

01964
8



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

UN INSTRUMENTO PARA LA MEDICIÓN DE LA
CONDUCTA ALIMENTARIA COMPULSIVA

T E S I S

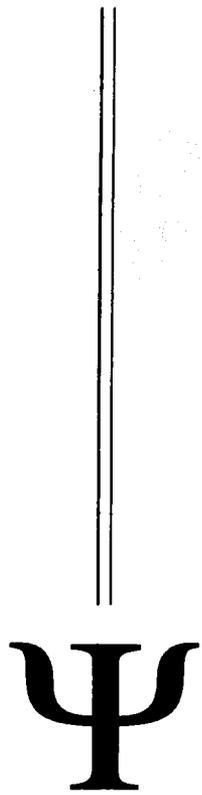
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
MAESTRA EN PSICOLOGÍA
GENERAL EXPERIMENTAL
P R E S E N T A
MA. VICTORIA GNOVEVA ORTÍZ HERNÁNDEZ

DIRECTORA DE TESIS: DRA. GILDA GÓMEZ PÉREZ-MITRE

COMITÉ DE TESIS: DRA. LUCY MARÍA REDIL MARTÍNEZ
DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA
DRA. EMILIA LUCIO GÓMEZ-MAQUEO
DR. JUAN MANUEL MANGILLA DÍAZ

MEXICO, D.F.

2003



TESIS CON
VALOR DE CREDITO



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**TESIS
CON
FALLA DE
ORIGEN**

AGRADECIMIENTOS

Expreso mi agradecimiento a la **Dra. Gilda Gómez Pérez-Mitre** por su apoyo y gran profesionalismo durante la elaboración y término de esta tesis.

A mis sinodales que tan amablemente y con gran calidad humana y técnica, me hicieron el favor de revisar y aportar mejoras.

Dra. Lucy María Redil Martínez

Dr. Juan José Sánchez Sosa

Dra. Emilia Lucio Gómez-Maqueo

Dr. Juan Manuel Mancilla Díaz

A los grupos de Comedores Compulsivos Anónimos que me permitieron el acceso a sus instalaciones para llevar a cabo la realización de mi tesis.

A todas aquellas personas que de alguna manera participaron para hacer una realidad esta investigación.

DEDICATORIA

A mis padres: Aunque ya no están presentes, mi reconocimiento y gratitud por todos sus esfuerzos que me ofrecieron en cada momento de mi vida. Siempre los tengo presentes. Gracias

A la familia Curiel Martínez. Moisés, Marisol, Brendis y Karla : Por todo el apoyo, amor y alegría que me brindan día tras día para hacer de mi vida una fortuna. Gracias.

A la familia Curiel Cárdenas. Jorge, Diana, Gaby y Lalito: Por saberme escuchar y aconsejarme, por su apoyo moral cuando percibo que mi mundo esta limitado, por quererme como yo los quiero. Gracias.

A mis herman@s: Martha, Graciela, Ana, Elisa, Alejandro, Beto : Por apoyar mis decisiones y por quererme como yo l@s quiero: Gracias.

A mis amig@s: Silvia Islas, Marycarmen Contreras, Coco, Sandra, Rigo, Rocío, Gisela, Lupita Arceo, Cristy, Elvira, Mercedes, Margarita Rodríguez, y Silvia Galicia: Gracias: A cada una de ell@s, que con sus particularidades y características propias son una inmensa riqueza para mi vida. Gracias.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INDICE

	PAG.
RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	2
CAPITULO I	
1. Conducta Alimentaria Compulsiva (CAC).....	6
1.1. Antecedentes históricos.....	7
1.2. Criterios Diagnósticos.....	10
1.2. Anorexia Nervosa.....	12
1.2.1. Antecedentes históricos.....	13
1.2.2. Criterios Diagnósticos.....	17
1.3. Bulimia.....	18
1.3.1 Antecedentes.....	18
1.3.2. Criterios Diagnósticos.....	20
..	
1.4. Obesidad.....	21
1.4.1 Antecedentes históricos.....	21
1.4.2. Aspectos biológicos de la obesidad.....	22
1.4.3. Aspectos psicológicos de la obesidad.....	23
1.4.4. Norma Oficial Mexicana para el Manejo de la Obesidad.....	23
1.4.5. Criterios Diagnósticos.....	27
1.4.6. Antecedentes teóricos-prácticos de los trastornos alimentarios.....	29
CAPITULO II	
2. Principales teorías de la Conducta Alimentaria Compulsiva.....	33
2.1 Variables psicológicas de la Conducta Alimentaria Compulsiva.....	37



CAPITULO III

3. Relación entre Conducta Alimentaria Compulsiva y Adicción	
3.1. Variables Psicológicas.....	41
3.2. Variables Cognoscitivas.....	43
3.3. Variables Fisiológicas.....	43
3.4. Estados emocionales psicoactivos	44
3.5. Factores externos.....	45
3.6. Estilos de Vida.....	46
3.7. Conducta Alimentaria Compulsiva vista como Adicción	48

CAPITULO IV

4. Teorías más importantes en la explicación de los trastornos de la conducta alimentaria	
4.1. Teoría de Género.....	50
4.2. Teoría Intrafamiliar.....	51
4.3. Teoría Sociocultural	54
METODOLOGÍA.....	56
RESULTADOS.....	63
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	89
REFERENCIAS.....	96
ANEXOS.....	103



RESUMEN

El presente trabajo forma parte de una investigación mayor* cuyos objetivos fueron desarrollar un instrumento válido y confiable que mida Conducta Alimentaria Compulsiva (CAC), determinar las características distintivas de las comedoras compulsivas, y desarrollar hipótesis de trabajo. Es un estudio exploratorio con diseño de dos grupos y observaciones independientes, con los que se comparan las prácticas alimentarias anómalas (Conducta Alimentaria Compulsiva), con prácticas alimentarias sin comer compulsivo. Asimismo es un estudio correlacional, de campo y transversal. Se utilizó una muestra intencional ya que se buscaron las características de los sujetos de acuerdo con los objetivos de la investigación. La muestra (N=101) se dividió en grupo uno, formado por comedoras compulsivas (CC), pertenecientes a grupos de comedoras compulsivas anónimas del D.F. (n=50), y el grupo control (mujeres sin comer compulsivo) pertenecientes a trabajadoras del IMSS y Universidad Pedagógica del D.F. (n=51). Se construyó un instrumento con 109 ítems en su versión final, mostró una validez discriminante y predictiva del 98.6% (clasificación correcta), la función discriminante resultó altamente significativa, la correlación canónica (R^2), explicó el 90% de la varianza de la variable CCA. Asimismo, resultó con un alto coeficiente de consistencia interna ($\alpha=0.9781$). Por otra parte, puede decirse en términos generales, que se encontraron diferencias significativas entre los grupos de Comedoras Compulsivas Anónimas (CCA) y grupo control (sin comer compulsivo).

Proyectos CONACYT 34507-H y PAPIIT IN301501, desarrollados bajo la responsabilidad de Dra. Gilda Gómez-Perezmitre

INTRODUCCIÓN

Este trabajo constituye una investigación de campo que tiene como objetivo aportar elementos teóricos - prácticos que permitan detectar la conducta alimentaria compulsiva (CAC), así como conocer la contribución que las distintas teorías dan para la identificación y desarrollo de esta patología.

Actualmente la imagen de mujer desde el punto de vista estético, se ha traducido en cuerpos extremadamente delgados, esto ha generado una serie de problemas, de morbi-mortalidad debido a que el sobrepeso es una enfermedad subestimada peligrosamente por algunos y sobreestimada frívolamente por otros, por lo que gran parte de la población que sufre este trastorno "se siente gorda" y otra parte de la misma "está gorda", inaceptable para competir en una sociedad donde el valor principal es la imagen de mujer esbelta. (Cornillot y Zukerfeld, 1981).

Para Buschiazzo y Feuchtmann, (1997) esto constituye uno de los principales estigmas sociales, disminuye las oportunidades de empleo y educación, con su respectivo costo psicosocial, lo que hace que el comedor compulsivo, por tener conductas compensatorias mínimas se acerque más al sobrepeso u obesidad.

En el ámbito individual el comedor compulsivo presenta una disminución del autoconcepto, autoestima, autoimagen, autoeficacia y de la calidad general de las relaciones interpersonales.

Aunado a esto, vivimos en una sociedad consumista, en el que predomina la economía sobre el bienestar personal, donde se encuentran megaindustrias de dietas hasta clínicas clandestinas, para disminuir el apetito y bajar milagrosamente, logrando que haya una reducción de peso a muy corto plazo, pero también que sufran el rebote, volviendo a quedar con el peso que tenían o

en ocasiones más, generando estos tratamientos, desórdenes y desequilibrios que pueden llevar a consecuencias trágicas. (Álvarez, 1995)

La mayoría de las personas con trastornos alimentarios inician su problema sin prever en absoluto las consecuencias, muchas de estas personas persiguen un objetivo válido, que es el sentirse mejor con ellas mismas, pero no toman en cuenta que a menudo los medios no sólo no son adecuados sino que además resultan nocivos. (Halml, 1996)

Por todo esto, Holz, (1995) refiere que son varias las causas que provocan estas alteraciones alimentarias como son: los factores familiares, psicológicos, socioculturales y los síntomas que encubren trastornos de personalidad, además la influencia social por alcanzar una imagen corporal ideal.

Así tenemos que los trastornos de alimentación generalmente se categorizan como bulimia y anorexia nervosa, la primera describe un ciclo de atascamiento y de purgación, la segunda es un estado de inanición (hambre) y emaciación, que se aplica con seguimiento de dietas severas con purga y una tercera categoría que es el atascamiento, el comer compulsivo y excesivo sin purga. (Chinchilla, 1994).

De acuerdo a esta investigación y dada la relevancia y trascendencia de los problemas alimentarios, que vienen a ser un problema de salud tanto biológico, psicológico, afectivo como social, se propuso elaborar y aplicar un instrumento de medición que detectara la CAC, con el fin de aplicar una evaluación diagnóstica válida y confiable para el apoyo de un tratamiento veraz y oportuno.

Queda mucho por investigar sobre este campo, por lo que se considera de gran aporte este estudio, esperando sirva como apoyo a todo aquel interesado en la génesis y tratamiento de dicha patología.

A continuación se describirá el contenido de los capítulos que conforman esta investigación de campo.

En este primer capítulo, se realizó un recorrido histórico de los trastornos alimentarios, más comunes como son: la Conducta Alimentaria Compulsiva (CAC), Anorexia, Bulimia y Obesidad, en la primera se profundizará más en el tema debido a que es objeto de estudio de este trabajo.

En el capítulo dos, se abordó el tema de las principales teorías de la CAC, junto con las variables psicológicas que intervienen en el desencadenamiento de ésta, para ganar confianza y alivio como mecanismo tranquilizador al percibir sentimientos de inadecuación.

En el capítulo tres, se muestra la relación entre la CAC y la adicción, junto con las variables psicológicas, cognitivas, fisiológicas y sus estados emocionales psicoadictivos, así como los factores externos y estilos de vida, que intervienen en ella, concluyendo con la CAC vista como adicción.

En el capítulo cuatro, se revisaron tres teorías: la de género, intrafamiliar y sociocultural, porque en la primera es precisamente donde se reporta con mayor frecuencia esta alteración; en la familia porque tiene un mayor predominio en la formación, desarrollo y personalidad y la tercera porque juega un papel importante para el desarrollo de cualquier trastorno de alimentación.

Finalmente, se muestran la metodología y los resultados de la aplicación del cuestionario "Salud y Nutrición" para detectar la CAC, de formato Mixto, que explora diversas áreas, como conductas alimentarias con y sin anomalías de alimentación, datos sociodemográficos, antecedentes de hábitos alimentarios, prácticas de control de peso, factores psicológicos asociados a la conducta alimentaria compulsiva, (ansiedad, depresión, compulsión, afrontamiento, adicción y autopercepción del esquema corporal). Cabe señalar que después de

su aplicación se realizó el análisis estadístico, encontrándose diferencia significativas, así como una validez y confiabilidad del mismo.

CAPITULO I

I. ANTECEDENTES HISTORICOS Y CARACTERISTICAS DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

1. CONDUCTA ALIMENTARIA COMPULSIVA (CAC)

El término **Compulsión** significa un impulso o sentimiento de estar atraído irresistiblemente a llevar a cabo un acto irracional. Overeaters Anonymus, (2000).

La CAC para antes de 1979 no se identificaba como tal, fue hasta las dos últimas décadas del siglo pasado que se establece en Estados Unidos, utilizando Stunkard, (1959) por primera vez la palabra "binge" para tipificar una de las modalidades de conducta alimentaria en obesos. Y es hasta 1991 que Spitzer, Marcus y Mc Cann (citados por Braguinsky, 1996) proponen se agregue el término Binge Eating Disorder (BED) al DSM-IV, (Diagnostic Statistic Manual IV de la American Psyquiatric Association) dentro del apéndice B en el grupo llamado "Eating Disorders Not Otherwise Specified" (Trastornos de la alimentación no especificados (inciso 6 trastornos del comer vorazmente), quedando como una entidad autónoma a partir de 1991.

Posteriormente se hicieron varias traducciones de este término al español, llamándole "Descontrol alimentario, Trastorno alimentario compulsivo, (TAC), o Trastorno del comer vorazmente sin pararse. En nuestro país, se clasifica e identifica como "comer compulsivo", entendido como una ingesta rápida de una cantidad excesiva de alimento, con la sensación de pérdida de control sobre las cantidades ingeridas, donde se es selectivo para la calidad de alimento y se pueden ingerir hasta 3000 calorías de una sola vez. (Esquivel y Caballero, 2000)

La Conducta Alimentaria Compulsiva: Es aquel comportamiento obsesionado con la comida y con las dietas, donde la persona que presenta esta conducta, puede ser obesa o delgada; la comida ha asumido importancia anormal en su existencia y a llegado a dominarla tanto física como psíquicamente, ya que la comida se vuelve su única meta, se obsesiona con la idea de comer y finalmente se siente indefensa ante sí misma. (Hirshmann and Munter, 1990; Mesa, 1992).

Otro concepto que mencionan los Overeaters Anonymous, de la **Conducta Alimentaria Compulsiva** es que, las personas se sienten impulsadas, por fuerzas que no comprenden, a comer más de lo que necesitan, consumiendo la comida de manera irracional.

1.1. Antecedentes Históricos:

La Conducta Alimentaria Compulsiva para antes de 1979 no se identifica como tal, fue hasta los dos últimos décadas del siglo pasado que se establece por primera vez en Estados Unidos. Para esto, Spitzer (1991) propone se agregue la Conducta Alimentaria Compulsiva al DSM-IV, el fenómeno de "Binge eating disorders", que traducido al idioma español se le denominó "descontrol alimentario; Trastorno Compulsivo de Alimentación o Trastorno de Comer Vorazmente sin purgarse"; relegando esta conducta al rubro de Trastornos de la conducta no específica (inciso 6 Trastornos del Comer Vorazmente) y es hasta el 2000 que se clasifica e identifica como "Comer Compulsivo", entendido como una rápida ingesta de una cantidad excesiva de alimento, con la sensación de pérdida e ingesta de control sobre las cantidades ingeridas, ya que puede consumir hasta 3000 calorías de una sola vez

La conducta alimentaria compulsiva presenta causas psicoafectivas y psicofisiológicas profundas, lo que hace que haya una pérdida de autocontrol en la comida, presentando una falta de capacidad reguladora que hace que se convierta en una adicción. Uno de los principales problemas en este trastorno son

las emociones (especialmente negativas) y la dificultad para controlarlas. Llewellyn, 1984 (citado en Mesa 1992).

Asimismo, la compulsión a comer puede deberse a factores psicossomáticos, por la influencia de factores psíquicos, como pueden ser momentos de gran estrés, angustia o ansiedad, donde las personas que presentan esta alteración alimentaria muestran rasgos narcisistas, provocados por pérdidas tempranas de objetos y síntomas que se manifiestan como migrañas, perturbaciones, actividades autodestructivas, rasgos paranoides, disturbios de imagen corporal y rituales compulsivos, lo que hace que continuamente regresen a sus disturbios alimentarios para ganar confianza y alivio, como un mecanismo tranquilizador al percibir su YO dividido, para sentir mayor cohesión de su ser. (Chessik, 1985, Mesa, 1992).

González, (1992) señala que la obesidad está relacionada con el trastorno del control de impulsos y es frecuente encontrar en estas personas otros comportamientos compulsivos como el juego patológico, gastar compulsivamente, el uso de alcohol y drogas entre otras.

Desde un enfoque psicoanalítico la sobre gratificación o frustración durante la infancia en el estado oral, da como resultado una personalidad dependiente y una preocupación por la comida y por el comer, como medida de obtener seguridad y nutrición, en donde para la persona dependiente oral, la comida tiene un símbolo importante, ya que no solamente sirve como sustancia nutriente, sino como medida indirecta de sentimientos tempranos de seguridad; por lo que, estas actitudes inconscientes manifiestan desórdenes del comer y obesidad, así como diversa sintomatología que puede reflejar diferentes estilos de defensa (Bornstein, y Greenberg, (1991) y Fisher, (1965).

El comedor compulsivo manifiesta problemas del YO, dependencia, pasividad, un alto grado de agresividad contenida, tensión, vulnerabilidad, ansiedad y poco

control de sus impulsos, donde la represión y la culpa son mecanismos que actúan constantemente en ellas y en el caso de las obesas compulsivas además muestran gran tensión muscular. (Hjordis, 1989; y Jonssons, 1986).

En el caso de comedoras compulsivas el comer reduce tensión y si recibe refuerzo inmediato (comer sin control) se desarrolla un círculo vicioso, presentando poco control de impulsos, especialmente en personas con falta de adecuación, autoaceptación y aceptación social, y con pocas estrategias para expresar sus emociones y reducir su tensión. (Hjordis, 1989).

Para los grupos de comedores compulsivos la conducta alimentaria compulsiva es una enfermedad progresiva que no se puede curar, pero si parar, al igual que otras enfermedades, señalando que una vez que esta enfermedad se apodera de la persona, la fuerza de voluntad ya no cuenta, porque el que sufre este comportamiento ha perdido la fuerza para decidir si va a comer o no. Por lo tanto, no es sólo la cantidad que se come, sino el modo en que se consume la comida, algunas personas con esta conducta presentan cierto comportamiento como comer en secreto la comida que dejan otros. (Overeaters Anonymous). Sin embargo, todas las personas que comen compulsivamente tienen una cosa en común, se sienten impulsadas por fuerzas que no comprenden a comer más de lo que necesitan y consumen la comida de manera irracional. Esta costumbre de comer ha causado problemas crecientes y continuos en muchas áreas de la vida, donde el autodominio y la fuerza de voluntad no funcionan, debido a que en la mayoría de los casos, estas personas han pasado por muchos periodos frustrantes de dietas y pérdidas de peso. Lacey & Evans, 1986 (citado en Fichter, Quadflied & Rief 1994).

Estos estudios señalan que la conducta alimentaria compulsiva (CAC) es una sucesión de esquemas cognoscitivos, en el cual las reacciones emocionales proveen las bases para esta conducta. Este comportamiento es percibido como un tipo de conducta que afecta la salud física y mental del individuo (Weiss, 1995).

1.2. Criterios Diagnósticos. Una discusión relevante acerca de la conducta alimentaria compulsiva, requiere de una conceptualización y clasificación clara, ya que hasta últimas fechas el DSM IV la reconoció y clasificó dentro de los trastornos alimentarios, como en su momento lo hizo con la bulimia y la anorexia.

Actualmente existe una controversia teórica para llegar a un término válido con criterios diagnósticos propios, ya que algunos teóricos indican que la aceptación de este trastorno como categoría diagnóstica implicaría incluir cierta forma de obesidad como un trastorno psiquiátrico, no estando de acuerdo con ello (Holz, 1995)

Spitzer, (1991) y un grupo de investigadores para diferenciar la bulimia nervosa de la conducta alimentaria compulsiva, propusieron agregar en el DSM-IV el término de "Binge Eating Disorder" (trastornos de comer vorazmente sin purgarse), relegando este comportamiento al rubro de "Trastornos de la conducta no específica (Inciso 6 Trastornos del comer vorazmente), identificándolo como episodios recurrentes de atracones de comida en ausencia de un uso regulador de conductas compensatorias inapropiadas", características de la bulimia nervosa.

Al respecto Lacey & Evans (1986 citado en Fichter, Quadflied & Rief 1994) refieren que existe un continuo de evidencias de rutas múltiples de impulsividad, que son muy comunes en desórdenes del comer, con una fuerte asociación con la comida sin control, superponiéndose con abuso de sustancias e impulsividad (como cleptomanía). Señalaron que hay bulímicos impulsivos múltiples, con altos puntajes de diversas dimensiones de psicopatología general como enojo, hostilidad, depresión, ansiedad e ideas paranoides y desmoralización, donde la impulsividad en bulímicos puede ser un indicador de incremento de excitabilidad (tendencias a reacciones emocionales), indicando que la nosología "impulsiva múltiple de bulimia nervosa" puede ser recogida por varios caminos:

- a) Podría ser considerada como un subgrupo diferente de bulimia nervosa
- b) Podría ser clasificada como parte de un nuevo diagnóstico del Eje I (desórdenes impulsivos múltiples)
- c) Ser introducida como un nuevo diagnóstico del Eje II (desórdenes de la personalidad impulsiva)

Igualmente notificaron que la clasificación de desórdenes impulsivos en el DSM III-R /1988) y el ICD-10 -citado en Fichter, Quadflied & Rief 1994- (clasificación para desórdenes de personalidad) pueden contribuir a estructuras sólidas conceptuales para la clasificación del diagnóstico de desórdenes de impulsos, por lo que la Bulimia Impulsiva Múltiple (MIB), sería un subgrupo diferente de desórdenes del comer, el cual no solamente presenta rasgos psicopatológicos adicionales (impulsividad múltiple) sino que también difiere con respecto a personalidad, tratamiento, curso y pronóstico de pacientes bulímicos nervosos, como el comedor sin control.

El hecho es, que los desórdenes impulsivos, como el comer pueden ser agrupados como una categoría adjunta en el DSM III-R (1988) ya que dentro de este marco alimentario (bulímicos y anoréxicos) existe un gran porcentaje de pacientes con rasgos impulsivos. Finalmente enfatizaron la impulsividad como el predictor más frecuente en los desórdenes del comer (bulimia, anorexia y comedores sin control) donde este último presenta dos factores: el primero es la parte interna del comedor compulsivo que está estrechamente relacionado con la vida emocional de las personas y la segunda está reducida a la sociedad y socialización.

Tabla 1

a) *Episodios recurrentes de compulsión alimenticia, caracterizados por:*

- Comer en un periodo limitado (p.ejem. en un lapso de dos horas) una cantidad de alimento considerada definitivamente mayor de lo aceptable para la mayoría de las personas durante un periodo y circunstancias similares
- Un sentimiento de falta de control sobre los episodios (p. Ej. la sensación de no poder parar, ni controlar lo que está comiendo, ni la cantidad)

b) *Los episodios de compulsión alimentaria están asociados por lo menos con tres de los siguientes aspectos:*

- Comer más rápido de lo usual
- Ingerir alimentos hasta sentirse desagradablemente "lleno"
- Consumir grandes cantidades de comida, aun sin sentir hambre
- Comer sólo para no sentirse cohibido por las cantidades que está consumiendo
- Sentirse decepcionado, deprimido o culpable por la sobreingesta

c) **El episodio de compulsión alimentaria provoca un marcado inconformismo**

Crterios Diagnósticos del DSM-IV para la Conducta Alimentaria Compulsiva pp.627,629

1.2. ANOREXIA NERVOSA

Las personas que padecen esta enfermedad presentan una inanición u obsesión por no comer, una compulsión reforzada fisiológicamente por una euforia biológica, producida por la misma inanición y psicológicamente, por el sentimiento de autocontrol, así como una percepción distorsionada, una sobre estimación del propio cuerpo, y una actitud tendiente a la sobre valoración de la delgadez, son aspectos que parecen motivar este trastorno alimentario, donde tales preocupaciones constituyen la psicopatología central de la anorexia. (Russell, 1970; Bruch 1973)

1.2.1 Antecedentes Históricos. Las investigaciones han puesto de manifiesto que la anorexia nervosa existe desde la antigüedad, con distintas connotaciones entre las que destaca la religiosidad y el misticismo, hasta llegar actualmente a considerarla como moda o medio de obtener mayor aceptación o reconocimiento. Para tener una mayor comprensión sobre esta alteración alimentaria, se describirán dos épocas históricas, una que llega hasta el siglo XVII y otra posterior a éste.

La primera época contempla un modelo de ascetismo, debido a que las mujeres ayunaban porque querían desprenderse de sus lazos terrenales para profundizar en su espiritualidad, lo que les llevaba a realizar sacrificios (dormir sobre piedras, hacer retiros espirituales, flagelarse y ayunar); como ejemplo tenemos que en el siglo IX un monje de Monhein (Baviera), refiere la milagrosa curación de la joven Friderada, que tras un periodo de apetito voraz, deja de comer por completo; vomita los lácteos que ingiere y finalmente es curada por Santa Wilgefortis, hija del rey de Portugal, considerada santa patrona de las mujeres que deseaban verse libres de las apetencias masculinas, tras haber renunciado a su cuerpo de mujer, afeándose, adelgazando en extremo y cubriéndose de vello, tras férrea y persistente restricción alimentaria. Así demostraba su rechazo por haber sido obligada a contraer matrimonio con el rey moro de Sicilia, ello la llevó a ser crucificada por su padre y canonizada. (Turón, 1997).

Otro caso es el de Santa Catalina de Sierra, nacida en 1347, quien refiere a los siete años su primera visión de Jesús, al mismo tiempo comienza a rechazar la comida, se impone penitencias y renuncia al mundo; en la adolescencia sólo se alimentaba de algo de pan y de hierbas, esto debido a que las hierbas constituyen con toda probabilidad sustancias laxantes para purgarse al igual que la caña que utilizaba para producirse el vómito, precedido en ocasiones de atracones: Este personaje llega a ser consejera del Papa Gregorio XI en Avignon y tras el fracaso en sus intentos para impedir que se consumase el Cisma de la Iglesia Católica,

deja de alimentarse y muere al poco tiempo (Bell, 1985; Bynum, 1987 citado en Simonsen, 2000).

También en el mundo árabe existen referencias con respecto a los trastornos alimentarios en el siglo XI, Avicena describe el caso del joven príncipe Hanadham, que se estaba muriendo por negarse a comer preso de una intensa melancolía, señalándose que probablemente el cuadro inicial fue una depresión (Tolstrup, 1990).

En el Siglo XVII, el médico Inglés Richard Morton, especialista en tuberculosis, menciona los primeros textos que describen cuadros similares que datan con detalle y admirable precisión, un cuadro de anorexia nervosa en un texto titulado "A Treatise of Comsumptions", señalando el caso de Miss Duke, inglesa de 18 años, diagnosticada con "una multitud de ansiedades y pasiones de su mente". En su largo tratamiento no se le encontró ninguna enfermedad orgánica, sólo un apetito disminuido y problemas de digestión con frecuentes ataques de desmayo. A esta condición se le denominó "consunción nerviosa" prescribiendo que este desorden procedía de la tristeza, la ansiedad y estados anímicos. En la descripción se hacía referencia a la anorexia, pérdida de peso, amenorrea, estreñimiento e hiperactividad, y se destacaba la ausencia de alteraciones físicas que justificaran el problema alimentario.

Para 1874, Gull en Londres y Laségue en París, describen nuevamente con precisión y detalle cuadros de anorexia nervosa, identificando la histeria, como síntoma principal de esta enfermedad, denominándola respectivamente "apepsia hística" y "anorexia hística", descartando que fuera de etiología orgánica. (Kaplan y Garfinkel, 1990)

Este conjunto de manifestaciones místicas, donde se ejercían carencias extremas de alimento, y que Rudfolph Bell la llamó "anorexia santa" llevó a la identificación y clasificación de conductas alimentarias irregulares, en el que se presentaron

síntomas y signos agudos de anemia, palidez, pérdida de peso, cansancio, fatiga, debilidad, falta de fuerza (lasitud), pérdida de potasio y trastornos menstruales; indicadores físicos que presenta la anorexia nervosa.

Otros de los probables casos de anorexia nerviosa en el siglo XVII es el de la poetisa mística Sor Juana Inés de la Cruz, autora de una fecunda obra de alto contenido religioso; Juana de Arco, heroína francesa de la guerra de los cien años, y Simone Weil, en el siglo XX, superviviente del holocausto nazi y después ministra del gobierno francés, son ejemplos de mujeres intelectuales con inquietudes trascendentales, espirituales y no cultivadoras de su físico. Lacey (1982 citado en Fichter, Quadflied & Rief 1994).

En la segunda época histórica que se sitúa posterior al siglo XVII, la anorexia nervosa era una enfermedad que se trataba más en el campo médico, como vemos el caso de los doctores ingleses Richard Morton y William Gull, donde el primero la describe en un compilado como "phthisis o consunción", en el cual la anorexia es presentada junto con otros trastornos similares al del cuerpo, como debilidad y enflaquecimiento patológico, características parecidas a la tuberculosis; el segundo médico en el año de 1874, fue quien utiliza por primera vez el término anorexia nervosa, resaltando elementos psicógenos con trastorno mental y repercusiones físicas esenciales. (Tolstrup, 1990).

A finales del siglo pasado y principios del presente, la anorexia nervosa tuvo más atención en el campo psicológico y psiquiátrico, donde el psiquiatra francés Pierre Janet en 1903 en su libro *Les Obsessions et la Psychasténie* y Faber en 1926 señalaron a la anorexia nervosa, como una enfermedad de origen somático y mental, ideas que hoy en día se consideran centrales en su diagnóstico, como es el caso de pacientes que luchaban con la comida, debido a que tenían la creencia de que se volverían gordas, lo que les llevaba a sentir desprecio por su cuerpo, acarreándoles en ocasiones conductas asexuales (Pope, Hudson y Miale, 1985)

Durante los siglos posteriores, una enfermedad tan singular e incomprensible, tenía por fuerza que despertar curiosidad en la comunidad científica, ya que ha estado presente desde la antigua literatura médica, y por el hecho de ser una enfermedad psicósomática y somatopsíquica por excelencia, ha hecho que a lo largo de la historia de la medicina, distintas especialidades como neurología, psiquiatría, psicología y endocrinología, hayan establecido hipótesis causales desde las más físicas hasta las más psicológicas, ello explica las numerosas denominaciones que ha recibido y las distintas etapas por las que ha transcurrido su descripción e interpretación. (Habermas, 1989).

Desde el punto de vista fenomenológico y psicológico de la anorexia nervosa, la corriente psicoanalítica enfocó esta enfermedad como la renuncia al cuerpo, con carácter sexual (fuente de placer y atracción libidinal), en aras de conseguir una absoluta espiritualidad, un sentido de la existencia marcado por la penitencia y el sacrificio, así como por lo intelectual y artístico: A través de la restricción y de la purga se conseguía la pérdida de cualquier rastro de feminidad potencial pecaminoso, elevándose el espíritu hasta el misticismo, debido a que se trataba de mujeres ascéticas, resistentes y alejadas del mundo material, con una fuerza interior que les permitía sobrevivir a las privaciones. Fueron consideradas por Freud, Abraham, Fenichel y Klein como neuróticas, relacionándolas primero con la histeria y después con la melancolía. (Tolstrup, 1990)

Por otra parte, la escuela de medicina psicósomática, el conductismo y la biológica, diagnosticaron más recientemente que este es un trastorno de difícil ubicación nosológica y etiopatogénica, tomando como ejemplo el caso de Ellen West descrito por Binswanger, diagnosticado por un grupo de especialistas, donde cada uno diagnosticó diferente síntoma; Kraepelin, melancolía; Bleuler, esquizofrenia simple; Binswanger trastorno endógeno psiquiátrico y Zutt endocrinológico.

Bruch (1973) publicó un artículo sobre anorexia nervosa, en el que describía que había una gran cantidad de mujeres que se estaban matando literalmente de hambre. Postuló varias causas subyacentes de este fenómeno y señaló la incapacidad de estas mujeres para identificar y responder adecuadamente a las demandas del cuerpo en su alimentación, Bruch consideró que el principal factor concurrente entre todos los demás era un problema de déficit emocional, caracterizado por intensos pensamientos negativos que no eran capaces de apaciguar, y desconocimiento de sus sentimientos. Agrega ha esto, señala la autora, el desarrollo de una sociedad que considera a la delgadez como signo de belleza femenina, por lo que dejar de comer puede parecer una forma de tener al menos algo de control contra estos sentimientos abrumadores. Gardner, Garfinkel, Schwartz, Thompson, (1980).. han contribuido al establecimiento del modelo vigente de la anorexia nervosa, al modelo etiopatogénico bio-psico-social.

1.2.2. Criterios Diagnósticos. La anorexia nervosa toma entidad propia en 1987 en el DSM-III-R, (1988) en la segunda edición revisada y en el DSM-IV en 1994:

Tabla 2

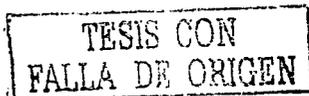
- a El rechazo para mantener el peso corporal por encima del peso mínimo considerado para la edad y la altura (pérdida que lleva a mantener el peso corporal por debajo del 85% de lo esperado, o no se alcanza el aumento durante el período de crecimiento, llevado a un peso corporal menor al 85% de lo esperado)
- b Miedo intenso a aumentar o a engordar aún estando por debajo del peso
- c Alteración en la forma como el individuo vivencia su peso o forma corporal, sin dar importancia al peso ni a la forma en una auto evaluación o negando la certeza del bajo peso actual
- d En las mujeres después de la menarquía, amenorrea (ausencia de por lo menos tres ciclos menstruales consecutivos)

Especificar los tipos:

Restictivo: durante el episodio, el individuo no tiene episodios de compulsión alimentaria o comportamiento purgativo (es decir, vómitos autoinducidos o usos inapropiados de laxantes, diuréticos enemas)

Purgativo: durante el episodio, el individuo tiene episodios recurrentes de compulsión alimentaria o comportamiento purgativo (es decir, vómitos autoinducidos o usos abusivos de laxantes, diuréticos enemas)

Criterios Diagnósticos del DSM-IV para la Anorexia Nervosa pp.. 553-564



1.3. BULIMIA NERVOSA

La palabra bulimia viene del griego "bulimy" que se traduce como hambre de buey o hambre excesiva. La bulimia es un trastorno alimentario que presenta episodios recurrentes de ingestión voraz, consumo rápido de grandes cantidades de alimento, falta de control sobre éste, provocación de vómito, utilización de fármacos y/o diuréticos (Kaplan y Garfinkel, 1990).

1.3.1. Antecedentes Históricos. Antiguamente los romanos preparaban grandes banquetes en los cuales los invitados engullían grandes cantidades de alimento, para luego estimular su garganta con plumas o ingerir eméticos con el único fin de vomitar y reincidir en su glotonería (Fischer, 1976).

En el Talmud (400-500 a.c.) se utilizaba el término boolumut para describir un síndrome en el cual una persona está tan agobiada por el hambre, que su juicio y conciencia respecto a eventos externos se hallaban disminuidos, síndrome considerado como mortal (Vandereycken, 1985)

En los diccionarios médicos del S. XVIII y XIX la bulimia fue descrita como una curiosidad médica o un síntoma de otras enfermedades, James en 1743 empleó el término "boulimus" en asociación con "caninus appetitus" y "fames canina" para representar la forma en la que las personas vomitaban como perro para aliviar la ingesta estomacal, luego de ingerir demasiada comida. Hooper en 1825 la llamó "bulimia emética, bulimia canina y cynorexia", para designar un apetito voraz seguido de vómito (Blinder y Candehead, 1986).

Asimismo, a fines del S. XIX se dan los primeros reportes sobre la conducta bulímica, ya como tal, asociando a la anorexia, donde en muchos casos mencionaban a pacientes anoréxicas que presentaban síntomas bulímicos. Habermas, (1989) menciona en sus estudios algunas investigaciones donde se señalaban casos tempranos de bulimia asociados con anorexia.

Girou en 1905 reportó un caso de una paciente anoréxica que por más de un año se provocó vómito después de cada alimento, para evitar ganar peso. Janet en 1908 refirió que vomitar dentro de la anorexia era más común de lo que se creía, informando de dos casos de pacientes que mostraban esta conducta; donde menciona que estudió un subgrupo de pacientes anoréxicas a las que describió como obsesivas, caracterizadas por persistentes sensaciones de hambre intensa, aversión por el cuerpo, e intensos pensamientos centrados en la comida y en el control de impulsos hacia sí misma.

En 1926 Hutchinson publicó en el periódico "The Saturday Evening Post" un artículo sobre desórdenes de alimentación titulado "Gordura y Moda", sin embargo, en 1940, la bulimia es considerada como síndrome en los trabajos realizados por Ludwing Binswanger, reportando el famoso caso de Ellen West.; describía la tormentosa lucha de una mujer con este desorden de alimentación con una historia de depresión y obsesión alrededor de la comida, despersonalización e ideas suicidas, relatando que la comida simbolizaba para ella el afecto, ya que al comer intentaba satisfacer dos cosas: el hambre y el amor, manifestando una pérdida de sentido de vida, obsesión alrededor de la comida y una baja autoestima; sólo conoce el terror y la tristeza, la ausencia de placer, la falta de valor y el deseo de muerte. Es sorprendente observar que quienes actúan así, presentan estos estados anímicos, ya que relatan historias muy similares a ésta. Hoy sería anorexia nervosa de un subtipo bulímico, por el tipo de conducta que muestran, como el de consumir grandes cantidades de comida, impulsos obsesivos de atragantarse, ingiriéndola voraz y velozmente para posteriormente introducir laxantes para eliminar lo consumido.

Stunkard, Grace y Wolft (1955), describieron la bulimia en obesos, llamándola "síndrome de alimentación nocturna" por comer grandes cantidades de comida por la noche y madrugada, insomnio y anorexia matinal. Asimismo, Boskind y White,

(1983), crearon el término de bulimarexia, combinando los dos síndromes; actualmente ha sido reemplazado con el término "anorexia de tipo bulímico.

1.3.2. Criterios Diagnósticos. En el DSM-III-R (1988) de la Asociación Psiquiátrica Americana, la bulimia aparece como un síndrome diferente a la anorexia nerviosa con criterios diagnósticos propios, ampliándose y modificándose posteriormente en 1987 en el DSM-III-R donde los criterios son: A) Episodios recurrentes de ingestión voraz (consumo rápido de grandes cantidades de alimento en un período de tiempo), B) Sentimientos de falta de control sobre la conducta alimentaria durante episodios de voracidad; C) Provocación de vómito, utilización de fármacos y/o diuréticos, prácticas de dietas estrictas o ayunos o hacer mucho ejercicio para prevenir aumento de peso, D) Promedio menor de dos episodios de voracidad a la semana por lo menos durante tres meses; E) Preocupación persistente por la figura y peso.

Tabla 3

- a. Episodios recurrentes de compulsión caracterizados por:
- Comer en un período limitado (p. Ej. en un lapso de dos horas) una cantidad de alimentos considerada definitivamente mayor de la adecuada para la mayoría de las personas, durante un período y circunstancias similares
 - Un sentimiento de falta de control sobre los episodios (p. Ej. una sensación de no poder parar, ni controlar lo que se está comiendo, ni su cantidad)
- b. Comportamiento compensatorio inadecuado y recurrente con la intención de evitar el aumento de peso como: vómito autoinducido, uso inadecuado de laxantes, diurético, enemas u otras medicaciones, ayuno o ejercicio físico en exceso
- c. Los episodios de compulsión alimentaria y los comportamientos compensatorios inadecuados se presentan en promedio por lo menos dos veces en la semana durante los últimos tres meses.
- d. La autoevaluación está exageradamente asociada con la forma o peso corporal
- e. El cuadro no se presenta exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa

Especificar los tipos:

Criterios Diagnósticos del DSM-IV para la Bulimia Nervosa pp.. 553;564

1.4. OBESIDAD

Desde el punto de vista médico, la obesidad es una enfermedad crónica, caracterizada por exceso de tejido adiposo a nivel corporal, existe un desequilibrio entre la energía consumida y la energía utilizada, el exceso de energía ingerida es almacenada por el cuerpo en forma de grasa, ya sea por factores genéticos o metabólicos en su constitución o por hábitos de vida (mala alimentación, falta de ejercicio etc.) acompañada en ocasiones con trastornos de salud física y mental (Bruch 1973; Stunkard 1959).

1.4.1. Antecedentes Históricos. Existe un porcentaje significativo de personas con distinto grado de sobrepeso y variable morbi-mortalidad, originada por lo mismo, donde la obesidad es una enfermedad subestimada peligrosamente por algunos y sobrestimada frívolamente por otros, por lo que gran parte de la población que sufre este trastorno "se siente gorda" y otra parte de la misma "está gorda"; sobre los primeros operan los investigadores del campo de la salud mental, ya que durante mucho tiempo no interactuaban con el de la obesidad, debido a ésta, de mayor predominio médico-nutricional. (Comillot y Zukerfeld, 1981).

Para Buschiazzo y Feuchtmann (1997), la obesidad ha demostrado ser una problemática con importante costo, tanto a escala individual como social, debido a que:

- 1) Constituye un importante factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades crónico-degenerativas (Hipertensión, aterosclerosis, dislipidemia, cardiopatías, apnea del sueño, variadas formas de cáncer etc.), con el consiguiente gasto individual en el sector salud.
- 2) Constituye uno de los principales "estigmas sociales" disminuyendo las oportunidades de empleo y educación, con el consiguiente costo psicológico individual (disminución del autoconcepto, autoimagen y autoeficacia, aumento

- 3) de la ansiedad y efectos disfóricos, disminución de la calidad general de las relaciones interpersonales etc.).
- 4) Constituye un síndrome con una alta prevalencia de comorbilidad psiquiátrica (trastornos de ansiedad, depresión, compulsión, conductas adictivas, desarrollo de síntomas bulímicos, anoréxicos o conductas alimentarias compulsivas etc.)

1.4.2. Aspectos biológicos de la obesidad. Investigaciones realizadas por Buschiazio y Feuchtmann, (1997) en obesidad, señalan que hay un bajo nivel de metabolitos de serotonina en el líquido cefalorraquídeo, que se correlaciona con preferencias elevadas por carbohidratos, donde el neuropéptido CCK (colecistoquinina) está relacionado con la serotonina y su funcionalidad.

Igualmente está involucrada en el mecanismo de saciedad, en el cual, el neurotransmisor dopamina parece mostrar mayores evidencias de un rol causal en la obesidad, encontrando una asociación entre la presencia del alelo A1 del Gen DRD2 y la obesidad, en presencia de tres factores fenotípicos (historia familiar de obesidad, edad de comienzo y preferencias por alimentos), en el que el alelo A1 explicaría un 86.4% de la varianza en la presentación de la obesidad. La presencia de este alelo se asocia con un número y forma de elevar los niveles de dopamina cerebral a niveles más aceptables, similares a la de los dependientes de sustancias adictivas.

Los mismos autores plantearon que existe una relación entre las betaendorfinas y obesidad; hallaron un nivel elevado de betaendorfinas en pacientes obesas que predisponen a comer en exceso, en particular a las obesas con impulsos bulímicos; concluyendo estos investigadores que hay varias vías biológicas comunes para los trastornos de alimentación, y que los neurotransmisores más promisorios para explicar la etiología de la anorexia, bulimia y obesidad, son la serotonina y las betaendorfinas; estas alteraciones en la neuroregulación se

asocian con ciertas conductas disfuncionales como la hiperactividad serotoninérgica que se asocia con rigidez, ansiedad y conductas compulsivas, sin importar la categoría diagnóstica.

1.4.3. Aspectos psicológicos de la obesidad. Desde el punto de vista psicoanalítico, se come con exceso como resultado de que la energía sexual (denominado libido) se entrelaza con la gratificación oral, lo que se conoce como "fijación oral"; la corriente conductista infiere que una persona es obesa porque aprendió a comer en exceso, ya que se le premiaba desde pequeño con comida o dulces; la terapia racional-emotiva señala que la obesidad es el resultado de una interrelación entre las tendencias biológicas y el estilo individual de la persona.

Schachter, (1968) manifestó que la diferencia cognitiva fundamental entre las personas obesas y las delgadas, es la manera en que ambos responden a los estímulos externos. Las personas orientadas hacia el exterior deciden comer basándose en acontecimientos que se desarrollan fuera de su cuerpo, donde la visión, el aroma y el gusto por las comidas serán más provocadores para una persona obesa que para otra de peso normal. Lo que sugiere que las personas obesas no están en sintonía con las señales de hambre que envía su organismo y sí sincronizados con estímulos externos.

1.4.4. Norma Oficial Mexicana para el manejo de la obesidad

En México se han realizado investigaciones para conocer la magnitud y prevalencia de la obesidad, identificando que afecta más a un número creciente de mujeres, sumándose cada vez más el género masculino, sobre todo en aquellos cuya profesión gira alrededor de su cuerpo (actores, bailarines, deportistas etc.). (Holtz y Tena 1995).

Un estudio realizado en las principales ciudades del país por el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán" en 1998, reveló que alrededor del 25 % de las mujeres adultas en el medio urbano padecen obesidad, mientras que entre los hombres el porcentaje es del 15%, pero día con día estas cifras van

en aumento, señalando que debido a su trascendencia y magnitud, el sobrepeso es ya un problema de salud pública.

Al respecto en investigaciones realizadas por la Secretaría de Salud en 1993, en la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas se ubicó a la obesidad como el segundo problemas de salud y como factor de riesgo para el desarrollo de otras enfermedades crónicas, en las cuales se señalan la hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, dislipidemias, diabetes tipo II, apnea de sueño, síndrome de hipoventilación, osteoartritis, infertilidad, además de hipertensión intracraneal Idiopática, enfermedades venosas de miembros superiores, reflujo gastroesofágico e incontinencia urinaria de esfuerzo etc.

El endocrinólogo Solís Wallckermann, (2000) coordinador médico del club de diabéticos del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI del Instituto Mexicano del Seguro Social, señaló que una de las enfermedades que con más frecuencia se da en nuestro país es la diabetes y que de 10 millones de diabéticos que aproximadamente existen, el 50% son obesos, citando que la obesidad incrementa la propensión o riesgo de padecer esta enfermedad, sobre todo si existen antecedentes familiares de diabetes y obesidad, a sólo la diabetes, debido a que los obesos presentan niveles altos de insulina y por tener mayor tejido adiposo o grasa requiere de más insulina, por lo que no funciona este excedente y por lo tanto presentan el síndrome de resistencia a la insulina, por lo que Álvarez, (1995) señala que la obesidad se ha convertido en una de las primeras causas de mortalidad, y que afecta a cada uno de cinco mexicanos.

En respuesta al incremento de este padecimiento, fue creada la Norma Oficial Mexicana para el manejo de la obesidad (NOM-174-SSAI-1998), publicada en el Diario Oficial de la Federación el 12 de abril de 1988, en la que se establecen los lineamientos sanitarios que regulan la atención integral de esta enfermedad.

Bourges, (1990) catedrático e investigador de la Universidad Nacional Autónoma de México y Director de Nutrición del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán", refirió que actualmente no existen suficientes datos para determinar una cifra exacta de la población afectada, pero las personas que padecen este problema oscilan entre los 30 y 60 años de edad, generalmente de las clases obrera y media urbana, ya que los estratos extremadamente altos y bajos no padecen obesidad. Asimismo puntualizó que se calcula que un 65% de la población obesa nacional atañe a las mujeres, mientras que el 35% restante concierne a hombres. indicó que la obesidad es un mal incurable, pero controlable, evidenciando que el 90 y 95% de la atención que se brinda al obeso en la mayoría de las clínicas es charlatanería, debido a que utilizan medicamentos que en lugar de solucionar este problema de salud, lo alteran más.

El mismo autor señala que debido a que vivimos en una sociedad consumista, en el que predomina la economía sobre el bienestar personal, y donde se encuentran megaindustrias de dietas hasta clínicas clandestinas, que incluyen desde panfletos, libros, lujosos centros de reducción de peso, masajes, dietas drásticas, pastillas para disminuir el apetito y bajar milagrosamente, esto hace que haya una reducción de peso a muy corto plazo, sufran el rebote que hace que vuelvan a quedar con el peso que tenían y en ocasiones más, generando estos tratamientos, desórdenes y desequilibrios que pueden llevar al paciente a consecuencias trágicas.

La mayoría de las personas con trastornos alimentarios inician su problema sin prever en absoluto las consecuencias, muchas de estas personas persiguen un objetivo válido, que es el sentirse mejor con ellas mismas, pero no toman en cuenta que a menudo los medios no sólo no son adecuados sino que además resultan nocivos. (Halmi, 1996)

Bajo este marco de referencia, la Norma Oficial Mexicana para el manejo de la obesidad de la Secretaría de Salud, señala las disposiciones a seguir por los profesionales de la salud para tratamientos médicos, farmacológicos, quirúrgicos y nutricionales de las pacientes, haciendo referencia de las medidas preventivas que se deben observar y las reglas que debe seguir la publicidad. Del mismo modo establece en sus disposiciones generales que todo tratamiento deberá instalarse previa evaluación del estado de nutrición y todas las acciones terapéuticas, se deberán apoyar en medidas psicoconductuales y nutriológicas para modificar conductas alimentarias nocivas a la salud, sumando un programa de actividad física de acuerdo con la condición clínica de cada paciente.

Con respecto a medicamentos la Norma Oficial señala que el médico será el único profesional facultado para prescripción de los mismos, y deberá acreditar un registro solicitado por la Secretaría de Salud: Las disposiciones son aplicables en todo el país y sus lineamientos son obligatorios para los especialistas, técnicos y auxiliares de las respectivas disciplinas, así como en los establecimientos de los sectores públicos, social y privado que ostenten y ofrezcan servicios de atención a la obesidad, el control y reducción de peso.

Cabe señalar que en el país existen algunas clínicas calificadas (médicos bariatras, psicólogos, nutriólogos y endocrinólogos), pero el costo es muy elevado por lo que no están al alcance del nivel adquisitivo de la mayoría de la población, debido a esto, se requiere la integración de grupos multidisciplinarios que se dediquen a prever y tratar estas alteraciones alimentarias a un costo que la sociedad pueda financiar; finalmente es de vital importancia explorar a fondo este campo que genera una serie de enfermedades crónicas, desde un enfoque etiológico, epidemiológico, descriptivo, de tratamiento y seguimiento.

1.4.5. Criterios diagnósticos. Desde los escritos clásicos de (Stunkard, 1959; y Bruch, 1973) sobre las características de pacientes obesos, se han descrito distintas modalidades en su conducta de alimentación, donde la observación rigurosa de su comportamiento alimentario más la consideración de los factores genético-metabólicos en su constitución, han hecho que la obesidad deje de ser un trastorno genérico de la alimentación.

A partir de 1980 con la descripción de la bulimia en el DSM III-R- (1988), enfermedad que junto con la clásica anorexia nervosa tienen su capítulo propio en el EJE I del DSM IV, se han unificado los criterios internacionales diagnósticos en psicopatología, con un sistema multiaxial, la obesidad sólo debiera diagnosticarse en el EJE III como enfermedad médica y/o en el EJE I como factor psicológico que afecta la condición médica, si se sospechara la existencia de aquellos factores. (Cornillot y Zakerfeld, 1981).

La obesidad para su diagnóstico debe fundamentarse en aspectos genético-biológicos, psicológicos comportamentales socio-familiares, así como en la distribución de grasa, junto con la existencia o no de redes de apoyos sociales, grado de sedentarismo e historia de tratamientos anteriores. Dentro del Manual de Diagnóstico de los Trastornos Mentales DSM-IV no se ubica a la obesidad dentro de los "trastornos de la conducta alimentaria".

Tabla 4
Criterios para determinar peso corporal

IMC	PESO
< 15*	Muy bajo de lo normal
15 – 18.9*	Debajo de lo normal
19 – 22.9*	Peso Normal/ delgada
23 – 26.9 **	Sobrepeso
27 – 31 **	Obesidad I
> 31 **	Obesidad extrema II

*.. Criterios utilizados por Casillas y Vargas (1980)

** Criterios utilizados por Gómez Peresmitre y Saucedo T.

Índice de Masa Corporal: (IMC), también llamado índice de Quetelet, con siglas en inglés (BMI), se obtiene de la razón entre el peso corporal en kilogramos y la talla o estatura en centímetros elevado al cuadrado, (peso/talla²). Este índice tiene varias propiedades estadísticas, con una alta correlación de grasa subcutánea y grasa corporal total (0,5-0,8), se correlaciona significativamente con alteraciones metabólicas secundarias a la obesidad y la hipertensión arterial, permite evaluar el efecto de arrastre de la obesidad desde la infancia hasta la edad adulta y se utiliza para hacer clasificaciones del porcentaje de grasa corporal, Goodman, Dornbusch and Richardson, 1963, (citado en Braguinsky, 1996; Gómez Peresmitre, 1995).

Tabla 5

- a) Es importante diferenciar distintos tipos de obesidad y entre ellas las que incluyen trastornos de la alimentación que suelen ser las que tienen mayores complicaciones psicopatológicas.
- b) El trastorno de la alimentación (TDA), sea "Binge Eating Disorder" (BED), Night Eating Syndrome (NES) o bulimia, implica muchas veces que se haga además otro diagnóstico en el EJE I del DSM-IV, para ver si procede, es consecuencia o comórbido a la obesidad, así como ver el valor intrínseco a la misma por estar alterados los mecanismos de hambre-saciedad
- c) Determinar si existen otros cuadros psicopatológicos en el EJE I o EJE II donde están alteradas las emociones y pensamiento
- d) Determinar la obesidad sin BED donde se pueden llegar a diagnosticar distintos cuadros psicopatológicos que a veces no son contemplados y que también pueden preceder, ser comórbidos o consecuencia de la obesidad y diagnosticarse en el EJE I y/o EJE II del DSM-IV
- e) Diagnosticar y diferenciar lo que es obstáculo por falta de decisión de lo que es falta de capacidad o

Criterios para diferenciar la Obesidad según Cormillot y Zukerfeld, (1981) p.6

1.5. Antecedentes Teórico-Prácticos de los Trastornos Alimentarios

1.5.1. Antecedentes Históricos. El ser humano en su condición de animal racional, ha visto determinadas sus acciones y sus decisiones a lo largo de la historia por múltiples factores externos e internos, entre estos últimos, deben señalarse los instintos o impulsos primarios como el hambre (necesidad de ingerir alimentos para mantener la vida, la homeostasis y también obtener placer), y la sexualidad (promovida por la necesidad de perpetuar la especie, fuente de placer y atracción) (Chinchilla, 1994).

Bajo este marco de referencia, si se revisan las características personales y existenciales de los grandes ascetas y místicos de religiones cristianas y orientales, se podría concluir que existe una estrecha frontera entre lo que puede considerarse patología o normalidad en lo que concierne a la alimentación; como ejemplo de esto se podría citar a **Gandhi**, artífice nada menos que de la independencia de la India, que mantuvo durante su vida una alimentación probablemente más hipocalórica e hipoprotéica que las de muchas anoréxicas

restrictivas y nadie pone en duda su condición de personaje admirable, tan pacifista y profundo en sus convicciones como enérgico y resuelto en su manera de ejecutarlas.

Desde la óptica psicoanalítica Gandhi habría sublimado sus pulsiones primarias, dando lugar a su "espiritualización" y transformación en ideales, acompañado todo ello de pragmatismo y coherencia a la hora de llevarlos a la práctica. La pregunta sería ¿Fue Gandhi un anoréxico? No es fácil responder a esta pregunta desde planteamientos fenomenológicos e historicistas de lo que suponen estas patologías, si bien manejando los manuales diagnósticos de consenso actuales (DSM IV; CIE 10), la misma pregunta cabe hacerse de otros tantos personajes históricos en campos como religión, arte, literatura y otros. (Chinchilla, 1994).

Otro ejemplo es la célebre princesa Diana de Gales recientemente fallecida en condiciones trágicas, identificada posiblemente como anoréxica purgativa, o tal vez bulímica o bulimarexica, considerada más en la concepción actual del trastorno excesivo del culto del cuerpo perfecto, donde un rasgo común es la presencia de antecedentes personales altamente conflictivos (Chinchilla, 1994).

Así tenemos que desde épocas antiguas el hecho de comer ha tenido una connotación religiosa y social, resultando la comida el momento de encuentro de los individuos para compartir conocimientos y experiencias, proporcionándose la relación y la empatía; hasta efectos ritualistas, ya que se festeja con comida cuando se nace y cuando se muere, lo que hace que nos lleve a trastornos de conducta alimentaria (TCA) en la evolución y a lo largo de la historia, debido a la existencia de una sociedad marcada por normas que varían en función de aspectos culturales, religiosos o éticos. (Halmi, 1996).

Los trastornos de alimentación no son trastornos nuevos, las descripciones de auto inanición se han encontrado en redacciones medievales, donde la anorexia y bulimia nervosa, fueron definidas por primera vez como un problema médico en

1873. Los trastornos alimentarios comparten características comunes como la depresión, ocultación y pérdida de peso, pero difieren en gravedad, rasgos de personalidad y otros factores. (Hercovici y Bay, 1990).

Bulik, (1992) afirma que es preciso señalar que estas alteraciones son enfermedades conductuales devastadoras, producidas por una compleja interacción de factores que pueden incluir trastornos emocionales y de la personalidad, presiones familiares, o una posible sensibilidad genética o biológica y por vivir en una cultura en la cual hay una sobreabundancia de comida y una obsesión por la delgadez.

En los trastornos alimentarios, se pueden observar varios aspectos que resultan muy familiares sin que se consideren patológicos; la dieta, la preocupación por la figura, el deseo de agradar, etc.; al lado de estos y a veces derivados de aquellos, aparecen otros comportamientos, que sí son enfermizos, como verse gorda sin estarlo, miedo irracional al aumento de peso, el peligro de muerte en el que se incurre, la desaparición de la menstruación, la falta de control con la comida, atracones, vómito etc. (Tolstrup, 1990)

El término trastornos alimentarios, se refiere en general a trastornos psicológicos que presentan graves anormalidades en el comportamiento de ingesta, perteneciendo a la misma categoría de enfermedades que la farmacodependencia y el alcoholismo, y al igual que éstos, se trata de un estado en el que los actos de la persona generan cambios físicos y psicológicos. (Fichter; Quadflied y Rief, 1994)

Los trastornos de alimentación generalmente se categorizan como bulimia y anorexia nervosa, la primera describe un ciclo de atascamiento y de purgación, la segunda un estado de inanición (hambre) y emaciación, que se aplica con seguimiento de una dieta severa con purga y una tercera categoría que es el atascamiento, el comer compulsivo y excesivo sin purga. (Chinchilla, 1994).

En el contexto de esta disparidad de respuestas, aún hoy en día, se duda de la condición de enfermas que pueden tener los trastornos de alimentación, por lo que es muy importante realizar una evaluación cuidadosa que permita un diagnóstico diferencial de otros trastornos, así como la descripción personalizada de la conducta perturbada y sus consecuencias para poder valorar cuál es el tratamiento más adecuado en cada caso, siendo necesario presentar estos trastornos alimentarios como una enfermedad tan respetable como otras. (Cabasés, 1999)

1.5.2. Prevalencia. La estimación de la prevalencia de los trastornos del comer fluctúan del 2 al 18%, en donde el 90% de las pacientes son mujeres y el 10% de adultos son hombres, incrementando sus números debido a que los hombres son más aptos para ocultar este trastorno que las mujeres, provocando esto, que el tratamiento sea más difícil. Finalmente los trastornos de alimentación no se limitan a los Estados Unidos, las tazas son comparables en otros países desarrollados, por ejemplo, mujeres noruegas tienen un riesgo de toda la vida del 1.6% para bulimia y .04% para anorexia, así tenemos que los trastornos del comer son raros en países menos desarrollados, donde cerca del 94% de las personas con trastornos del comer, sobre todo en la anorexia, son blancas (Halmi, 1996).

CAPITULO II

2. PRINCIPALES TEORIAS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA COMPULSIVA

La CAC como ya se mencionó, inició en Estados Unidos, por Stunkard en 1959, para tipificar una de las modalidades de conducta alimentaria en obesos. Y es con Spitzer, Marcus y Mc Cann (citados por Braguinsky, 1996) los que proponen se agregue el término Binge Eating Disorder (BED) al DSM-IV, (Diagnostic Statistic Manual IV de la American Psyquiatric Association) dentro del apéndice B en el grupo llamado "Eating Disorders Not Otherwise Specified" (Trastornos de la alimentación no especificados (inciso 6 trastornos del comer vorazmente).

Maslow, (1954) señala que el ser humano requiere satisfacer una serie de necesidades fisiológicas como comer, beber, seguridad, pertenencia, autoestima, reconocimiento y realización. De acuerdo con esta jerarquía de necesidades señaladas, las personas que presentan una conducta adictiva como comer compulsivamente se mantienen fijadas en los primeros niveles de satisfacción, manejándose en el nivel uno o dos, proporcionando alivio físico y emocional para sentirse seguros.

De acuerdo con el Modelo Conductista la (CAC) debe basarse en la aportación de nuevas formas de vida, eliminando comportamientos que resulten dañinos o insatisfactorios para el individuo o en su caso, enseñar habilidades de las que el individuo carece y cuya ausencia contribuye a su estado de incomodidad.

Beech, Burns, Sheffield, (1986) desde una perspectiva conductista pone especial atención en los síntomas o hábitos tal y como se dan en la realidad y presta poca o nula atención a la historia del individuo; no interesan los síntomas (a diferencia del psicoanálisis), como una manifestación de mecanismos ocultos complejos, sino que interesa el síntoma en sí mismo. En la curación de la patología, no tienen lugar en un modelo conductual los conceptos como voluntad y fuerza de

carácter, ya que solamente será de interés el cambio de conductas no deseadas y el principal factor es que el individuo pueda entender y discriminar los acontecimientos dentro de su ambiente. Los procedimientos de autocontrol tienen que ver con el incremento o la reducción de algunas respuestas.

Al respecto, Herbert Fensterheim (1975 citado en Turon 1997), señala que las comedoras compulsivas con sobre peso u obesidad viven bajo el control de los estímulos exteriores (la vista y el olor de la comida), donde la disponibilidad de los alimentos así como el tenerlos asociados a las actividades o situaciones cotidianas de la vida, es lo que provoca que las personas se vuelvan obesas; pues al crear estímulos externos que los motivan a comer, refuerzan sus asociaciones en la comida con su estilo de vida (comer mientras se ve T.V, se lee, o trabaja). Posteriormente si no se encuentra este estímulo alimentario acostumbrado (a cada momento) se tiene la sensación de que falta algo y se busca, ya que la comida es muchas veces un acompañante como lo puede ser el cigarro, los tranquilizantes o la bebida.

De acuerdo con lo anterior, Norwood (1985) señala la manera en la que los adictos a la comida buscan relacionarse con otros que también tienen una adicción (aunque sea una sustancia diferente) y ambos estimulan sus propias adicciones o toleran la adicción del otro para que sea tolerada la suya.

Bourges (1990) refiere que mientras estas asociaciones no sean debilitadas, cualquier intento de bajar de peso será fallido, pues no es la voluntad tan fuerte como la costumbre; explica por que muchos comedores compulsivos hacen trampas en la dieta en cuanto a su control "El hombre sigue sus impulsos que le dictan sus gustos, sus estados de ánimo, sus hábitos y costumbres", por lo que comer compulsivamente se vuelve un hábito y se puede relacionar con un número de comidas al día, los alimentos de consumo más frecuentes, aspectos emocionales (estéticos, de confianza o de temor), los platillos o preparaciones de más uso, los acentos sensoriales (sabor, color, aroma, textura), los más preferidos

o más empleos, las cantidades, la composición final de las dietas resultantes o bien los hábitos de higiene etc.

Este mismo autor señala que se debe tener en cuenta que todas las conductas alimentarias se han ido formando por años y que se han ido repitiendo con tanta frecuencia, que terminan por permanecer pasando a ser un hábito más, que la simple voluntad de cambiar; no es suficiente, ya que un hábito según Bourges implica ciertos automatismos, que sin duda existen, pero también están determinados por elementos inconcientes.

Desde el punto de vista psicoanalítico, Horney (1986) habla de que los deseos se vuelven exigencias, por lo que el comer ya no se disfruta, debido a que se siente una necesidad que se experimenta como un sentimiento de obligatoriedad, tanto por comer, como por estar delgado. Esta necesidad es de lucha interna entre el YO real y el YO ideal, como un mecanismo neurótico que viene del deterioro de la realidad que construye la persona al negarse a enajenarse de sí mismo.

El conflicto central es entre lo que se es y lo que se trata de ser, imaginando lo maravilloso que podría ser en forma de fantasía; creando una imagen idealizada de sí misma de lo que puede ser. Asimismo crea un síntoma de orgullo lo que se llama la tiranía del debiera, está convencida determinadamente de lo que debe ser, por lo que su verdadero YO se desvanece y se lanza a la realización de su YO idealizado, se impulsa a realizar la perfección de su YO determinando lo que debe rechazar o desear. Se vuelve compulsiva porque hay que realizar esta figura autoidealizada. Todo esto trae consigo una angustia básica o lucha por evitar los sentimientos de espontaneidad, el YO quiere destacar y ambiciona llegar a la perfección.

Señala la misma autora que la persona compulsiva, por lo general no sabe que está haciendo o por qué lo está haciendo, ya que posiblemente entre las actitudes que dominan la vida del comedor compulsivo, de acuerdo con esta teoría se

encuentra la modestia y la resignación que cubre una profunda hostilidad de fondo, reprimiendo sus sentimientos y adaptando otros contrarios.

Hanson (1989, citado en Dominguez 1993), describe al comedor compulsivo obeso como una persona que presenta una respuesta fisiológica anormal al estrés, señalando que estos individuos conservan desde su infancia un abrumador impulso oral que al llegar a situaciones de estrés, se precipitan de forma aterradora y comen en exceso, fuman, beben o realizan varias conductas de orientación oral, aún sabiendo que después se sentirán culpables y muchas veces incluso, mientras lo hacen; simplemente porque no lo pueden evitar y actúan como compactadores de basura, porque independientemente de la comida que ingieren, tendrán la sensación de necesitar llenar su estómago.

Siguiendo bajo esta corriente psicoanalítica, Bornstein y Greenberg, (1991) mencionan que la sobregratificación o frustración durante la infancia en el estado oral, da como resultado una personalidad dependiente y una preocupación por la comida y por el comer como medida de obtener seguridad y nutrición. Análogamente Bornstein y cols. (1985; 1986); Fisher, (1965); señalan que para la persona dependiente oral, la comida tiene un símbolo importante y que no solamente sirve como sustancia nutriente, sino como medida indirecta de sentimientos tempranos de seguridad.

Al respecto se encontraron estudios con relación significativa entre dependencia y obesidad. Weiss, (1995) refiere que esta probable dependencia es un factor en la etiología de otros desórdenes del comer (anorexia y bulimia). Por otro lado, a través de las actitudes inconscientes se manifiestan alteraciones del comer y obesidad, así como diversas sintomatologías que pueden reflejar diferentes estilos de defensa.

2.1. Variables Psicológicas de la Conducta Alimentaria Compulsiva

La CAC presenta causas psicoafectivas y psicofisiológicas profunda, que provocan que haya una pérdida de autocontrol ante la comida, debido a que es tomada en cuenta como falta de capacidad reguladora, haciendo que se convierta en una adicción, en la cual los problemas fundamentales en la CAC, son las emociones (especialmente negativas) y la dificultad para controlarlas.

De acuerdo con Ruch y Zimbardo (1971) la pérdida de las capacidades reguladoras, además de traer consecuencias desastrosas, orgánicas, psicológicas y sociales, trae una pérdida de confianza en sí mismo y en los sentimientos de autocontrol, y si la comida tiene una función de sedación, por falta de capacidad para tolerar la tensión, la frustración, el dolor y la situación de espera, haciendo todavía más intolerable la contención a comer, dando lugar a un uso más intenso de la comida. Desaparece gradualmente todo interés por la realidad, a excepción de lo que se relaciona con el hecho de procurarse comida, parecida a la gratificación del bebe que lo solicita inmediatamente, sin ninguna capacidad de dar ni de consideración alguna hacia la realidad

Bajo este contexto Llewellyn (1984, citado en Mesa 1992) señala que la compulsión a comer puede producirse debido a factores psicosomáticos por la influencia de factores psíquicos, como pueden ser momentos de gran estrés, angustia o ansiedad.

En estudios realizados con mujeres adultas, Chessik, (1985) observó que las pacientes que presentaron rasgos narcisistas provocados por pérdidas tempranas de objetos y síntomas que se manifestaban como migrañas, perturbaciones, actividades autodestructivas, rasgos paranoides, disturbios de imagen corporal y rituales compulsivos, regresaban a sus disturbios alimentarios para ganar confianza y alivio, como un mecanismo tranquilizador al percibir su YO dividido, para sentir mayor cohesión de su ser.

Al respecto Jonssons, (1986) identificaron en un grupo de mujeres adultas que tenían problemas del YO así como mayor dependencia y pasividad, un alto grado de agresividad contenida, tensión, vulnerabilidad, ansiedad y poco control de sus impulsos.

También Abraham (1982), comparó al grupo de bulímicas con comedoras compulsivas y sujetos normales, para ver su respuesta emocional a alimentos de medio y alto nivel calórico, encontrando que las bulímicas que después se purgan, tenían respuestas emocionales más fuertemente negativas que las comedoras compulsas (obesas) y las sujetos normales.

Hjordis, (1989) observaron que la represión y la culpa son mecanismos que actúan constantemente en el comedor compulsivo, señalando que en este tipo de comportamiento, en especial en las obesas, se encontraba además gran tensión muscular.

Al respecto Alvarez, (1995), menciona que se come compulsivamente como un medio de evasión y que es una forma de escape que conduce a problemas de peso, lo que cual pocas veces se valora como sintoma de tensión o de aburrimiento, impaciencia, o depresión que lleva a la persona a comer cualquier cosa que encuentre y a desarrollar ingesta compulsiva de alimento. Esta ingesta se puede producir aisladamente en un momento crítico de tensión, terminando rápidamente, estableciéndose el apetito normal cuando se elimina la causa de estrés.

Señala el mismo autor, que esta conducta llega a convertirse en un hábito, iniciándose con grandes raciones a la hora de la comida, por lo que se mantiene el estómago dilatado durante mucho tiempo, aprendiendo a esperar grandes cantidades de comida, por lo que cuando ingiera menos, su estómago reaccionará con rugidos o molestias de hambre. Señala que algunas personas acuden al

doctor para consultar su problema de sobrepeso y/o obesidad así como sus efectos secundarios, pero que aunque el médico les imponga dietas rígidas, por mucho que se esfuercen, la compulsión a la comida ganará siempre, ya que se trata de emociones negativas, como el no liberar lo que les está causando tensión, por lo que una forma de llenarse de placer en este caso, es el de comer, el problema es que no llenan sus metas sino sus estómagos.

De acuerdo con Garza Guerrero, (1989) el comedor compulsivo no acepta con facilidad que se agrede o que es capaz de lastimarse, defendiendo con gran fuerza a su Yo ideal. El fracaso narcisista, la culpa, la vergüenza y la desconfianza que sienten hacia sí mismos, son producto de un SUPERYO muy rígido que no está muy separado del ideal YOICO.

Bourges, (1990) confirma que una conducta se repite cuando es satisfactoria en algún aspecto a las emociones, los sentidos, los valores, los principios, la autoestima, al deseo de comodidad, a las creencias religiosas, a la interacción con miembros de tipo familiar, comunal o emocional y a las relaciones del entorno físico y económico. De aquí que las costumbres alimentarias sean fuerzas difíciles de cambiar, debido a que éstas se han dado por toda una forma de pensar, vivir, y sentir de las personas.

Hirschmann y Munter (1990) señalan que el odio que llegan a sentir las personas con este trastorno alimentario, sobre todo la persona obesa contra sí misma, es debido a la desesperación de no controlar sus impulsos hacia la comida, generándoles a la vez más angustia, que hace que los síntomas sean aún más intensos; los comedores compulsivos tienen predisposición a reaccionar a la comida para satisfacer el arcaico anhelo oral, que es al mismo tiempo anhelo sexual, necesidad de seguridad y de conservar la autoestima, ya que su autoconocimiento, autoconcepto, autoevaluación, autoaceptación y autorespeto señalan problemas.

Como señalan Horney (1986), Ruch y Zimbardo, (1971), la autoaceptación ayudará a tener menos angustia y estados depresivos, lo que a su vez disminuye la preocupación obsesiva por la comida.

CAPITULO III

3. RELACIÓN ENTRE CONDUCTA ALIMENTARIA COMPULSIVA Y ADICCIÓN

De acuerdo con la literatura revisada, se puede señalar que la conducta alimentaria compulsiva puede verse como adicción a la comida y como tal, presenta características psicológicas, afectivas, fisiológicas y conductuales muy parecidas a las adicciones; como sería el caso del alcohol y las drogas que conllevan al bloqueo del desarrollo biopsicosocial del individuo; justamente porque en estas adicciones están presentes sentimientos, deseos y actitudes que producen insatisfacción, debido a los estados emocionales negativos que subyacen a ambas prácticas (adicción a la comida y a las drogas).

3.1. Variables Psicológicas.

Compulsión e Impulsividad. La compulsión es uno de los síntomas que presentan ambos comportamientos, (conducta alimentaria excesiva y adicción), y en los que aparece un suceso irresistible y contrario a la inclinación o voluntad del que realiza esta acción. Asimismo, existe un continuo de evidencias de rutas múltiples de impulsividad en los que se presentan sentimientos de atracción irresistible hacia actos irracionales como comer, beber o ingerir sustancias tóxicas. Paralelamente se pueden presentar también otros comportamientos compulsivos, como el juego o consumo patológico, que les hace experimentar efectos psíquicos y físicos placenteros y son estas reacciones las que hacen que se adopte la conducta adictiva. González, (1992); Lacey & Evans (1986 citado en Fichter, Quadflied & Rief 1994) Llewellyn (1984 citado en Mesa 1992); Overeaters Anonymous (2000).

Obsesión. La obsesión es otro de los trastornos presentes en la conducta adictiva, tanto de la ingesta de alimentos como de sustancias tóxicas, en ambos comportamientos la conducta obsesiva ha asumido importancia anormal en sus existencias y ha llegado a dominarles física y psíquicamente. El objeto de la

obsesión se vuelve la única meta, y el individuo se siente indefenso ante sí mismo. (Hirshmann y Munter 1990; Mesa, 1992; Villagómes, 1992).

Baja Autoestima. Se ha encontrado que las personas con este tipo de adicciones (hacia la comida y hacia las drogas), tienen baja autoestima, ya que manifiestan una autodevaluación, que les genera un sentimiento de odio contra sí mismos, provocándoles a su vez más angustia y predisponiéndolos a reaccionar de manera adictiva. La conducta adictiva satisface el arcaico anhelo oral, que es al mismo tiempo anhelo sexual. Presentan una necesidad de seguridad y de conservar su autoestima, ya que su autoconocimiento, autoconcepto, autoevaluación, autoaceptación y autorespeto se encuentran disminuidos, presentando en consecuencia un grado alto de ansiedad por no poder controlar algunos aspectos de sus vidas, por lo que para reducir el estrés y la ansiedad, utilizan como conductas compensatorias, comer, fumar o beber sin control, (Davis, Kenneedy, Ravelsky, y Dionne 1994; Hirschmann y Munter, 1990).

Represión y Culpa. La represión y la culpa son mecanismos que acompañan a la adicción. Este comportamiento se lleva a cabo aun sabiendo que después se sentirán culpables y muchas veces incluso mientras lo hacen, simplemente no lo pueden evitar y actúan como compactadores de basura, porque independientemente de la comida o sustancia que ingieran, tienen la sensación de necesitar algo que los llene emocionalmente. De esta manera la culpa, vergüenza y desconfianza que sienten hacia sí mismos son producto de un estado anímico alterado. (Hirschmann y Munter 1990; Hjordis, 1989).

Depresión. O abatimiento a la manifestación normal, aludiendo al estado de desaliento, con una disposición psíquica de desesperación y un abrumador sentimiento de insuficiencia. Es un síntoma en el que participan ambos comportamientos (conducta alimentaria excesiva y adicción), y se produce cuando

la persona está aburrida, impaciente, o existe alguna situación que la mantiene deprimida por algún tiempo y es en ese momento, cuando empieza a tener conductas adictivas como medio de evasión y una forma de escape. (Alvarez, 1995; Howard, 1979)

3.2. Variables Cognoscitivas. Desde el punto de vista cognitivo, que caracteriza el funcionamiento de las personas estables a través del tiempo, y se relaciona con actividades perceptivas e intelectuales y con características de personalidad, mediando la conducta del individuo, por datos externos o por sus propios referentes internos, hace que la conducta a la comida, conforme una sucesión de esquemas conceptuales y racionales, donde las reacciones emocionales proveen las bases para dichas conductas; ya que nacen de la necesidad de aliviar el dolor, controlar la ansiedad y del deseo de placer. Así surgen creencias y actitudes que sustentan los comportamientos adictivos. (Rosenzweig y Arnold, 1992; Siegel, 1982; Witkin y Oltman, 1967).

3.3. Variables Fisiológicas. Desde el punto de vista fisiológico, las adicciones representan relaciones usualmente constitucionales, ya que la estimulación de algunas regiones del encéfalo produce un efecto recompensante, en el que una parte esencial de los circuitos de recompensa están constituidos por neuronas dopaminérgicas, cuyos cuerpos celulares se localizan en el meséncéfalo. Estas células envían sus axones hacia delante a algunos lugares del sistema límbico y de la corteza cerebral; los circuitos de recompensa del encéfalo normalmente son estimulados por las conductas que tienen un valor de supervivencia, como ingerir alimentos, beber agua, mantener la temperatura corporal adecuada, tener actividad sexual e interacciones sociales y familiares, ya que la evolución de los circuitos encefálicos se relaciona claramente con la supervivencia, por lo que las

drogas pueden estimular poderosa y adictivamente estos circuitos sin requerir conductas que son esenciales para la vida y la salud; simplemente proporcionan placer sin costo a corto plazo; ya que la base del efecto radica en el sistema nervioso, especialmente en la sinapsis, que son sensibles a las drogas, produciendo una alteración en la transmisión cerebral a través de los químicos en el SNC, en las catecolaminas, dopaminas y serotonina. Los cambios en estos neurotransmisores o receptores pueden mediar el reforzamiento positivo de dichas sustancias (Fernández, 1991).

Estas personas presentan una respuesta fisiológica anormal al estrés, ya que conservan desde su infancia un abrumador impulso oral, que al llegar a situaciones de estrés se precipitan de forma aterradora y comen en exceso, fuman, beben o realizan varias conductas de orientación oral; presentan causas psicoafectivas y psicofisiológicas profundas, lo que hace que haya una pérdida de autocontrol y de una capacidad reguladora. (Rosenzweig, y Arnold, 1992)

Esta pérdida de capacidades reguladoras además de traer consecuencias desastrosas, orgánicas, psicológicas y sociales, trae consigo una pérdida de confianza en sí mismo y de los sentimientos de autocontrol; y si la comida y la adicción tienen una función de sedación, esta falta de capacidad para tolerar la tensión, la frustración, el dolor y la situación de espera, lo hace todavía más intolerable, dando lugar a una más intensa conducta compensatoria, desapareciendo gradualmente todo interés por la realidad. Esto interfiere con los mecanismos fisiológicos y bioquímicos del organismo que afectan su modo de vida, y contribuyen a que surja una adicción. (Bardo y Risner 1985; Hanson 1989; Hurt 1987 citado en Domínguez 1995; Leimn citado en Rosenzweig y Arnold, 1992; Ruch y Zimbardo 1971).

3.4. Estados Emocionales Psicoadictivos. Los precipitantes más importantes que presentan ambos comportamientos (conducta alimentaria excesiva y adicción), son los eventos displacenteros y los estados emocionales negativos,

situación que se da cuando el sujeto experimenta sentimientos de ansiedad, depresión, frustración, ira, aburrimiento; o está ante problemas de crisis o estrés, así como el afrontamiento que hace al enfado, sentimientos de culpa, hostilidad, agresión, miedo, ansiedad e ideas paranoicas. Estos sentimientos conducen a la pérdida del orgullo, reducen el deseo sexual y llevan al desprecio por el aspecto externo, siendo el resultado de su interacción entre su estructura psicológica y su entorno negativo, utilizando por lo general, la ingesta de sustancias o de alimentos para evadirse del caos y la depresión, pues éstas actúan sobre el estado de ánimo y hace que todo parezca más hermoso durante corto tiempo (Marlatt 1985; Sutton, 1972 citado en Domínguez 1993).

3.5. Factores Externos. Los factores externos se refieren a la presencia o influencia de otros individuos como la relación matrimonial, amistades, familia, trabajo y presión social, así como los factores socioculturales, zona de residencia, asistencia a fiestas o reuniones en las que hay sustancias adictivas o alimentos en exceso. Son elementos que influyen poderosamente en el inicio, seguimiento, y evaluación de las adicciones.

Como es sabido una conducta se repite cuando es satisfactoria, ya sea en las emociones, los sentidos, los valores, los principios, la autoestima, al deseo de comodidad, a las creencias religiosas, o a las relaciones del entorno físico y económico. Se consideran factores interactivos el medio y los procesos psicológicos, que se caracterizan típicamente por una inmediata gratificación y recompensa. Debido a que las habilidades sociales se refuerzan y mantienen en parte para reducir el nivel de ansiedad, los estados desadaptativos y sus deficientes estrategias para afrontar los conflictos utilizan las adicciones como puerta de entrada. Desde el punto de vista cultural la ingesta de alcohol, fumar o comer es un proceso avalado culturalmente en la sociedad, lo que es promovido y considerado como una práctica aceptada en diversos aspectos de la socialización del ser humano. Es un proceso global que implica el desarrollo de intereses políticos y económicos, dando como resultado morbimortalidad que hace un

proceso complejo de la vida social y la normatividad cultural del hombre. (Bandura, 1985; Bourges, 1990; Dirección General de Epidemiología, 1994).

3.6. Estilos de Vida. Crear estímulos externos que los motiven a comer o a adquirir alguna adicción, refuerza las asociaciones con sus estilos de vida (comer mientras se ve TV., se lee, o trabaja), si no se encuentra este estímulo alimenticio acostumbrado (a cada momento) se tiene la sensación de que falta algo y se busca, debido a que la comida es muchas veces un acompañante como lo pueden ser el cigarro, los tranquilizantes, la bebida o alguna otra sustancia.

Con respecto a la familia, los factores de desarrollo están presentes, debido a la influencia familiar que actúa en la niñez, para dar a conocer el alcoholismo, tabaquismo, injerencia a otras sustancias o a la ingesta de alimentos sin medida, debido a que la percepción infantil de estas prácticas es vistas frecuentemente como símbolo de fiesta, convivencia, sociabilidad, y es alentado por la misma familia y la comunidad.

Finalmente, se podría decir que las conductas adictivas son definidas como un patrón de hábitos repetitivos que presentan un riesgo de enfermedad, pérdida de control y alteraciones en las relaciones personales y sociales. A pesar de saber que se tiene un problema social, psicológico y físico, causado por la ingesta de sustancias o el exceso de alimento, existe un fuerte deseo o necesidad de ingerir alcohol o comer sin control por diversas razones, porque se siente incapaz de competir en el mundo materialista, o porque siente que se les resta individualidad. Esto explica en gran medida la dificultad para abatir las adicciones y las recaídas, ya que funcionan como un recurso de equilibrio emocional, configurando una secuencia de factores de riesgo como los estados emocionales desadaptados y estilos de vida inadecuados. (Alexander y Hadaway, 1982; Álvarez, 1995; Alvarez

del Real, 1991; Cantu, 1994 citado en Barruecos 1994; De la Fuente, 1987; Domínguez, 1993; Flay y Petratis 1992, citado en Barruecos, 1994; Heath, 1993).

3.7. Conducta Alimentaria Compulsiva vista como adicción

Los desórdenes de la CAC, constituyen un problema tanto en el entorno familiar y social, como de salud física y mental, ya que en cierta medida es disfuncional y actúa como un obstáculo para el desarrollo integral del individuo (Mesa, 1992). Buchiazzo y Feuchtmann, (1997) afirman que las comedoras compulsivas en general son personas con baja autoestima, muy perfeccionistas, suelen tener dificultades en controlar sus impulsos y comen para reducir su estrés o ansiedad.

A diferencia de las anoréxicas y bulímicas donde las primeras restringen la comida para ganar el control en algún aspecto de sus vidas, y las segundas por estrés y ansiedad con conductas compensatorias como el vómito que las alivia, en el caso de las comedoras compulsivas terminan sintiéndose culpables y deprimidas.

La conducta alimentaria compulsiva vista como adicción, presenta causas psicoafectivas y psicofisiológicas profundas, que pueden bloquear el desarrollo-bio-psico-social del individuo (Llewely, 1992, citado en Mesa 1992)

Al respecto Ruch y Zimbardo (1971) mencionan que la conducta alimentaria compulsiva está relacionada con comportamientos similares a los de una adicción, que llevan al individuo a pérdidas de control fisiológico y psicológico

El comer compulsivo se relaciona con una variedad de síntomas que se manifiestan en migrañas, perturbaciones emocionales, actitudes autodestructivas y rasgos paranoides, así como disturbios de imagen corporal y rituales compulsivos. Los que presentan esta alteración, regresan a sus disturbios alimentarios, buscando ganar confianza y alivio como un mecanismo tranquilizador (Chessik 1985; León, Kolotkin and Korgeski, (1979).

Levison y Gerstein, (1983), señalan que la conducta alimentaria compulsiva, es un fenómeno parecido a otra adicción que parte de síndromes comunes, y que trae conductas y consecuencias negativas, lo que podría ser similar al alcoholismo o al abuso de drogas.

(Fischer, 1976; Hjordis, 1989) en sus investigaciones refirieron que mujeres diagnosticadas con desórdenes del comer, manifestaban también problemas de alcoholismo y abuso de drogas, subyaciendo a estos estados negativos emocionales, tensión y conflicto, así como niveles altos de tensión muscular.

El comedor compulsivo no es selectivo para elegir lo que come, aunque prefiere dulces, carbohidratos y comidas rápidas, así mismo presenta una serie de características alimentarias como frecuentes episodios de comilonas, dos o más veces a la semana, por lo menos seis meses como mínimo; comer rápido y en secreto; comer grandes cantidades de alimentos sin seleccionar su calidad o sabores, no presenta conductas compensatorias (vómito); halago que puede llegar a sentir la persona mientras está comiendo grandes cantidades de comida, es una sensación de no tener el control sobre la comida, sino que ésta las controla a ellas, algo similar al alcoholismo.

La cantidad de lo comido es otro de los síntomas, ya que pueden llegar a ingerir hasta 3,000 calorías de una sola vez y al mismo tiempo, se dicen así mismas que mañana comenzarán la dieta. Por todo este cuadro, la conducta alimentaria compulsiva se ubica dentro los trastornos alimentarios al lado de la anorexia y bulimia. (Simonsen, 2000).

CAPITULO IV

4. TEORÍAS MÁS IMPORTANTES EN LA EXPLICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Existen varias teorías sobre la etiología de las alteraciones alimentarias, entre ellas destacan tres, la de género, intrafamiliar y sociocultural; la primera porque es precisamente en el sexo femenino donde se reporta con mayor frecuencia; en la familia, debido a que es el grupo que tiene mayor predominio en la formación, desarrollo y personalidad del individuo, siendo pertinente analizar la dinámica familiar, y socio-cultural, porque las creencias y los valores sociales, así como los medios de comunicación social, influyen sobre los estereotipos relacionados con la propia apariencia y patrones alimentarios.

4.1 Teoría de Género: Norwood en 1985 refinó que existe una fuerte correlación de la compulsión a comer con el sexo femenino, citando "que existen tantas comedoras compulsivas como alcohólicos hombres hay", debido a que la mujer por sus actividades y el rol que juega en esta sociedad, está en mayor contacto con la comida; por otro lado, sus características constitucionales y presiones culturales hace que se desarrollen con más frecuencia alteraciones en la alimentación en las mujeres que en los hombres.

Al respecto Camerón, (1992) mencionó que las mujeres presentan sentimientos más profundos que los hombres y esto hace que se refugien más en la comida, ya que manifiestan problemas emocionales como reacciones de sentimientos de culpa, indecisión y desconfianza.

Hall, (1987) señala que aproximadamente del 15 al 50% de las personas que acuden a consulta para tratar trastornos alimentarios son mujeres, con relación a un 1.5 % de hombres, ya que la mujer es más susceptible a desarrollar este trastorno, debido a situaciones de presión social que experimentan desde la infancia temprana.

Teóricos como (Garfinkel, 1980; Hatsukami et al. Citado por Levisson y Gerstein en 1983; Mirchell, 1985; Rosen y Lert citados por Bulik, 1992), indican que en el género femenino se da la mayoría de alteraciones alimentarias, debido a la distribución de grasa, ya que desde la misma pubertad es uno de los caracteres sexuales que más diferencia marca entre el varón y la mujer. Aunado a esto, hay una predisposición emocional a la adicción a la comida, siendo más típico en las mujeres, con el fin de olvidar la realidad, para distraerse o para insensibilizar el vasto vacío emocional que hay en lo profundo de su ser.

Roth, (1992) reporta que las norteamericanas gastan cerca de 33 millones de dólares anuales para perder peso; 20 millones de mujeres sufren trastornos relacionados con la comida, por lo que el 50% de ellas son dietantes crónicas. Así sucesivamente se podría seguir informando de estudios o investigaciones, donde en la mayoría de los casos este tipo de alteraciones recae más en el género femenino, debido a los roles que juega en la sociedad.

4.2. Teoría Intrafamiliar Dentro de este marco de referencia, la familia emerge como unidad social primaria universal, su importancia estratégica reside en su composición, organización, interacción y en las funciones que desarrolla en cuanto a entidad biopsicosocial. Desde el punto de vista familiar, la salud mental sería aquella condición en la que los diferentes elementos que componen la organización o estructura de la familia, interactúan de modo adecuado (entre sí y con el entorno social), para llevar a cabo satisfactoriamente sus funciones. De esta forma, toda circunstancia que ejerza tensión sobre alguno de estos factores, puede provocar alteración intrafamiliar, y si los correspondientes mecanismos de autorregulación no son capaces de restaurar la homeostasis familiar, pueden dar lugar a la aparición de psicopatologías. (Kellam, 1987).

Goldman, D'Angelo, DeMaso. (1993) menciona que la familia es el agente más significativo en la formación de la personalidad, de aquí su importancia como

factor etiopatogénico en el desarrollo de trastornos psicopatológicos, ya que ambos padres forjan el modelo de identificación principal para sus hijos, de manera que los rasgos y roles de comportamiento de los padres y la relación matrimonial entre éstos, serán factores importantes tanto para el desarrollo de la personalidad de los niños como de la estabilidad familiar y del tipo de coalición matrimonial aprendido.

Desde el punto de vista de los afectos Coryell, Winokur, Maser, (1994), señalaron que los trastornos afectivos suelen aparecer a menudo en la familia, y los datos de investigación indican que es posible la transmisión genética de una fuerte predisposición a los trastornos del estado de ánimo. No obstante, y a pesar de que los factores genéticos son necesarios, no son suficientes para explicar por sí solos la génesis de los trastornos afectivos, ya que a los factores heredobiológicos una vez más se añaden a los factores ambientales, pues no hay que olvidar que el hombre integra una unidad bio-sico-social.

Partiendo desde un enfoque psicosocial, Fendrich, Warner, Weissman, (1990), manifiestan que los trastornos afectivos pueden ser promovidos y mantenidos por pautas de interacción familiar disfuncional, así como por la calidad de la red de apoyo psicosocial que circunda a un individuo determinado, modulando el impacto de los acontecimientos ambientales estresantes. Los factores generadores de estrés a escala familiar pueden influir negativamente sobre los niños, afectando múltiples áreas de funcionamiento, como la competencia social, el desarrollo cognitivo y la formación de la personalidad, facilitando la aparición de trastornos de conducta y cuadros depresivos. De aquí la importancia de recalcar que los factores patógenos que han operado dentro de la matriz familiar durante la infancia, de algún modo han incidido también en la formación de una personalidad predispuesta para el padecimiento de los trastornos afectivos.

Norwood (1985) en su libro "Las mujeres que aman demasiado" refiere que las mujeres que provienen de hogares desestructurados, son más propensas a

presentar comportamientos que alteran su equilibrio psico-bio-social como son; las adicciones, conductas compulsivas de todo tipo, maltrato, conducta sexual inapropiada, tensiones constantes, lapsos prolongados de comunicación intrafamiliar. Por lo general conviven con padres alterados que compiten entre sí o con sus hijos, y que manifiestan rigidez extrema dando como resultado el poco o ningún afecto que reciben, y por lo tanto, tratan de compensar indirectamente esa necesidad insatisfecha proporcionando afecto, estando más en contacto con su sueño (de cómo podrían ser) que con la realidad de su situación, por lo que son adictas a los hombres, al dolor emocional o a la comida.

Buschiazio y Feuchmann (1997), afirma que las comedoras compulsivas y en general todas las personas con desórdenes alimentarios, provienen de familias demasiado aglutinadas que no dejan espacio para el crecimiento individual, o de padres y madres excesivamente preocupados por el aspecto físico de sí mismos o de sus hijos.

Este autor señala que también provienen de familias en la que la comida alivia tensiones, estrés o ansiedad, madres que expresan cariño a través de comilonas para sus hijos o familias en las que los únicos espacios para compartir se dan en torno a la mesa.

Minuchin, (1974), y Selvini-Palazzoli, (1982), afirman que los trastornos de alimentación, no son trastornos mentales individuales, sino que reflejan una disfunción de toda la familia como sistema, en relación con la cual el trastorno ejerce un papel homeostático y estabilizador, ya que la familia disfuncional se caracteriza por un alto grado de disfunción conyugal, problemas de liderazgo en el subsistema parental, rechazo de los mensajes emitidos por los distintos elementos familiares, escasa resolución de conflictos familiares y conyugales, alianzas encubiertas entre los diferentes miembros familiares, el no reconocimiento de coaliciones entre los elementos de la familia, desplazamiento de la culpa y unos límites extremadamente rígidos.

4.3. Teoría Sociocultural Desde este punto de vista, las alteraciones alimentarias se dan en dos vertientes, la social y la cultural; con respecto a la influencia cultural hay dos enfoques importantes en el aumento de incidencia de este trastorno:

- a) Una conciencia abrumadora sobre nutrición y una adecuada condición física
- b) Una obsesión por el conteo de calorías y la obtención de una silueta delgada, por lo que el deseo de adquirir una figura esbelta resulta ser para muchas más importante que su propia salud.

Asimismo Norwood (1985), menciona que se debe tomar en cuenta que la mujer es más bombardeada por la publicidad en cuanto a restricciones de su peso, el cuidado con su figura y muchas veces como símbolo sexual, causante todo esto de mayor ansiedad. Al mismo tiempo, la comida es asociada por dichos anuncios como un sustituto de cariño y seguridad, o bien, como una forma de apaciguar la tensión, la angustia o los momentos de aburrición y soledad.

Bajo este marco de referencia, investigadores de la revista "Glamour" aplicaron una encuesta a 33,000 mujeres con la finalidad de obtener información de si las mujeres se sentían gordas en una sociedad de gente delgada; el 75% de las encuestadas manifestaron que se sentían demasiado gordas y que su peso afectaba la imagen y el sentimiento que tenían de si mismas (96%) por lo que nada les hacia ser más felices que bajar de peso. Wooley, & Wooley (1984).

Pate, Pumariega, Hester, y Gamer, (1992), señalan que el ámbito cultural juega un papel significativo en las alteraciones alimentarias, ya que la adopción más amplia del ideal físico de mujer es la esbeltez, simbolizando la cultura occidental, lo que ha generado un crecimiento en la publicidad de artículos y recetas para bajar de

peso, para adquirir esa figura ideal que simbolice la autodisciplina, autoaceptación, autocontrol, la competitividad, la liberación sexual y la posible afiliación con clases sociales más elevadas y el tradicional valor del atractivo femenino.

Bulik, (1992) señala que uno de los factores que desencadenan trastornos alimentarios es la influencia cultural que presiona a ser delgada, lo que hace que las mujeres desplieguen disturbios afectivos, anormalidades neuroquímicas y problemas conductuales.

Gómez, Pérez Mitre, (2001) señala que entre los factores de los trastornos de la conducta alimentaria se encuentra la influencia de valores sociales y transculturales, reforzados y difundidos por los medios globalizados de comunicación social, y que son primero que nada, producto y reflejo de nuestros tiempos. Un ejemplo claro y de origen netamente racional, es lo que actualmente hemos presenciado (visto y escuchado), los habitantes del D. F., un mensaje publicitario de una importante firma comercial en el que una chica afirma que "prefiere decir su edad que su talla". Agrega la autora que dicho contenido en la boca de una mujer es literalmente sintomático, de los factores de riesgo que inducen a los trastornos de la conducta alimentaria y de los tiempos que corren

METODOLOGÍA

Objetivo del Estudio:

1. Desarrollar un instrumento válido y confiable que mida conducta alimentaria compulsiva.
2. Determinar las características distintivas de la comedora compulsiva.
3. Desarrollar hipótesis de trabajo

Problemas de Investigación

1. ¿Las mujeres del grupo Conducta Alimentaria Compulsiva (CAC) difieren del grupo control (sin comer compulsivo) con respecto a?
 - a) Peso corporal
 - b) Prácticas de control de peso (conductas compensatorias y dietantes restrictivas, IMC)Las mujeres del grupo CAC a diferencia del las del grupo control.
2. ¿Aceptan tener conductas de sobre ingesta (atracción o "binge eating")?
3. ¿Aceptan tener sentimientos de culpa y de pérdida de control por la forma de comer?
4. ¿Muestran insatisfacción con su imagen corporal?
5. ¿Se preocupan por su peso corporal y por la comida?

Hipótesis de Trabajo

No se plantean hipótesis de trabajo ya que el presente estudio es de carácter exploratorio; sin embargo, uno de los propósitos es desarrollarlas para ser probadas en lo futuro.

Definición de Variables

Definición conceptual de las variables dependientes.-

1). **Peso Corporal.** Se refiere a la medida determinada por todos los componentes del organismo: agua, músculo, protoplasma sin agua, incluido el tejido óseo y adiposo. Por lo tanto el sobrepeso no debe considerarse como sinónimo de obesidad, se obtiene con la fórmula y la tabla de pesos normales.

Talla (en cm.)
Estructura Corporal _____
Perímetro de la muñeca (en cm.)

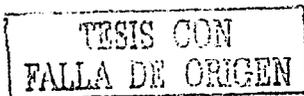
Estructura Corporal	Varones	CM	6	Mujeres	7	CM
Pequeña	>10.4		7.11			
Mediana	9.6 – 10.4		10.1 –11.0			
Grande	< 9.6		< 10.1			

Braguinsky , (1996) p.p. 16-17

Prácticas de Control de Peso como:

a). **Seguimiento de conductas compensatorias.** Para la Conducta Alimentaria Compulsiva (CAC) el episodio de compulsión alimentaria no está asociada con el uso regular e inapropiado de un comportamiento compensatorio como de tipo purgativo, ayuno o ejercicio excesivo. (DSM-IV, 1995).

b). **Seguimiento de dietas restrictivas.** Se refiere a los métodos utilizados para perder peso, utilizándose principalmente supresores de hambre y alimentos naturistas (eliminando harinas, azúcares refinados, grasas y carnes rojas.) Comedores Compulsivos Anónimos, (1994).



c). **IMC.** Índice de masa corporal. o de Quetelet: Es la razón entre el peso corporal en kilogramos y la talla o estatura en centímetros, elevado al cuadrado, se utiliza para hacer clasificaciones del peso corporal de acuerdo a una fórmula y tabla de pesos.

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso (en kgs.)}}{\text{Talla}^2 \text{ (en cm.)}}$$

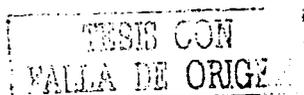
IMC	PESO	8 IMC
< 15*	Muy abajo de lo normal	
15 – 18.9*	Abajo de lo normal	
19 – 22.9*	Peso Normal	
	Sobre peso	23 – 26.9**
	Obesidad	27 – 31**
	Obesidad extrema	> 31**

* Criterios utilizados por Casillas y Vargas (1980)

**Criterios Utilizados por Gómez Perezmitre y Saucedo T.

2). Ingesta Alimentaria como factor compensatorio de sentimientos o necesidades psicológicas. Infiere la ingesta descontrolada para ganar confianza y alivio como mecanismo tranquilizador al percibir sentimientos de inadecuación como: depresión, baja autoestima, culpas, inseguridad, soledad, aislamiento social, aburrimiento y cambios de humor severo. (Chessik, y Halzelden, 1985; Bornstein, 1991; Braguinsky, 1996 Mesa, 1992)..

3). Sobreingesta, Atracón o "Binge Eating Disorders". Es entendida como una rápida ingesta de una cantidad excesiva de alimento, con la sensación de pérdida de control sobre las cantidades ingeridas, ya que puede ingerir hasta 3000 calorías de una sola vez. (DSM-IV, 1995; Esquibel y Caballero, 2000; Simonsen, 2000).



4). Sentimiento de culpa y pérdida de control. Vergüenza por perder el control en la ingesta de alimentos ya sea en público o en privado, el comer compulsivo sistemático se acompaña de intensos sentimientos de culpa después del exceso de ingesta alimentaria. (Buchiazzo y Feuchtmann, 1997; Toro, 1996).

5). Insatisfacción con la Imagen Corporal. Se considera cuando a la persona le disgusta y en consecuencia rechaza el tamaño y forma de su cuerpo, por lo que el cuerpo percibido negativamente así como la insatisfacción corporal que trae consigo, se relaciona sí no con trastornos alimentarios, sí con factores de riesgo asociados a ellos. Así mismo, entre mayor sea la diferencia entre la figura actual menos la figura ideal, mayor es la insatisfacción de la imagen corporal. (Bruchon – Schweitzer, 1992; Gómez Perezmitre, 1995).

6). Preocupación por el peso corporal y la comida. Se refiere a la insatisfacción y la actitud negativa hacia la obesidad, elementos que constituyen algunos de los principales factores de riesgo en los desórdenes del comer, asociados con la imagen e insatisfacción corporal. Gómez Perezmitre, (1998)

Variable Independiente o de Clasificación.- Grupo de mujeres pertenecientes a comedores compulsivos anónimos y grupo de mujeres no comedoras compulsivas.

Diseño y Muestra de la Investigación.

Corresponde a un estudio exploratorio con diseño de dos grupos y observaciones independientes, con los que se comparan las prácticas alimentarias anómalas (Conducta alimentaria compulsiva), con prácticas alimentarias sin trastornos. Asimismo es un estudio correlacional, de campo, porque se lleva a cabo en un escenario natural con mujeres de Asociaciones de Grupos de Comedoras Compulsivas Anónimas y otro grupo de mujeres sin anomalías de alimentación y transversal ya que los grupos fueron medidos y observados en una sola ocasión.

Muestra.

El tipo de muestra fue no probabilística, esto es, fue un muestreo intencional ya que se buscaron las características de las sujetos de acuerdo con los objetivos de la investigación: Las personas de la muestra se tomaron de la población de comedoras compulsivas y de población sin prácticas de alimentación compulsivas. El tamaño de la muestra (N=101) se dividió en dos grupos de la siguiente manera: Grupo uno formado por comedoras compulsivas (CC), pertenecientes a grupos de comedoras compulsivas anónimas del D.F. (n=50), y el otro por mujeres sin comer compulsivo (SCC), pertenecientes a trabajadoras del IMSS y Universidad Pedagógica (UP) del D.F. (n=51)

Control de Variables.

a). Los grupos fueron igualados en las variables sexo (mujeres) y edad (rango es de 20 a 61 años) para igualar los dos grupos:

	GRUPO CC	GRUPO CONTROL
SEXO	Femenino	Femenino
EDAD	22 a 65 años	22 a 65 años
PERTENENCIA	Grupos de CCA	IMSS y UP

b). Instrumento

Se diseñó y aplicó un cuestionario denominado "**SALUD Y NUTRICION**" (Gómez Perezmitre y Ortíz Hernández, 1998), de formato mixto (preguntas abiertas, dicotómicas y escalares), compuesto originalmente por 111 reactivos, quedando finalmente 109 de éstos, que explora las siguientes áreas: Sociodemográficas; prácticas de control de peso; sobreingesta, atracción o "binge eating"; sentimientos de culpa y de pérdida de control; insatisfacción con la imagen corporal y preocupación por el peso corporal y por la comida.

Sociodemográfica. Compuesta por diez ítems (1 al 8, 35,36), de opción múltiple y de completamiento.

Prácticas de Control de Peso. Integrada por veintinueve ítems (9 a la 22, 32, 33, 34, 37, 38, 39) de tipo dicotómico, opción múltiple y de completamiento.

Area de Ingesta Alimentaria, como factor compensatorio (de sentimientos o necesidades psicológicas).

Ansiedad. Se encuentra agrupada en dos escalas, la primera con nueve ítems (43, 47, 50, 59, 61,74, 75, 78 79), con cuatro alternativas de respuesta siempre (1); casi siempre (2); a veces (3); nunca (4), donde los puntajes más bajos indican mayor presencia de conducta alimentaria compulsiva: La segunda escala fue de tipo dicotómico, con dos alternativas 1= SI y 2= NO y diez ítems (85, 89, 92, 99, 100, 102, 103, 105, 106, 107,).

Depresión. Se encuentra agrupada en dos escalas, la primera es de opción múltiple con seis ítems (41,49, 51, 62, 66, 76), la segunda escala fue de tipo dicotómico con cuatro ítems (95, 97, 101, 104) asignándose las mismas respuestas y valor numérico igual que al anterior.

Compulsión. Esta variable está compuesta por catorce ítems de opción múltiple (40, 42, 45, 48, 53, 60, 64, 65, 67,69, 70, 71, 77, 80) y por nueve ítems de tipo dicotómicos (82, 86, 87, 88, 90, 91, 94, 96, 109) asignándose las mismas respuestas y valor que las variables referidas.

Afrontamiento. Esta variable está integrada por ocho ítems de opción múltiple (44, 46, 52, 55, 58, 63, 68, 72) y cinco ítems de tipo dicotómicos (84, 98 108, 110, 111) asignándose las mismas respuestas y valor numérico que las variables anteriores.

Adición.- Agrupada con nueve ítems en dos escalas, la primera de opción múltiple (23,24,25,26,29) y la segunda escala de tipo dicotómico, con cuatro ítems (27, 28, 30, 31).

Autopercepción del esquema corporal. Agrupada en ocho ítems (54,56,57,73) de tipo escalar, donde los puntajes más bajos indican mayor presencia de alteraciones en la autopercepción del esquema corporal y la segunda escala fue dicotómica, con dos alternativas 1= SI y 2= NO (81, 83,93).

c). Procedimiento

- Se solicitó la autorización de los Coordinadores de los Grupos de Comedores Compulsivos Anónimos para la aplicación del instrumento, el escenario donde se aplicó fue en los salones de sesiones de los comedores compulsivos anónimos, donde se utilizan sillas para los participantes, una tribuna al frente para que voluntariamente pasen a exponer su problemática diaria vivida y/o el esfuerzo realizado.
- La aplicación del cuestionario fue colectiva al final de cada sesión (siete), dándose las mismas instrucciones en todos los casos.
- Se les informó que el propósito de la investigación era diseñar un instrumento confiable y válido que detectara la conducta alimentaria compulsiva. Además se les informó que sus respuestas serían tratadas de forma confidencial y anónima (reglas que se manejan en estos grupos) resaltando la importancia de su colaboración.
- Se les invitó a aclarar cualquier duda que tuvieran con relación al requisitado del cuestionario ya que la aplicadora del cuestionario estuvo presente durante toda la aplicación.
- El tiempo que se les dio para contestar el cuestionario fue abierto, aunque la mayoría lo resolvió entre 15 y 20 min.

RESULTADOS

Una vez recogidos y capturados los datos de cada sujeto de la muestra, se procedió a la aplicación de estadísticas descriptivas e inferenciales, a través del programa estadístico SPSS versión 8.0, cuyos resultados se presentan a continuación.

1. DESCRIPCION DE LA MUESTRA. (Variables Socio-Demográficas)

La muestra total de la presente investigación quedó formada por 101 mujeres, 50 de ellas pertenecían al grupo de Comedoras Compulsivas Anónimas (CCA), el segundo grupo ($n_2=51$) quedó compuesto por mujeres trabajadoras del IMSS y la Universidad Pedagógica (grupo control).

	% GRUPO CCA	% Control
de 20 a 25 años	10	7.8
26 a 30	28	13.8
31 a 35	16	21.6
36 a 40	16	21.6
41 a 45	16	23.5
46 a 50	6	2
51 a 55	6	4
56 a 61 años	2	5.7
TOTAL	100	100
Mínimo	24	22
Máximo	56	61
MEDIA	35.6	37.8
D. E.	8.6	9.1

En la tabla 6 puede observarse que la edad promedio de ambos grupos es similar la media es 35.6 y la Desviación :Estándar es de 8.6 del grupo CCA y del grupo control (SCC) la media es de 37.8 y la Desviación :Estándar 9.1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN.

Nivel	% CCA	% Control
Primaria	6.0	2.0
Secundaria	32.0	3.9
Bachillerato	20.0	19.6
Carrera Técnica y/o administrativa	18	39.2
Licenciatura	24	31.4
Postgrado	0	3.9
TOTAL	100%	100%

Como se puede observar en la tabla 7, el porcentaje más alto del nivel de estudios para el grupo CCA, fue de secundaria (32%) seguido de bachillerato (20%); mientras que para el grupo control (SCC), el porcentaje más alto fue de carrera técnica y/o administrativa (39%), seguido de estudios realizados a nivel licenciatura (31%).

FIGURA 1.
Distribución porcentual de la variable "¿Trabajas en la actualidad?"



Es interesante señalar que un poco más de la mitad de las mujeres del grupo CCA no trabajaba y en su mayoría (42%) eran amas de casa, en comparación del grupo control en el que más de las tres cuartas partes sí laboraban siendo empleadas y/o secretarías (ver figura 1 y tabla 8).

TESIS CON
FALLA EN ORIGEN

TABLA 8: Distribución porcentual de ocupación de las sujetos por grupo.		
Actividad	% CCA	% Control
Ama de casa	42.0	5.9
Empleada doméstica	2.0	13.7
Obrera	16.0	3.9
Empleada	14.0	37.3
Secretaria	12.0	23.5
Comerciante	8.0	2.0
Profesionista	6.0	15.7
TOTAL	100	100

Con respecto al Ingreso mensual, el 37% de las mujeres del grupo normal obtenía (en 1997) un salario que iba de \$ 678.00 a \$ 3, 390.00; del 27% dependían económicamente sus hijos de ellas; aunque el 40 % del grupo CCA no percibía ningún tipo de salario, el 28 % de ellas tenía un ingreso mensual familiar que iba de \$ 678.00 a \$ 3, 390 y de la mitad de ellas nadie dependía económicamente (ver tablas 9 y 10). La mayoría de las mujeres de ambos grupos tiene casa propia y cuenta con todos los servicios públicos. También es interesante señalar que el 63% del grupo control sí tenía pareja, mientras que el 70% del grupo CCA no la tenía.

TABLA 9: Distribución porcentual del salario mensual de los sujetos por grupo.		
	% CCA	% CONTROL
No percibe	40	7.8
Menos de \$ 678.0	12	2.0
\$ 678.0 a \$ 3,390	28	37.3
\$ 3,391 a \$ 6,102	6	33.3
\$ 6,103 a \$ 8,814	8	15.7
\$ 8,815 a \$ 10,848	4	3.9
más de \$ 10,848	2	0
TOTAL	100	100

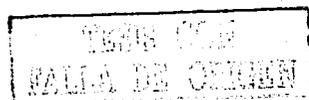


TABLA 10. Distribución porcentual de las personas dependientes económicamente por grupo		
	% CCA	% CONTROL
Algún familiar	38	54.9
Hijos	10	27.5
Ninguno	52	13.7
Otro	0	3.9
TOTAL	100	100

2. DESCRIPCIÓN DE LAS PRINCIPALES VARIABLES DEL ESTUDIO.

2.1 Variables relacionadas con el peso corporal

2.1.1 Índice de Masa Corporal

Con el propósito de agrupar los pesos y tallas reportados por las mujeres de la muestra, se obtuvo el Índice de Masa Corporal ($IMC = \text{peso} / \text{talla}^2$, validado por Gómez Peresmitré y Saucedo, 1997). Este índice permitió agrupar los datos de los sujetos en 5 categorías de peso, que van desde emaciación hasta obesidad tipo II o mórbida (ver figura 2).

FIGURA 2. Distribución porcentual del IMC por grupo



TABLA 11 A. Grupos independientes

MEDIA	29.930	22.788
D. E.	3.843	2.194
t(77.862) = -11.412, P=.000		

TABLA 11 B. Puntos de Corte* de IMC

Emaciación	< 15
Delgadez	15 - 18.9
Peso Normal	19 - 22.9
Sobrepeso	23 - 27
Obesidad I	>27
Obesidad II	>31
*Validados por Gómez Pesresmitré y Saucedo (1998)	

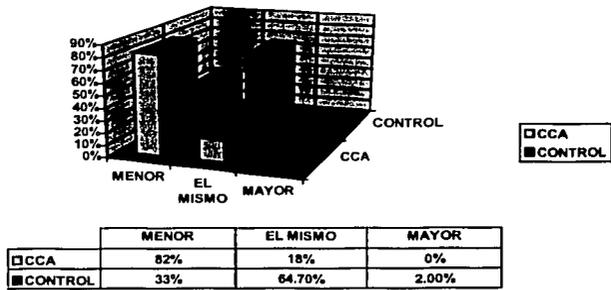
Como se observa en la Figura 2 y de acuerdo con el IMC, las mujeres del grupo control se encontraron en categorías de normo peso y sobrepeso (Tabla 11B), (52% y 40%, respectivamente), y únicamente el 4% de ellas presentó obesidad en comparación del grupo CCA, quienes en su mayoría tenían obesidad tipo I y II, con una media igual a 29.930 y una D.E.=3.843. De hecho se presentaron diferencias estadísticamente significativas, entre las medias de IMC de ambos grupos con una $t(77.862) = -11.412$ y $P = .000$ (ver Figura 2).

2.1.2 Peso Deseado

Es interesante señalar que casi la totalidad de las mujeres del grupo CCA estaban insatisfechas con sus figuras, (82%) quería tener menos peso; en comparación con el 65% de las mujeres del grupo control, quienes dijeron estar satisfechas con sus pesos corporales actuales (Figura 3).

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

FIGURA 3. Distribución porcentual de la variable del peso deseado por grupo



2.1.3 Estabilidad del peso corporal

	% GRUPO CCA	% CONTROL
No lo ha mantenido	46	11.8
Si lo ha mantenido	54	88.2
TOTAL	100	100

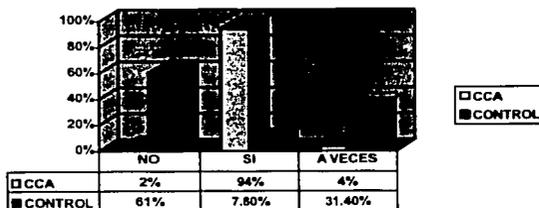
Cuando se preguntó a las sujetos si habían mantenido su peso corporal por lo menos en un periodo de seis meses, casi la mitad de las mujeres del grupo CCA contestó no haberlo mantenido estable, mientras que un alto porcentaje del grupo control sí lo había hecho (ver tabla 12).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 13. Distribución porcentual de la pregunta "¿Tienes o has tenido problemas de perder peso?" por grupo		
	% GRUPO CCA	% CONTROL
No	2	74.5
Si	98	25.5
TOTAL	100	100

La Figura 4 muestra que casi la totalidad (94%) del grupo de comedoras compulsivas había tenido problemas de peso, mientras que únicamente el 31% del otro grupo en ocasiones tenía problemas de este tipo.

FIGURA 4. Distribución porcentual de las respuestas a la pregunta "¿Tienes o has tenido problemas con tu peso corporal?" por grupo.



Como puede observarse en la figura 4, el 94% (casi el total de las mujeres de este grupo) aceptó haber tenido problemas con su peso corporal en comparación con el 8% del otro grupo. Asimismo la mayoría de las mujeres del grupo CCA, comenzaron a tener problemas con su peso corporal entre los 11 y 20 años (50%), mientras que sólo un 23% del grupo control lo reportó entre los 16 y 25 años (ver tabla 14).

TABLA 14: Distribución porcentual de la variable del inicio de problemas con el peso corporal por grupo.		
	% GRUPO CCA	% CONTROL
Naci con más de 3.5 kgs.	4	0
1 a 5 años	4	2
6 a 10	18	0
11 a 15	24	13.7
16 a 20	26	9.8
21 a 25	8	5.9
26 a 35	0	3.8
36 a 40 años	6	2
TOTAL	100	100

2.2 Variables Relacionadas con el Control del Peso Corporal.

Cuando se les preguntó si realizaban o habían realizado dietas con propósitos de control de peso, el 70% de las comedoras compulsivas anónimas contestó afirmativamente, la mitad de ellas comenzaron la práctica de esta conducta entre los 16 y 20 años de edad, mientras que del grupo control únicamente el 29 % de ellas en ocasiones realizaba dietas y el 65% no las practicaban (ver tabla 15 figura 5). Asimismo se les preguntó si habían tratado de bajar de peso, el 98% del grupo CCA contestó afirmativamente y sólo una cuarta parte de las mujeres del grupo normal confesó haberlo intentado (ver Tabla 13).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FIGURA 5. Distribución porcentual de la respuesta a la pregunta: "¿Haces o has hecho dietas para controlar tu peso? por grupo

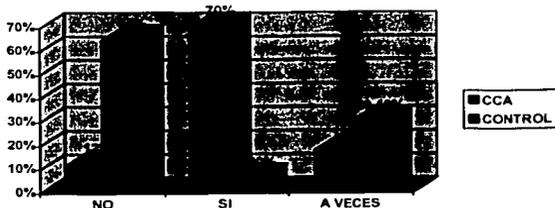


TABLA 15. Distribución porcentual de la variable del inicio del seguimiento de dietas por grupo.

	% GRUPO CCA	% CONTROL
5 a 10 años	6	2
11 a 15	6	3.9
16 a 20	46	5.8
21 a 25	28	9.8
26 a 30	10	5.9
31 a 35	2	5.9
36 a 40 años	2	2
No han hecho dietas	0	64.7
TOTAL	100	100

Al preguntarles si cuando realizaban dietas perdían peso, el 62% de las mujeres CCA contestó que difícilmente bajaba, mientras el 49% de las mujeres del grupo control confesó no saberlo (ver tabla 16).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 16. Distribución porcentual de la respuesta a la pregunta: "Si sigues una dieta pierdes peso?" por grupo.		
	% GRUPO CCA	% CONTROL
Fácilmente	28	47.1
Difícilmente	62	3.9
No se	10	49.0
TOTAL	100	100

Cuando se les preguntó a las sujetos qué métodos utilizaban para perder peso, el 34% de las comedoras compulsivas utilizaban principalmente supresores de hambre y alimentos naturistas (22%), mientras que casi la mitad (45%) de las mujeres del grupo control no utilizaba ningún método (tabla 11). Llama la atención que las mujeres CCA utilizaban laxantes (12%) y ayunos (6%) contra 0% del otro grupo.

TABLA 17. Distribución porcentual de métodos utilizados para perder peso por grupo.		
Método utilizado:	% GRUPO CCA	% CONTROL
Ejercicio excesivo (10 o más horas semanales)	6	0
Supresores de hambre	34	9.8
Alimentos naturistas	22	15.6
Eliminación de harinas, grasas y carnes rojas	14	27.5
Diuréticos	4	2.0
Ayunos	6	0
Laxantes	12	0
Cirugías	2	0
Ningún método	0	45.1
TOTAL	100	100

También se les preguntó si practicaban algún deporte, tanto el 68% del grupo CCA como el 63% del grupo normal, confesaron no practicar algún deporte; sin

embargo las razones fueron distintas, el primero de éstos argumentó que no le gustaba realizar ejercicio (20%), en comparación con el segundo grupo quienes en su mayoría dijeron no tener tiempo (tabla 18).

TABLA 18. Distribución porcentual de las razones por la falta de práctica algún deporte por grupo.		
RAZONES:	% GRUPO CCA	% CONTROL
No me gusta	20	9.8
Estoy con sobrepeso	14	2
No tengo dinero	8	3.9
No tengo tiempo	16	31.4
Flojera	4	13.7
No contestaron	38	39.2
TOTAL	100	100

2.3 Variables relacionadas con Conductas Adictivas.

Se preguntó a las sujetos de la muestra sobre la presencia o no de conductas adictivas; cuando se les preguntó si fumaban, la mitad de las mujeres comedoras compulsivas anónimas contestó afirmativamente y sólo el 35% del segundo grupo lo hacía (ver tabla 19).

TABLA 19. Distribución porcentual de las conductas adictivas (Fuma?) por grupo.		
	% GRUPO CCA	% CONTROL
SI FUMA	50	35.3
NO FUMA	50	64.7
TOTAL	100	100

De las mujeres del grupo CCA que fumaban, el 85% había comenzado a hacerlo entre los 10 y 20 años, mientras que en el grupo control, durante esas mismas edades, sólo el 38% lo había hecho (tabla 20).

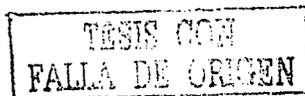


TABLA 20: Distribución porcentual de la respuesta a la pregunta ¿A qué edad comenzaste a fumar? por grupo.		
	% GRUPO CCA	% CONTROL
10 a 15	30.77	14.29
16 a 20	53.85	23.8
21 a 25	7.68	28.57
26 a 30	3.85	19.05
31 a 35	3.85	14.29
36 a 40 años		
Otra		
TOTAL	100	100

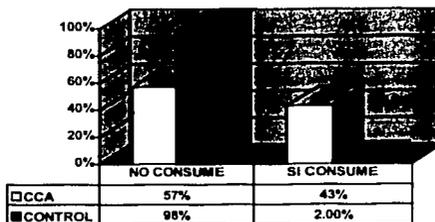
Como se observa en la tabla 15 la mitad de las mujeres CCA que fumaban, consumían de 6 a 10 cigarros diariamente en comparación con el 43% del otro grupo que fumaba de 1 a 5 diarios.

TABLA 21: Distribución porcentual del número de cigarrillos fumados diariamente por grupo.		
	% GRUPO CCA	% CONTROL
de 1 a 5	17	43
6 a 10	50	33
11 a 15	21	10
16 a 20	8	14
Más de 20	4	
Otra		
TOTAL	100	100

La tabla 22 muestra que casi la mitad de las mujeres de ambos grupos ingerían bebidas alcohólicas. Cuando se les preguntó sobre el consumo de supresores de hambre casi la mitad del grupo CCA los consumía y sólo el 2% del otro grupo lo hacía (ver figura 6).

TABLA 22. Distribución porcentual de la respuesta a la pregunta: ¿Ingeres bebidas alcohólicas? por grupo.		
	% GRUPO CCA	% CONTROL
NO	52	51
SI	48	49 bebedoras sociales
TOTAL	100	100

FIGURA 6. Distribución porcentual de la variable consumo de supresores de hambre por grupo.



Como se observa en la figura 6 y tabla 23, del 43 % de las mujeres comedoras compulsivas anónimas que consumían supresores de hambre, sólo el 16% lo hacía con prescripción médica, mientras que el 2 % del grupo control los consumía sin ninguna receta.

TABLA 23. Distribución porcentual de la respuesta a la pregunta: Si consumes o has consumido supresores de hambre ¿lo haces o lo hiciste con prescripción médica? por grupo.		
	% GRUPO CCA	% CONTROL
NO	84	100
SI	16	0
TOTAL	100	100

Asimismo se les preguntó sobre el consumo de pastillas para dormir, casi la mitad de las mujeres del grupo CCA las consumía (de éstas el 80% lo hacía sin receta

médica), en comparación con las tres cuartas partes del grupo control que no tomaba ningún medicamento para conciliar el sueño (ver Figura 7 y tabla 24).

FIGURA 7. Distribución porcentual del consumo de pastillas para dormir por grupo

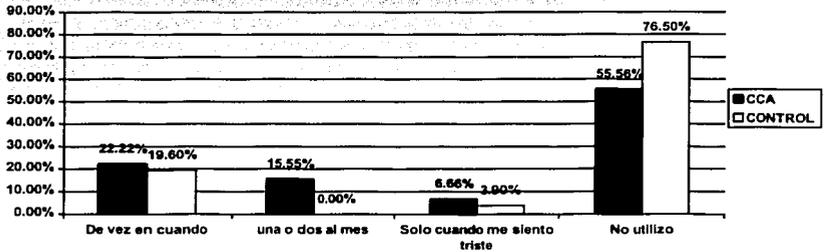
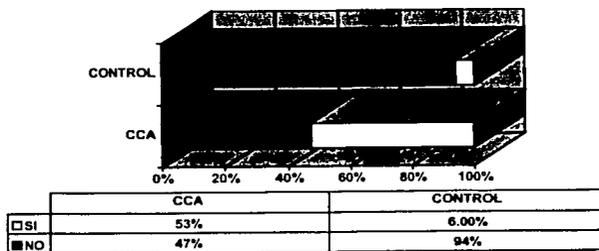


TABLA 24: Distribución porcentual de la respuesta a la pregunta: "Si utilizas pastillas para dormir, ¿lo haces bajo prescripción médica?" por grupo.

	% GRUPO CCA	% CONTROL
NO	80	76.9
SI	20	23.1
TOTAL	100	100

Es interesante señalar que el 94% de las mujeres del grupo control reportó no consumir ningún tipo de medicamento para bajar de peso, mientras que la mitad del grupo de comedoras compulsivas manifestó utilizarlos (Figura 8).

FIGURA 8. Distribución porcentual del consumo de algún medicamento para bajar de peso por grupo.



2.4 Variables relacionadas con Problemas de Salud.

También se preguntó a las personas de la muestra sobre la presencia de problemas de salud; el 30% de las mujeres con conductas alimentarias anómalas presentó problemas de dolor de cuello, el 22% tenía dolor de espalda y el 4% sufría diabetes. Entre las mujeres del grupo control los padecimientos más frecuentemente reportados fueron dolor de espalda (23%), dolor de cabeza (20%) y colitis (16%, ver tabla 25).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 25 Distribución porcentual de la respuesta a la pregunta: ¿Cuál es el problema de salud que padece o ha padecido? por grupo		
	GRUPO CCA	CONTROL
Dolor de cabeza	8 %	19.6 %
Dolor de espalda	22	23.5
Dolor de cuello	30	5.9
Insomnio	8	5.9
Gastritis	18	7.8
Úlcera	4	2
Diabetes	4	2
Hipertensión		9.8
Colitis	6	15.6
Ninguno		7.9
Otros		
TOTAL	100	100

Comparación de Grupos

Con el propósito de averiguar si existían diferencias significativas en las variables de estudio se aplicaron pruebas t, teniendo como variable independiente el tipo de muestra control SCC vs. CCA. Como se observa en el Cuadro 1, se produjeron diferencias significativas en las siguientes variables:

1. Durante los últimos dos años has mantenido tu peso por lo menos en un periodo de 6 meses sin esfuerzo.
2. Has tratado de bajar de peso.
3. Tienes o has tenido problema con tu peso.
4. Peso deseado.
5. Razones de no Edad en que se inició la conducta de fumar?
6. Uso de supresores de hambre

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Las medias incluidas en el mismo cuadro señalan (como en el análisis descriptivo) que siendo las mujeres con Conducta Alimentaria Compulsiva las que presentaron mayor problema en las mismas.

Cuadro 1. Resultados de la prueba t para los items de la descripción de las variables de estudio por tipo de muestra							
	t	df	Sig.	(2-		X	S
			tailed)				
Durante los últimos dos años has mantenido tu peso por lo menos en un periodo de 6 meses sin esfuerzo	4.332	60.387	.000		Normal	1.900	1.3030
					CCA	1.5400	.4035
Has tratado de bajar de peso	-10.946	58.881	.000		Normal	1.2600	.4431
					CCA	1.9800	.1414
Tienes o has tenido problema con tu peso	-2.212	55.905	.031		Normal	1.7200	.9267
					CCA	2.0200	.2466
Edad con problemas de peso	1.011	67	.316		Normal	5.1429	1.6818
					CCA	4.6667	1.8489
Dietas para controlar el peso	-1.943	74.993	.056		Normal	1.7400	1.0264
					CCA	2.0600	.5500
Edad de la primera dieta	1.350	61	.182		Normal	4.0000	1.6330
					CCA	3.5000	1.2104
Peso deseado	-5.243	93.992	.000		Normal	1.700	.95
					CCA	2.625	.79
Prácticas algún deporte	-1.725	93.162	.470		Normal	1.3600	.4949
					CCA	1.4400	.6115
Razones de no practicar	3.202	60	.002		Normal	3.6129	1.3336
					CCA	2.5161	1.3631
¿Fumas?	-1.250	97	.214		Normal	1.3800	.5303
					CCA	1.5102	.5051
¿Desde qué edad?	3.697	42	.001		Normal	3.1667	1.2005
					CCA	1.9615	.9584
Número de cigarras	-1.880	41	.384		Normal	2.0526	1.0798
					CCA	2.3333	1.0072
Ingieres bebidas alcohólicas	.000	95.834	1.000		Normal	1.5000	.5051
					CCA	1.5000	.5053
Supresores de hambre	-5.365	52.904	.000		Normal	1.0200	.1414
					CCA	1.4255	.4998
¿Lo haces bajo prescripción	-1.429	23	.1672		Normal	1.0000	
					CCA	1.1667	.3807
Pastillas para dormir	-1.669	78.662	.505		Normal	3.3000	1.2495
					CCA	3.5111	1.7532
Bajo prescripción	-1.112	24	.912		Normal	1.1818	.4045
					CCA	1.2000	.4140
En los últimos 30 días has tomado medicamento para bajar de peso	-1.391	98	.167		Normal	1.2600	1.4259
					CCA	1.5600	.5406
Si sigues una dieta pierdes peso	1.348	80.411	.182		Normal	2.0400	.9889
					CCA	1.8200	.5956

Estudio 2.

Habiendo analizado las respuestas del estudio y comprobado que los grupos de éste provenían de dos diferentes poblaciones, se procedió a elaborar una escala que explora Conductas Alimentarias Anómalas y se excluyeron aquellos items que no discriminaban estos dos grupos

La escala original que explora Conductas Alimentarias Anómalas y Sentimientos Asociados (CAASA) que contenía 41 reactivos tipo Likert, con 4 opciones de respuesta, que van desde nunca hasta siempre, relacionados con ansiedad, depresión, tristeza y soledad. Obtuvo una consistencia interna de un alfa de **0.9781**.

Se realizó un estudio piloto aplicando el instrumento a 50 mujeres con características similares (edad, sexo, etc.) a las del estudio. Con los datos de este estudio se modificó la redacción de algunos de los reactivos y se eliminaron otros, porque algunas de las respuestas se agrupaban sólo en algunas de las opciones o porque no se respondieron. El instrumento en su versión final quedó formado por 39 reactivos (ver Tabla 26).

Con el propósito de conocer la capacidad de discriminación de la Escala CAASA, se aplicó a dos grupos extremos, al grupo de comedoras compulsivas y grupo de comedoras sin comer compulsivo (grupo C= control). Como primer paso se aplicó a cada reactivo de la escala una prueba t. Debido a que todos los reactivos resultaron significativamente diferentes (excepto dos: "Creo que la gente espera mucho de mí" y "Creo que la comida es un placer", ver tabla 20), el siguiente paso fue aplicar un Análisis discriminante (SPSS, versión 8.0).

TABLA 6

	t	g.l.	p	X	S
Creo que como mucho	-10.257	97	.000	C 1.7551	.8044
				CCA 3.4200	.8104
Cuando me siento triste me dan ganas de comer	-11.686	98.000	.000	C 1.5400	.8381
				CCA 3.5000	.8391
Siento una necesidad incontrolable de comer	-11.343	98	.000	C 1.4600	.8621
				CCA 3.3800	.8303
Me preocupa mi forma de comer	-10.847	98	.000	C 1.4800	.8142
				CCA 3.3000	.8631
Creo que la gente espera mucho de mí*	-1.774	90.444	.079	C 2.8600	1.0882
				CCA 3.2000	.8081
Como todo el tiempo	-7.118	91.894	.000	C 1.5800	.8352
				CCA 2.9600	1.0872
Me siento contenta cuando logro controlar la comida	-9.587	64.187	.000	C 1.9048	1.0777
				CCA 3.7200	.6402
Cuando estoy preocupada siento la necesidad de comer	-13.773	94	.000	C 1.4348	.7499
				CCA 3.5600	.7602
Como tanto que siento que el estómago me va a reventar	-9.779	70.819	.000	C .4600	.5425
				CCA 3.1800	1.1192
Me produce depresión atiborrarme de comida	-14.256	92.481	.000	C 1.2400	.6565
				CCA 3.3469	.8050
Cuando no como me siento intranquila	-7.578	97	.000	C 1.7600	1.0797
				CCA 3.2449	.8547
Aunque esté en grupo me siento sola	-6.358	85.945	.000	C 1.4200	.7309
				G CCA2.5714	1.0408
He intentado cambiar mis hábitos alimentarios	-6.403	97	.000	G C1.8200	1.0039
				G CCA3.0612	.9221
En mis atracones como alimentos ricos en calorías	-8.200	97	.000	G C1.7400	.8283
				G CCA3.1633	.8978
Creo que las mujeres delgadas son más felices que las gordas	-5.815	85	.000	C 1.7895	1.1427
				CCA 3.0408	.8650
Tengo problemas de concentración	-3.774	97	.000	C 1.8200	.8497
				CCA 2.4898	.9157
Me disgusta verme al espejo	-12.766	96	.000	C 1.4898	.7671
				CCA 3.4286	.7360
Cuando veo las modelos de revistas, me deprimó por no ser así	-7.858	89.113	.000	C 1.4600	.7616
				CCA 2.8776	1.0131
Intento ver el lado positivo de las cosas	-6.483	98	.000	C 1.6800	.7126
				CCA 2.7600	.9381
Siento que la comida me tranquiliza	-9.090	98	.000	C 1.5200	.7624
				CCA 3.0800	.9442
Como sin reflexionar y luego me arrepiento	-18.356	90.298	.000	C 1.1800	.5226
				CCA 3.4600	.7060
Creo que las mujeres que no tienen pareja, se refugian en la comida	-7.716	98	.000	C 1.9000	.9091
				CCA 3.2600	.8526
Creo que la comida es un placer*	-1.904	88.425	.060	C 3.3400	.8478
				CCA 3.6200	.6024
Siento que los problemas lejos de quitarme el apetito, me lo incrementan	-12.210	98	.000	C 1.4000	.7284

WEBIS CON
PAIDA DE ORIGEN

No incrementan				CCA	3.2800	.8091
Los ratos de ocio los ocupo para comer	-10.937	94.364	.000	C	1.2800	.7296
				CCA	3.0600	.8901
Creo que como más que los demás	-11.356	98	.000	C	1.4200	.7309
				CCA	3.1400	.7827
Hay temporadas en que dejo de luchar por controlar mi peso	-3.515	98	.001	C	1.9600	1.0490
				CCA	2.6800	.9968
Siento que no puedo dejar de comer	-11.070	98	.000	C	1.4800	.9089
				CCA	3.4400	.8609
Cuando me enfrente a una situación difícil, pienso que todo saldrá bien	-6.470	84.883	.000	C	1.5200	.6141
				CCA	2.5400	.9304
Una vez que empiezo a comer no puedo detenerme	-11.380	80.460	.000	C	1.2600	.5646
				CCA	3.0200	.9366
Lo inesperado me hace comer mucho	-12.718	80.980	.000	C	1.2400	.5555
				CCA	3.1600	.9116
Soy de las personas que todavía no terminan el bocado y ya tienen otro en la mano	-15.368	96.031	.000	C	1.2400	.6565
				CCA	3.4200	.7584
Me siento culpable cuando ingiero alimentos grasosos	-7.219	92.216	.000	C	1.6200	.7796
				CCA	2.9200	1.0069
Pienso que a los hombres les interesa más la figura corporal de la mujer que la salud mental	-7.389	96	.000	C	2.1875	.8668
				CCA	3.4000	.7559
Aunque esté en grupo me siento triste	-8.387	86.924	.000	C	1.3800	.6024
				CCA	2.6400	.8751
Estoy preocupada por mi peso	-10.068	98	.000	C	1.5000	.8631
				CCA	3.2800	.9044
Cuando como sin tener hambre, me aquejan sentimientos de culpa	-9.039	92	.000	C	1.5000	.8491
				CCA	3.1800	.9409
Me siento incapaz de controlar mi forma de comer	-19.088	88.873	.000	C	1.1800	.5226
				CCA	3.6000	.7284
Me preocupa mi peso por problemas de salud	-3.835	98	.000	C	2.0400	1.1241
				CCA	2.8400	.9553
Me siento culpable cuando como tortillas y frijoles	-10.091	94.024	.000	C	1.2600	.7508
				CCA	2.9600	.9249
Como por hábito sin darme cuenta	-12.921	84.091	.000	C	1.3061	.5847
				CCA	3.2800	.9044

*Reactivos eliminados

Como se observa en la tabla anterior, solamente 2 reactivos no presentaron diferencias estadísticamente significativas, por lo tanto, éstos fueron los únicos que no entraron en el Análisis Discriminante a través del método Enter. Es importante mencionar que el valor de default de Prior se modificó en virtud del tamaño de los grupos, quedando de la siguiente forma:

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

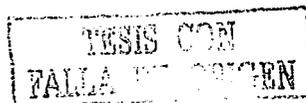
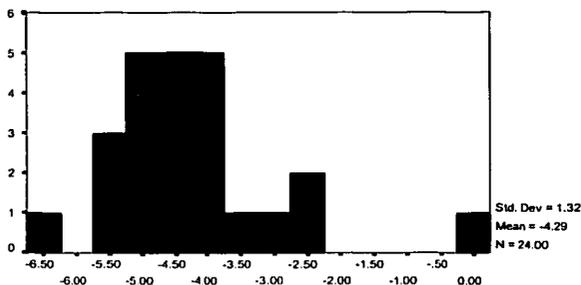
Muestra	Prior	Casos utilizados en el análisis
Control	.329	24
CCA	.671	49
Total	1.000	73

La tabla 28 muestra los centroides que son las medias de los puntajes o calificaciones discriminantes de ambos grupos, dado que están en puntuaciones Z, éstos señalan que seis unidades de desviación estándar es la distancia que separa al grupo con conductas alimentarias compulsivas, de las chicas con conductas alimentarias "normales" (grupo control).

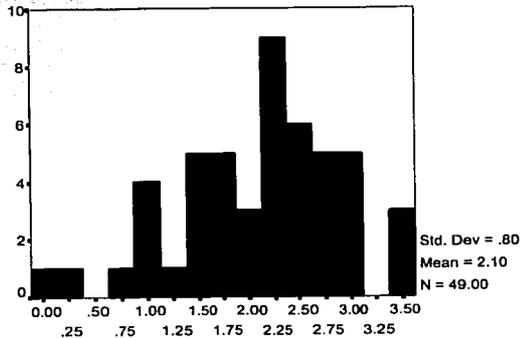
	Función
MUESTRA	1
Control	-4.293
CCA	2.102

Función 1 Canónica Discriminante

muestra control



Función 1 canónica discriminante
muestra = CCA



El análisis discriminante también nos presenta los coeficientes estandarizados de la función canónica (ver Tabla 29): cuando estoy preocupada siento la necesidad de comer; como sin reflexionar y luego me arrepiento; una vez que empiezo a comer no puedo detenerme; estoy preocupada por mi peso; cuando como sin tener hambre me aquejan sentimientos de culpa; me siento incapaz de controlar mi forma de comer; mientras tanto en la Tabla siguiente (30) se muestran las variables que ingresaron en el análisis ordenadas por tamaño/importancia de discriminación. Las primeras 7 variables de más peso son: cuando estoy preocupada siento la necesidad de comer; cuando no como me siento intranquila; como sin reflexionar y luego me arrepiento; una vez que empiezo a comer no puedo detenerme; estoy preocupada por mi peso; cuando como sin tener hambre me aquejan sentimientos de culpa; me siento incapaz de controlar mi forma de comer.

Variable	Coefficiente	Función
Creo que como mucho	.277	1
Cuando me siento triste me dan ganas de comer	-.290	
Siento una necesidad incontrolable de comer	-.338	
Me preocupa mi forma de comer	.372	
Como todo el tiempo	-.249	
Me siento contenta cuando logro controlar la comida	.211	
Cuando estoy preocupada siento la necesidad de comer	.507	
Como tanto que siento que el estómago me va a reventar	.450	
Me produce depresión aliborrarme de comida	.385	
Cuando no como me siento intranquila	-.520	
Aunque este en grupo me siento sola	.017	
He intentado cambiar mis hábitos alimentarios	-.127	
En mis atracones como alimentos ricos en calorías (dulces, grasas)	-.278	
Creo que las mujeres delgadas son más felices que las gordas	.174	
Tengo problemas de concentración	-.025	
Me disgusta verme al espejo	.261	
Cuando veo las modelos de las revistas me deprimó por no ser así	-.024	
Intento ver el lado positivo de las cosas	.162	
Siento que la comida me tranquiliza	.265	
Como sin reflexionar y luego me arrepiento	.620	
Creo que las mujeres que no tienen pareja se refugian en la comida	.079	
Siento que los problemas lejos de quitarme el apetito me lo incrementan	-.170	
Los ratos de ocio los ocupo para comer	-.272	
Creo que como más que los demás	.046	
Hay temporadas en que dejé de luchar por controlar mi peso	.122	
Siento que no puedo dejar de comer	-.077	
Cuando me enfrento a una situación difícil, pienso que todo saldrá bien	.386	
Una vez que empiezo a comer no puedo detenerme	.506	
Lo inesperado me hace comer mucho	-.366	
Soy de las personas que todavía no terminan el bocado y ya tienen otro en la mano	.189	
Me siento culpable cuando ingiero alimentos grasosos	-.317	
Pienso que a los hombres les interesa más la figura corporal de la mujer que la salud mental	.022	
Aunque este en grupo me siento triste	-.322	
Estoy preocupada por mi peso	-.519	
Cuando como sin tener hambre me aquejan sentimientos de culpa	.553	
Me siento incapaz de controlar mi forma de comer	.556	
Me preocupa mi peso por problemas de salud	.002	
Me siento culpable cuando como tortillas y frijoles	.023	
Como por hábito sin darme cuenta	-.095	

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Variable	Función
Me siento incapaz de controlar mi forma de comer	.526
Como sin reflexionar y luego me arrepiento	.490
Me produce depresión atiborrarme de comida	.440
Siento una necesidad incontrolable de comer	.435
Siento que no puedo dejar de comer	.418
Me disgusta verme al espejo	.412
Soy de las personas que todavía no terminan el bocado y ya tienen otro en la mano	.404
Cuando me siento triste me dan ganas de comer	.402
Siento una necesidad incontrolable de comer	.380
Como por hábito sin darme cuenta	.360
Creo que como más que los demás	.344
Siento que los problemas lejos de quitarme el apetito me lo incrementan	.334
Lo inesperado me hace comer mucho	.325
Los ratos de ocio los ocupo para comer	.316
Una vez que empiezo a comer no puedo detenerme	.308
Cuando estoy preocupada siento la necesidad de comer	.293
Creo que como mucho	.292
Como tanto que siento que el estómago me va a reventar	.287
Me siento contenta cuando logro controlar la comida	.282
Cuando veo las modelos de las revistas me deprimo por no ser así	.279
Siento que la comida me tranquiliza	.269
En mis atracones como alimentos ricos en calorías (dulces, grasas)	.265
Creo que las mujeres que no tienen pareja se refugian en la comida	.263
Pienso que a los hombres les interesa más la figura corporal de la mujer que la salud mental	.253
Cuando no como me siento intranquila	.247
Me siento culpable cuando como tortillas y frijoles	.244
Estoy preocupada por mi peso	.239
Cuando como sin tener hambre me aquejan sentimientos de culpa	.235
Aunque este en grupo me siento triste	.233
Como todo el tiempo	.227
Creo que las mujeres delgadas son más felices que las gordas	.218
Cuando me enfrento a una situación difícil, pienso que todo saldrá bien	.196
He intentado cambiar mis hábitos alimentarios	.182
Intento ver el lado positivo de las cosas	.181
Me siento culpable cuando ingiero alimentos grasosos	.168
Aunque este en grupo me siento sola	.162
Hay temporadas en que dejo de luchar por controlar mi peso	.132
Me preocupa mi peso por problemas de salud	.120
Tengo problemas de concentración	.093

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La tabla 30A nos muestra que el valor de la correlación canónica fue de **.950**, esto quiere decir que las variables correlacionan altamente con los grupos; y la varianza explicada fue del 90% $(.950)^2$, quedando solo un 10% de varianza no explicada, por otra parte, la función canónica discriminante formada por estas variables es significativa al nivel **.000** (tabla 30B).

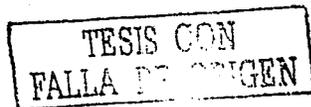
TABLA 30A. Función canónica discriminante				
Función	Eigenvalue	% of Varianza	% Acumulado	Correlación Canónica
1	9.279	100.0	100.0	.950

TABLA 30B. Valor de Wilks				
Test of Function(s)	Lambda de Wilk	Chi-cuadrada	df	Sig.
1	.097	120.001	39	.000

Como se observa en la tabla 31, casi con una exactitud del 98.6% se puede predecir la membresía de las sujetos investigadas, a partir de la información que proporcionan las variables con mayor peso por el análisis discriminante.

TABLA 31. Resumen de la clasificación					
		Membresía de grupo predicha			
		MUESTRA	Control	CCA	
Original	Frecuencia	Control	23	1	24
		CCA	0	49	49
	Porcentaje	NORMAL	95.8	4.2	100.0
		CCA	.0	100.0	100.0

Un 98.6% de los casos agrupados originalmente fueron agrupados correctamente



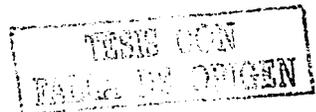
El instrumento construido también incluye una escala con opciones de respuesta dicotómicas, como agradable-desagradable o cierto-falso, que mide actitudes y conductas hacia la compulsión a comer.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El propósito de esta investigación fue desarrollar un instrumento válido y confiable que mida Conducta Alimentaria Compulsiva (CAC) y determinar las características distintivas de la Comedora Compulsiva, así como desarrollar hipótesis de trabajo. El instrumento con 109 ítems en su versión final, mostró una validez discriminante y predictiva del 98.6% (clasificación correcta). La función discriminante resultó altamente significativa, la correlación canónica (R)², explicó el 90% de la varianza de la variable CCA. Asimismo, resultó con un alto coeficiente de consistencia interna ($\alpha=0.9781$). Por otra parte y con base en los resultados expuestos en el capítulo anterior, puede decirse en términos generales, que se encontraron diferencias significativas entre los grupos de Comedoras Compulsivas Anónimas (CCA) y el grupo control (sin comer compulsivo SCC).

El **Grupo CCA** presentaba **insatisfacción** con su imagen corporal (82%) ya que querían **tener menos peso**; presentaban **problemas para mantener y perder peso** (46% y 94% respectivamente); un 50% **inició** con problemas de peso entre los 11 y 20 años, practicaban **dietas** desde los 16 (70%) y el 98% había tratado **bajar de peso**. Con respecto al **seguimiento de dietas** para perder peso, el 62% presentó dificultad para bajar, y un 40% utilizaba supresores de hambre; **mientras** que el **Grupo Control** un 65% estaban **satisfechas** con su peso, el 88% lo **mantenía**, y sólo un 8% tenía problemas de peso; en cuanto al **inicio** y **práctica de dietas** un 23% lo reportó entre 16 a 25 años, el 65% no hacía dietas y sólo una cuarta parte manifestó haber intentado **bajar de peso**.

Estos resultados seleccionados confirman estudios realizados por Chessik, (1995), Hirshmann y Muter, (1990), Gómez Perezmite y Avila (1998) y Meza (1992), encontrando que estas conductas (insatisfacción de la figura, inestabilidad del peso, dificultad para perder peso y problemas de peso) en las comedoras compulsivas son muy frecuentes, debido a que presentan un comportamiento



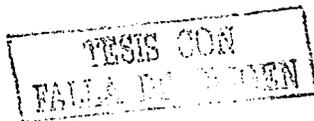
obsesivo con las dietas, disturbios en su imagen corporal y rituales compulsivos para perder peso. Asimismo, como las conductas compensatorias son mínimas, esto explica porqué presentan obesidad de tipo I y II (DSM-IV, 1994).

Así mismo como era lo esperado y de acuerdo con el **IMC**, las mujeres del **Grupo Control** se encontraron en categorías de **normo peso** (52%) y **sobre peso** (4%) ; y sólo 4% de ellas presentó obesidad en comparación con el **Grupo CCA**, quienes en su mayoría presentaron obesidad de tipo I –II.

Estos hallazgos confirman lo reportado por otros investigadores, como Fisher, (1965) y Bornstein, (1991), que mencionan que estas actividades inconscientes como el poco control de impulsos, ansiedad, compulsividad y aburrimiento, generan desórdenes del comer que conllevan a presentar obesidad de tipo I-II o mórbida.

Con respecto a conductas adictivas, en el **Grupo CCA** el 50% fumaba, iniciando entre los 10 y 20 años (85%), mientras que en el **Grupo Control** el 69% no fumaba y sólo un 38% durante esas edades lo habían hecho. Comparativamente, con el alcohol no se encontraron diferencias significativas, ya que ambos grupos ingerían bebidas alcohólicas (48 y 49 respectivamente). Referente a supresores de hambre en el **Grupo CCA** el 43% los consumía y sólo un 16% de éstas lo hacía con prescripción médica, mientras que un 98% del **Grupo Control** no los utilizaba y sólo el 2% los consumía sin receta médica; así mismo un 44% del primer grupo, consumía pastillas para dormir y de ellas el 80% lo hacía sin receta médica en comparación con el 76% del otro grupo que no las utilizaba.

Estos resultados de **conductas adictivas** reproducen lo reportado en estudios, realizados por Bandura, (1985); Bourgues, (1990); Davis, et al.(1994); Domínguez, (1993); Fischer, (1976); Levison y Gerstein, (1983). Donde señalan que en las mujeres que presentan conducta alimentaria compulsiva, es frecuente encontrar en ellas otros tipos de comportamientos psicopatológicos, como el uso de alcohol,

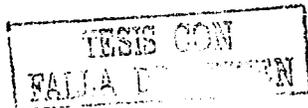


tabaco, fármacos etc., utilizadas como conductas compensatorias para subsanar su malestar psíquico, físico y emocional ocasionado por una cultura y sociedad, donde los valores de valía son estar delgada.

Para el **Grupo CCA** en las variables: **estudio**, el porcentaje más alto fue de secundaria (32%) seguido de bachillerato un (20%), en **ocupación**, un 42% era ama de casa, en cuanto a **salario** no percibían (40%), tenían un ingreso familiar que iba de \$678.00 a \$3,390.00, así mismo un 70% no tenían **pareja**. Mientras que para el **Grupo Control**, el porcentaje más alto fue de carrera técnica y/o administrativa (39%) y un 31% de licenciatura, las tres cuartas partes laboraban y percibían un salario que iba de \$ 678.00 a \$ 3,390.00 y un 63% contaba con **pareja**.

Posiblemente en esta muestra, estas variables serían un factor desencadenante para esta conducta adictiva alimentaria, debido a la falta de productividad fuera de casa, con un salario que les permitiera ser autosuficientes, entablar amistades y relaciones fuera del hogar.

También es importante resaltar los **problemas de salud** que se encontraron en esta investigación en las comedoras compulsivas y que se correlacionan con los estudios realizados por Chessik, (1985); Hjordis, (1989); Jonssons, (1986); Mesa, (1992) y Solis,(2000), en donde se refiere que una de las enfermedades que con más frecuencia se da en nuestro país es la diabetes, siendo obesos el 50% de ellos. Paralelamente mencionan que la compulsión a comer puede deberse a factores psicosomáticos por la influencia de factores psíquicos, en donde algunos síntomas que manifiestan son: migrañas y gran tensión muscular. En virtud de que las mujeres de la muestra del **Grupo CCA** presentaron dolor de cuello (30%), de espalda (22%) y diabetes (4%), es importante señalar que, el **otro grupo**, debido posiblemente a las funciones que desempeñan fuera del hogar, tenía problemas más de tipo laboral que de hogar,



por lo que la sintomatología era diferente ya que un 23% presentó dolor en la espalda, 20% dolor de cabeza y 16% colitis.

Finalmente y de acuerdo a los resultados presentados y con el propósito de averiguar si existían diferencias significativas entre estos dos grupos, se puede afirmar que las del **Grupo CCA**, presentaron mayor problema en el área psicológica, física, afectiva y social.

Como se señaló en un principio, también fue propósito de esta investigación el **desarrollo de variables de hipótesis de trabajo**, entre éstas pueden plantearse las siguientes: el grupo de CCA con el grupo Control.,(SCC).

1. La menor escolaridad se relacionará con conducta alimentaria compulsiva
2. La falta de un trabajo fuera de casa se asociará con conducta alimentaria compulsiva.
3. Tener pareja se relacionará con conducta alimentaria compulsiva.
Debe señalarse que habrá que investigar si es la presencia de conducta alimentaria compulsiva, la que propicia no tener pareja, no tener trabajo fuera de casa o son éstas las que conducen a la conducta alimentaria compulsiva.
4. Las Comedoras Compulsivas a diferencia de las no Comedoras Compulsivas manifestarán mayor insatisfacción corporal y preocupación por el peso y la comida y en general presentarán mayor número de conductas alimentarias anómalas.
5. ¿ La conducta alimentaria compulsiva sin conductas compensatorias (vómito, ejercicio excesivo, ayunos etc.) se asociará con mayor frecuencia con obesidad tipo I y II.
6. ¿ La conducta alimentaria compulsiva se relacionará con conductas adictivas (fumar, fármacos, alcohol etc.).

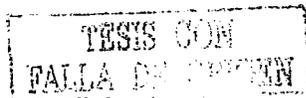
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES PSICOLÓGICAS
LABORATORIO DE INVESTIGACIONES EN PSICOPATOLOGÍA

RESUMIENDO: Se construyó un instrumento con 109 ítems en su versión final, mostró una validez discriminante y predictiva del 98.6% (clasificación correcta), la función discriminante resultó altamente significativa, la correlación canónica (R)², explicó el 90% de la varianza de la variable CCA. Asimismo, resultó con un alto coeficiente de consistencia interna ($\alpha=0.9781$). Por otra parte y con base en los resultados expuestos, se encontraron diferencias significativas entre los grupos de Comedoras compulsivas anónimas (CCA) y grupo control (sin comer compulsivo).

Las mujeres de la muestra del **Grupo CCA** presentaron problemas de peso y dietas, iniciando entre los 11 y 20 años, además presentaron en proporción preocupante otros factores desencadenantes de riesgo, como el estado de ánimo asociados a la conducta alimentaria compulsiva, hábitos alimentarios inadecuados, sobrealimentación, pérdida de control, sentimientos asociados con la sobrealimentación y conductas adictivas. (fumar, fármacos, alcohol etc.)

Un aspecto importante que se identificó, fue la relación entre variables sociodemográficas, económicas y de ocupación con conducta alimentaria compulsiva.

Conviene aclarar que, debido a que esta investigación se realizó con un muestreo de tipo no probabilístico, no es posible generalizar los resultados a la población, por lo que se sugiere que las nuevas investigaciones proporcionen datos que puedan generalizarse.



PROPUESTAS

Tomando en cuenta que las alteraciones de conducta alimentaria anómalas son un factor de riesgo para la salud, y teniendo como antecedente que en nuestro país la obesidad ocupa el segundo lugar para desencadenar enfermedades crónico – degenerativas, y en virtud de las cifras arrojadas en este trabajo, se sugiere en primer lugar, llevar a cabo una valoración diagnóstica para diferenciar de forma válida y confiable la conducta alimentaria compulsiva de otras alteraciones (anorexia, bulimia) y proporcionar un tratamiento acorde a lo detectado.

En segundo lugar de acuerdo a esta investigación teórica, práctica hacer hincapié en la intervención psico-terapéutica para el análisis y tratamiento personal sobre los estados de ánimo que acompañan a esta patología, como el tratar de satisfacer el hambre emocional y no física, trabajando la autoaceptación, autorespeto autodominio, autoestima y la autenticidad de nuestra idiosincrasia, valores culturales y conformación corporal.

En tercer lugar establecer un programa preventivo, que resalte la importancia de mantenerse en su peso real (no ideal), ya que el sobrepeso desencadena problemas de salud (diabetes, enfermedades cardiovasculares, musculares), que deterioran la calidad de vida del individuo, a través de talleres, conferencias u otras estrategias de formación e información, para fomentar una cultura preventiva sobre los malos hábitos alimentarios, tanto en el sector público como privado.

Finalmente, las personas que se dedican a ello, deben trabajar conjuntamente con el equipo de salud (médico, nutriólogo y psicólogo), personal básico para desarrollar un programa profundo y serio de los trastornos alimentarios.

Cabe señalar, que el psicólogo tiene una imprescindible intervención en este equipo de trabajo, ya que como lo vimos a través de esta investigación, son las emociones negativas y los sentimientos de inadecuación (depresión, culpas, inseguridad, soledad, aislamiento social, aburrimiento y cambios severos), los que subyacen en cualquier trastorno alimentario, por lo que el psicólogo se tiene que preparar en esta área para poder ofrecer un tratamiento acorde a las necesidades del paciente con conductas anómalas de alimentación.

R E F E R E N C I A S

- Abraham, S.F. (1982). How patients describe bulimia or binge eating. Psychological Medicine 143, 612- 625.
- Alvarez, C. R. (1995). La obesidad es una enfermedad. Muy interesante 5, 32-35.
- Alvarez del Real, E. (1991). Elimine el estrés en su vida diaria. Panamá: América.
- Alvarez, O. (1995). Adicción a la comida el mejor regalo la abstinencia. Adicctus. 5, 33-34.
- Alexander, B. K. & Hadaway, P. F. (1982). Opiate addiction. The case for an adaptive orientation. Psychological Bulletin. 92. 367-384 +
- American Psychological Association (1988). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSMIII-R. Barcelona: Masson.
- American Psychological Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-IV. Washington: Pergamont.
- Bandura, A. (1985). Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. New York: Prentice-Hall.
- Barruecos, V. L. (1994). Curso Básico sobre adicciones. México: Centro contra las adicciones (CENCA). Fundación "Ama la vida".
- Beech, H. R., Burns, L. E. y Sheffield, B.F. (1986). Tratamiento del estrés: Un enfoque comportamental. España: Alhambra.
- Bell, R. (1985). Holy Anorexia. Chicago: London: University of Chicago Press.
- Blinder, B. y Candehead, K. (1986). Bulimia: Una reseña histórica. En S. Feinstein y A. Sorosky (compiladores). Trastornos de la alimentación. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Bornstein, R. F. y Greenberg, R. P. (1991). Dependency and eating disorders in female psychiatric inpatients. Journal of Nervous and Mental Disease. 179, 148-152.
- Boskind White, M. y White, W. (1983). Bulimarexia. Nueva York: Norton.
- Bourgues, R. H. (1990). Costumbres, prácticas y hábitos alimenticios. Cuaderno de nutrición, 13 (2), 17-32.

Braguinsky, J. (1996). Obesidad. Buenos Aires: Ateneo.

Bruch, H. (1973). Eating disorders : Obesity, anorexia nervosa and the person within. Nueva York: Raven Press

Bruchon-Schweitzer, M. (1992). Psicología del cuerpo. Barcelona: Herder.

Bulik, M. (1992). Psychological antecedents of anorexia nervosa. Comprehensive Psychiatry, 33 (4), 262-268.

Buschiazzo, S. D. y Feuchtmann, S. C. (1997). Obesidad: Factores psiquiátricos y psicológicos Boletín Escuela de Medicina, 26, 38-41.

Cabasés, S. S. (1999). La anorexia y la bulimia. En: Aula de cultura 97-98. Correo, Bilbao. 98, 243-249.

Camerón, N. (1992). Desarrollo y psicopatología de la personalidad. México: Trillas.

Cormillot, A.E. y Zukerfeld, R. (1981). Letter to editors. International Journal of Obesity, 6, 313.

Casillas, L. E. y Vargas, L.A. (1980). Cuadros de peso y talla para adultos mexicanos. Archivo de Investigación Médica, 11, 157-174.

Coryell, W., Winokur, G. y Maser, J.D. (1994). Recurrently situational (reactive) depression: a study of course, phenomenology and familial psychopathology. Journal of Affective Disorders, 131, 203-210.

Chessik, R. D. (1985). Clinical notes toward the understanding and intensive psychotherapy of adult eating disorders. Annual of Psychoanalysis, (12-13), 301-302.

Chinchilla, M. A. (1994). Anorexia y bulimia nerviosa. Madrid: Ergon.

Davis, C., Kennedy, S.H., Ravelsky, E. y Dionne, M. (1994). The role of physical activity in the development and maintenance of eating disorders. Psychological Medicine, 24, 957-967.

Deth, R. y Vandereycken, W. (1994). Continuity and Discontinuity in the history of self starvation. European Eating Disorder Review, 2(1), 47-54.

De la Fuente, R. (1987). Aspectos psicosociales del alcoholismo. México: Instituto Mexicano de Psiquiatría.

Diario Oficial de la Federación. (1998). Norma oficial mexicana para el manejo de la obesidad. México: Secretaría de Salud.

Dirección General de Epidemiología. (1993). Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas. México: Secretaría de Salud.

Dirección General de Epidemiología. (1994). Encuesta Nacional de Adicciones Tomo I. México: Secretaría de Salud.

División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales. (1993). Informe Individual sobre consumo de drogas. México: Instituto Mexicano de Psiquiatría.

Domínguez, B. (1993). Niveles de estrés emocional y procesos adictivos en una muestra de adolescentes urbanos de áreas marginadas. CONACYT Proyecto No. 3283-H9308. U.N.A.M.

Domínguez, B. (1995). Algunos mitos y realidades del consumo de drogas. México. El Nacional.

Esquibel, C.C. y Caballero, R.A. (2000). Comedores compulsivos y bulimia: Caminos inexorables. Prosalud, 7, 8-16.

Fernández, M. F. (1991). Las bases neuronales de la conducta. Ciencias, 5, 79-87.

Fendrich, M., Warner, V. y Weissman, M.M. (1990). Family risk factors, parental depression, and psychopathology in offspring. Developmental Psychology, 23, 169-172.

Fichter, M. M., Quadflied, N. y Rief. (1994). Bulimia and Obesity. Psychological Medicine, 24, (1) 591-604.

Fischer, M. (1976). The art of eating. Nueva York: Vintage.

Fisher, C. (1965). psychoanalytic implication of recent research on sleep and dreaming. Part I: Empirical Findings. Journal of Psychoanalytic Association 36, 197-303 .

Gardner, D. M., Garfinkel, P. E., Schwartz, D. y Thompson, M. (1980). Cultural expectations of thinners in women. Psychological reports, 47, 482-487.

Garfinkel, P., Kaplan, A., Garner, D. y Darby, P. (1983). The Differential diagnosis of vomiting and Weight loss as a conversion disorder from anorexia nervosa: American Journal of psychiatry, 47, 307-337.

Garza, G.C. (1989). El supervyo en la teoría y en la práctica psicoanalítica. México: Paidós.

Goldman, S.J., D'Angelo, E.J. y DeMaso, D.R. (1993). Psychopathology in the families of children and adolescents with borderline personality disorder. American Journal of Psychiatry, 150, 1832-1835.

- Gómez, Peresmitré, G. (1993 b). Variables cognoscitivas y actitudinales asociadas con imagen corporal y desordenes del comer. Problemas de peso. Investigación Psicológica, 3 (1), 95-112.
- Gómez, Peresmitré, G. (1995). Peso real, peso imaginario y distorsión de la imagen corporal. Rev. Mexicana de psicología, 12 (2), 185-198.
- Gómez Peresmitre, G. y Saucedo, T. (1997). Desordenes del comer: Factores de riesgo en una muestra de escolares adolescentes. Acta pediátrica de México, 18 (1), 103-110.
- Gómez Peresmitré, G. Y Avila, A.E. (1998). ¿Los escolares mexicanos preadolescentes hacen dieta con propósito de control de peso? Revista Iberoamericana, 6 (2), 37-42.
- González, L.M. (1992). La obesidad, mesa redonda. Cuaderno de nutrición, 15 (117) 32-46.
- Grupos de Comedores Compulsivos Anónimos. (1994). Oficina intergrupala O.A. CCA, México. D.F.
- Habermas, T. (1989). The Psychiatric History of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. Weight concerns and bulimic symptoms in early case reports international. Journal of eating disorders, (8) 259-263.
- Halmi, K. A. (1996). Trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia nerviosa, Bulimia nerviosa y Obesidad. Washington: American Psychiatric Press. 96, 905-925.
- Hall, S.C. (1987). Compendio de psicología freudiana. México: Paidós.
- Heath, A. C. (1993). Genetic models for natural history of smoking: evidence for a generic influence on smoking persistence: Addictive behavior, 6 (18), 136-1224.
- Hercovici, C. R. y Bay, L. (1990). Anorexia y Bulimia amenazan a la autonomía. México: Paidós.
- Hirshmann, J. R. y Munter C, H. (1990). La obsesión a comer: Cómo recuperar la compulsión a la comida. México: Paidós.
- Hjoridis, G.L. (1989). Personality Traits related to eating behavior and weigh loss in a group of several y obese patients. International journal of eating disorders, 8 (3) 315-323.
- Holtz, V. (1995). Antecedentes históricos de los trastornos de alimentación. Psicología Iberoamericana, 3(2), 5-12.
- Holtz, V. y Tena E. (1995). Trastornos de alimentación: Antecedentes históricos de la anorexia nerviosa. Psicología Iberoamericana, 3(2) 18-21.

- Horney, K. (1986). Neurosis y madurez. Buenos Aires: Psique.
- Howard C. W. (1979). Diccionario de psicología. México: Fondo de Cultura Económica.
- Jonssons, B. (1986). Personality traits predicting weight lost outcome in obese patients. Acta psychiatrica scandinavica. 74 (4), 384-387.
- Johnson, C. L. (1989). Etiological developmental and treatment considerations for bulimia. Journal of College student psychotherapy, 3(2), 57-73.
- Kaplan, A. y Garfinkel, P. (1990). Eating Disorders and Medical Illness. Nueva York: Brunner/Mazel.
- Kellam, S.G. (1987). Families and mental illness: current interpersonal and biological approaches. New York: Psychiatry.
- Kerlinger, N. (1988). Investigación del comportamiento. México: Mc Graw Hill .
- León, G., Kolotkin, R. y Korgeski, G. (1979). Addiction scale and other MMPI characteristic associated with obesity, anorexia and smoking behavior. Journal Announcement 4(4), 401-407.
- Levison, N. y Gerstein, R. (1983). High-Risk situations for engaging in substance abuse and binge-eating behaviors. Journal of studies on alcohol. 49, (2), 136-141.
- Marlatt, G. A. y Gordon, J.R. (1985). Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. Nueva York: Plenum Press
- Maslow, A. H. (1954). Motivation and personality. Nueva York: Harpen & Row.
- Mesa, B. M. (1992). Principales causas y propuestas de la compulsión a comer desde tres diferentes perspectivas psicológicas. Tesis. Licenciatura. UIA. México.
- Minuchin, S. (1974). Families and family therapy. Cambridge: Harvard University Press.
- Norwood, R. (1985). Las mujeres que aman demasiado. México: Vergara.
- Overeaters Anonymus. <http://recovery.hiwaay.net/special/compulsives.html>. (2000).
- Pate, J., Pumariega, A., Hester, C. y Gamer, D. (1992). Crisis Cultural Patterns in eating disorders: A review. Journal of the American Academy of Child and adults Psychiatry, 31 (5), 802-809.
- Polivy, J., Heatherton, F. T. y Herman, C.P. (1988). Self-Esteem, restraint, and eating behavior. Journal of Abnormal Psychology, 97(3), 354-356.

- Pope, H. J., Hudson, J. I. y Miale, J. P. (1985). Bulimia in the late nineteenth century. The observations of Pierre Janet. Psychological Medicine, 15, 739-743.
- Rosenzweig, R. y Arnold I. (1992). Psicología Fisiológica. Madrid: Mc Graw Hill.
- Rotter, J. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. Psychological monographs, 80, 609.
- Ruch, F. y Zimbardo, P. (1971). Psicología y vida. México: Trillas.
- Russell, G. F. (1970). Anorexia nervosa: Its identity as an illness and its treatment. Psychological Medicine, 12, 136-142.
- Stacy, A. W., Bentler P. M. y Flay, B.R. (1994). Attitudes and health behavior in diverse population, drunk, driving, alcohol use, binge eating, marihuana use and cigarette use. Health Psychology, 13, 239-267.
- Schachter, S. (1968). Obesity and eating. Science, 161, 751-756.
- Secretaria de Salud. (1993). Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas. México: Secretaria de Salud.
- Secretaria de Salud. (1998). Norma Oficial Mexicana para el manejo de la obesidad (NOM-174-SSA1). México: Secretaria de Salud.
- Selvini-Palazzoli, M. (1982). L'anorexia mentale. Dalla terapia individuale alla terapia familiare. (2da. Ed.). Milán: Feltrinelli.
- Siegel, S. (1982). Heroin "overdose" death. Contribution of drug associated environmental. Science, (216), 436-437.
- Silverman, J. (1983). Anorexia Nervosa: Clinical and metabolic Observations. International Journal of eating disorders, 17, 24-159
- Simonsen, E. (2000). Ni goloso, ni ansiosos; comedores compulsivos. "Que Pasa", 2, 37-42.
- Solis, W., J. L. (2000). Diabetes y obesidad. Club de diabéticos. México. CMN. S.XXI. IMSS. 12, 4-6.
- Spitzer, R.L. (1991). Binge eating disorder. To be or nor to be in DSM-IV. International of Eating Disorders, 10, 627-629.
- Stunkard, A. (1959) Eating Patterns and Obesity. Psychiatric Quarter, 14(33), 289-294.
- Stunkard, A.J., Grace W.J. y Wolff, H.G. (1955). The night-eating syndrome. A pattern of food intake among certain obese persons. American Journal of Medicine, 19, 78-86.

Thompson, F. (1973). Fundamentos de Psicología Fisiológica. México: Trillas.

Tolstrup, K. (1990). Incidence and causality of anorexia nervosa. Seen in a historical perspective. Acta Psychiatrica Scandinavica, 361 (82), 1-6.

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

Turón, G. V. (1997). Clasificación y diagnóstico de los trastornos de la alimentación. Barcelona: Masson.

Vandereycken, W. (1985). Bulimia has different meanings. American Journal of psychiatry, 114, 141-142.

Villagómez, T. L. (1992). La relación de rasgos de personalidad y sobre peso en un grupo de mujeres con sobre peso del 10 al 50 por ciento. Tesis de doctorado. U.I.A. México.

Weiss, M. G. (1995). Eating disorders and disordered eating in different cultures. Cultural Psychiatry, 18 (3), 537-553.

Wittaker, J. O. (1977). Psicología. México: Interamericana.

Witkin, H. y Oltman, P. (1967). Cognitive Style. International Journal of Neurology 23, 119-37.

Wooley, S.C. y Wooley, O.W. (1984). Feeling fat in a thin society. Glamour 12, 195-245.

ANEXOS

CUESTIONARIO
"SALUD Y NUTRICIÓN"

I N S T R U C C I O N E S

Con este cuestionario se quiere conocer hábitos, creencias y opiniones sobre la alimentación. No hay respuestas buenas ni malas, porque cada quien posee sus propios puntos de vista. Para que se pueda obtener la mayor cantidad de información de tus resultados, deberás tratar de responder exacta y sinceramente.

AL CONTESTAR RECUERDA:

- No medites tus respuestas, da la primera respuesta que te venga a la mente, de modo natural.
- Asegúrate de no saltarte ninguna pregunta, responde de manera apropiada a cada una, y selecciona la opción que más se aproxime a tu situación.
- Algunas preguntas pueden parecerte demasiado personales, pero recuerda que tus respuestas son anónimas y que se analizarán estadísticamente.

INSTRUCCIONES GENERALES:

Lee cuidadosamente cada pregunta y contesta escribiendo o tachando el paréntesis, según sea tu respuesta.

Si tienes alguna duda, resuélvela con la persona que te entregó el cuestionario.

G R A C I A S

PROMOCIÓN DE LA SALUD IDENTIFICANDO LA CONDUCTA ALIMENTARIA

A R E A I

1. Edad: (Años cumplidos).....

2. Escolaridad: (Años o nivel de estudios)

	Completa	Incompleta
a) Primaria	()	()
b) Secundaria	()	()
c) Preparatoria o Bachillerato o Vocacional	()	()
d) Licenciatura	()	()
e) Postgrado	()	()
f) Carrera técnica y/o administrativa	()	()
g) Otra. Especifica

3. Trabajas en la actualidad;

- A) No ()
 B) Si ()

4. Ocupación

Marca con una opción, la cual mas corresponda a tu ocupación actual

A) Ama de casa	()
B) Empleada doméstica	()
C) Obrera	()
D) Empleada	()
E) Secretaria	()
F) Comerciante	()
G) Profesionista	()
H) Otra. Especifica

5. Teniendo en cuenta que el salario mínimo actual es de \$22.60 diarios. ¿Tu ingreso mensual familiar aproximado es de?

- A) Menos de un salario mínimo ()
 B) De 1 a menos de 5 ()
 C) De 5 a menos de 9 ()
 D) De 9 a menos de 13 ()
 E) De 13 a menos de 16 ()
 F) De 16 0 más ()

6. ¿Cuántas personas dependen económicamente de ti ?
- A) Padre y Madre ()
 B) Padre y Hermanos ()
 C) Madre e Hijos ()
 D) Madre y Hermanos ()
 E) Hermanos (as) ()
 F) Esposo o Compañero ()
 G) Esposo e Hijos ()
 H) Hijos y Nietos ()
 I) Hijos ()
 J) Ninguno ()
 K) Otro. Específica
7. La casa donde vives es:
- A) Propia ()
 B) Rentada ()
 C) Prestada ()
8. ¿ Cuenta con todos los servicios públicos?
- A) No ()
 B) Si ()

A R E A II

EL CONOCIMIENTO DE LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS AYUDA A TENER UNA MEJOR SALUD.

9. Actualmente pesas.....Kgs.
10. Si no conoces este dato con exactitud, menciona peso aproximado.....
11. Tu estatura es decms.
12. Si no conoces este dato con exactitud, menciona talla aproximada.....
13. ¿Cuál es el peso más bajo que has tenido en los últimos 2 años.....Kgs. y el más alto?Kgs.
14. ¿ Durante los últimos 2 años has mantenido tu peso por lo menos en un periodo de 6 meses sin esfuerzo?
- A) No ()
 B) Si ()
15. ¿ Has tratado de bajar de peso?
- A) No ()
 B) Si ()

16. ¿ Tienes o has tenido problemas con tu peso? ()
 A) No ()
 B) Si ()
 C) A veces ()
17. Si tu respuesta fue si o a veces. ¿ A que edad empezaste a tener problemas con tu peso. ? ()
 A) Naci con sobrepeso (más de 3.5 kg.) ()
 B) 1 a 5 años ()
 C) 6 a 10 años ()
 D) 11 a 15 años ()
 E) 16 a 20 años ()
 F) 21 a 25 años ()
 G) 26 a 35 años ()
 H) 36 a 40 años ()
 I) Otro. Especifica
18. ¿ Haces o has hecho dietas para controlar tu peso? ()
 A) No ()
 B) Si ()
 C) A veces ()
19. Si tu respuesta fue si o a veces. ¿Qué edad tenías cuando hiciste tu primera dieta? ()
 A) 5 a 10 años ()
 B) 11 a 15 años ()
 C) 16 a 20 años ()
 D) 21 a 25 años ()
 E) 26 a 30 años ()
 F) 31 a 35 años ()
 G) 36 a 40 años ()
 H) Otro. Especifica
20. ¿ Qué peso te gustaría tener? ()
 A) Menos de lo que tengo ()
 B) Igual al que tengo ()
 C) Más de lo que tengo ()
 D) Otro. Especifica
21. ¿Practicas algún deporte? ()
 A) No ()
 B) Si ()
 C) Cual. Especifica
22. Si tu respuesta es no. ¿ Por qué? ()
 A) No me gusta ()
 B) Estoy con sobrepeso ()
 C) No tengo dinero ()
 D) No tengo tiempo ()
 E) Flojera ()

23. ¿ Fuma? ()
 A) No ()
 B) Si ()
24. ¿A qué edad empezaste a fumar? ()
 A) 10 a 15 años ()
 B) 16 a 20 años ()
 C) 21 a 25 años ()
 D) 26 a 30 años ()
 E) 31 a 35 años ()
 F) 36 a 40 años ()
 G) Otro. Especifica
25. ¿ Cuántos cigarros fumas diariamente? ()
 A) 1 a 5 ()
 B) 6 a 10 ()
 C) 11 a 15 ()
 D) 16 a 20 ()
 E) Más de 20 ()
 F) Otro. Especifica
26. ¿ Ingieres bebidas alcohólicas? ()
 A) No ()
 B) Si ()
- a) Muy de vez en cuando ()
 b) Reuniones ()
 c) En fiestas ()
 d) Fines de semana ()
 e) Cuando hay oportunidad ()
 f) Todos los días ()
 g) Otro. Especifica
27. ¿ Consumes o has consumido supresores de hambre? ()
 A) No ()
 B) Si ()
- a) Anfetaminas o derivados ()
 b) Otro. Especifica
28. ¿ Lo haces bajo prescripción médica? ()
 A) No ()
 B) Si ()
29. ¿ Utilizas pastillas para dormir? ()
 A) De vez en cuando ()
 B) Una o dos al mes ()
 C) Solo cuando me siento cansada, irritada o triste ()
 D) No utilizó ()

30. ¿ Lo haces bajo prescripción médica?
- A) No ()
 B) Si ()
31. ¿ En los últimos 30 días has tomado algún medicamento para bajar de peso?
- A) No ()
 B) Si ()
 C) Cual. Especifica
32. Menciona cuál o cuáles métodos utilizas para perder peso:
- A) Ejercicio excesivo (10 o más horas semanales) ()
 B) Supresores de hambre ()
 C) Alimentos naturistas y verduras ()
 D) Elimino harinas, grasas y carne roja ()
 E) Diuréticos ()
 F) Ayunos ()
 G) laxantes ()
 H) Cirugía ()
 I) Ninguno ()
 J) Otro. Especifica
33. En el último año has hecho dietas para bajar de peso:
- A) No ()
 B) Si ()
34. Has intentado modificar tus hábitos alimenticios:
- A) No ()
 B) Si ()
35. Prefieres relacionarte con:
- A) Hombres ()
 B) Mujeres ()
 C) Ambos sexos ()
36. Actualmente tienes pareja::
- A) No ()
 B) Si ()
37. Si sigues una dieta pierdes peso:
- A) Fácilmente ()
 B) Difícilmente ()
 C) No se ()
38. En cuál o cuáles de los siguientes casos te ubicas:
- A) Constantemente estoy a dieta, aunque constantemente la interrumpo ()
 B) Solo cuando subo de peso ()
 C) Sin dietas ()

39. Cuál o cuáles problemas de salud padeces o has padecido durante los últimos 6 meses
- A) Dolor de cabeza ()
 B) Dolor de espalda ()
 C) Dolor de cuello ()
 D) Insomnio ()
 E) Gastritis ()
 F) Úlcera ()
 G) Diabetes ()
 H) Hipertensión ()
 I) Colitis ()
 J) Ninguno ()
 K) Otro. Especifica ()
-

A R E A III

EN CADA UNO DE LOS SIGUIENTES ENUNCIADOS SEÑALA AQUELLA OPCIÓN QUE MAS SE APROXIME A LA MANERA EN COMO VES LA SITUACIÓN O QUE MAS SE ACERQUE A TU MANERA DE PENSAR.

	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	NUNCA
40. Creo que como mucho.	()	()	()	()
41. Cuando me siento triste me dan ganas de comer.	()	()	()	()
42. Siento una necesidad incontrolable de comer.	()	()	()	()
43. Me preocupa mi forma de comer.	()	()	()	()
44. Creo que la gente que me rodea, espera mucho de mi.	()	()	()	()
45. Como todo el tiempo.	()	()	()	()
46. Me siento contenta cuando logro controlar la comida.	()	()	()	()
47. Cuando estoy preocupada siento la necesidad de comer.	()	()	()	()
48. Como tanto, que siento que el estómago me va a reventar.	()	()	()	()
49. Me produce depresión atiborrarme de comida.	()	()	()	()
50. Cuando no como me siento intranquila.	()	()	()	()
51. Aunque este en grupo me siento sola.	()	()	()	()
52. He intentado cambiar mis hábitos alimenticios.	()	()	()	()
53. En mis atracones como alimentos ricos en calorías (dulces, grasas)	()	()	()	()
54. Creo que las mujeres delgadas son mas felices que las gordas.	()	()	()	()
55. Tengo problemas de concentración.	()	()	()	()
56. Me disgusta verme al espejo.	()	()	()	()
57. Cuando veo las modelos de las revistas, me deprimó por no ser así	()	()	()	()
58. Intento ver el lado positivo de las cosas.	()	()	()	()
59. Siento que la comida me tranquiliza.	()	()	()	()
60. Como sin reflexionar y luego me arrepiento	()	()	()	()

	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	NUNCA
61. Creo que las mujeres que no tienen pareja, se refugian en la comida.	()	()	()	()
62. Creo que la comida es un placer.	()	()	()	()
63. Siento que los problemas lejos de quitarme el apetito me lo incrementan.	()	()	()	()
64. Los ratos de ocio los ocupo para comer.	()	()	()	()
65. Creo que como más que los demás	()	()	()	()
66. Hay temporadas en que dejo de luchar por controlar mi peso	()	()	()	()
67. Siento que no puedo dejar de comer	()	()	()	()
68. Cuando me enfrento a una situación difícil, pienso que todo saldrá bien	()	()	()	()
69. Una vez que empiezo a comer no puedo detenerme	()	()	()	()
70. Lo inesperado me hace comer mucho	()	()	()	()
71. Soy de las personas que todavía no terminan el bocado y ya tienen otro en la mano.	()	()	()	()
72. Me siento culpable cuando ingiero alimentos grasosos	()	()	()	()
73. Pienso que a los hombres les interesa más la figura corporal de la mujer que la salud mental.	()	()	()	()
74. Aunque este en grupo me siento triste.	()	()	()	()
75. Estoy preocupada por mi peso.	()	()	()	()
76. Cuando como sin tener hambre, me aquejan sentimientos de culpa.	()	()	()	()
77. Me siento incapaz de controlar mi forma de comer.	()	()	()	()
78. Me preocupa mi peso por problemas de salud.	()	()	()	()
79. Me siento culpable cuando como tortillas y frijoles.	()	()	()	()
80. Como por hábito sin darme cuenta.	()	()	()	()
81. Salir con alguien con sobrepeso provoca.				
A) Satisfacción			()	
B) Insatisfacción			()	
82. Ingerir grandes cantidades de comida en corto tiempo provoca.				
A) Satisfacción			()	
B) Insatisfacción			()	
83. El sobre peso produce.				
A) Seguridad			()	
B) inseguridad			()	
84. Buscar ayuda profesional, para dejar de comer provoca.				
A) Satisfacción			()	
B) Insatisfacción			()	

85. Ver comer a alguien con exceso es.
A) Agradable ()
B) Desagradable ()
86. Comer sin darse cuenta es.
A) Normal ()
B) Anormal ()
87. Cuando hay periodos en los que se come sin parar provoca.
A) Satisfacción ()
B) Insatisfacción ()
88. No controlar la forma de comer es.
A) Normal ()
B) Anormal ()
89. Las dietas provocan
A) Bienestar ()
B) Mal humor ()
90. Comer produce más hambre que no comer.
A) Cierto ()
B) Falso ()
91. El futuro es incierto, cuando se come sin control.
A) Cierto ()
B) Falso ()
92. Las personas que toman las cosas muy a pecho comen demás.
A) Cierto ()
B) Falso ()
93. Las personas con sobrepeso tienen problemas para relacionarse con el sexo contrario.
A) Cierto ()
B) Falso ()
94. La comida puede ejercer control en las personas.
A) Cierto ()
B) Falso ()
95. El estado de ánimo, puede alterar la forma de comer.
A) Cierto ()
B) Falso ()
96. Comer sin control causa dolor de estómago.
A) Cierto ()
B) Falso ()

97. El sentirse triste hace que se coma de más.
A) Cierto ()
B) Falso ()
98. Trabajar con exceso permite no pensar en la comida.
A) Cierto ()
B) Falso ()
99. Las crisis y dificultades se resuelven comiendo.
A) Cierto ()
B) Falso ()
100. Lo inesperado puede hacer, que se coma todo el tiempo.
A) Cierto ()
B) Falso ()
101. La comida satisface la necesidad de amor.
A) Cierto ()
B) Falso ()
102. La comida produce seguridad.
A) Cierto ()
B) Falso ()
103. Los problemas con los demás, llevan a comer con exceso.
A) Cierto ()
B) Falso ()
104. Lo inesperado puede hacer, que se coma todo el tiempo.
A) Cierto ()
B) Falso ()
105. La comida tranquiliza cuando se está tensa.
A) Cierto ()
B) Falso ()
106. La soledad se compensa con la comida.
A) Cierto ()
B) Falso ()
107. Comer con exceso provoca sentimientos de culpa.
A) Cierto ()
B) Falso ()
108. Los disgustos provocan ganas de comer.
A) Cierto ()
B) Falso ()

109. La vida gira el rededor de la comida. ()
A) Cierto ()
B) Falso ()
110. Las personas son gordas por culpa de los demás. ()
A) Cierto ()
B) Falso ()
111. Cuando no se logra lo que se quiere, se come de más ()
A) Cierto ()
B) Falso ()

Asociaciones de Comedores Compulsivos en el Distrito Federal

Los grupos de Comedores Compulsivos Anónimos se iniciaron en nuestro país en enero de 1960, siguiendo el modelo de alcohólicos anónimos, integrados por hombre y mujeres que tienen problemas en común: "comer compulsivamente", cuyo objetivo es compartir unos con otros sus experiencias, sus esperanzas y fortalezas a fin de resolver este problema y ayudar a otras personas a hacer lo mismo, a tratar la naturaleza compulsiva del comer excesivamente, concientizándolos de los muchos errores que rodean esta enfermedad.

Estos grupos de Comedores Compulsivos en sus programas de recuperación se basan en una serie de criterios como apoyarse en un "poder superior", otros prefieren considerar al grupo como apoyo, utilizan la frase "sólo por hoy" donde la connotación que le da es distraer su fijación en la comida que genere calorías y grasas (harinas y azúcar refinada) las 24 horas presentes, periodo de tiempo donde se puede hacer algo, ya que el "ayer ya pasó", el "mañana nunca llegará", "pero hoy sí", adicionándole tres refranes, "poco a poco se va lejos", "vive y deja vivir" y "lo primero, primero", frases que ayudan a su esfuerzo del vivir diario.

Así mismo, cuentan con doce pasos que representan los principios sugeridos para asegurar la supervivencia del comer compulsivamente, basadas en una serie de conductas de abstinencia como no comer azúcares refinados y harinas en todas sus modalidades. Los criterios para integrarse a estos grupos son el deseo de dejar de comer compulsivamente, ir voluntariamente, conservar el anonimato de los participantes, pertenecer o no a una asociación religiosa, ya que no se les exige ninguna creencia. (Grupo de Comedores Compulsivos Anónimos, 1994)

De acuerdo a investigaciones realizadas, en tres diferentes centros de comedores compulsivos en el D.F. El Sembrador II (Tacubaya); Sólo por hoy (Coyoacán) y Volver a nacer (Tlalpan), en los que se llevó a cabo la aplicación del cuestionario "Salud y Nutrición". Se pudo percibir en los "programas de recuperación" de los grupos de autoayuda que asistían ambos sexos, la mayoría eran mujeres con sobre peso y obesidad mórbida, que no se ocupan de los aspectos médicos de la obesidad, ni de dietas, sino más bien están enfocados a la reconstrucción de la forma de pensar y vivir.

Señalan en su material didáctico que la persona que padece la conducta alimentaria compulsiva no puede salir del mismo con solo tener "fuerza de voluntad", ya que el padecimiento es más complejo, lo que hace que se convierta en un grito de ayuda ante sentimientos de impotencia, debido a que la persona misma no sabe cómo comenzó el problema ni cómo puede detenerlo, pero sí identifica que su comer le causa problemas crecientes y continuos en muchas áreas de su vida.

Estos grupos de comedores compulsivos no se sustentan en una base teórica y metodológica, se basa en el análisis del producto de su experiencia y no de un trabajo especializado, donde exista el profesionista para el manejo de grupos psicoterapeúticos, donde se traten las emociones negativas (depresión, baja autoestima, culpas, preocupación por el sobrepeso y la comida, miedo de perder el control mientras come, sentimientos de inadecuación, inseguridad, soledad, aislamiento social y cambios de humor severo entre otros. Pero si funcionan como una alternativa útil y viable para el tratamiento de este padecimiento ya que la aportación económica es voluntaria y al alcance de cualquier bolsillo Halzelden (1985).

La distribución de Grupo de Comedores Compulsivos Anónimos, de acuerdo a su directorio O.A. MEXICO, OFICINA INTERGRUPAL C.C.A. 1998 es la siguiente:

ARMONIA.- Oriente 170 No. 154, Centro de salud Duque de Estrada. Col. Moctezuma 2da. sec. lunes miércoles y viernes de las 17:30 hrs. a las 19:00 hrs.

SOLO POR HOY I (Coyoacan).- Héroes del 47 No. 15 Iglesia de San Mateo (Metro General Anaya) Col. Churubusco, Coyoacan: lunes martes y jueves de las 17:30 hrs. a las 19:00 hrs.

UNIDAD.- Lago Rodolfo No. 43-B Col. Granada (cerca metro Polanco), lunes a viernes de las 18.30 hrs. a las 20:00 hrs. y domingo de las 17:00 hrs. a las 18:30 hrs.

EL SEMBRADOR.- Centro Comunitario de Salud "Romero Rubio", Manchuria con Oceania, lunes miércoles y viernes de las 19:00 hrs. a las 20:30 hrs.

SOLO POR HOY II (Valle Dorado).- Boulevard de las Naciones No. 46. Col. Valle Dorado. Tlanepantla, Edo. de México), lunes a viernes de las 17.00 hrs. a las 18:30 hrs. y domingo de las 11:00 hrs. a las 12:30 hrs.

VOLVER A NACER.- Calz. de Tlalpan 3196 int. 1, Col. Ejido Viejo de Santa Ursula Coapa, lunes miércoles viernes y sábados, de las 18:00 has. a las 19:3,0 has.

EL SEMBRADOR II.- Doctora No. 37 2do. piso Col. Tacubaya (metro Tacubaya) de lunes a domingo de las 17:30 a las 19:00 hrs. lunes miércoles y viernes de las

UN SUEÑO HECHO REALIDAD.- Generalísimo Morelos 1ra. sección de la Unidad Ermita Zaragoza (a un lado de la casa del pueblo)

lunes, miércoles y viernes de las 18:00 a las 19:30 hrs.

Jóvenes sábados y domingos de las 13.00 hrs. a las 14.30 hrs.

FUENTE DE VIDA.- Macedonia No. 55 Col. Lomas de estrella (frente al parque)

lunes a viernes de las 11.00 hrs. a las 12.30

lunes, miércoles y jueves de las 17:30 a las 19:00 hrs.

SALUD Y VIDA.- Clínica 21 del IMSS. Francisco del Paso y Troncoso y Fray Servando Teresa de Mier. Col. Jardín Balbuena. Jueves de las 10.30 hrs. a las 12.30 hrs.

SAN AGUSTIN.- Fuente de Pirámide No. 81 Col. Tecamachalco

lunes a viernes 18.00 hrs., domingos 11.30 hrs. a las 13.30 hrs.

martes, jueves y sábados 10.30 hrs. 12.30 hrs.

SAN BUENAVENTURA.- Calle San Buenaventura No. 308 Col. Club Golf de México, Tlalpan.

Lunes, martes y jueves de las 20.00 hrs. a las 21.30 hrs.

SENDERO DE VIDA.- Barca de oro No. 46 Col. Benito Juárez Cd. Neza. Edo. de Mex.

Lunes miércoles y jueves de las 18.30 hrs. a las 20.00 hrs.

RENACIMIENTO.- Tepozotlan No. 28 Col. Vergel del sur entre Acoxta y Bordo

(Atrás internado México) Lunes miércoles y viernes de las 10.00 hrs. a las 11.30 a.m.