organizadas y fomentan la independencia de sus miembros. De manera inversa, tienden a desajustarse cuando perciben que en sus familias hay muchos conflictos y demasiado control.

Asimismo, en el trabajo de Chávez (2001) se hace mención de que en las madres de pacientes con trastornos alimentarios existe una carencia de intercambio recíproco entre ellas y sus hijos, siendo autodirigidas y controladoras. Dando respuestas inconsistentes y extremas. De esta manera, podemos hallar cierta coherencia con el resultado obtenido, en que los adolescentes con conductas alimentarias de riesgo perciben mayor hostilidad y rechazo que los del grupo que no las presentó.

Es importante observar que pese a lo anterior, los adolescentes con conductas alimentarias de riesgo reportan que el nivel de apoyo y comunicación de los padres hacia ellos es bueno, es decir, perciben que sus padres se comunican con ellos y los apoyan, sin embargo ellos no consideran tener una muy buena comunicación hacia sus padres. Cabe aclarar también que el nivel de hostilidad y rechazo encontrado de manera general es bajo.

En este sentido, se debe reflexionar acerca de cómo es que los adolescentes viven y perciben su desenvolvimiento en el núcleo familiar, puesto que la calidad del desarrollo humano está en relación estrecha a la calidad del proceso de convivencia familiar (Reiss y Shuterbrandt, 1990, en García-Hernández, 1993).

Por ello, es indispensable continuar profundizando en el análisis de los factores sociales y culturales implicados en las características que adquiere de una población a otra la enfermedad mental, toda vez que estos padecimientos significan ya un reto para los servicios de atención médica (op cit).

En general algunos de los aspectos a rescatar como resultados y conclusiones principales de este estudio son:

- a) Las mujeres son quienes tienen el mayor porcentaje de conductas alimentarias de riesgo, particularmente el grupo de edad de los 18 y 19 años.
- b) En los hombres, el grupo con mayor porcentaje fue el de los 12 a los 13 años.
- c) El asistir a la escuela o ser estudiantes de tiempo completo protege a los adolescentes frente a las conductas alimentarias de riesgo, mientras que tener actividad laboral de tiempo completo puede ponerlos en riesgo.
- d) Hay más hostilidad y rechazo en el ambiente familiar de los adolescentes que presentan conductas alimentarias de riesgo y menor comunicación de estos hacia sus padres.
- e) Las mujeres presentan mayor sintomatología depresiva en general y particularmente aquellas con conductas alimentarias de riesgo en comparación con los hombres y con el grupo que no las presenta.

Con estos datos se logra un acercamiento a la dimensión real del problema, debido a que se cuenta con una estimación de cómo se comportan y extienden las conductas alimentarias de riesgo entre los estudiantes y, aunque no se obtenga de manera específica un diagnóstico de los trastornos alimentarios, sí constituye una base para el trabajo en esta área. Por eso, un aspecto que ha de considerarse en futuros estudios, es afinar el instrumento para poder diferenciar el tipo de trastorno predominante.

Así, los resultados del presente estudio constituyen un elemento esencial en el área preventiva pues nos brinda indicadores cuantitativos necesarios, que permiten evaluar a la población de adolescentes que está en riesgo de desarrollar trastornos alimentarios.

Además de conocer la proporción de sujetos en riesgo de desarrollar una patología alimentaria, también nos permite conocer su comorbilidad con otros trastornos mentales como la depresión, puesto que está ha sido reportada como un padecimiento común entre los adolescentes (De la Peña, et al., 1999) y al igual que los trastornos alimentarios suele interferir en aspectos cotidianos y conlleva un considerable monto de incapacidad a lo largo de la vida (Weissman, 2002).

A partir de estos resultados, se presentan como planteamientos de desarrollos en investigación y en prevención lo siguiente:

- a) Seguir investigando sobre esta problemática para observar las tendencias del fenómeno.
- b) Crear un espacio o programa en las escuelas para impartir pláticas y talleres, los cuales sirvan como canal para informar y plantear temas como el respeto, la tolerancia, la comunicación, el autoconcepto, la

autoestima y la asertividad. Este espacio también puede servir para el análisis de mensajes de los medios de comunicación (especialmente de mercadotecnia) y la compatibilidad de estos con las percepciones e intereses particulares de los adolescentes.

- c) Es importante el involucramiento de la familia en la prevención como en el tratamiento, ayudándola con estrategias para el mejoramiento de las relaciones interpersonales, la comunicación y la adquisición de habilidades para la resolución de conflictos.

Finalmente, los trastornos de la alimentación son un área fundamental que hay que combatir, para que los profesionistas, las instituciones y en general los servicios de salud mental puedan tener las herramientas para abordar estos problemas y rescatar a través de la detección, prevención y tratamiento, el costo económico y social que enfermedades como éstas implican actualmente a nuestra sociedad y nuestras familias.

REFERENCIAS:

- Aguilar, H. J. (2003). Historia de la Anorexia. En: Tinahones, M.F. (Editor). Anorexia y Bulimia. Una Experiencia Clínica. Ed. Díaz de Santos. Madrid.
- Alcántar, E. (2002). Prevalencia del Intento Suicida en Estudiantes Adolescentes y su Relación con el Consumo de Drogas, la Autoestima, la Ideación Suicida y el Ambiente Familiar. Tesis de Licenciatura en Psicología, UNAM.
- Alvarez, G., Franco, K., Vázquez, R., Escarria, A., Haro, M. y Mancilla, J. (2003). Sintomatología de Trastorno Alimentario: Comparación entre Hombres y Mujeres Estudiantes. Psicología y Salud. 13, 2: 245-255.
- Alvarez, R., Mancilla, D., Martínez, M. y López, A. (1998). Aspectos Psicosociales de la Alimentación. Revista de Psicología y Ciencia Social. 2, 1: 50-58.
- Alvarez, R., Román, F., Manríquez, R. y Mancilla, D. (1996). Imagen Corporal y Trastornos Alimentos: en una Muestra de Universitarias Mexicanas. La Psicología Social en México. VI: 536-541.
- Ausubel, D. y Sullivan, E. (1999) El Desarrollo Infantil. 3. Aspectos lingüísticos, cognitivos y físicos. Ed. Paidós Psicología Evolutiva. México.
- Berlanga, C.(1993). La Comorbilidad en los Trastornos Depresivos. Salud Mental.16, 1: 1-9.
- Braun, D., Sunday, S. y Halmi, K. (1994) Psychiatric Comorbidity in Patients with Eating Disorders. Psychological Medicine. 24:859-867.
- Bravo, D. y Fortanel, R. (2001). Percepción de la Relación con Ambos Padres como Factor de Riesgo en los Trastornos de la Alimentación. Tesis de Licenciatura en Psicología, UNAM.
- Bruch, H. (2002). La Jaula Dorada. El Enigma de la Anorexia Nerviosa. Ed. Paidós. México.
- Camacho, R. e Iniesta, M. (2003). Conductas Alimentarias de Riesgo con la Ideación y el Intento Suicida en una muestra de Adolescentes del Distrito Federal. Tesis de Licenciatura en Psicología, UAEM.
- Casullo, M. (1998). Adolescentes en Riesgo. Identificación y Orientación Psicológica. Ed. Paidós. México.

Chávez, FA. (2001). Correlación entre el Nivel de Emoción Expresada por el Familiar y el Grado de Severidad Sintomatológica en pacientes con Trastornos de la Alimentación. Tesis de especialidad en Psiquiatría. Facultad de Medicina. UNAM.

Coleman, J. (1985). Psicología de la Adolescencia. Ed. Morata. Madrid.

Crispo, R., Figueroa, E. y Guelar, D. (1996). Anorexia y Bulimia: lo que hay que saber. Un mapa para recorrer un territorio trastornado. Ed. Gedisa. Barcelona.

De la Peña, F., Ulloa, R. y Paez, F. (1999). Comorbilidad del Trastorno Depresivo Mayor en los Adolescentes. Prevalencia, severidad del padecimiento y funcionamiento psicosocial. Salud Mental. Número Especial: 88-92.

Dulanto, G.E. (2000) El Adolescente. Ed. Mc Graw Hill Interamericana. México.

Feldman, F. (2000). Eres lo que Comes. Liber-Addictus. 44: 27-29.

Fernández, A. F. y Turón, G. V. (2001). Trastornos de la Alimentación. Guía Básica de Tratamiento en Anorexia y Bulimia. Ed. Masson. México.

Fuentes, G. B. (1989). Conocimiento y Formación del Adolescente. Ed. Continental. México.

García, B. (2002). La Influencia de la Familia y el Nivel de Depresión hacia el Consumo de Drogas en los Adolescentes de la Ciudad de México. Tesis de Licenciatura en Psicología, UNAM.

García-Cabero, M. (1994). Desarrollo Afectivo de la Adolescencia. En: Aguirre, A. (Ed.). Psicología de la Adolescencia. Ed. Alfaomega. Barcelona.

García-Camba, E. (2002). Avances en Trastornos de la Conducta Alimentaria. Anorexia nerviosa, Bulimia nerviosa, Obesidad. Ed. Masson. Barcelona.

García-García, E., Vázquez-Velázquez, V., López-Alvarenga, J. y Arcila-Martínez, D. (2003). Validez Interna y Utilidad Diagnóstica del Eating Disorders Inventory en Mujeres Mexicanas. Salud Pública de México. 45, 3: 206-210.

Gómez, P. (1996). La Anorexia Nerviosa. La Prevención en Familia. Ed. Pirámide. Madrid.

Gómez-Peresmitré, G., Saucedo-Molina, T.J. y Unikel, C. (2001). Imagen Corporal en los Trastornos de la Alimentación: La Psicología Social en El Campo de la Salud. En: Calleja, N. y Gómez-Peresmitré, G. (Eds). Psicología Social: Investigación y Aplicaciones en México. Ed. Fondo de Cultura Económica. México.

González-Forteza, C. (1996). Factores Protectores y de Riesgo de Depresión e Intentos de Suicidio en Adolescentes. Tesis de Doctorado en Psicología, UNAM.

González-Forteza, C., Ramos, L., Vignau, B. L. y Ramírez, V.C. (2001). El Abuso Sexual y el Intento Suicida asociados con el Malestar Depresivo y la Ideación Suicida de los Adolescentes. Salud Mental. 24, 6: 16-25.

González, L., Lizano, M. y Gómez-Peresmitré, G. (1999). Factores de Riesgo en Desórdenes del Comer: Hábitos Alimentarios y Auto-Atribución en una Muestra de Niños Escolares Mexicanos. Revista Mexicana de Psicología. 16, 1: 117-126.

Guelar, D. y Crispo, R. (2000) Adolescencia y Trastornos del Comer. Ed. Gedisa. España.

Gutiérrez, R., Mora, J., Unikel, C., Villatoro, J., Medina-Mora, M.E. y Fleiz, c., Navarro, C. (2000). Consumo de Drogas en Mujeres que Presentan Conductas Alimentarias de Riesgo. La Psicología Social en México. VIII: 610-616.

Horrocks, J. (1986) Psicología de la Adolescencia. Ed. Trillas. México.

Jasso, A. y Muñoz, Y. (2002). Relación entre la Presencia de Conductas Alimentarias de Riesgo, Autoestima y Consumo de Drogas en estudiantes de Enseñanza Media y Media Superior. Tesis de Licenciatura en Psicología, UNAM

López, L. X., Mancilla, D. J., Álvarez, R. G. y Cobos, Z. G. (1997). Un estudio sobre la personalidad e imagen corporal de comedoras compulsivas. Revista Sanidad Militar de México. Pag. 255-259.

López-Ibor, A. y Valdés, M., (2002). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR). Ed. Masson. México.

Macías-Valadez, T.G. (2000). Ser Adolescente. Ed. Trillas. México.

Maddaleno, M. (1994) Riesgo en Adolescentes. Presentado en el curso de Multiplicadores en Salud Integral de Adolescentes. OPS/KELLOGG. Santiago.

Mancilla, J., Alvarez, G., López, L., Mercado, E., Manríquez y Román, M. (1998). Trastornos Alimentarios y Factores Asociados en Universitarias Mexicanas. Revista Psicología y Ciencia Social. 2, 1:34-43.

Marcelli, D. (1992). Adolescencia y Depresión. Ed. Masson. Barcelona.

Mariño, M.C., Medina-Mora, M.E., Chaparro, J. y González-Forteza, C. (1993). Confiabilidad y Estructura Factorial del CES-D en una Muestra de Adolescentes Mexicanos. Revista Mexicana de Psicología. 10, 2: 141-145.

Mendoza, F. A.. (2001). Adolescencia, familia y contexto social. En: Castro, J. (Editor). Niñas, Niños y Adolescentes. Exclusión y Desarrollo Psicosocial. Ed. Ifejant. Perú.

Merani, A.L. (1979, 3a Ed). Diccionario de Psicología. Ed. Grijalbo. México.

Patton, G., Johnson-Sabine, E., Wood, K., Mann, A. y Wakeling, A. (1990). Abnormal Eating Attitudes in London School Girls- a Prospective epidemiological Study: outcome at twelve month follow-up. Psychological Medicine. 20: 383-394.

Perinat, M. A., Corral, I. A., Crespo, G. I., Llabería, D. E., Font-Mayolas, S., Lalueza, S., Larraburu, I., Martínez, C. G., Moncada, R. A. y Rodríguez-Tome, H. (2003). Los Adolescentes en el siglo XXI. Un Enfoque Psicosocial. Ed. UOC. Barcelona.

Polivy, J. (1993). Etiology of Binge Eating: Psychological Mechanism. Epidemiology and Etiology. 9: 193-199.

Raich, R. (1994). Anorexia y Bulimia: trastornos alimentarios. Ed. Pirámide. Madrid.

Rivas, T., Bersabé, R. y Castro, S. (2001). Prevalencia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en Adolescentes de Málaga (España). Salud Mental. 24, 2: 25-31.

Saldaña, C. (1994). Trastornos del Comportamiento Alimentario. Ed. Fundación Universidad Empresa. Madrid.

Sandoval, L., Villamil, V. (1999). La Comorbilidad de los Trastornos Depresivos y de los Trastornos de la Personalidad. Salud Mental. 22, 3: 34-40.

Schlundt, D y Jonson, WG. (1990) Eating disorders: assesment and treatment. Allyn and Bacon: Needham Heights, MA.

Serrato, G. (2000). Anorexia y Bulimia. Trastornos de la Conducta Alimentaria. Ed. Libro-Hobby-Club. España.

Striegel-Moore (1993) Etiology of Binge Eating: a developmental perspectiva. Binge Eating.

Unikel,C.(1998). Desórdenes Alimentarios en Mujeres Estudiantes y Profesionales del Ballet. Tesis de Maestría en Psicología Clínica, UNAM.

Unikel, C. y Gómez-Peresmitré, G. (2004) Validez de Constructo de un Instrumento para la Detección de Factores de Riesgo en los Trastornos de la Conducta Alimentaria en Mujeres Mexicanas. Salud Mental. 27, 1: 38-49.

Unikel, C. y Gómez-Peresmitré, G. (1999). Espectro de los Trastornos de la Conducta Alimentaria: Grupo Normal, con Alto riesgo y Clínico. Revista Mexicana de Psicología. 16, 1: 141-151.

Unikel, C., Mora, J. y Gómez-Peresmitré, G. (1999). Percepción de la Gordura en Adolescentes y su Relación con Conductas Anómalas del Comer. Revista Interamericana de Psicología. 33, 1: 11-29.

Unikel, C., Villatoro, J., Medina-Mora, M., Fleiz, C., Alcántar, E., Hernández, R. (2000). Conductas Alimentarias de Riesgo en Adolescentes Mexicanos. Datos en Población estudiantil del Distrito Federal. La Revista de Investigación Clínica. 52, 2: 140-147.

Unikel, C., Saucedo, T., Villatoro, J., Fleiz, C. (2002). Conductas Alimentarias de Riesgo y Distribución del Índice de Masa Corporal en Estudiantes de 13 a 18 años. Salud Mental. 25. 2: 49-57.

Vázquez, R., Alvarez, G. y Mancilla, J. (2000). Consistencia Interna y Estructura Factorial del Cuestionario de Influencia de los Modelos Estéticos Corporales (CIMEC), en Población Mexicana. Salud Mental. 23, 6: 18-24.

Vázquez, R. y Raich, R. (1998). Dinámica Familiar y Actitudes Paternas Hacia los Modelos Estéticos Corporales en Familias con Trastorno alimentario. Revista de Psicología y Ciencia Social. 2, 1: 59-69.

Villatoro, J., Andrade-Palos, P., Fleiz, C., Medina-Mora, M., Reyes, I. y Rivera, E. (1997). La Relación Padres-Hijos: una escala para evaluar el ambiente familiar de los adolescentes. Salud Mental. 20, 2: 21-27.

Villatoro, J., Hernández, I., Hernández, H., Fleiz, C., Blanco, J., Medina-Mora, ME. (2004). Encuestas de Consumo de Drogas de Estudiantes III. 1991-2003. SEP-INPRF. México.

Villatoro, J., Medina-Mora, M. E., Rojano, C., Fleiz, C., Villa, G., Jasso, A., Alcántar, M. I., Bermúdez, P., Castro, P. y Blanco, J. (2001). Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco en Estudiantes del Distrito Federal: medición otoño 2000. Reporte Global del Distrito Federal. INP-SEP. México.

Weissman, M. (2002). Tratamiento de la depresión: Una Puerta al siglo XXI. Ed. Psiquiatría. Barcelona.

Wicks, N. y Allen, C. (1997). Psicopatología del Niño y del Adolescente. Prentice Hall. México.

Wilson, G. y Walsh, B. (1991). Eating disorders in the DSM-IV. Journal of Abnormal Psychology. 100, 3: 362-365.

ANEXO 1
INSTRUMENTO

CONDUCTAS ALIMENTARIAS.

Ahora te haremos algunas preguntas sobre tus hábitos alimenticios. (Por favor circula tu respuesta).

65. Aproximadamente, ¿Cuánto mides?	Centímetros.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66. Aproximadamente, ¿Cuánto pesas	Kilos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67. ¿Desayunas en tu casa los días que vas a la escuela?	Siempre.....	1			
	A veces.....	2			
	Nunca.....	3			
68. Generalmente ¿Cuántas veces comes al día?	Una vez.....	1			
	Dos veces.....	2			
	Tres veces.....	3			
	Más de tres veces.....	4			
69. ¿Tú te consideras?	Muy gordo(a).....	1			
	Gordo(a).....	2			
	Ni gordo(a) ni delgado(a).....	3			
	Delgado(a).....	4			
	Muy delgado(a).....	5			

70. EN LOS ULTIMOS TRES MESES:

(Marca una opción para cada inciso)

	No	Algunas veces	2 ó más veces en una semana
a) Me ha preocupado engordar	1	2	3
b) En ocasiones he comido grandes cantidades de comida en un periodo corto de tiempo y he tenido la sensación de no poder detenerme	1	2	3
c) He vomitado después de comer, para tratar de bajar de peso	1	2	3
d) He hecho ayunos (dejar de comer por un día o más) para tratar de bajar de peso	1	2	3
e) He hecho dietas para tratar de bajar de peso	1	2	3
f) He hecho ejercicio en exceso (más de una hora al día) para tratar de bajar de peso	1	2	3
g) He usado pastillas para tratar de bajar de peso	1	2	3
h) He tomado diuréticos (sustancias que ayudan a eliminar agua) para tratar de bajar de peso	1	2	3
i) He tomado laxantes (sustancias que ayudan a eliminar agua) para tratar de bajar de peso	1	2	3
j) He usado enemas (introducido líquido por el ano para			

ayudar a evacuar) para tratar de bajar de peso	1	2	3
--	---	---	---

SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA.

71. Las siguientes afirmaciones describen formas en que la gente actúa o se siente. Por favor lee cada una y circula el número de días (de 0 a 7) que te sentiste así en la última semana. (Por favor, marca una respuesta para cada inciso, si estás inseguro haz tu mejor estimación).

NUMERO DE DIAS

DURANTE LA SEMANA PASADA:	0	1-2	3-4	5-7
a) Me molestaron muchas cosas que generalmente no me molestan	1	2	3	4
b) No tenía hambre, no tenía apetito	1	2	3	4
c) Sentía que no podía quitarme la tristeza ni con la ayuda de mi familia o amigos	1	2	3	4
d) Sentía que era tan bueno como los demás	1	2	3	4
e) Tenía dificultad para concentrarme en lo que estaba haciendo	1	2	3	4
f) Me sentí deprimido(a)	1	2	3	4
g) Sentí que todo lo que hacía me costaba mucho esfuerzo	1	2	3	4
h) Veía el futuro con esperanza	1	2	3	4
i) Pensé que mi vida era un fracaso	1	2	3	4
j) Tenía miedo	1	2	3	4
k) Dormí sin descansar	1	2	3	4
l) Estaba feliz	1	2	3	4
m) Platiqué menos de lo normal	1	2	3	4
n) Me sentía solo(a)	1	2	3	4
o) Sentí que la gente era poco amigable	1	2	3	4
p) Disfrute de la vida	1	2	3	4
q) Lloraba a ratos	1	2	3	4
r) Me sentía triste	1	2	3	4
s) Sentía que no les caía bien a otros	1	2	3	4

AMBIENTE FAMILIAR.

57. Ahora queremos hacerte algunas preguntas sobre la forma como te relacionas con tus papás. Por favor contesta cada una de las preguntas.	Casi Nunca	A veces	Con frecuencia	Con Mucha frecuencia
a) Mis problemas personales pasan desapercibidos para mis papás	1	2	3	4
b) Cuando algo personal me preocupa, se lo comento a mis papás	1	2	3	4
c) Mis papás me platican sus problemas más importantes	1	2	3	4
d) Mis papás me rechazan	1	2	3	4
e) Si hay una emergencia familiar, mis papás cuentan conmigo	1	2	3	4
f) Si mis papás tienen problemas procuro ayudarlos	1	2	3	4
g) A mis papás les es indiferente la convivencia familiar	1	2	3	4
h) Trato de apoyar a mis papás cuando tienen problemas	1	2	3	4
i) Mis papás me ignoran cuando necesito que me escuchen	1	2	3	4
j) Me agrada hablar con mis papás de mis problemas personales	1	2	3	4
k) Mis papás me motivan a salir adelante cuando tengo problemas	1	2	3	4
l) Mis papás piensan que les doy problemas	1	2	3	4
m) En situaciones difíciles no cuento con mis papás	1	2	3	4
n) Mis papás me apoyan en lo que emprendo	1	2	3	4
ñ) Mis papás me comunican las decisiones importantes	1	2	3	4
o) Platico con mis papás mis problemas personales	1	2	3	4
p) siento que soy importante para mis papás	1	2	3	4
q) Mis papás me comunican sus planes	1	2	3	4