

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS**

**TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA:
ESTUDIO REALIZADO EN UNA POBLACIÓN
FEMENINA CON EDADES ENTRE 15 Y 19 AÑOS**

**IRENE AVIGAIL MORALES SANTOS
SANDRA MARINA ESQUIT MONROY**

GUATEMALA, MAYO DE 2008

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS**

**TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA:
ESTUDIO REALIZADO EN UNA POBLACIÓN
FEMENINA CON EDADES ENTRE 15 Y 19 AÑOS**

**INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN
PRESENTADO AL HONORABLE CONSEJO DIRECTIVO
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS**

POR

**IRENE AVIGAIL MORALES SANTOS
SANDRA MARINA ESQUIT MONROY**

PREVIO A OPTAR EL TITULO DE

PSICÓLOGAS

EN EL GRADO ACADÉMICO DE

LICENCIATURA

GUATEMALA, MAYO DE 2008

MIEMBROS CONSEJO DIRECTIVO

Licenciada Mirna Marilena Sosa Marroquín
DIRECTORA

Licenciada Blanca Leonor Peralta Yanes
SECRETARIA

Doctor René Vladimir López Ramírez
Licenciado Luis Mariano Codoñer Castillo
REPRESENTANTES DE CLAUSTRO DE CATEDRÁTICOS

Licenciada Loris Pérez Singer
REPRESENTANTE DE LOS PROFESIONALES EGRESADOS

Ninette Archila Ruano de Morales
Jairo Josué Vallecios Palma
**REPRESENTANTES ESTUDIANTILES
ANTE CONSEJO DIRECTIVO**



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 y 14
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

c.c. Control Académico
CIEPs.
Reg. 295-2007
CODIPs. 905-2008

De Orden de Impresión Informe Final de Investigación

23 de mayo de 2008

Estudiantes

Irene Avigail Morales Santos
Sandra Marina Esquit Monroy
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiantes:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a ustedes el Punto TRIGÉSIMO OCTAVO (38o.) del Acta TRECE GUIÓN DOS MIL OCHO (13-2008), de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 22 de mayo de 2008, que copiado literalmente dice:

TRIGÉSIMO OCTAVO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el informe Final de Investigación, titulado: "**TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: ESTUDIO REALIZADO EN UNA POBLACIÓN FEMENINA CON EDADES ENTRE 15 Y 19 AÑOS**", de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

IRENE AVIGAIL MORALES SANTOS
SANDRA MARINA ESQUIT MONROY

CARNÉ No. 9622541
CARNÉ No. 200214950

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por la Licenciada Liliana Alvarez, y revisado por el Licenciado Carlos Orantes Troccoli. Con base en lo anterior, el Consejo Directivo **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los Trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación de Tesis, con fines de graduación profesional.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Licenciada Blanca Leonor Peralta Yanes
SECRETARIA



/rut.



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 y 14
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

REG.: 295-07

CIEPs. 031-08

INFORME FINAL

Guatemala, 2 de Mayo del 2008.

SEÑORES
CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO

SEÑORES CONSEJO DIRECTIVO:

Me dirijo a ustedes para informales que el Licenciado Carlos Orantes, ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN**, titulado:

"TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: ESTUDIO REALIZADO EN UNA POBLACIÓN FEMENINA CON EDADES ENTRE 15 Y 19 AÑOS."

ESTUDIANTE:

Irene Avigail Morales Santos
Sandra Marina Esquit Monroy

CARNE No.:

9622541
200214950

CARRERA: Licenciatura en Psicología

Agradeceré se sirvan continuar con los trámites correspondientes para obtener **ORDEN DE IMPRESIÓN**.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

(Licenciada Mayra Luna de Alvarez)
Coordinadora

Centro de Investigaciones en Psicología -CIEPs.-

"Mayra Gutiérrez"



MLdA/ab.
c.c.archivo



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 y 14
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

REG. 295-07
CIEPs. 032-08

Guatemala, 2 de Mayo del 2008.

Licenciada Mayra Luna de Álvarez, Coordinadora
Centro de Investigaciones en Psicología
-CIEPs.- "Mayra Gutiérrez"
Escuela de Ciencias Psicológicas

Licenciada de Álvarez:

De manera atenta me dirijo a usted para Informarle que he procedido a la
revisión del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN** titulado:

**"TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: ESTUDIO REALIZADO EN
UNA POBLACIÓN FEMENINA CON EDADES ENTRE 15 Y 19 AÑOS"**

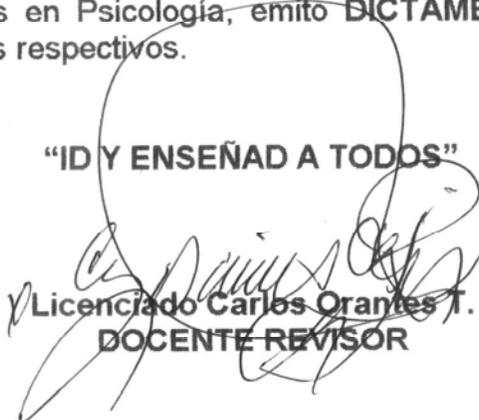
ESTUDIANTE:
Irene Avigail Morales Santos
Sandra Marina Esquit Monroy

CARNE No.:
9622541
200214960

CARRERA: Licenciatura en Psicología

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el
Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE** y solicito
continuar con los trámites respectivos.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Licenciado Carlos Orantes T.
DOCENTE REVISOR



COT/ab.
c.c. archivo

Guatemala, 30 de abril de 2008

Licenciado
Carlos E. Orantes T.
Coordinador CIEPs

Estimado licenciado:

De manera atenta me dirijo a usted para informarle que he procedido a la asesoría del informe final, titulado:

"TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: ESTUDIO REALIZADO EN UNA POBLACIÓN FEMENINA CON EDADES ENTRE LOS 15 Y 19 AÑOS"

Carrera: Licenciatura en psicología

Estudiantes:

Irene Avigail Morales Santos
Sandra Marina Esquit Monroy

9622541
200214950

En mi calidad de asesora, considero que este trabajo cumple con los requisitos establecidos por CIEPs, por lo que solicito sea aprobado para poder continuar con los trámites posteriores.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Licda. Lilliana Alvarez
Asesora



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 y 14
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

CIEPs. 072-07

APROBACIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Guatemala, 3 de Septiembre del 2007.

ESTUDIANTES:

Irene Avigail Morales Santos
Sandra Marina Esquit Monroy

CARNÉ Nos.

9622541
200214950

Informamos a ustedes que el **PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**, de la Carrera de **Licenciatura en Psicología**, titulado:

“TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: ESTUDIO REALIZADO EN UNA POBLACIÓN FEMENINA CON EDADES ENTRE 15 Y 19 AÑOS”

ASESORADO POR: Licenciada Liliana Alvarez

Por considerar que reúne los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología –CIEPs.-, ha sido **APROBADO** por la Coordinación de Investigaciones el 30 de agosto del año dos mil siete y les solicitamos iniciar la fase de Informe Final de Investigación.

Atentamente.

“DÉ Y ENSEÑAD A TODOS”

X Licenciado Carlos Orantes T.
DOCENTE REVISOR



Vo.Bo.

Licenciada Mayra Luna de Alvarez, Coordinadora
Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs. "Mayra Gutierrez"



COT/ab.

c.c.archivo



Escuela Normal Intercultural de Amatitlán
Ministerio de Educación • Guatemala, C.A.

A QUIEN INTERESE:

POR MEDIO DE LA PRESENTE SE HACE CONSTAR QUE LAS SEÑORITAS IRENE AVIGAIL MORALES SANTOS Y SANDRA MARINA ESQUIT MONROY, CON NUMEROS DE CARNET 9622541 Y 200214950 RESPECTIVAMENTE; APLICARON EN LA ESCUELA NORMAL INTERCULTURAL "ENI" LAS PRUEBAS NECESARIAS PARA LA ELABORACIÓN DE SU TESIS TITULADA **"TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: ESTUDIO REALIZADO EN UNA POBLACIÓN FEMENINA CON EDADES ENTRE LOS 15 Y 19 AÑOS"**. PARA LOS USOS QUE A LAS INTERESADAS CONVenga EXTIENDO, FIRMO Y SELLO LA PRESENTE A LOS TREINTA DÍAS DEL MES DE ABRIL DE DOS MIL OCHO.

Licda. Nancy Guisella Díaz de Ferrera
Subdirectora



PADRINOS

LICENCIADA WENDY CONSUELO MORÁN RODAS
Psicóloga
Colegiado 860

DOCTOR MIGUEL ESTUARDO GÓMEZ ESQUIT
Médico y Cirujano
Colegiado 12416

LICENCIADO JOSÉ RAÚL ARGUETA ESQUIT
Psicólogo Clínico
Colegiado 7554

ACTO QUE DEDICO

A DIOS

Por la vida, la grandeza de su amor y permitirme alcanzar una de mis metas.

A MIS PADRES

Elsa Eluvia Santos López y
Rodulfo Gilberto Morales Rivas
Por ser mi guía e inspiración.
Gracias por el esfuerzo, apoyo y confianza depositada en mí. Los amo.

A MIS ABUELITOS

Con Especial cariño, Dios los guarde.

A MIS HERMANOS

Francisco, Ana Luisa y Fernando
Por su amor y compartir conmigo este éxito, los quiero mucho.

A MIS SOBRINAS

Gabriela, Melissa y Sabrina
Por su cariño, ternura y dulzura.

A MI FAMILIA

Por estar siempre pendientes de mi y brindarme su amor.
En especial a mis primos.

A MIS AMIGOS

Por la amistad auténtica de tantos años. En especial a Wendy, Lorena, Loren,
Evelyn, Vilma y Sandra.
A Néstor por brindarme su amor y apoyarme. Te quiero.

Irene

ACTO QUE DEDICO

A DIOS

Por haberme dado su guía, sabiduría y por permitirme lograr este éxito.

A MIS PADRES

Julián Ernesto Esquit Monterroso

Sandra Petrona Monroy Monzón

Por su esfuerzo, paciencia y por darme su apoyo incondicional para lograr mis metas. Gracias.

A MIS HERMANOS

Silvia, Andrea, Job † y Daniel

Por su cariño, ayuda, por todos los momentos que hemos compartido y porque sé que siempre cuento con ustedes.

Los quiero mucho.

A MI FAMILIA

Por ser excepcionales y compartir mis alegrías.

A MIS AMIGOS

Por los momentos en que me han apoyado y a través de ello se fortaleció nuestra amistad. En especial a Shený.

Sandra

AGRADECIMIENTOS

A:

Universidad de San Carlos De Guatemala
Especialmente a la escuela de Ciencias Psicológicas
Por los conocimientos brindados que son la base para enfrentar con éxito los retos que se nos presenten.

Licenciada Liliana Álvarez
Por la asesoría, orientación y tiempo dedicado en la realización de la investigación.

Licenciado José Raúl Argueta Esquit
Por su apoyo y la orientación estadística.

Escuela Normal Intercultural de Amatitlán
Por abrir sus puertas y permitirnos llevar a cabo la investigación.

Y a todas aquellas personas que de una u otra manera contribuyeron a la realización de esta investigación.

ÍNDICE O CONTENIDO

Capítulo I	1
A. Introducción	1
B. Marco teórico	2
Breve historia de los trastornos alimenticios	2
Multicausalidad de los trastornos alimenticios	5
Factores predisponentes	6
Factores precipitantes	7
Factores mantenedores	8
Como afecta la familia	9
El control del apetito y las hormonas	10
Anorexia	12
Bulimia	14
Los trastornos de la conducta alimentaria y sus consecuencias	17
Área cardiovascular	17
Área endocrinológica	17
Área dermatológica	18
Área digestiva	18
Área nerviosa	19
Área psiquiátrica	19
C. Proposición fundamental	20
D. Variables conceptuales	20
Trastorno de la conducta alimentaria	20
Abstinencia de ingesta	20
Compulsión en la ingesta	21
Adicción a la comida chatarra o a los fármacos	21
Capítulo II	23
A. Técnicas e instrumentos	23
Población objeto de estudio	23
Selección de la muestra	23
Instrumento utilizado	23
Instrumentos de recolección de datos	23
Técnicas y procedimientos de trabajo	24
Técnicas de análisis estadísticos, descripción e interpretación de datos	24
Capítulo III	25
Presentación, análisis e interpretación de resultados	25
Conclusiones y recomendaciones	44
Conclusiones	44
Recomendaciones	45
Bibliografía	47
Anexos	
Resumen	

CAPÍTULO I

A. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo pretende dar a conocer qué son los trastornos de la conducta alimentaria, cuáles son sus causas y consecuencias y con qué frecuencia se presentan en la actualidad. Los trastornos alimentarios se caracterizan por alteraciones de la conducta alimentaria. La conducta alimentaria se define como el comportamiento normal relacionado con: los hábitos de alimentación, la selección de alimentos que se ingieren, las preparaciones culinarias y las cantidades ingeridas de ellos.

Hay trastornos específicos: la anorexia y la bulimia. El primero se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales y el segundo por episodios de voracidad seguidos por conductas compensatorias inapropiadas como el vómito provocado, el abuso de fármacos laxantes y diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo. En ambos trastornos se pierde objetividad en la percepción de la forma y el peso corporales. Otros trastornos son la adicción a comida “chatarra” o rápida, a fármacos o a medicina natural.

Este trabajo se realizó con estudiantes de género femenino comprendidas entre los 15 y 19 años en la Escuela Normal Intercultural (ENI) del municipio de Amatitlán. Se aplicó el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria EDI-2 de David M. Garner que permitió determinar si las estudiantes padecen un trastorno de la conducta alimentaria o están en riesgo de padecerlo. Esto se logró a través de los 91 elementos que contiene la prueba dividida en 11 escalas, siendo las 8 principales (obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva y miedo a la madurez) y 3 adicionales (ascetismo, impulsividad e inseguridad social). Al finalizar se realizó un taller - conferencia como prevención primaria. Se tabuló e interpretó los resultados.

B. MARCO TEÓRICO

BREVE HISTORIA DE LOS TRASTORNOS ALIMENTICIOS

Los trastornos en la alimentación han existido desde siempre. Hipócrates (460-377 a.C.) hablaba de los efectos difíciles de reparar de "un régimen debilitante y prolongado" y Galeno, en el año 155 se refiere a un cuadro de adelgazamiento morboso y la *kynos orexia* o hambre canina como sinónimo de la bulimia. En la civilización romana era habitual en los banquetes y fiestas, la ingesta masiva de alimentos, seguida de conducta purgante. La más famosa anoréxica de la historia es Santa Catalina de Siena (1347), quien a los 7 años empieza a rechazar los alimentos y en la adolescencia sólo come hierbas y pan. Ingresó a la orden de las Dominicas y fue consejera del Papa Gregorio IX en Avignon. Al ver que sus intentos de unificación del papado no dan resultado, se siente fracasada, deja de alimentarse y muere (Sandoval Shaik, 2003: p.86).

En el siglo IX en Avicena, el príncipe Hamadham se estaba muriendo al no comer, víctima de una inmensa melancolía. Esta es la primera referencia de un anoréxico en un contexto médico, aunque provenga de un cuadro depresivo (Sandoval Shaik, 2003: p.86).

En el siglo XIV se conoce el caso de una princesa llamada Wilgenfortis, quien se niega a ingerir cualquier tipo de alimento, con el propósito de ser tan delgada que ningún hombre la desee. La Medicina propiamente dicha inicia su atención hacia la Anorexia Nerviosa (AN) con la obra *A Treatise of Consumptions*, un texto del s.XVII (1694) original de Richard Morton (Aguinaga, et. al., 2000: p.18). El citado médico describía sus experiencias clínicas con dos pacientes, una muchacha de 18 años y un chico de 16. En ambos casos resulta notable que Morton descartase cualquier tipo de enfermedad física como la causa explicativa de la pérdida de peso de los enfermos. Hacia el siglo XVIII se origina una orden de monjas llamadas "Las Santas Ayunadoras", estas rendían culto a la virgen María mediante el ayuno, no se tiene mayor información sobre estas monjas, pero

se sabe que pasaban grandes cantidades de tiempo sin comer; semanas o días, se sabe que algunas podían morir de inanición o deficiencias cardíacas. En 1764 O. Whytt, profesor de teoría de la Medicina de la Universidad de Edimburgo, asoció inanición y bradicardia. Nos legó su obra "Observaciones sobre la Naturaleza, Causas y Curación de los trastornos comúnmente llamados Nerviosos, Hipocondríacos o Histéricos", en el que describe la atrofia nerviosa de un paciente de 14 años. Observó en él energía baja, estilo taciturno, pérdida de apetito y malas digestiones (Aguinaga, et. al., 2000: p.18).

En 1860, V. Marcé, de París, escribió la obra "Nota sobre una forma de delirio hipocondríaco consecutivo a las dispepsias", caracterizada por el rechazo de los alimentos. Según Marcé, las jóvenes en el periodo de la pubertad sufren la convicción delirante de que no pueden o no deben comer. A este cuadro llamó en 1868 el londinense Willian W. Gull aepsia histérica, por creer que se debía a un estado mental mórbido (Aguinaga, et. al., 2000: p.18). Más tarde lo denominaría perversión del Yo. En 1873, el francés Ernest Charles Lasègue acabaría acuñando la expresión anorexia histérica que describe como un cuadro clínico que se presentaba en mujeres jóvenes y adolescentes, con edades entre 16 y 25 años y se caracterizaba por delgadez extrema, disminución o falta de apetito, sin causa física demostrable, con amenorrea, bradicardia, astenia, estreñimiento e hiperactividad psicomotriz, que definió como anorexia histérica. Incluso Freud en 1895 habló de la neurosis de las mujeres púberes que rechazan la sexualidad mediante la anorexia. En el siglo XIX se establece la delgadez como modelo corporal con éxito social, lo que originó el aumento de la enfermedad, incluso ya desde entonces podemos ver que la mujeres que no eran lo suficientemente delgadas usaban corsé para adaptarse a los vestidos de la época que exigían un cuerpo muy rígido y una pequeña cintura, lo que nos lleva a la conclusión que desde hace siglos se requiere ser delgado para estar dentro de los estándares de la moda (Aguinaga, et. al., 2000: p.18,19).

En 1914, M. Simmons introdujo el concepto de caquexia hipofisaria y su tesis de que la falta de apetito, adelgazamiento, apatía y amenorrea se debe a una

alteración de la hipófisis y no a factores emocionales. Mientras, en 1920, P. Janet distinguía la anorexia primaria de la secundaria. Para él se trataba de alteraciones psicológicas profundas, resistentes a los tratamientos. Los psicoanalistas, en los años 40, explicaron la anorexia nerviosa a través de los mecanismos psicodinámicos causados por las fantasías orales inconscientes, y desde la aversión sexual (Aguinaga, et. al., 2000: p.19).

En 1973 según H. Bruch los pacientes con anorexia presentan una patología emocional común: perturbación entre imagen corporal y su concepto de cuerpo; dificultad para reconocer señales para nutrirse y sentimiento de ineficacia en todas las actividades de la vida (Aguinaga, et. al., 2000: p.19).

El término anorexia nerviosa proviene del latín y quiere decir sin apetito, y el adjetivo nerviosa expresa su origen psicológico. Al contrario de lo que se piensa no es cierto que los anoréxicos no padecen de hambre, la reprimen por el pavor que tienen a la obesidad. Los pacientes con anorexia nerviosa se rehúsan a mantener un peso corporal por encima de los valores mínimos aceptables para una determinada edad y talla. El miedo llega ser tal que los puede llevar a la inanición, naturalmente los sujetos no tienen conciencia de su enfermedad.

Entre los siglos XV y XX se utilizaron términos variados como cynorexia, canine appetite, hambre patológica, expresivos de los estados de voracidad que se acompañan de la ingesta excesiva de comida y emesis. En 1743 James describe un conjunto de síntomas que define como "boulimus". Los primeros casos de bulimia, desde una perspectiva científica de diagnóstico, aparecieron en la Alemania de los años treinta, aumentando tras la Segunda Guerra Mundial (Aguinaga, et. al., 2000: p.20). El incremento progresivo de su incidencia propició el reconocimiento de la bulimia como síndrome separado en la década de los setenta por G. Russell con un artículo publicado en 1979. En 1980 la Sociedad Americana de Psiquiatría incluyó a la bulimia en el manual de psiquiatría como una enfermedad diferente a la anorexia. Ambos trastornos se originan en la Antigüedad, pero es ahora cuando se les ha estudiado, tipificado y definido. Se

sabe que son producto de múltiples factores, que pueden incluir trastornos emocionales y de la personalidad, así como presiones por parte de la familia, es posible la predisposición genética o biológica y el vivir en una sociedad en la cual hay una oferta excesiva de comida y obsesión por la delgadez. Esta idea de estética transmite a los jóvenes sistemas de valores que se basan en el "buen *look*", y el problema es que puedan derivar en una adicción u obsesión por ser delgado. Es verdad que esta estética está de moda, pero es sólo un disparador que afecta negativamente a algunos jóvenes con problemas familiares y con desajustes de personalidad. La palabra bulimia proviene del griego y significa "hambre de buey", este trastorno se caracteriza por la ingestión rápida de gran cantidad de alimentos; la culpabilidad que origina el abuso de los alimentos provoca la autoinducción al vómito; la utilización en forma indiscriminada de laxantes y diuréticos y el ejercicio excesivo, igual que en la anorexia existe un miedo intenso a subir de peso y es natural que durante mucho tiempo quien la padece se niegue a aceptar esta conducta. En algunos países, la frecuencia de la bulimia es mayor que la de la anorexia nerviosa.

MULTICAUSALIDAD DE LOS TRASTORNOS ALIMENTICIOS

Actualmente, nadie cree que exista una sola causa que explique la eclosión de los trastornos alimentarios. La opinión más generalizada es que son de origen multicausal, es decir, que se ha de dar una conjunción de factores para que se pueda presentar el trastorno. El primer factor que podemos observar es la presión social a la delgadez. Según el estudio epidemiológico realizado por M. Nasser en 1988 la presión social a la delgadez no existe en todas las culturas, un ejemplo de ello es que en la población de la India, Sudán, Egipto y Malasia este tipo de trastornos casi no aparece; los pocos casos que se describen parecen estar ligados a otras alteraciones (en Raich, R. M. 2002: p.49,50).

Según Famuyiwa 1988 los trastornos alimentarios son muy raros entre la población negra de África; Lee y cols. 1988, también dicen que los trastornos alimentarios son muy raros en la población china que vive en el Lejano Oriente (en

Raich, R. M. 2002: p.50). Pero al analizar la prevalencia de estos trastornos en población originaria de Asia o África que ha emigrado y se ha establecido en el mundo occidental aumenta dramáticamente.

Otro de los factores es una estigmatización de los obesos. De alguna forma, ser gordo equivale a ser descuidado, perezoso o, lo que es lo mismo, tener poco autocontrol, ser enfermizo y, evidentemente, poco atractivo. El que una persona obesa sea considerada o no atractiva, depende de las exigencias de la moda, puesto que en otras épocas o incluso en otras culturas hoy en día, ser gorda es sinónimo de belleza. El sentirse gordo es una de las causas más frecuentes que inciden en la aparición de trastornos alimentarios, y en realidad no es necesario que la persona presente un sobrepeso real, tan solo es necesario que piense que lo es y que esto le afecte (Raich, R. M. 2002: p.54,55).

Otras causas que tienen una mayor participación en la eclosión, mantenimiento y diversidad de presentación (restricción o descontrol) de los trastornos alimentarios. Siguiendo la clasificación propuesta en Toro y Vilardell 1987, las dividiremos en factores predisponentes, precipitantes y mantenedores (en Raich, R. M. 2002: p.58).

FACTORES PREDISPONENTES

Los aspectos socioculturales ya explicados: presión social a la esbeltez y estigmatización de la obesidad serían los causantes de una verdadera insatisfacción corporal, que llevaría a la primera adopción de medidas para cambiar la silueta: la dieta. Hay que tener en cuenta que esta presión está ejercida sobre todas las mujeres y que afortunadamente no todas presentan dichos trastornos; por ello, se analizará aquellos factores que expliquen por qué unas sí y otras no (Raich, R. M. 2002: p.58,59).

Causas emocionales y afectivas: para ello se requiere demostrar que las personas que presentan estos trastornos tienen una forma de respuesta emocional

más lábil que otras. Aquí se incluyen teorías que pretenden que estos trastornos son subformas depresivas, o que reflejan que existe un elevado grado de ansiedad (Raich, R. M. 2002: p.59).

Características de personalidad: Garner y cols., 1980 refieren que en este caso las personas serían descritas como más inestables emocionalmente, más condicionables ante el castigo, supresión de reforzadores y presentación de estímulos nuevos, o sea, con más sensibilidad al castigo según la teoría de Gray 1982 (en Raich, R. M. 2002: p.59,60).

Características familiares: a pesar de que no es posible verificar la existencia de una familia típica o específica de anorexia, Toro y Vilardell, 1987 han descrito aspectos familiares que pueden tener alguna influencia en la aparición de estos trastornos. Familiares de primer grado que presentan trastornos alimentarios, trastornos afectivos, abuso de alcohol o de otras sustancias, obesidad materna y también estatus socioeconómico medio-alto y en algunos casos (anorexia) edad de los padres más elevada (en Raich, R. M. 2002: p.60).

FACTORES PRECIPITANTES

Acontecimientos vitales potencialmente estresantes: para Compass y cols., 1987, todas las causas citadas se pueden incluir entre las que predisponen al sujeto a sufrir un trastorno alimentario. Entre las que ayudarían a precipitarlo hallamos que la gran mayoría de autores incluyen los acontecimientos vitales potencialmente estresantes, entre los más conocidos podemos hablar de la muerte de un familiar próximo, casarse, divorciarse, perder o empezar un trabajo, tener un hijo, etc. La aparición de una de estas circunstancias demanda del sujeto una capacidad de respuesta de la que muchas veces no dispone; por ello, se crea un nivel de tensión que en el caso de los trastornos alimentarios puede producir el inicio del trastorno. Según De Longuis y cols., 1988; Kanner y cols., 1981: También se está llevando a cabo el estudio de las perturbaciones y satisfacciones diarias, puesto que se cree que el estrés cotidiano puede ser tan alterador, por frecuente,

como los anteriores. Otra situación muy estresante y frecuente en la adolescencia es la de las primeras relaciones con personas del sexo opuesto (en Raich, R. M. 2002: p.61,63,64).

Dieta: Polivy y Herman, 1985 hacen referencia que la dieta restrictiva parece ser la causa más cercana al desencadenamiento de episodios de sobreingesta. El hecho de mantener una restricción respecto de determinados alimentos especialmente prohibidos, genera que cuando por la circunstancia que sea se rompe la dieta estricta, la persona que la sigue se descontrola totalmente y consume grandes cantidades de estos alimentos (en Raich, R. M. 2002: p.65).

FACTORES MANTENEDORES

Una vez se ha instaurado el trastorno existen una serie de factores que intervienen manteniéndolo.

Factores cognitivos: según Garner y Bemis 1985 la conducta alimentaria alterada se mantiene especialmente por factores cognitivos y conductuales. Una vez se ha llegado a la decisión de que “es absolutamente necesario que haga régimen para adelgazar” y se hace, esta conducta queda reforzada por un procedimiento llamado reforzamiento negativo, es decir, de evitación de la aversión. Al hacer régimen, o al provocarse el vómito, o abusar de ejercicio, laxantes y/o diuréticos huye de una cosa que le causa pavor: la posibilidad de engordar. Beck 1976 observó que la conducta de evitación puede ser perpetuada por conjuntos cognitivos que pueden operar de manera autónoma. Un sistema de creencias se desarrolla y actúa como un molde al que se hace adaptar la información que llega. Los datos que son inconsistentes con el sistema son desechados o distorsionados a imagen y semejanza de la creencia predominante. Es decir, si en el curso de la restricción alguien le dice que está demasiado delgada, cambiará este mensaje de manera que puede llegar a conformarle que en realidad aún está demasiado gorda (en Raich, R. M. 2002: p.66).

Afecto negativo: según Polivy y Herman 1993 los episodios de sobreingesta se ven mantenidos porque, por una parte, la persona, cuando los inicia, se distrae de otras preocupaciones a las que no se ve capaz de atender, y, por otra, a que la satisfacción que le produce la comida le resulte agradable (en Raich, R. M. 2002: p.67).

Conductas purgativas: Rosen y Leitemberg 1982, 1988 afirman que los episodios de sobreingesta se ven mantenidos porque las bulímicas saben que a continuación podrán usar los mecanismos purgativos, esto les proporciona la seguridad necesaria para llevarlos a cabo (en Raich, R. M. 2002: p.67).

Actitudes familiares y de amigos: la preocupación de la familia que tiene a una persona anoréxica es tal que da lugar a variadas conductas. A fin de que la muchacha o el chico afectado no siga adelgazando, se hace todo lo que se puede y esto quiere decir que se premian muchos comportamientos desadaptativos. Podemos incluir caprichos alimentarios, las discusiones que se generan, los desacuerdos, múltiples culpabilizaciones entre los padres, todo esto se convierte en una atención extremada. Sabemos que la atención social, en este caso negativa, es un poderoso reforzador de las conductas, por ello contribuye grandemente a que se mantengan (Raich, R. M. 2002: p.67,68).

COMO AFECTA LA FAMILIA

Los padres de las pacientes anoréxicas suelen presentar más características patológicas que el resto de la población, destacando especialmente los trastornos de personalidad, los hábitos tóxicos (excesivo consumo de alcohol, sobre todo) y problemas neuróticos y sexuales diversos (Gómez, Paloma 1996: p.93).

Casi todos los problemas específicos que conducen ulteriormente a la anorexia de la adolescente suelen tener su origen en la primera infancia y en ellos intervienen tanto la madre como el padre. Sin embargo, recientemente se empieza

a tener en cuenta otro factor, prácticamente ignorado hasta ahora, que es el de considerar la aparición de una anorexia como indicador de posibles sospechas de abuso sexual (Gómez, Paloma 1996: p.94).

Dado que los orificios vaginal y anal de las niñas pequeñas son demasiado estrechos para permitir la penetración de un pene adulto sin sufrir un desgarramiento (que pondría en seguida en evidencia al violador), cada vez son más frecuentes a estas edades los abusos sexuales por vía bucal. Como ha señalado la doctora Jean Goodwin, profesora de psiquiatría de la Universidad Wisconsin, “los vómitos y el rechazo al alimento de la anoréxica pueden ser una repetición de las sensaciones vividas al ser víctimas de una felación durante su infancia” (Gómez, Paloma 1996: p.94).

De hecho, en muchos programas para el tratamiento de los trastornos alimenticios, los terapeutas están constatando que más de la mitad de las pacientes anoréxicas han sufrido abusos sexuales durante su infancia, especialmente penetraciones orales (Gómez, Paloma 1996: p.95).

EL CONTROL DEL APETITO Y LAS HORMONAS

El equilibrio endocrino afecta a la psiquis y al comportamiento de la persona; las reacciones emocionales y psicológicas producen cambios en los niveles de secreción de las glándulas. Todos experimentamos esta forma de interacción, continua y variable, entre el mundo exterior y el sistema fisiológico interno. Literalmente, mente y cuerpo son una misma cosa, y no existen barreras claras entre la mente, el cuerpo y el mundo exterior (Gómez, Paloma 1996: p.123).

En la zona del hipotálamo se ha determinado además la existencia de un núcleo nervioso completo, conocido como centro de control del apetito, y que no es más que un dispositivo neuroendocrino que regula la ingesta de alimentos por parte del organismo. La capacidad reguladora de este extraordinario centro, existente en casi todos los animales superiores, puede no obstante verse influida,

e incluso seriamente afectada, por toda una serie de circunstancias, tanto externas (temperatura ambiental, ingesta de determinados fármacos anorexígenos) como internas al propio organismo (estado hormonal, estado psicológico, problemas circulatorios, etc.) (Gómez, Paloma 1996: p.123 - 124).

Los factores que inciden más directamente sobre este centro regulador del apetito son:

- El nivel de glucosa en sangre: con el ayuno disminuye el nivel de glucosa, lo cual estimula al centro del hambre; por el contrario, tras una comida abundante aumenta la glucemia, y esto produce a nivel cerebral una sensación de saciedad.
- La temperatura de la sangre: existen neuronas capaces de medir la temperatura de la sangre que riega al hipotálamo, distinguiéndose un centro que regula la producción de calor corporal. (Gómez, Paloma 1996: p.124).

Asimismo, el hallazgo reciente de receptores de insulina en el hipotálamo apoya la hipótesis del gran papel que desarrolla la insulina en la regulación del apetito, aparte de su intervención en el metabolismo de la glucosa (Gómez, Paloma 1996: p.124).

Algunos tumores cerebrales que asientan en el hipotálamo pueden semejar una anorexia, ya que cursan unas veces con anorexia y otras con bulimia, pudiendo producirse una marcada alteración del peso corporal y un cese de la menstruación (Gómez, Paloma 1996: p.124).

El aminoácido triptófano es el precursor de la serotonina, un compuesto químico cerebral que regula el estado de ánimo de las personas. La serotonina es uno de los mensajeros químicos que actúan en el cerebro, los cuales reciben el nombre de neurotransmisores porque se encargan de transmitir los impulsos nerviosos y la información de una neurona a otra. Se cree que la serotonina desarrolla un papel importante en procesos tales como la regulación de la temperatura y la percepción de las sensaciones internas de hambre y saciedad. A

nivel cerebral controla las transmisiones moleculares implicadas en estados emocionales tales como la depresión, la ansiedad, determinadas compulsiones, etc. (Gómez, Paloma 1996: p.126).

Esto podría explicar por qué algunas personas reaccionan al estrés, al aburrimiento o a la depresión comiendo en exceso: el placer de la comida elimina el dolor causado por los problemas al producir un aumento de serotonina en el cerebro. Por otro lado, en la adolescencia, cuando el eje hipotálamo-hipofisiario empieza a regular la producción hormonal, ligeras alteraciones en el metabolismo insulínico o en el nivel de aminoácidos indispensables pueden alterar el funcionamiento del centro del hambre, dando paso a la aparición de una anorexia o de una bulimia. Según algunas teorías, el centro del hambre de la bulímica tardaría mucho en saciarse, mientras que en el caso de la anoréxica ocurriría todo lo contrario (Gómez, Paloma 1996: p.126).

ANOREXIA

La anorexia puede causar la muerte. Su inicio suele coincidir con el de la adolescencia. El inicio del trastorno se sitúa entre los 14 y los 18 años y la franja de riesgo es entre los 10 y los 24 años (Buil Rada, et. al., 2001: p.268).

La característica fundamental es la pérdida significativa de peso, por debajo del nivel normal mínimo, originada por la propia persona, mediante un exhaustivo control de la ingesta de alimento, asociado a un intenso miedo a ganar peso y a una distorsión grave de su imagen corporal (dismorfia). La pérdida de peso es a causa de la disminución de la ingesta total, acabando en la mayoría de los casos con una dieta muy restringida, limitada a unos pocos alimentos. Existen otras formas de perder peso como vómitos autoprovocados y el uso de laxantes y diuréticos así como el ejercicio excesivo (Buil Rada, et. al., 2001: p.269).

Según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV hay dos subtipos:

• *Tipo restrictivo*: este subtipo describe cuadros clínicos en los que la pérdida de peso se consigue haciendo dieta, ayunando o realizando ejercicio intenso. Durante los episodios de anorexia nerviosa, estas personas no recurren a atracones ni purgas (DSM IV, 2001: p554).

• *Tipo compulsivo/purgativo*: este subtipo se utiliza cuando el individuo recurre regularmente a atracones y purgas (o ambos). La mayoría de los individuos que pasan por los episodios de atracones también recurren a purgas, provocándose el vómito o utilizando diuréticos, laxantes o enemas de una manera excesiva. Existen algunos casos incluidos en este subtipo que no presentan atracones, pero que suelen recurrir a purgas, incluso después de ingerir pequeñas cantidades de comida (DSM IV, 2001: p555).

La población que podríamos denominar de riesgo es fundamentalmente las mujeres en edad adolescente, su inicio corresponde con la adolescencia con un claro predominio del sexo femenino, en una proporción de 1/10 varones/mujeres. Socio-culturalmente pertenecen a la clase media-alta, ambientes urbanos y desarrollados, en los que hay una idealización de la imagen corporal.

A continuación se anotan los criterios diagnósticos de la anorexia según el DSM-IV y la CIE-10 (DSM IV, 2001: p558-559).

- Peso inferior al 85% del valor mínimo normal, considerada la edad y la talla. (Índice de Masa Corporal de Quetelet igual o inferior a $17,5 \text{ kg/m}^2$). La pérdida de peso se debe a la restricción o evitación de alimentos que engordan, o a prácticas de vómitos autoprovocados, al uso de laxantes, al ejercicio excesivo y/o al consumo de anorexígenos o diuréticos.
- Miedo intenso a ganar peso, estando incluso por debajo del peso normal.
- Distorsión de la imagen corporal, exagerada su importancia en la autoevaluación. Negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.

- Amenorrea de, al menos, tres ciclos menstruales consecutivos. Así mismo puede presentarse concentraciones altas de la hormona del crecimiento y de cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina.

Según el DSM-IV en estudios sobre prevalencia realizados entre chicas adolescentes y jóvenes adultos se ha encontrado un porcentaje del 0,5-1 % para los cuadros clínicos que cumplen con todos los criterios diagnósticos de anorexia nerviosa. Es más frecuente encontrar a individuos que no presentan el trastorno completo. Existen pocos datos referentes a la prevalencia de este trastorno en varones. En los últimos años la incidencia de esta enfermedad parece haber aumentado.

Según el DSM- IV la edad promedio de inicio de anorexia nerviosa es 17 años. Es muy rara la aparición de este trastorno en mujeres mayores de 40 años. El curso y el desenlace del trastorno son muy variables. Algunas personas se recuperan totalmente después de un único episodio, otras presentan un patrón fluctuante de ganancia de peso seguido de recaída y otras sufren un deterioro crónico a los largo de los años. Para establecer el peso del individuo y el equilibrio hidroelectrolítico es necesario que el enfermo ingrese a un centro hospitalario. La mortalidad a largo plazo de este trastorno en personas hospitalizadas en centros universitarios es aproximadamente del 10%. La muerte se produce principalmente por inanición, suicidio o desequilibrio electrolítico.

BULIMIA

Las características esenciales de la bulimia consisten en atracones y en métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso. Pueden ser, vómitos autoprovocados, abuso de laxantes y diuréticos, períodos de ayuno o consumo de fármacos. Hay una excesiva preocupación por la comida, existiendo un trastorno en el control de los impulsos, con una gran dificultad para evitar los

atracones o acabarlos, consumiendo grandes cantidades de comida, en períodos cortos de tiempo (Fairburn CG., 1998: p152).

Según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV, se pueden emplear los siguientes subtipos para determinar la presencia o ausencia del uso regular de métodos de purga, con el fin de compensar la ingestión de alimento durante los atracones:

- *Tipo purgativo:* este subtipo describe cuadros clínicos en los que el enfermo se ha provocado el vómito y ha hecho un mal uso de laxantes, diuréticos y enemas durante el episodio.
- *Tipo no purgativo:* este subtipo describe cuadros clínicos en los que el enfermo ha empleado otras técnicas compensatorias inapropiadas, como ayunar o practicar ejercicio intenso, pero no se ha provocado el vómito ni ha hecho un mal uso de laxantes, diuréticos o enemas durante el episodio (DSM IV, 2001: p564).

La bulimia nerviosa es más común que la anorexia nerviosa entre la población. La prevalencia de esta enfermedad entre las adolescentes es aproximadamente del 2-3%, entre los varones es diez veces menor. En la mayoría de los casos el comienzo de la enfermedad se encuadra entre los 16 y 20 años, aunque esta edad de inicio parece adelantarse, en la actualidad. En la bulimia hay pacientes que con anterioridad han sido obesas, en mayor proporción que en la anorexia. Otras que llegan a episodios bulímicos desde la anorexia. El perfil de personalidad de la adolescente bulímica, suelen ser personas que tienen una baja autoestima, falta de control de los impulsos, una baja tolerancia a la frustración, un elevado egocentrismo, una autoimagen negativa y dañada, tendencia al perfeccionismo.

A continuación se anotan los criterios diagnósticos de la bulimia según el DSM-IV y la CIE-10 (DSM IV, 2001: p563).

- Atracones recurrentes y sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimento.
- Conductas compensatorias con el fin de no ganar peso (vómitos, uso excesivo de laxantes, enemas, diuréticos, ejercicio físico exagerado y períodos de ayuno).
- Los atracones y las conductas compensatorias tienen una frecuencia, al menos dos veces a la semana. Por miedo a engordar, el paciente se fija de forma estricta un peso por debajo, incluso del que tenía antes de la enfermedad.

Según el DSM-IV, la bulimia nerviosa suele iniciarse al final de la adolescencia o principios de la vida adulta; persiste, al menos varios años, en un elevado porcentaje de pacientes en las muestras clínicas, y se desconoce su evolución a largo plazo.

Desde 1980 se han realizado en todo el mundo más de 60 estudios sobre la prevalencia de la bulimia nerviosa y se ha hallado que ésta afecta entre el 1 y el 2 % de las mujeres jóvenes. Según el DSM-IV, la bulimia nerviosa se presenta entre el 1 y el 3 % de mujeres adolescentes y jóvenes adultas, mientras que en el sexo masculino la prevalencia es diez veces menor (Fairburn CG., 1998: p153).

La bulimia nerviosa suele iniciarse después de un período de hacer dieta, constituyendo ésta el principal factor de riesgo. Los atracones suelen empezar después o durante un período de régimen dietético. El curso puede ser crónico o intermitente, con períodos de remisión que se alternan con atracones (Fairburn CG, 1998: p154).

En cuanto a psicopatologías, las complicaciones más frecuentes son el trastorno distímico y el trastorno depresivo mayor. También se observa una alta incidencia de problemas de ansiedad, siendo el más común la ansiedad social.

Según el DSM- IV el abuso o dependencia de sustancias principalmente el alcohol y estimulantes y los trastornos de personalidad se han observado en un tercio de personas con bulimia nerviosa.

LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y SUS CONSECUENCIAS

Los trastornos alimenticios traen consigo una serie de consecuencias afectando diferentes áreas (Kirschman y Salgueiro, 2002: p. 88 - 89). Es conveniente aclarar que cada caso de trastornos de la conducta alimentaria es diferente y no presenta todas las consecuencias que aquí se enumeran. De acuerdo a Kirschman y Salgueiro se agrupan por áreas:

ÁREA CARDIOVASCULAR

- Arritmias: extrasístoles supraventriculares y ventriculares - bloqueos de ramas H. de Hiss - bradicardia.
- Disminución del tamaño cardíaco: corazón "en gota".
- Prolapso de válvula mitral: según el grado de severidad, es una de las causas principales de muerte súbita, junto con las arritmias producidas por otros mecanismos.
- Hipotensión.
- Extremidades frías.
- Cierta grado de insuficiencia cardíaca.

ÁREA ENDOCRINOLÓGICA

- Ovarios poliquísticos: esterilidad - acné severo - incremento del vello - alopecia - androgenización.
- Osteoporosis (disminución de la densidad ósea): tendencia a las fracturas patológicas.

- Déficit de hormonas tiroideas, con la consecuente disminución del metabolismo basal.
- Trastornos en la regulación de la producción de insulina: curvas anormales de tolerancia a la glucosa.

ÁREA DERMATOLÓGICA

- Alopecia (caída del cabello): miniaturización de los folículos pilosos, cabello fino, ralo y quebradizo.
- Acné tardío.
- Piel pálido-amarillenta y seca, con tendencia a la ruptura de vasos capilares (“arañitas”).

ÁREA DIGESTIVA

- Síndrome de malabsorción por “intestino liso”: hay una gran disminución en la superficie absorptiva intestinal lo que conlleva fundamentalmente a déficits minerales (hierro, calcio, magnesio y zinc) y polivitamínicos.
- Alteraciones en el ritmo evacuatorio: diarrea - constipación.
- Reflujo gastroesofágico: debido a alteración permanente del esfínter esofágico inferior provocada por los reiterados vómitos autoinducidos.
- Úlcera gastroduodenal - gastritis crónica.
- Secuelas hematológicas.
- Déficit de leucocitos (glóbulos blancos), lo que determina mayor propensión a las infecciones. Muchos pacientes presentan alteraciones inmunológicas similares a las del SIDA.
- Anemia difícil de revertir, con tendencia a la cronificación.
- Trastornos en la coagulación sanguínea: déficit de plaquetas.

ÁREA NERVIOSA

- Anomalías electroencefalográficas.
- Atrofia de determinadas áreas cerebrales a expensas de dilatación ventricular: afortunadamente suele ser reversible con la recuperación nutricional.
- Psicosis.

ÁREA PSIQUIÁTRICA

En muchas ocasiones le es difícil al médico psiquiatra efectuar un diagnóstico preciso, puesto que suele haber superposición de signos y síntomas característicos de diversas enfermedades psiquiátricas.

La sintomatología varía en función de la estructura de personalidad y la predisposición genética de cada paciente.

Los trastornos psiquiátricos que con mayor frecuencia se hallan son:

- Trastornos de ansiedad diversos: ansiedad generalizada, trastorno de pánico, fobia social, etc.
- Trastornos afectivos: depresión mayor, trastorno bipolar (alternancia de depresión y manía), trastornos esquizoafectivos, neurosis depresiva.
- Trastorno obsesivo-compulsivo (T.O.C.)
- Trastornos psicósomáticos: hipocondría (preocupación y temor a padecer una enfermedad grave) y trastorno de somatización (el paciente "utiliza" múltiples molestias corporales como medio de liberar las tensiones internas).
- Psicosis diversas (esquizofrenia en sus diversas formas, pero sólo en la persona con predisposición heredofamiliar).
- Insomnio y otros trastornos del sueño.
- Alteraciones del ritmo circadiano (Kirschman y Salgueiro, 2002: p.88,89).

C. PROPOSICIÓN FUNDAMENTAL

Cambios culturales y la influencia de la familia en la alimentación, la disminución de la capacidad de consumo y las nuevas condiciones civilizatorias alteran la conducta alimentaria.

D. VARIABLES CONCEPTUALES

TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

El término “Trastornos Alimentarios” se refiere en general a trastornos psicológicos que comportan anomalías graves en el comportamiento de la ingesta, es decir, la base y el fundamento de estos trastornos se encuentra en una alteración psicológica. Se entiende, pues, que el síntoma externo podría ser una alteración de la conducta alimenticia (dietas prolongadas, pérdida de peso...) pero el origen de estos trastornos se tendría que explicar a partir de una alteración psicológica (elevado nivel de insatisfacción personal, miedo a madurar, elevados índices de autoexigencia, ideas distorsionadas sobre el peso o la comida). Los trastornos alimentarios más conocidos que se enmarcan dentro de este conjunto son la anorexia y la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón (Palazzoli M., Selvini, 1999: p. 56).

ABSTINENCIA DE INGESTA

Los nutrientes brindan al cuerpo la energía y sustancias para conservar la buena salud. El estilo de vida como hábitos alimenticios irregulares y pobre ingesta de la dieta disminuye en el organismo la funcionalidad óptima (Palazzoli M., Selvini, 1999: p. 63).

COMPULSIÓN EN LA INGESTA

Es una conducta alimentaria que presenta dos características básicas. La ingesta de gran cantidad de alimentos en cada episodio, la cual resulta ser claramente superior a la que comería una persona normal en un período de tiempo (por ejemplo dos horas) y en circunstancias similares. La sensación de pérdida de control (comer rápidamente, comer sin hambre, comer a escondidas para ocultar la voracidad, etc.) (Palazzoli M., Selvini, 1999: p. 68).

ADICCIÓN A LA COMIDA CHATARRA O A LOS FÁRMACOS

Los cambios en los hábitos de alimentación de la población mundial, provocados por un ritmo de vida muy acelerado y estresante han hecho que muchas personas se vean obligadas a caer en el tipo de alimentación llamada fast food, junk-food, rápida o chatarra, o comida-basura.

Alimentos como hamburguesas, hot-dogs (perritos calientes o panchos), batidos, patatas fritas, aros de cebolla fritos, pollo frito, pizzas y demás snacks forman parte de la alimentación diaria de una inmensa mayoría de personas, que sin darse cuenta están llevando a cabo una dieta poco variada y desequilibrada, con muchas desventajas y peligros para la salud y el bienestar en general.

Es necesario aclarar que si este tipo de comidas fuesen consumidas de manera esporádica, no representa ningún tipo de riesgo para nuestra salud. El problema se presenta cuando estos alimentos son ingeridos de manera diaria o habitual, ya que este tipo de alimentación nutricionalmente desequilibrada, genera al largo plazo una carencia de nutrientes con demasiados efectos indeseables para nuestro organismo.

Por otro lado, y en perjuicio de estos establecimientos se ha comprobado a través de diferentes análisis que la comida rápida tiene varias irregularidades en su composición e ingredientes con respecto al etiquetado que llevan, y en varios casos también de establecimientos que no cumplen normas higiénico-sanitarias.

Alimentos como el chocolate, las hamburguesas o las papas fritas son tan adictivas como la cocaína o la heroína. Comerlas sin control, lleva irremediablemente a la obesidad o al sobrepeso. Algunas personas los ven como la solución a sus problemas de ansiedad, al igual que el cigarro (Palazzoli M., Selvini, 1999: p. 72).

CAPÍTULO II

A. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

POBLACIÓN OBJETO DE ESTUDIO

La población objeto de investigación, estuvo conformada por estudiantes de género femenino comprendidas entre los 15 y 19 años de edad, que cursan cuarto, quinto y sexto magisterio preprimaria y primaria en la Escuela Normal Intercultural ubicada en el municipio de Amatitlán. La población proviene del centro y las aldeas del municipio en mención, se caracteriza por pertenecer al nivel socioeconómico medio y medio bajo.

SELECCIÓN DE LA MUESTRA

La institución educativa en la que se trabajó proporcionó los listados de las alumnas comprendidas entre los 15 y 19 años. La muestra se seleccionó aleatoriamente, es decir que toda la población tuvo la oportunidad de ser electa para que fuera representativa.

INSTRUMENTO UTILIZADO

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para determinar el por qué y la cantidad de población que padece o está en riesgo de padecer un trastorno de la conducta alimentaria se aplicó a la muestra el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria EDI-2 de David M. Garner que permite puntuar a través de sus 91 elementos en 11 escalas, siendo las 8 principales (obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva y miedo a la madurez) y 3 adicionales (ascetismo, impulsividad e inseguridad social). Puede aplicarse individualmente o colectivo, a sujetos de 11 años en adelante, el tiempo de aplicación es de 20 minutos aproximadamente.

Se llevó a cabo la prevención primaria a través de un taller - conferencia para las alumnas de la escuela donde se aplicó la prueba.

TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO

Se solicitó a la institución educativa los listados de los estudiantes que conformaron la población y se seleccionó la muestra aleatoriamente. Se hizo observación espontánea a toda la población. Elegida la muestra se aplicó la prueba y se analizaron los resultados. Se planeó un taller - conferencia que brindó información adecuada sobre los trastornos de la conducta alimentaria. (Ver anexos).

TÉCNICAS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICOS, DESCRIPCIÓN E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Se realizó un análisis cuantitativo y cualitativo de los datos utilizando estadística descriptiva, con lo que se obtuvo porcentajes máximos y mínimos, la media, la mediana y la moda de cada uno de los indicadores según el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria EDI-2 de David M. Garner.

CAPÍTULO III
PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN
DE RESULTADOS

Tabla No. 1 Estatura

Estatura Mts.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje acumulado
Válidos 1.36	1	0.7	0.7	0.7
1.40	1	0.7	0.7	1.5
1.44	1	0.7	0.7	2.2
1.45	1	0.7	0.7	3.0
1.46	2	1.5	1.5	4.4
1.47	4	2.9	3.0	7.4
1.48	7	5.1	5.2	12.6
1.49	3	2.2	2.2	14.8
1.50	7	5.1	5.2	20.0
1.51	1	0.7	0.7	20.7
1.52	8	5.9	5.9	26.7
1.53	6	4.4	4.4	31.1
1.54	9	6.6	6.7	37.8
1.55	10	7.4	7.4	45.2
1.56	9	6.6	6.7	51.9
1.57	6	4.4	4.4	56.3
1.58	7	5.1	5.2	61.5
1.59	9	6.6	6.7	68.1
1.60	11	8.1	8.1	76.3
1.61	8	5.9	5.9	82.2
1.62	5	3.7	3.7	85.9
1.63	2	1.5	1.5	87.4
1.64	1	0.7	0.7	88.1
1.65	2	1.5	1.5	89.6
1.66	1	0.7	0.7	90.4
1.67	5	3.7	3.7	94.1
1.69	3	2.2	2.2	96.3
1.70	3	2.2	2.2	98.5
1.71	2	1.5	1.5	100.0
Total	135	99.3	100.0	
Perdidos sistema	1	0.7		
Total	136	100.0		

ESTATURA (E) (ver tabla No. 1)

En esta escala el porcentaje más elevado de la muestra fue de 8.1% de los casos, el cual correspondió a una estatura de 1.60 Mts., este porcentaje se representó por una frecuencia de 11 sujetos.

El porcentaje mínimo de la muestra fue de 0.7% (estatura de 1.36 Mts.), su representación en frecuencia fue de 1 sujeto.

El valor máximo en estatura fue de 1.71 Mts., constituyendo el 1.5% de la muestra. Su frecuencia fue de 2 sujetos.

El valor mínimo en estatura fue de 1.36 Mts. (coincide con el porcentaje mínimo en la muestra).

El 51.9% de los casos (70 sujetos) tuvieron estaturas que comprenden desde 1.36 Mts. hasta 1.56 Mts.

El 48.1% de la muestra complementario (65 sujetos) obtuvo estaturas que oscilan entre 1.57 Mts. hasta 1.71 Mts.

(Medidas de tendencia central ver tabla No. 15)

La media aritmética de la muestra correspondiente a la estatura de los sujetos de la muestra correspondió a 1.56 Mts.

La moda corresponde a 1.60 Mts., indicando que la mayoría de sujetos representó este valor.

La mediana se ubica en 1.56 Mts.

Tabla No. 2 PESO EN KILOS

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 37.00	1	0.7	0.7	0.7
38.00	3	2.2	2.2	3.0
39.00	3	2.2	2.2	5.2
40.00	1	0.7	0.7	5.9
41.00	1	0.7	0.7	6.7
42.00	3	2.2	2.2	8.9
44.00	3	2.2	2.2	11.1
45.00	10	7.4	7.4	18.5
46.00	4	2.9	3.0	21.5
47.00	3	2.2	2.2	23.7
48.00	7	5.1	5.2	28.9
49.00	6	4.4	4.4	33.3
50.00	10	7.4	7.4	40.7
51.00	1	0.7	0.7	41.5
52.00	6	4.4	4.4	45.9
53.00	5	3.7	3.7	49.6
54.00	3	2.2	2.2	51.9
55.00	7	5.1	5.2	57.0
56.00	5	3.7	3.7	60.7
57.00	4	2.9	3.0	63.7
58.00	3	2.2	2.2	65.9
59.00	4	2.9	3.0	68.9
60.00	4	2.9	3.0	71.9
61.00	4	2.9	3.0	74.8
62.00	2	1.5	1.5	76.6
63.00	3	2.2	2.2	78.5
64.00	3	2.2	2.2	80.7
65.00	3	2.2	2.2	83.0
66.00	2	1.5	1.5	84.4
67.00	1	0.7	0.7	85.2
68.00	1	0.7	0.7	85.9
69.00	1	0.7	0.7	86.7
70.00	3	2.2	2.2	88.9
71.00	2	1.5	1.5	90.4
74.00	1	0.7	0.7	91.1
75.00	1	0.7	0.7	91.9
76.00	1	0.7	0.7	92.6
77.00	2	1.5	1.5	94.1
79.00	2	1.5	1.5	95.6
81.00	1	0.7	0.7	96.3
84.00	1	0.7	0.7	97.0
87.00	1	0.7	0.7	97.8
90.00	1	0.7	0.7	98.5
91.00	1	0.7	0.7	99.3
97.00	1	0.7	0.7	100.0
Total	135	99.3	100.0	
Perdidos sistema	1	0.7		
Total	136	100.00		

PESO EN KILOGRAMOS (ver tabla No. 2)

En esta escala fueron dos los porcentajes más elevados. Se ubicaron puntualmente ambos en 7.4%, correspondiendo uno a 45.00 Kgs., y el otro en 50.00 Kgs. Se representó cada uno de los porcentajes con una frecuencia de 10 sujetos.

El peso mínimo de los sujetos fue de 37.00 Kgs., el cual representó un 0.7% de la muestra. La frecuencia fue de 1 sujeto.

El peso máximo de los sujetos fue de 97.00 Kgs., que en la muestra constituyó el 0.7% de la misma y se representó con la frecuencia de 1 sujeto.

El 51.9% de los casos (70 sujetos) tienen pesos que abarcan desde 37.00 Kgs. hasta 54.00 Kgs.

El 48.1% de la muestra complementario (65 sujetos) comprenden porcentajes (del 63.7% al 100%) que tuvieron pesos que oscilan entre 55.00 Kgs. hasta 97.00 Kgs. (Medidas de tendencia central ver tabla No. 15)

La media aritmética de los pesos de la muestra se ubicó en 55.88 Kgs.

La mediana fue de 54.00 Kgs.

La moda de la distribución de los pesos se estableció en 54 Kgs.

Tabla No. 3 Índice de Masa Corporal

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje acumulado
Validos	15.00	1	0.7	0.7	0.7
	16.00	2	1.5	1.5	2.2
	17.00	6	4.4	4.4	6.7
	18.00	5	3.7	3.7	10.4
	19.00	12	8.8	8.9	19.3
	20.00	24	17.6	17.8	37.0
	21.00	11	8.1	8.1	45.2
	22.00	13	9.6	9.6	54.8
	23.00	12	8.8	8.9	63.7
	24.00	9	6.6	6.7	70.4
	25.00	13	9.6	9.6	80.0
	26.00	4	2.9	3.0	83.0
	27.00	4	2.9	3.0	85.9
	28.00	3	2.2	2.2	88.1
	29.00	5	3.7	3.7	91.9
	30.00	3	2.2	2.2	94.1
	31.00	2	1.5	1.5	95.6
	32.00	2	1.5	1.5	97.0
	33.00	2	1.5	1.5	98.5
	34.00	1	0.7	0.7	99.3
	36.00	1	0.7	0.7	100.0
	Total	135	99.3	100.0	
	Perdidos sistema	1	0.7		
	Total	136	100.0		

INDICE DE MASA CORPORAL (ver tabla No. 3)

El porcentaje del índice de masa corporal entre 15.00 a 19.00 fue de 19.3%
El porcentaje del índice de masa corporal entre los rangos de 20.00 a 24.00 fue de 51.1%, el cual es representado por una frecuencia de 69 sujetos.

El porcentaje del índice de masa corporal entre 25.00 a 36.00 fue de 29.6%, este equivale a una frecuencia de 40 sujetos.

(Medidas de tendencia central ver tabla No. 15)

La media aritmética del índice de masa corporal se ubicó en 22.77

La mediana del índice de masa corporal se sitúa en 22.00

La moda fue de un índice de masa corporal de 20.00 de la media para su grupo.

El punteo del índice de masa corporal considerado como promedio para este tipo de sujetos (mujeres, adolescentes sin trastorno de conducta alimentaria), en el Manual del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria, Garner (1998) se establece entre los índices de 20.00 hasta 24.00. Al relacionarlo con el punteo de la media obtenida por el grupo evaluado, se evidenció que se ubican en el nivel normal para su grupo el 51.1% de la muestra evaluada (frecuencia de 69 sujetos) lo que indica que como grupo no existe sobrepeso.

Sin embargo el 29.6% de los casos (40 sujetos) muestran sobrepeso.

Y el 19.3% de la muestra (26 sujetos) tienen índices de masa corporal por debajo de lo establecido para el grupo normal.

NOTA:

En las Escalas de Estatura, Peso, Índice de masa corporal, el total de sujetos (n = 135), la causa obedece a que no aparecen los datos de un sujeto).

Tabla No. 4 Escala Obsesión por la Delgadez (DT)

Puntaje Burdo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
0.00	15	11.0	11.0
1.00	18	13.2	24.3
2.00	17	12.5	36.8
3.00	11	8.1	44.9
4.00	9	6.6	51.5
5.00	12	8.8	60.3
6.00	8	5.9	66.2
7.00	9	6.6	72.8
8.00	2	1.5	74.3
9.00	4	2.9	77.2
10.00	6	4.4	81.6
11.00	2	1.5	83.1
12.00	6	4.4	87.5
13.00	3	2.2	89.7
14.00	4	2.9	92.6
15.00	1	0.7	93.4
17.00	2	1.5	94.9
18.00	6	4.4	99.3
19.00	1	0.7	100.0
Total	136	100.0	

En la Escala Obsesión por la delgadez (DT) se determinó que el 60.3% de los casos obtuvo puntajes burdos que se ubican en el mismo nivel que lo establecido para la media de su grupo (mujeres adolescentes sin trastornos de conducta alimentaria), lo cual indicó que como grupo, no existe tendencia a la obsesión por la delgadez.

El 39.7% complementario de la muestra obtuvo puntajes burdos por encima de lo establecido para la media de su grupo, en donde si se manifestó preocupación por el peso, las dietas y el miedo a engordar.

Tabla No. 5 Escala Bulimia (B)

Puntaje Burdo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
0.00	84	61.8	61.8
1.00	5	3.7	65.4
2.00	19	14.0	79.4
3.00	14	10.3	89.7
4.00	5	3.7	93.4
5.00	3	2.2	95.6
6.00	1	0.7	96.3
8.00	2	1.5	97.8
10.00	1	0.7	98.5
13.00	1	0.7	99.3
16.00	1	0.7	100.0
Total	136	100.0	

En la Escala Bulimia (B) se indicó que el 65.4% de los casos obtuvo puntajes burdos que se ubican en el mismo nivel que lo establecido para la media de su grupo (mujeres, adolescentes sin trastorno de conducta alimentaria), lo cual señaló que como grupo, no existe tendencia a la bulimia.

Empero, el 34.6% complementario de los casos obtuvo puntajes burdos por encima de lo establecido para la media para su grupo, que señalaron la tendencia a tener pensamientos o darse comilonas o atracones de comida incontrolables.

Tabla No. 6 Escala Insatisfacción Corporal (BD)

Puntaje Burdo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
0.00	25	18.4	18.4
1.00	8	5.9	24.3
2.00	11	8.1	32.4
3.00	18	13.2	45.6
4.00	9	6.6	52.2
5.00	8	5.9	58.1
6.00	6	4.4	62.5
7.00	7	5.1	67.6
8.00	6	4.4	72.1
9.00	4	2.9	75.0
10.00	4	2.9	77.9
11.00	6	4.4	82.4
12.00	2	1.5	83.8
13.00	3	2.2	86.0
14.00	3	2.2	88.2
15.00	5	3.7	91.9
17.00	4	2.9	94.9
18.00	1	0.7	95.6
19.00	1	0.7	96.3
20.00	3	2.2	98.5
22.00	1	0.7	99.3
26.00	1	0.7	100.0
Total	136	100.0	

En la Escala Insatisfacción Corporal (BD) se registró que el 72.1% de los casos obtuvo puntajes burdos que se ubican en el mismo nivel que lo establecido para la media de su grupo (mujeres adolescentes sin trastornos de la conducta alimentaria), lo cual representa que como grupo, no existe la tendencia a sufrir de insatisfacción corporal.

Sin embargo, el 27.9% complementario de la muestra obtuvo puntajes burdos por encima de lo establecido para la media para su grupo, por lo que tienden a padecer de sentimientos de insatisfacción por la forma general de su cuerpo o por las partes del mismo que más preocupan a los que padecen de trastornos de la conducta alimentaria (estómago, caderas, muslos, nalgas).

Tabla No. 7 Escala Ineficacia (I)

Puntaje Burdo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
0.00	52	38.2	38.2
1.00	21	15.4	53.7
2.00	16	11.8	65.4
3.00	16	11.8	77.2
4.00	9	6.6	83.8
5.00	3	2.2	86.0
6.00	3	2.2	88.2
7.00	6	4.4	92.6
8.00	1	0.7	93.4
9.00	1	0.7	94.1
11.00	2	1.5	95.6
12.00	2	1.5	97.1
14.00	2	1.5	98.5
15.00	2	1.5	100.0
Total	136	100.0	

En la Escala Ineficacia (I) se indicó que el 77.2% de los casos obtuvo puntajes burdos que se encuentran en el mismo nivel que lo establecido para la media de su grupo (mujeres adolescentes sin trastornos de la conducta alimentaria), esto muestra que como grupo, no existe la tendencia a sufrir sentimientos de ineficacia.

El 22.8% complementario de la muestra obtuvo puntajes burdos por encima de lo establecido para la media de su grupo, lo cual señala que se inclinan a sufrir de sentimientos de incapacidad general, inseguridad, vacío, autodesprecio, y falta de control sobre la propia vida, un déficit significativo de autoestima.

Tabla No. 8 Escala Perfeccionismo (P)

Puntaje Burdo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
0.00	6	4.4	4.4
1.00	9	6.6	11.0
2.00	5	3.7	14.7
3.00	14	10.3	25.0
4.00	14	10.3	35.3
5.00	17	12.5	47.8
6.00	16	11.8	59.6
7.00	16	11.8	71.3
8.00	6	4.4	75.7
9.00	12	8.8	84.6
10.00	2	1.5	86.0
11.00	8	5.9	91.9
12.00	6	4.4	96.3
13.00	2	1.5	97.8
14.00	1	0.7	98.5
15.00	2	1.5	100.0
Total	136	100.0	

En la Escala Perfeccionismo (P) se concluyó que el 75% de los casos comprenden punteos burdos que se ubican por encima del nivel establecido para la media de su grupo (mujeres adolescentes sin trastornos de la conducta alimentaria), lo cual muestra que tienden a padecer de perfeccionismo, rasgo conductual que se manifiesta por querer alcanzar niveles de rendimiento perfeccionistas y excelentes, además está convencido que las figuras de autoridad esperan de su parte resultados excepcionales.

El 25% complementario de la muestra obtuvo puntajes burdos que se ubican en el mismo nivel que lo establecido para la media de su grupo, lo cual señala que son sujetos libres de pensamientos perfeccionistas.

Tabla No. 9 Escala Desconfianza Interpersonal (ID)

Puntaje Burdo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
0.00	19	14.0	14.0
1.00	24	17.6	31.6
2.00	9	6.6	38.2
3.00	16	11.8	50.0
4.00	7	5.1	55.1
5.00	13	9.6	64.7
6.00	11	8.1	72.8
7.00	9	6.6	79.4
8.00	4	2.9	82.4
9.00	6	4.4	86.8
10.00	3	2.2	89.0
11.00	6	4.4	93.4
12.00	3	2.2	95.6
14.00	3	2.2	97.8
15.00	2	1.5	99.3
17.00	1	0.7	100.0
Total	136	100.0	

En la Escala Desconfianza Interpersonal (ID) se determinó que el 50% de los casos abarcó punteos burdos que se ubican en el mismo nivel que lo establecido para la media de su grupo (mujeres adolescentes sin trastornos de la conducta alimentaria), lo cual establece que no existe la tendencia a manifestar rasgos de desconfianza interpersonal.

Sin embargo, el 50% complementario de la muestra abarcó puntajes burdos que se ubican por encima de lo establecido para la media de su grupo, estos sujetos tienden a mostrar sentimientos de alienación general, desinterés por establecer relaciones íntimas, así como dificultad para expresar los propios sentimientos y pensamientos.

Tabla No. 10 Escala Conciencia Introceptiva (IA)

Puntaje Burdo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
0.00	16	11.8	11.8
1.00	11	8.1	19.9
2.00	10	7.4	27.2
3.00	20	14.7	41.9
4.00	14	10.3	52.2
5.00	7	5.1	57.4
6.00	12	8.8	66.2
7.00	7	5.1	71.3
8.00	2	1.5	72.8
9.00	11	8.1	80.9
10.00	4	2.9	83.8
11.00	3	2.2	86.0
12.00	2	1.5	87.5
13.00	2	1.5	89.0
14.00	1	0.7	89.7
15.00	3	2.2	91.9
16.00	3	2.2	94.1
17.00	3	2.2	96.3
19.00	1	0.7	97.1
20.00	2	1.5	98.5
21.00	1	0.7	99.3
27.00	1	0.7	100.0
Total	136		

En la Escala Conciencia Introceptiva (IA) se indicó que el 52.2% de los casos se integran por puntajes burdos que se ubican por encima del nivel establecido para la media de su grupo (mujeres adolescentes sin trastornos de la conducta alimentaria), lo cual indica que se trata de sujetos que tienden a sufrir de dificultades para reconocer y responder adecuadamente a los estados emocionales, y se relaciona también con la inseguridad para identificar ciertas relaciones viscerales relacionadas con el hambre y la saciedad.

El 47.8% complementario de la muestra comprendió puntajes burdos que se ubican en el mismo nivel de lo establecido para la media de su grupo, estos sujetos no manifiestan confusión en sus estados emocionales relacionados con el hambre y la saciedad.

Tabla No. 11 Escala Miedo a la Madurez (MF)

Puntaje Burdo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
0.00	1	0.7	0.7
1.00	1	0.7	1.5
2.00	2	1.5	2.9
3.00	6	4.4	7.4
4.00	8	5.9	13.2
5.00	14	10.3	23.5
6.00	13	9.6	33.1
7.00	15	11.0	44.1
8.00	8	5.9	50.0
9.00	12	8.8	58.8
10.00	9	6.6	65.4
11.00	6	4.4	69.9
12.00	5	3.7	73.5
13.00	5	3.7	77.2
14.00	6	4.4	81.6
15.00	9	6.6	88.2
16.00	1	0.7	89.0
17.00	7	5.1	94.1
18.00	4	2.9	97.1
19.00	1	0.7	97.8
21.00	1	0.7	98.5
22.00	1	0.7	99.3
23.00	1	0.7	100.0
Total	136	100.0	

En la Escala Miedo a la Madurez (MF) se registró que el 55.9% de los casos comprenden puntajes burdos que se ubican por encima del nivel establecido para la media de su grupo (mujeres adolescentes sin trastornos de la conducta alimentaria), lo cual es un indicador de que estos sujetos tienden a mostrar tendencia a que exista temor a las experiencias psicológicas o biológicas relacionadas con el peso de la adultez, por lo que permanece el deseo de la seguridad de la infancia.

El 44.1% complementario de la muestra se integró por puntajes burdos que se ubican en el mismo nivel que lo establecido para la media de su grupo, lo cual es un indicador de que no manifiestan la tendencia a sentir miedo a la madurez.

Tabla No. 12 Escala Ascetismo (A)

Puntaje Burdo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
0.00	3	2.2	2.2
1.00	4	2.9	5.1
2.00	15	11.0	16.2
3.00	18	13.2	29.4
4.00	11	8.1	37.5
5.00	16	11.8	49.3
6.00	21	15.4	67.4
7.00	12	8.8	73.5
8.00	9	6.6	80.1
9.00	11	8.1	88.2
10.00	4	2.9	91.2
11.00	4	2.9	94.1
12.00	5	3.7	97.8
14.00	2	1.5	99.3
17.00	1	0.7	100.0
Total	136	100.0	

En la Escala Ascetismo (A) se concluyó que el 62.5% de los casos se integran por puntajes burdos que se ubican por encima del nivel establecido para la media de su grupo (mujeres adolescentes sin trastornos de la conducta alimentaria), lo cual es un indicador de que se tiene la tendencia a los rasgos de ascetismo, los cuales se manifiestan por buscar la virtud por medio de ideales espirituales como la autodisciplina, el sacrificio, la autosuperación y el control de las necesidades corporales, incluyendo la restricción oral.

El 37.5% complementario de la muestra se constituyó por puntajes burdos que se ubican en el mismo nivel que el establecido para la media de su grupo, estos sujetos no manifiestan la tendencia a manifestar rasgos de ascetismo.

Tabla No. 13 Escala Impulsividad (IR)

Puntaje Burdo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
0.00	22	16.2	16.2
1.00	4	2.9	19.1
2.00	12	8.8	27.9
3.00	5	3.7	31.6
4.00	7	5.1	36.8
5.00	6	4.4	41.2
6.00	24	17.6	58.8
7.00	9	6.6	65.4
8.00	9	6.6	72.1
9.00	7	5.1	77.2
10.00	5	3.7	80.9
11.00	5	3.7	84.6
12.00	4	2.6	87.5
13.00	5	3.7	91.2
14.00	3	2.2	93.4
15.00	3	2.2	95.6
16.00	1	0.7	96.3
17.00	1	0.7	97.1
18.00	1	0.7	97.8
19.00	2	1.5	99.3
22.00	1	0.7	100.0
Total	136	100.0	

En la Escala Impulsividad (IR) se estableció que el 58.8% de los casos obtuvo puntajes burdos que se ubican en el mismo nivel que el establecido para la media de su grupo (mujeres adolescentes sin trastornos de la conducta alimentaria), estos sujetos no expresan la tendencia a los rasgos de impulsividad.

Sin embargo, el 41.2% complementario de la muestra, abarcó puntajes burdos que se ubican por encima del nivel establecido para la media de su grupo, estos sujetos tienen la tendencia a manifestar dificultades para regular e incapacidad de regular adecuadamente los propios impulsos se ha visto como un síntoma de pronóstico preocupante en los trastornos de la conducta alimentaria.

Tabla No. 14 Escala Inseguridad social (Si)

Puntaje Burdo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
0.00	20	14.7	14.7
1.00	15	11.0	25.7
2.00	20	14.7	40.4
3.00	9	6.6	47.1
4.00	16	11.8	58.8
5.00	16	11.8	70.6
6.00	9	6.6	77.2
7.00	8	5.9	83.1
8.00	7	5.1	88.2
9.00	8	5.9	94.1
10.00	1	0.7	94.9
11.00	1	0.7	95.6
12.00	2	1.5	97.1
13.00	1	0.7	97.8
14.00	1	0.7	98.5
18.00	2	1.5	100.0
Total	136	100.0	

En la Escala Inseguridad Social (SI) se indicó que el 52.9% de los casos obtuvo puntajes burdos que se ubican por encima del nivel establecido para la media de su grupo (mujeres adolescentes sin trastornos de la conducta alimentaria), estos sujetos tienen la tendencia a manifestar creencias de que las relaciones sociales deben de ser tensas, inseguras, incómodas, insatisfactorias y generalmente de escasa calidad. Las personas pueden experimentar falta de seguridad y felicidad en sus relaciones sociales.

Empero, el 47.1% de la muestra no manifiesta rasgos conductuales correspondientes con la inseguridad social.

Tabla No. 15 Estadísticos

	Estatura	Peso en Kilos	Índice de masa corporal
N Válidos	135	135	135
Perdidos	1	1	1
Media	1.5644	55.8815	22.7704
Mediana	1.5600	54.0000	22.0000
Moda	1.60	1.60	20.00
Desv. Típica	0.6558	0.6558	4.1464
Rango	0.35	0.35	21.00
Mínimo	1.36	37	15.00
Máximo	1.71	97	36.00

Tabla No. 16 Estadísticos

	Obsesión por la delgadez (DT)	Bulimia (B)	Insatisfacción Corporal (BD)	Ineficacia (I)	Perfeccionismo (P)
N Válidos	136	136	136	136	136
Perdidos	0	0	0	0	0
Media	5.6544	1.3309	6.0882	2.4485	6.0000
Mediana	4.0000	0.0000	4.0000	1.0000	6.0000
Moda	1.00	0.00	0.00	0.00	5.00
Desv. Típica	5.14008	2.4496	5.8493	3.3902	3.4854
Rango	19.00	16.00	26.00	15.00	15.00
Mínimo	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Máximo	19.00	16.00	26.00	15.00	15.00

Tabla No. 17 Estadísticos

	Desconfianza Interpersonal (ID)	Conciencia Interoceptiva (IA)	Miedo a la Madurez (MF)	Ascetismo (A)
N Válidos	136	136	136	136
Perdidos	0	0	0	0
Media	4.5515	5.9265	9.3529	4.2059
Mediana	3.5000	4.0000	8.5000	6.00
Moda	1.00	3.00	7.00	6.00
Desv. Típica	4.0255	5.3563	4.8020	3.2220
Rango	17.00	27.00	23.00	17.00
Mínimo	0.00	0.00	0.00	0.00
Máximo	17.00	27.00	23.00	17.00

Tabla No. 18 Estadísticos

	Impulsividad	Inseguridad social
N Válidos	136	136
Perdidos	0	0
Media	6.3162	4.2059
Mediana	6.0000	4.0000
Moda	6.00	2.00
Desv. Típica	4.9030	3.6109
Rango	22.00	18.00
Mínimo	0.00	0.00
Máximo	22.00	18.00

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- La población evaluada no presenta alteración significativa en las principales escalas de trastornos en la conducta alimentaria.
- En las escalas miedo a la madurez, perfeccionismo y ascetismo se obtuvo porcentajes altos lo que se considera normal dentro de los sujetos de su edad.
- Las causas de los trastornos de la conducta alimentaria se encuentran relacionadas con los indicadores que evalúan las Escalas del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria.
- El Índice de Masa Corporal considerado normal es de 20.00 a 24.00, en la muestra evaluada correspondió a un porcentaje de 51.1%. Sin embargo el 29.6% de la muestra tienen sobrepeso; y el 19.3% de la muestra no alcanzan a ubicarse en un índice de masa corporal normal.
- La estatura promedio de la muestra se ubicó en 1.56 Mts. y el peso promedio fue de 55.88 Kgs.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda a la Universidad de San Carlos de Guatemala, especialmente a la Escuela de Psicología; desarrollar programas informativos de los trastornos de la conducta alimentaria con el objetivo de capacitar a la población universitaria respecto de sus causas, cómo identificarlos, las formas de prevención, y las consecuencias que traen consigo.
- Para la Institución en la cual se desarrolló el estudio, se recomienda realizar programas informativos respecto de los trastornos de la conducta alimentaria con el correspondiente soporte médico y psicológico. Dichos programas deben de ser dirigidos a estudiantes, padres de familia y docentes de la institución.
- Las personas adolescentes sujetos de estudio que se ubicaron por encima del promedio en las escalas que evalúan los trastornos de la conducta alimentaria, se recomienda que asistan a cursos y talleres para obtener información al respecto.
- Se recomienda a los padres de familia, que deben de establecer y fortalecer una comunicación abierta y efectiva con sus hijas, que permita a las adolescentes compartir con ellos sus temores así como sus aspiraciones.
- Que otros investigadores realicen investigaciones vinculantes al tema para profundizar el conocimiento de los trastornos de la conducta alimentaria, en donde la población sea diferente en lo que respecta a área geográfica, nivel socioeconómico, y rango de edad.

- Se recomienda la creación, validación o adaptación a poblaciones guatemaltecas, de instrumentos que estudien los trastornos de la conducta alimentaria.
- Validar y/o fortalecer el taller de prevención primaria aplicado.

BIBLIOGRAFÍA

Aguinaga, et. al. (2000): *"Infancia y Adolescencia: La mirada de los adultos"*
Madrid: Editorial Ministerio Asuntos Sociales.

Buil Rada, Carlos, et al, (2001): *"Trastornos de la Conducta Alimentaria: Anorexia y Bulimia"* Grupo de Trabajo sobre Salud Reproductiva en la Adolescencia.
Sociedad Española de Contracepción.

CRISOL enero (2006): *Suplemento de Ciencia y Tecnología N. 187* Costa Rica Dr.
Rafael Monge Rojas

DSM - IV (2001): *"Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales"*
Barcelona: Masson, S.A.

Fairburn CG. (1998): *"La superación de los atracones de comida"*. Barcelona:
Editorial Paidós

Fernández, F., Turón, V. (1998): *"Trastornos de la alimentación"* Guía básica de
tratamiento en anorexia y bulimia. Barcelona: Masson

Gismero Gonzalez E. (1996): *"Habilidades sociales y Anorexia nerviosa"*_Madrid:
Universidad Pontificia Comillas

Gómez, Paloma (1996): *"Anorexia nerviosa. La prevención en familia"*_Madrid:
Editorial Pirámide

Hernandez Sampieri, Roberto et.al. (2003): *"Metodología de la Investigación"* 3ª.
Edición Mexico: McGraw-Hill Interamericana

Kirszman, Diana y Salgueiro, Ma. del Carmen, (2002): *"El enemigo en el espejo"*
Madrid España: TEA Ediciones, S.A.

Palazzoli M., Selvini (1999): *“Muchachas anoréxicas y bulímicas”* 1º. Edición, Buenos Aires: Editorial Paidós

PSICOCENTRO (2003): Artículo *“Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia, bulimia y vigorexia”* España: Dra. Olivia A. Sandoval Shaik

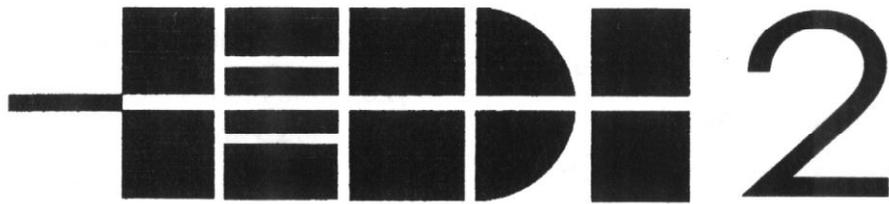
Raich, R. M. (2002): *“Anorexia y bulimia: trastornos alimentarios”* Madrid: Editorial Pirámide

Ruiz Lázaro PM (1998): *“Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en España”* Pediatría 1

Toro J. (1996): *“El cuerpo como delito”* Barcelona: Ariel Ciencia

ANEXOS

1. Cuadernillo de preguntas EDI-2
2. Hoja de respuestas EDI-2
3. Planificación del taller
4. Bifoliar
5. Resumen



CUESTIONARIO

INSTRUCCIONES

Debes contestar a las frases que se proponen. Algunas se refieren a la comida y otras a los sentimientos o actitudes que experimentas.

Las respuestas debes anotarlas en la hoja de respuestas que se te ha entregado aparte. No debes hacer ninguna corrección en este cuadernillo.

En cada frase contesta si lo que se dice te ocurre.

CONTESTA A TODAS LAS FRASES CON SINCERIDAD

0	1	2	3	4	5
Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre

- 1 Como dulces e hidratos de carbono sin preocuparme.
- 2 Creo que mi estómago es demasiado grande.
- 3 Me gustaría volver a ser niño para sentirme seguro.
- 4 Suelo comer cuando estoy disgustado.
- 5 Suelo hartarme de comida.
- 6 Me gustaría ser más joven.
- 7 Pienso en ponerme a dieta.
- 8 Me asusto cuando mis sentimientos son muy fuertes.
- 9 Pienso que mis muslos son demasiado gruesos.
- 10 Me considero una persona poco eficaz.
- 11 Me siento muy culpable cuando como en exceso.
- 12 Creo que mi estómago tiene el tamaño adecuado.
- 13 En mi familia sólo se consideran suficientemente buenos los resultados sobresalientes.
- 14 La infancia es la época más feliz de la vida.
- 15 Soy capaz de expresar mis sentimientos.
- 16 Me aterroriza la idea de engordar.
- 17 Confío en los demás.

- 18 Me siento solo en el mundo.
 - 19 Me siento satisfecho con mi figura.
 - 20 Creo que generalmente controlo las cosas que me pasan en la vida.
 - 21 Suelo estar confuso sobre mis emociones.
 - 22 Preferiría ser adulto a ser niño.
 - 23 Me resulta fácil comunicarme con los demás.
 - 24 Me gustaría ser otra persona.
 - 25 Exagero o doy demasiada importancia al peso.
 - 26 Puedo reconocer las emociones que siento en cada momento.
 - 27 Me siento incapaz.
 - 28 He ido a comilonas en las que sentí que no podía parar de comer.
 - 29 Cuando era pequeño, intentaba con empeño no decepcionar a mis padres y profesores.
 - 30 Tengo amigos íntimos.
 - 31 Me gusta la forma de mi trasero.
 - 32 Estoy preocupado porque querría ser una persona más delgada.
 - 33 No sé qué es lo que ocurre en mi interior.
 - 34 Me cuesta expresar mis emociones a los demás.
- CONTINÚE EN LA PÁGINA SIGUIENTE**

0	1	2	3	4	5
Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre

- 35 Las exigencias de la vida adulta son excesivas.
- 36 Me fastidia no ser el mejor en todo.
- 37 Me siento seguro de mí mismo.
- 38 Suelo pensar en darme un atracón.
- 39 Me alegra haber dejado de ser un niño.
- 40 No sé muy bien cuándo tengo hambre o no.
- 41 Tengo mala opinión de mí.
- 42 Creo que puedo conseguir mis objetivos.
- 43 Mis padres esperaban de mí resultados sobresalientes.
- 44 Temo no poder controlar mis sentimientos.
- 45 Creo que mis caderas son demasiado anchas.
- 46 Como con moderación delante de los demás, pero me doy un atracón cuando se van.
- 47 Me siento hinchado después de una comida normal.
- 48 Creo que las personas son más felices cuando son niños.
- 49 Si engordo un kilo, me preocupa que pueda seguir ganado peso.
- 50 Me considero una persona valiosa.
- 51 Cuando estoy disgustado no sé si estoy triste, asustado o enfadado.

- 52 Creo que debo hacer las cosas perfectamente o no hacerlas.
- 53 Pienso en vomitar para perder peso.
- 54 Necesito mantener cierta distancia con la gente; me siento incomodo si alguien se acerca demasiado.
- 55 Creo que el tamaño de mis muslos es adecuado.
- 56 Me siento emocionalmente vacío en mi interior.
- 57 Soy capaz de hablar sobre aspectos personales y sentimientos.
- 58 Los mejores años de tu vida son cuando llegas a ser adulto.
- 59 Creo que mi trasero es demasiado grande.
- 60 Tengo sentimientos que no puedo identificar del todo.
- 61 Como o bebo a escondidas.
- 62 Creo que mis caderas tienen el tamaño adecuado.
- 63 Me fijo objetivos sumamente ambiciosos.
- 64 Cuando estoy disgustado, temo empezar a comer.
- 65 La gente que me gusta de verdad suele acabar defraudándome.
- 66 Me avergüenzo de mis debilidades humanas.

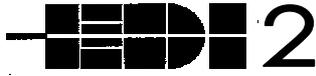
CONTINÚE EN LA PÁGINA SIGUIENTE

0	1	2	3	4	5
Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre

- 67 La gente dice que soy una persona emocionalmente inestable.
- 68 Me gustaría poder tener un control total sobre mis necesidades corporales.
- 69 Suelo sentirme a gusto en la mayor parte de las situaciones de grupo.
- 70 Digo impulsivamente cosas de las que después me arrepiento.
- 71 Me esfuerzo por buscar cosas que producen placer.
- 72 Debo tener cuidado con mi tendencia a consumir drogas.
- 73 Soy comunicativo con la mayoría de la gente.
- 74 Las relaciones con los demás hacen que me sienta atrapado.
- 75 La abnegación me hace sentir más fuerte espiritualmente.
- 76 La gente comprende mis verdaderos problemas.
- 77 Tengo pensamientos extraños que no puedo quitarme de la cabeza.
- 78 Comer por placer es signo de debilidad moral.

- 79 Soy propenso a tener ataques de rabia o de ira.
- 80 Creo que la gente confía en mi tanto como merezco.
- 81 Debo tener cuidado con mi tendencia a beber demasiado alcohol.
- 82 Creo que estar tranquilo y relajado es una pérdida de tiempo.
- 83 Los demás dicen que me irrito con facilidad.
- 84 Tengo la sensación de que todo me sale mal.
- 85 Tengo cambios de humor bruscos.
- 86 Me siento incómodo por las necesidades de mi cuerpo.
- 87 Prefiero pasar el tiempo solo que estar con los demás.
- 88 El sufrimiento te convierte en una persona mejor.
- 89 Se que la gente me aprecia.
- 90 Siento la necesidad de hacer daño a los demás o a mi mismo.
- 91 Creo que realmente sé quién soy.

FIN DE LA PRUEBA



**HOJA DE RESPUESTAS
Y PERFIL**

Nombre

Centro

Fecha - - Edad Sexo

Estatura (centímetros) Peso (kilogramos)

0	1	2	3	4	5
Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre

Rodee la opción elegida. Ejemplo

0 1 2 3 4 5

1	0	1	2	3	4	5
2	0	1	2	3	4	5
3	0	1	2	3	4	5
4	0	1	2	3	4	5
5	0	1	2	3	4	5
6	0	1	2	3	4	5
7	0	1	2	3	4	5
8	0	1	2	3	4	5
9	0	1	2	3	4	5
10	0	1	2	3	4	5
11	0	1	2	3	4	5
12	0	1	2	3	4	5
13	0	1	2	3	4	5
14	0	1	2	3	4	5
15	0	1	2	3	4	5
16	0	1	2	3	4	5
17	0	1	2	3	4	5
18	0	1	2	3	4	5
19	0	1	2	3	4	5
20	0	1	2	3	4	5
21	0	1	2	3	4	5
22	0	1	2	3	4	5
23	0	1	2	3	4	5

24	0	1	2	3	4	5
25	0	1	2	3	4	5
26	0	1	2	3	4	5
27	0	1	2	3	4	5
28	0	1	2	3	4	5
29	0	1	2	3	4	5
30	0	1	2	3	4	5
31	0	1	2	3	4	5
32	0	1	2	3	4	5
33	0	1	2	3	4	5
34	0	1	2	3	4	5
35	0	1	2	3	4	5
36	0	1	2	3	4	5
37	0	1	2	3	4	5
38	0	1	2	3	4	5
39	0	1	2	3	4	5
40	0	1	2	3	4	5
41	0	1	2	3	4	5
42	0	1	2	3	4	5
43	0	1	2	3	4	5
44	0	1	2	3	4	5
45	0	1	2	3	4	5
46	0	1	2	3	4	5

47	0	1	2	3	4	5
48	0	1	2	3	4	5
49	0	1	2	3	4	5
50	0	1	2	3	4	5
51	0	1	2	3	4	5
52	0	1	2	3	4	5
53	0	1	2	3	4	5
54	0	1	2	3	4	5
55	0	1	2	3	4	5
56	0	1	2	3	4	5
57	0	1	2	3	4	5
58	0	1	2	3	4	5
59	0	1	2	3	4	5
60	0	1	2	3	4	5
61	0	1	2	3	4	5
62	0	1	2	3	4	5
63	0	1	2	3	4	5
64	0	1	2	3	4	5
65	0	1	2	3	4	5
66	0	1	2	3	4	5
67	0	1	2	3	4	5
68	0	1	2	3	4	5

69	0	1	2	3	4	5
70	0	1	2	3	4	5
71	0	1	2	3	4	5
72	0	1	2	3	4	5
73	0	1	2	3	4	5
74	0	1	2	3	4	5
75	0	1	2	3	4	5
76	0	1	2	3	4	5
77	0	1	2	3	4	5
78	0	1	2	3	4	5
79	0	1	2	3	4	5
80	0	1	2	3	4	5
81	0	1	2	3	4	5
82	0	1	2	3	4	5
83	0	1	2	3	4	5
84	0	1	2	3	4	5
85	0	1	2	3	4	5
86	0	1	2	3	4	5
87	0	1	2	3	4	5
88	0	1	2	3	4	5
89	0	1	2	3	4	5
90	0	1	2	3	4	5
91	0	1	2	3	4	5

Planificación Conferencia-Taller

CONDUCTA ALIMENTARIA Y SUS TRASTORNOS

Objetivo

Brindar información adecuada sobre el tema a la población objeto de estudio.

Actividades

- Entregar gafetes, entregar hojas (entrada)
- Firmar asistencia (entrada)
- Palabras de bienvenida (hoy es un día lindo)
- Dinámica rompe hielo
(ANTES- AHORA -DESPUÉS) Participación de 3/5 alumnos
- Concepto de conducta alimentaria
- Cuáles son sus trastornos
(anotar individualmente la idea que tienen de anorexia y bulimia)
Participación de 3/5 alumnos
- Qué son los trastornos alimenticios
- Quiénes padecen estos trastornos
- Causas de los trastornos alimenticios
_____ Grupos de _____ analizar las siguientes imágenes dando respuesta a las preguntas
 1. Cuál es la población a la que van dirigidas.
 2. Cuál es el producto que desean vender.
 3. Cuáles son los mensajes implícitos que acompañan la imagen
 4. Cuáles son las mentiras, deformaciones de la realidad o exageraciones que acompañan la imagen
- Cómo se detectan los trastornos alimenticios (SIGNOS Y SINTOMAS)
- Consecuencias de los trastornos alimenticios
- Qué hacer en caso de padecer o conocer a alguien con trastornos alimenticios.
- Cómo alimentarnos sanamente
- Tablas de peso según talla (hombres y mujeres)
- Dinámica “me pongo tus zapatos”

Intenta ponerte en el lugar de una anoréxica (como las de las fotografías de abajo) y trata de explicar cómo es que siguen viéndose gordas.

Cuando se produce un ingreso de urgencia en un hospital, a la joven anoréxica se le prohíbe ver la televisión durante los primeros días. Explica este hecho.

- Preguntas-dudas-comentarios
- Repartir bifolios
- Palabras de agradecimiento

Esa gran preocupación de la persona por el peso, por no engordar o por estar todavía más delgada hace que pierda el control sobre su alimentación y luego ya no pueda comer aunque quiera. La imagen que tiene de sí misma, de su cuerpo, está distorsionada y no corresponde a la realidad porque por más delgada que esté, cuando se mira en el espejo no puede evitar pensar: "¡qué horror! ¡estoy gordísima!".

¿Quiénes padecen Anorexia y/o Bulimia?

Estos trastornos se presentan en hombres y mujeres, aunque son las mujeres quienes más los padecen:

- **9 de cada 10 personas que padecen Anorexia y/o Bulimia son mujeres.**
- **Se presenta con más frecuencia entre los 12 y los 25 años.**

¿Cuáles son sus causas?

Los trastornos alimenticios son provocados por la combinación de factores psicológicos, familiares y personales, fuertemente influidos por el contexto social.

El entorno social define que un hombre debe ser delgado pero musculoso, y que la mujer delgada es bonita, atractiva, aceptada y exitosa. Lo vemos en las revistas, el cine y la televisión y lo vivimos todos los días en la familia, la escuela y el trabajo.

Además, se nos vende la idea de que todos podemos tener un cuerpo de modelo si hacemos ejercicio, si nos operamos, si compramos determinados productos o si nos ponemos a dieta.

Los trastornos alimenticios también ocultan problemas familiares y personales como conflictos afectivos, malas relaciones con los demás, dificultades familiares, experiencias de invalidez o de violencia, temor a crecer, sensación de falta de desarrollo personal, de vacío y de no tener un lugar en el mundo, entre otros. Así, por ejemplo, si los papás de una chica se pelean, ella se encierra en la cocina y se pone a comer para no escuchar la discusión y luego vomita; o bien, otra chica puede creer que su valor sólo depende de el cómo se ve, y si bajó dos kilos y le dicen que se ve flaca siente que tiene éxito. También puede suceder que un chico sienta que sus papás o hermanos no lo dejan hablar, ni decidir por sí mismo, que le faltan al respeto y que no puede tener control sobre lo que ellos responden por

él cuando le preguntan algo, pero en cambio, sí hay algo que él puede controlar: lo que come o incluso lo que decide dejar de comer.

¿Cómo se detectan los trastornos alimenticios?

Hay señales que se ven a simple vista. La persona anoréxica baja mucho de peso, se ve flaca y desnutrida: tiene la piel reseca y de color grisáceo o amarillento, se le quiebran fácilmente las uñas, se le cae el cabello y siempre tiene frío.

La bulimia es más difícil de notar porque los atracones y las compensaciones de ayuno y vómito se hacen en secreto, a solas y no siempre derivan en una pérdida de peso. Los constantes vómitos provocan pérdida del esmalte en los dientes, que se ven amarillos y a veces aparecen callos en los nudillos de los dedos de las manos.

Es común que las personas con trastornos alimenticios se aislen socialmente y se pongan de mal humor con facilidad, sobre todo en las horas de comida en las que se ponen muy nerviosas y prefieren hacerlo a solas; se muestran ansiosos, irritables y padecen tristeza o depresión. La preocupación por su imagen y por la delgadez se extiende a su alrededor y preguntan mucho a los demás cómo se ven, se comparan con otras personas y critican mucho a las personas gordas.

¿Cómo afectan a la salud los trastornos alimenticios?

Alguien con anorexia, después de un tiempo, ya no tiene fuerzas para hacer las actividades de un día normal como ir a la escuela, a trabajar o salir con sus amistades, pero lo sigue haciendo y sigue sin comer.

Una persona bulímica que se induce vómito diez o quince veces al día somete su cuerpo a desequilibrios muy peligrosos e impone a sus órganos funciones para las que no están hechos. Los trastornos alimenticios afectan de manera importante la salud, veamos:

Corazón

- Alteraciones del ritmo cardíaco y de la presión arterial.
- Mala circulación sanguínea.
- Disminución del tamaño de las cavidades del corazón.
- Paro cardíaco.

Riñones

- Reducción en sangre de sustancias básicas potasio, fósforo, etcétera.
- Hinchazón por retención de líquidos.
- Cálculos renales.

Sangre

- Anemia y reducción de plaquetas (que sirven para la coagulación).
- Reducción de los glóbulos blancos o de los rojos.

Aparato digestivo

- Constipación, diarrea, dolor estomacal.
- Úlceras (agujeros) gástricas y cáncer en el esófago.

Huesos

- Estancamiento del crecimiento y de la maduración de los huesos.
- Aumento del riesgo de fracturas.

Hormonas

- Interrupción o irregularidades de la menstruación.
- Pérdida de interés en la sexualidad y anomalías en los testículos.

¿Qué hacer en caso de padecer o conocer a alguien con trastornos alimenticios?

Como te habrás dado cuenta, los trastornos alimenticios no son cosa simple y para tratarlos adecuadamente se requiere de atención médica, psicológica y nutricional.

Cuando los trastornos alimenticios funcionan como válvula de escape o reguladores de problemas que hay en la familia, es conveniente que ésta participe en el proceso de atención, no sólo por beneficio del paciente, sino por el de la familia misma.

La psicoterapia, individual o grupal es útil porque facilita que la persona enferma reconozca y acepte su trastorno y comience a buscar soluciones.

Cuando una persona ha bajado tanto de peso que su vida está en riesgo y la familia no la apoya, la hospitalización es necesaria, aunque no es suficiente.

La atención psicológica es indispensable. Los trastornos alimenticios ponen en riesgo no sólo la vida social, laboral o familiar, sino la vida misma.

Talla _____

Peso Libras _____ Kilos _____

Peso promedio (ideal) _____

Tu eres importante, CUIDA tu SALUD...

CONDUCTA ALIMENTARIA Y SUS TRASTORNOS

Conducta alimentaria

La conducta alimentaria se define como el comportamiento normal relacionado con: los hábitos de alimentación, la selección de alimentos que se ingieren, las preparaciones culinarias y las cantidades ingeridas de ellos.

La conducta alimentaria no es tan sólo un acto reflejo que evita la aparición de las sensaciones de hambre, sino que tiene una significación propia en la que intervienen experiencias previas, recuerdos, sentimientos, emociones y necesidades.

¿Qué son los trastornos alimenticios?

Una persona tiene un trastorno alimenticio cuando su cuerpo no recibe los nutrientes que necesita para funcionar adecuadamente, así como para estar sana de acuerdo con su edad, estatura y ritmo de vida. Dichos trastornos son, entre otros, la Anorexia y la Bulimia.

La Anorexia y la Bulimia son padecimientos que, aunque cada vez se mencionan más, no se conocen bien sus características y el peligro que representan para la salud. Las personas con Anorexia o Bulimia están muy preocupadas por bajar de peso o por no subirlo.

Cuando alguien tiene Anorexia deja de comer lo que necesita, pero no por falta de apetito sino porque está muy preocupada por estar delgada y todo el tiempo piensa en cuánto y cómo come: "me comí una manzana en todo el día, ¿cuánto me va a subir de peso?" o "¡qué horror!... Estoy gordísimo, sólo voy a comer dos zanahorias para estar flaco." Se la pasan viéndose en el espejo, midiéndose su ropa para comprobar que no han subido de peso y se comparan con otras personas: "¿ves a esa chica? Está más flaca que yo, ¿verdad?".

Alguien con Bulimia se da un atracón de comida sin disfrutarla y luego se siente tan mal, tan culpable por haber comido tanto que hace algo para compensarlo: se provoca el vómito, se pone a hacer ejercicio hasta no poder moverse más, se toma esas pastillas que ha oído que a otros les ayuda a ir al baño o deja de comer algunos días.

Una misma persona puede presentar conductas anoréxicas y bulímicas. Si obligas a comer a alguien con anorexia, va a hacer algo para sacarse eso que "lo va a engordar" y se va a provocar el vómito o se va a laxar; una persona bulímica puede pasarse varios días sin comer antes de darse un atracón y luego ponerse a hacer ejercicio sin parar.

RESUMEN

Trastornos de la conducta alimentaria un estudio realizado con estudiantes de género femenino comprendidas entre los 15 y 19 años de edad, que cursan cuarto, quinto y sexto magisterio preprimaria y primaria en la Escuela Normal Intercultural ubicada en el municipio de Amatitlán. La población proviene del centro y las aldeas del municipio en mención, se caracteriza por pertenecer al nivel socioeconómico medio y medio bajo. Los objetivos planteados fueron investigar las causas y el porcentaje en el que se presentan los trastornos de la conducta alimentaria y brindar información adecuada sobre el tema a la población objeto de estudio. Se aplicó a la muestra de 136 individuos el INVENTARIO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EDI-2 de David M. Garner que permite puntuar a través de sus 91 elementos en 11 escalas, siendo las 8 principales (obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva y miedo a la madurez) y 3 adicionales (ascetismo, impulsividad e inseguridad social). Puede aplicarse individualmente o colectivo, a sujetos de 11 años en adelante, el tiempo de aplicación es de 20 minutos aproximadamente. Así mismo se llevó a cabo la prevención primaria a través de un taller - conferencia para las alumnas de la Escuela donde se aplicó la prueba. La población evaluada no presenta alteración significativa en las principales escalas de trastornos en la conducta alimentaria. En las escalas miedo a la madurez, perfeccionismo y ascetismo se obtuvo porcentajes altos lo que se considera normal dentro de los sujetos de su edad. Se sugiere que otros investigadores realicen investigaciones vinculantes al tema para profundizar el conocimiento de los trastornos de la conducta alimentaria, en donde la población sea diferente en lo que respecta a área geográfica, nivel socioeconómico y rango de edad.