

Universidad Rafael Landívar
Campus de Quetzaltenango
Facultad de Humanidades

**“Prevalencia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria
en Mujeres Adolescentes”**

TESIS

Eva María Marroquín de Grijalva

Carné 1553304

Quetzaltenango, octubre de 2009

Universidad Rafael Landívar
Campus de Quetzaltenango
Facultad de Humanidades

**“Prevalencia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria
en Mujeres Adolescentes”**

TESIS

Presentada a Coordinación de Facultad de
Humanidades

Por

Eva María Marroquín de Grijalva

Previo a conferirle el título de

Psicóloga

En el grado académico de

Licenciada

Quetzaltenango, octubre de 2009

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR

CAMPUS CENTRAL

RECTOR	Padre Rolando Enrique Alvarado S.J.
VICERRECTORA ACADEMICA	Doctora Lucrecia Méndez de Penedo
VICERRECTOR DE INVESTIGACION Y PROYECCION SOCIAL	Padre Carlos Cabarrús Pellecer S.J.
VICERRECTOR DE INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA	Padre Eduardo Valdés Barria S.J.
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO	Licenciado Ariel Rivera Irias
SECRETARIA GENERAL	Licenciada Fabiola Padilla de Lorenzana

DECANATURA DE LA FACULTAD DE HUMANIDADES

CAMPUS CENTRAL

DECANA	M.A. Hilda de Caballeros
VICEDECANA	M.A. Hosy Benjamer Orozco
SECRETARIO	Licenciado Ernesto Antonio Burgos Fetzer
DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA	Doctor Vinicio Toledo Jurado
DIRECTORA DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACION	M.A. Hilda Díaz Godoy
DIRECTORA DEL DEPARTAMENTO DE CIENCIAS DE LA COMUNICACION	Licda. Nancy Avedaño
DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO DE LETRAS Y FILOSOFIA	M.A. Ernesto Loukota

**MIEMBROS DEL CONSEJO DIRECTIVO
CAMPUS DE QUETZALTENANGO**

DIRECTOR DE CAMPUS	Arquitecto Manrique Sáenz Calderón
SUB-DIRECTOR DE CAMPUS Y COORDINADOR DE INGERACION UNIVERSITARIA DE CAMPUS	Msc. P. José María Ferrero S.J.
COORDINADOR ADMINISTRATIVO DE CAMPUS	Lic. Alberto Axt Rodríguez
COORDINADOR ACADEMICO DE CAMPUS	Ing. Jorge Derik Lima Par

ASESOR

Dr. Byron Orlando Recinos del Cid

**MIEMBROS DE LA
TERNA EXAMINADORA**

Especialista en Contenido	Licenciado Carlos Ovalle Gramajo
Especialista en Estadística	Licenciado Rosni Estiben Samayoa Jacobs
Especialista en Metodología	Licenciado Gustavo Franco

Quetzaltenango, Febrero de 2009.

Ingeniero
Derick Lima Par
Coordinador Académico de Campus
Campus de Quetzaltenango
Universidad Rafael Landívar

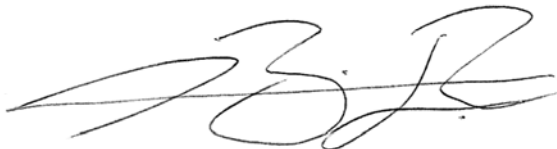
Estimado Licenciado Lima:

Reciba un cordial saludo deseándole muchos éxitos en sus labores cotidianas, el motivo de la presente es para manifestarle que en su oportunidad fui nombrado como asesor de tesis de la estudiante **EVA MARÍA MARROQUÍN DE GRIJALVA**, con carné No. **1553304**, de la Facultad de Humanidades, con el tema **"PREVALENCIA DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN MUJERES ADOLESCENTES"**, estudio a realizarse en tres instituciones educativas privadas de Quetzaltenango, con adolescentes entre 15 y 17 años.

Deseo manifestar que la investigación realizada por la estudiante Marroquín de Grijalva es un buen aporte para las adolescentes, los padres de familia y educadores ya que permite dar orientación oportuna y sobre todo prevenirlos para que este tipo de trastornos no sigan en aumento así mismo, es de mucho valor para los profesionales en la psicología, pues facilita el conocimiento de las distintas características que suelen presentarse debido a que la mayor parte pasan desapercibidas en las etapas iniciales y son descubiertas lastimosamente en etapas intermedias o finales.

Así mismo, el estudio realizado cumple con todos los requisitos establecidos por la Universidad Rafael Landívar, por lo que de manera muy atenta solicito se asigne la terna evaluadora correspondiente para la ulterior aprobación de la misma.

Atentamente,



Dr. Byron Orlando Recinos Del Cid
Asesor



Universidad
Rafael Landívar

Tradición Jesuita en Guatemala

CAMPUS DE QUETZALTENANGO
Coordinación Académica de Campus
Teléfono (502) 77229900 ext. 9863
Fax: (502) 77229864
14 Avenida 0-43 zona 3. Quetzaltenango
dlima@uri.edu.gt

**COORDINACIÓN ACADÉMICA DE CAMPUS
UNIVERSIDAD RAFAEL LANDIVAR
CAMPUS DE QUETZALTENANGO**

De acuerdo al dictamen rendido por el Doctor Byron Orlando Recinos del Cid, asesor de la tesis: **"PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN MUJERES ADOLESCENTES"** presentada por el (a) estudiante **Eva María Marroquín de Grijalva**, y la Aprobación de la Defensa Privada de Tesis, según consta en el acta No. PT 285-09 de fecha 01 de octubre del año dos mil nueve, esta Coordinación autoriza la impresión previo a su graduación profesional de Psicóloga, en el grado académico de Licenciada.

Quetzaltenango, 13 de octubre de dos mil nueve.


Ingeniero Jorge Derik Lima Par
COORDINACIÓN ACADÉMICA DE CAMPUS



NOTA: Únicamente el autor es responsable del contenido, doctrinas y criterios sustentados en su TESIS

Agradecimientos

A la Universidad Rafael Landívar

Por las enseñanzas y experiencias que me ha brindado día a día.

A los centros educativo privados

Por permitir la realización de esta investigación.

Al Dr. Byron Recinos

Por su esfuerzo, dedicación y asesoría.

A la Ing. Ana Celia De León

Por su asesoría, consejos y sobre todo su amistad.

Dedicatorias

A Dios

Por ser quien guía mis pasos con sabiduría y templanza.

A mi persona

Por haber aprovechado cada momento, a pesar de las tribulaciones.

A mi esposo

Por su amor, paciencia y su constante apoyo para la realización de mi trabajo. Así como su ejemplo de perseverancia y coraje para obtener lo que se proponga.

A mi hijo

Por quien me inspire para poder realizar este sueño, ya que con sus gestos y amor me dio fuerzas para continuar con mis estudios.

A mis padres (QEPD)

Por haber sido pilares importantes en mi vida ya que gracias a su calor y valor en sus consejos brindados, hoy soy producto de sus enseñanzas y apoyo incondicional.

A mis suegros

Por haberme abierto las puertas de su hogar y de su corazón y por hacerme sentir que son mis segundos padres.

A mis hermanos

Por todo su cariño, paciencia, amor y por haberme apoyado tanto.

Índice

	Pág.
I. Introducción	1
1.1 Trastornos de la conducta alimentaria	5
1.1.1 Definición	5
1.1.2 Tratamiento.....	13
1.1.3 Anorexia nerviosa	27
1.1.4 Bulimia nerviosa.....	38
1.1.5 Trastorno de la conducta alimentaria no especificado	47
1.2 Adolescentes mujeres.....	48
1.2.1 Definición	48
1.2.2 La hebiatría.....	49
1.2.3 Problemas más frecuentes en la adolescencia	49
1.2.4 Amenazas más comunes entre las adolescentes.....	56
1.2.5 Riesgos de la adolescencia	57
II. Planteamiento del Problema	58
2.1 Objetivos	59
2.1.1 Objetivo general.....	59
2.1.2 Objetivos específicos	59
2.2 Hipótesis.....	59
2.3 Variables de estudio.....	59
2.3.1 Definición de las variables.....	60
2.4 Alcances y límites.....	60
2.5 Aporte.....	61
III. Método.....	62
3.1 Sujetos.....	62
3.2 Instrumento	62
3.3 Procedimiento.....	64
3.4 Diseño y metodología estadística	65
VI. Presentación y Análisis de Resultados	67
V. Discusión de Resultados	70

VI.	Propuesta	72
VII.	Conclusiones	80
VIII.	Recomendaciones.....	82
IX.	Referencias Bibliográficas	83

Anexos

Resumen

En occidente el concepto que se ha desarrollado de belleza es la delgadez, actualmente más de la tercera parte de la juventud quiere adelgazar, debido a la presión que el medio ejerce sobre esta. El objetivo general fue de determinar la prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria que hay en las adolescentes de 15 a 17 años, que estudian en las instituciones educativas privadas, en la cabecera municipal de Quetzaltenango. Los específicos fueron establecer cuál es el trastorno de la conducta alimentaria que se da con mayor frecuencia entre las adolescentes, verificar la existencia de relación entre los mismos trastornos de la conducta alimentaria y así poder proponer un programa para la prevención de estos trastornos en los establecimientos educativos privados. La hipótesis alterna consistió en confirmar si existen casos de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa entre las adolescentes estudiadas.

El total de sujetos consistió en 142 adolescentes mujeres, comprendidas entre las edades antes mencionadas, para la recolección de los datos se utilizó el inventario EDI-2, para obtener si existe trastorno de la conducta alimentaria y su consecuente severidad. Este estudio es una investigación de tipo descriptiva, con un diseño *expost-factum*, a través de tablas estadísticas, porcentajes, graficas (tipo pastel o diagrama de dispersión) y el coeficiente de correlación. El resultado que se obtuvo es que existe prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en un 31% en las adolescentes que están comprendidas entre las edades de 15 a 17 años de las 3 instituciones educativas privadas de la cabecera municipal de Quetzaltenango.

Una de las conclusiones a la cual se llegó es la responsabilidad de los centros de educación crear e implementar programas de identificación de las pacientes con este tipo de trastornos así como contar con una red de apoyo profesional conformada por médicos, nutricionistas y psicólogos clínicos entrenados en el manejo de los mismos, que estén a la disposición de las estudiantes dentro de sus centros para así prevenir y tratar un problema que está yendo en aumento.

I. Introducción

En los últimos años ha ido en aumento la búsqueda de la perfección que tiene distintas formas de manifestarse y algunas de ellas difieren notablemente entre sí. Los trastornos de la conducta alimentaria como la Anorexia y la Bulimia nerviosas, vienen de la mano de la denominada "cultura de la delgadez". En definitiva se trata de una obsesión moderna por la perfección del cuerpo, es la nueva "epidemia del culto al cuerpo". Estos trastornos comparten varios síntomas en común, desear una imagen corporal perfecta y distorsionar la realidad frente al espejo. Esto ocurre porque ser físicamente perfecto se ha convertido en uno de los objetivos principales de las sociedades desarrolladas. Es una meta impuesta por nuevos modelos de vida en los que el aspecto parece ser el único sinónimo válido de éxito, felicidad e incluso salud.

Es lamentable el número de personas que desearían estar en el "cuerpo de otro", según los expertos en psiquiatría desear una imagen perfecta o casi perfecta no implica padecer una enfermedad mental, sin embargo aumenta las posibilidades de que aparezca. Y es en la adolescencia, cuando este tipo de obsesión se está convirtiendo en una pesadilla, ya que con una personalidad aún no configurada ni aceptada, con unos medios de comunicación que transmiten constantemente modelos de perfección y belleza, sacrificando su salud y llegando hasta las últimas consecuencias en sus conductas inadecuadas. Es preocupante el impacto que los trastornos de la conducta alimentaria ejercen sobre las mujeres.

Esta investigación busca determinar si existe alguna prevalencia de estos trastornos en las adolescentes comprendidas entre las edades de 15 a 17 años, de tres colegios privados de la ciudad de Quetzaltenango. Es importante poder determinar la misma, con el fin de que los padres reciban un tipo de orientación adecuada en cuanto al inicio y desarrollo de este tipo de trastornos, proveyéndoles la información y apoyo necesario. A continuación se mencionan algunas de las pocas investigaciones que se han realizado presentadas por diferentes investigadores, tales como:

Rodríguez (2,000), los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) constituyen un problema social en la actualidad por distintas razones. Entre éstas se encuentran que la presencia de tantos casos de trastornos de la conducta alimentaria, principalmente la bulimia y la anorexia, ha llevado a considerar estas enfermedades como una auténtica epidemia. Basta pensar que en los últimos 10-15 años el número de casos se ha multiplicado en un 30%. Las

edades en que aparece con especial preferencia (12-25 años) son, por sí mismas, aspectos de gran preocupación, teniéndose constancia de que la edad de aparición es cada vez más temprana. Entre los adolescentes estos trastornos son la tercera enfermedad crónica más común. Afecta fundamentalmente a la mujer en una proporción de 10 a 1 respecto al varón. Los dos trastornos más representativos del grupo son la anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN).

Paíz (2,003), en su investigación "Estudio Comparativo de las Prevalencias Interfacultades del Trastorno de Conducta Alimentaria en la Universidad Francisco Marroquín de Guatemala", comenta que esta investigación fue realizada con un instrumento de tamizaje, por lo que este porcentaje representa a las alumnas con riesgo potencial de desarrollar el trastorno de la conducta alimentaria y no a las alumnas que lo padecen. Los resultados obtenidos indican que la prevalencia puntual del trastorno de conducta alimentaria en las alumnas de primer año de la Universidad Francisco Marroquín es de 21%. Aunque la facultad de Ciencias Económicas presentaba una prevalencia aparentemente mayor que el resto, al compararla con las otras facultades para descartar esta posibilidad, no se encontró diferencia estadísticamente significativa entre éstas. Esto indica que la facultad a la que se pertenece no está relacionada con padecer algún trastorno de la conducta alimentaria o estar en riesgo de desarrollarlo.

Flores y Caballero (1,999), realizaron en México una investigación con el fin de identificar los factores de riesgo para el desarrollo de anorexia nerviosa, determinando los factores especialmente comunes en estos pacientes comparados a sujetos con otros trastornos psiquiátricos y así comparar los factores de riesgo de anorexia nerviosa contra los de bulimia nerviosa. Para el efecto se aplicó a todas las mujeres con edad de 16 a 35 años de un registro de pacientes generales del Instituto Mexicano de Psiquiatría, utilizaron un cuestionario de trastornos de la alimentación y también el cuestionario general de salud para el rastreo de los casos, así como el examen de trastornos de la alimentación y la entrevista clínica estructurada del DSM-III-R. Los dos grupos control no debían tener trastornos de la alimentación, se llegó a la conclusión que existen dos tipos de factores de riesgo importantes; el primero incluye a la autoevaluación negativa y el perfeccionismo que parecen ser un antecedente especialmente común en pacientes con anorexia nerviosa, los segundos son los relacionados con hacer dieta, que son evidentes en pacientes con anorexia nerviosa, añadidos a trastornos de la alimentación en familiares y tendencia a hacer comentarios adversos en cuanto a la figura o la forma de comer.

Billiet (1,995), publicó un artículo en Argentina, sobre los trastornos de la conducta alimentaria, el cual trata sobre su experiencia con los pacientes y sus familias, donde encontró una diferenciación entre anorexia y bulimia nerviosa; la característica de los padres "que no alimentan pero si engordan". La conclusión de Billiet es que ambas patologías evidencian una base de desnutrición afectiva familiar. En la anorexia, el paciente realiza una "huelga alimenticia", porque supone que los padres se alimentan de la imagen de la hija obediente; lo que establece que ella alimenta a sus padres de su imagen. Mientras tanto, en la bulimia se "traga" la nutrición familiar y luego expulsa la apariencia a la que aspiran los padres del paciente. Se observa que este tipo de trastornos puede estar influenciado por la dinámica familiar en donde tanto padres como hijas no se dan cuenta sino hasta que el trastorno ya está en fase avanzada.

Minuchin, Rosman y Baker (1,978), adquirieron un gran auge a partir del estudio que ofrecía resultados alentadores en jóvenes con anorexia nerviosa. Los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Este trabajo, aunque no fue un ensayo controlado, destacó la necesidad de intervenir en las familias en los casos de trastornos de la conducta alimentaria, recogiendo aportaciones del modelo sistémico de Minuchin.

Bravo Rodríguez, Pérez Hernández y Plana Bouly (1,999), realizaron una revisión clínica del síndrome anorexia nerviosa, con énfasis en su concepto, desarrollo y cuadro clínico. En donde tienen en cuenta que es un trastorno que se presenta habitualmente en adolescentes sin obesidad acusada, sólo con un discreto sobrepeso. Sus estudios realizados muestran significativa relación entre los síntomas y el funcionamiento interpersonal de las adolescentes anoréxicas, pues estas tienden al aislamiento o buscan la compañía de muchachas más jóvenes. También son característicos de este cuadro los trastornos obsesivos-compulsivos que se relacionan o no con la comida. La restricción dietética conlleva a cambios biológicos y físicos importantes, y se destaca la alteración del sistema hipotalámico y endocrino, que da lugar a la aparición de signos y síntomas como la amenorrea, intolerancia al frío e hipotensión, entre otros. Los cambios neuroquímicos presentes en la anorexia nerviosa también se han atribuido a la desnutrición, y es probable que puedan perpetuar las alteraciones conductuales.

Aguilar (1,999), en su investigación "Análisis de la Tendencia a la Anorexia y Bulimia Nerviosa y su Relación con la Autoestima de un Grupo de Jóvenes Guatemaltecas", concluye que el nivel de autoestima de los tres grupos estudiados, tendencia a la anorexia, a la bulimia y el grupo normal (grupo que no presenta ninguna de las tendencias) presentaron un alto nivel

de autoestima, por lo que se descarta que el nivel de autoestima esté directamente relacionado con la tendencia hacia esos trastornos alimenticios. Asimismo, que el 4.94% manifiesta una tendencia hacia la anorexia nerviosa, que el 19.78% denota tendencia hacia la bulimia nerviosa. El 25% de las sujetos investigadas presenta una fuerte tendencia hacia los trastornos alimenticios anorexia y bulimia nerviosa. Las edades comprendidas entre los 14 y 17 años denotan un mayor porcentaje en relación a la tendencia a los trastornos alimenticios. Entre las conductas encontradas con un mayor porcentaje en los trastornos de anorexia y bulimia se encuentra el exceso de ejercicio y preocupación por la imagen corporal.

Ruiz (1,999), en su investigación "Bulimia Nerviosa en la Ciudad Guatemala", investigó el trastorno de acuerdo a su sintomatología, características, incidencia, causas y tratamiento. Se elaboró una encuesta con el fin de recabar información por medio de la colaboración de 100 profesionales (médicos generales, gastroenterólogos, nutricionistas, psicólogos y psiquiatras) de las diversas áreas involucradas con la bulimia nerviosa. Con la información obtenida se concluyó que el 61% de los profesionales encuestados han atendido personas bulímicas en su clínica y el 58% han proporcionado tratamiento a este tipo de pacientes. Asimismo, revelaron que las características más observadas en este trastorno son la baja autoestima, rasgos compulsivos, dependencia, depresión y problemas de relación social así como también el sexo predominante fue el femenino y además poseen un nivel socioeconómico medio-alto y alto.

LiCavoli (1,997), planteó que existe evidencia conflictiva con relación a la importancia de los factores genéticos, aunque menciona hallazgos de una aumentada frecuencia de pacientes con bulimia nerviosa que tienen parientes que padecen del mismo trastorno. El rol de los factores biológicos en la producción de la bulimia nerviosa ha despertado el interés de los investigadores. Por ejemplo, la colecistoquinina, se ha encontrado disminuída en pacientes con bulimia nerviosa.

Vaz Leal (et.al. 2,001), estudiaron a un grupo de 66 pacientes bulímicas, fueron estudiadas con la ayuda de diversos instrumentos de evaluación psicopatológica. Posteriormente realizaron después un análisis factorial de los ítems que obtuvieron, concluyendo en sus resultados que existen cinco dimensiones básicas en la bulimia nerviosa, tales como insatisfacción corporal, conductas alimentarias restrictivas, conductas purgativas, inestabilidad emocional y conductas disociales. Lo cual los llevo a concluir que este trastorno puede ser definido como un trastorno multidimensional.

1.1 Trastornos de la conducta alimentaria

1.1.1 Definición

El término se refiere en general a trastornos psicológicos que poseen 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 sintoma externo podría ser una alteración de la conducta alimentaria (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,...).

González Briones y Merino Merino (2,004), hacen la diferencia en lo que concierne a trastorno alimentario y trastorno de la conducta alimentaria en donde el primero respecta a la obesidad y ésta representa actualmente un problema de salud en los países desarrollados, o incluso en determinados colectivos de países que están en vías de desarrollo. En Europa la obesidad afecta entre el 10 y el 40 % de los adultos. Se calcula que hay unos 300 millones de obesos en el mundo. Y el segundo se hace referencia a que en nuestra sociedad se produce una enorme tensión causada por tres tipos de mensajes contradictorios, en relación con la estructura corporal: Mensaje médico, mensajes estéticos y mensajes gastronómicos. La abundancia de alimentos, algunos muy atractivos, junto con el "mandato" social de tener que ser delgado, para ser aceptada, crea situaciones internas muy conflictivas que conducen a personas predispuestas (la adolescencia es un periodo crítico) a desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria.

Según Silvermann (1,997), en 1,980, se establece el concepto actual de anorexia nerviosa por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su novena revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), y en ese mismo año, Garfinkel junto con Casper, exponen la idea de dividir en subtipos la anorexia nerviosa basados en investigaciones donde pacientes bulímicos contrastaban con pacientes que nunca presentaban episodios de compulsión, e identifica los primeros criterios para el diagnóstico de bulimia nerviosa. Silvermann también refiere que Crisp enfatizó la importancia del modelo de desarrollo en el que la psicopatología central se originaba en experiencias biológicas y psicológicas que acompañan el proceso hacia la adultez, considerando a la anorexia nerviosa como un intento de lidiar con los miedos y conflictos asociados a la madurez psicobiológica.

Patel, Phillips y Pratt (1,998), por otro lado plantearon que las actitudes culturales contemporáneas (como la idealización de la delgadez como un ideal de belleza para las mujeres) aumentan el riesgo para emprender dietas y, por lo tanto, llegar a la restricción de comida (con su consecuente pérdida de peso) y predisponen a desórdenes alimentarios que han existido a lo largo de la historia.

Según Herscovici y Bay (1,997), existen diversos factores que contribuyen al desarrollo de un trastorno alimentario tales como:

a. Factores socio-culturales:

Modas que implican un tipo de vestimenta y la realización de dietas para conseguir una forma corporal deseada. La influencia de los medios de comunicación es muy importante en este aspecto. Contribuyen con la presencia de estrellas del espectáculo y modelos de moda llevando a pensar en muchas mujeres "si ella tiene ese aspecto, yo también lo tendré". Por desgracia en nuestra sociedad actual, los estos medios de comunicación han provocado ciertos estereotipos de la mujer perfecta. Afectando considerablemente a cierto grado de la población debido a que algunas personas los toman como sus modelos a seguir. El estereotipo se basa, la mayoría de las veces, en mujeres altas, extremadamente delgadas, que se interpretan como sinónimos de belleza, éxito y felicidad. Por esto, los jóvenes que quieren llegar a ser como ellos, en ocasiones, sacrifican su propia salud para lograr su objetivo. Los estereotipos se reflejan repetidamente en la televisión, las películas y las revistas. Estas ideas no sólo surgen en estos medios, sino también en la sociedad en donde se desenvuelve el joven. En la escuela, por ejemplo, estos conceptos se contagian por los alumnos. Consecuentemente, provoca un mundo competitivo y obsesionado por el físico. Por esto que la sociedad debe conocer este problema para poder combatirlo y eliminarlo.

b. Factores familiares:

Los factores negativos dentro de la familia, desempeñan una función importante en la provocación y perpetuación de los trastornos del comer. En algunos casos, los padres que sobrevaloran la figura física pueden contribuir a que sus hijos desarrollen un desorden alimentario (Levenkron, 2000). También señaló que la televisión, el cine y las revistas pueden contribuir a crear una falsa equivalencia entre delgadez y valor como persona o delgadez y belleza.

Por otro lado, el sobre proteccionismo deja poca iniciativa al individuo, de manera que no se educa a los hijos para saber enfrentarse a la vida, fomentando la falta de habilidades para tomar decisiones.

Barriguete (1,998), el especialista en trastornos de la conducta alimentaria, en una entrevista realizada menciona al respecto de los factores familiares. Subraya que "es en el contexto familiar donde cohabitan tanto la crisis de pareja de los padres, como la crisis del adolescente. Desafortunadamente, no siempre son manejadas en forma adecuada y las niñas con anorexia o bulimia no han podido aceptar los cambios producidos en su familia". Barriguete da su opinión acerca de la influencia que ejercen los nuevos modelos femeninos promovidos por la cultura de masas y la moda diciendo que "la moda por sí misma no propicia el trastorno, pero se suma a las dificultades que lo facilitan; las verdaderas causas surgen de la compleja naturaleza humana" concluye.

Strober (et.al. 2,000), argumentaron que las familias que tratan de resolver sus problemas a través de manipular el peso y la comida, tienen una mayor incidencia de miembros con desórdenes alimentarios. De acuerdo con el estudio realizado por el autor, las madres que padecen de anorexia nerviosa o bulimia nerviosa manejan las costumbres alimentarias y preocupaciones sobre el peso de manera diferente que aquellas madres que nunca han padecido de un trastorno alimentario. Por otro lado, tener familiares obesos o que padezcan también alguna de estas enfermedades y, en definitiva, convivir con personas que le den mucha importancia al peso y a la apariencia física, contribuye al desarrollo de un trastorno alimentario. Comentan que existen dos factores importantes:

- Factores temporales:

Experiencias de fracaso, conflictos interpersonales, separaciones (como un divorcio), cambios corporales en la adolescencia o cambios de cultura, entre otros, pueden provocar una crisis en una persona con falta de madurez.

- Factores de vulnerabilidad personal y trastornos emocionales:

El no aceptarse como persona, tener una baja autoestima, falta de seguridad, ser perfeccionista, tener auto exigencias desmedidas, preocuparse en exceso por lo que los demás piensen de uno y percibir que se tiene poco control sobre la propia vida, pueden ser algunos de los factores personales que fomenten este trastorno.

Este tipo de trastornos frecuentemente presentan cuadros de depresión, ansiedad o ambos; pero, no se sabe con exactitud si dichos trastornos emocionales son causa o resultado de los trastornos de la conducta alimentaria. La comorbilidad con otros trastornos tales como ansiedad son muy comunes en estos trastornos. Las fobias y el trastorno obsesivo-compulsivo preceden, por lo general, el inicio del trastorno alimentario. Las fobias sociales, en las cuales una persona tiene miedo de ser públicamente humillada, son comunes en ambos trastornos.

c. Factores psicológicos:

Los trastornos de la conducta alimentaria van con frecuencia acompañados de depresión, trastorno de ansiedad o ambos, pero no se sabe si los trastornos psicológicos son causas o resultados de los estos trastornos.

Entre un 40% y un 80% de todos los pacientes con anorexia y bulimia nerviosa experimentan depresión, y ésta es común en las familias de los pacientes con estos trastornos. Algunos expertos sostienen que la depresión no desempeña un papel causal, en particular en la anorexia, ya que los trastornos de la conducta alimentaria rara vez se curan cuando se administra medicación antidepresiva como el único tratamiento. La gravedad de estos trastornos tampoco se correlaciona con la gravedad de cualquier depresión existente. Además, la depresión a menudo mejora después de que los pacientes anoréxicos empiecen a aumentar de peso.

Por otro lado, los estudios han revelado cantidades bajas de ciertos neurotransmisores (mensajeros químicos en el cerebro) en algunas personas con anorexia y bulimia severas, que permanecen bajas incluso después de que han recuperado el peso. Niveles reducidos de estos neurotransmisores, la serotonina y la norepinefrina, también se encuentran en las personas con depresión, y se ven anomalías de serotonina en las personas con trastorno obsesivo-compulsivo. Un estudio reciente ha encontrado que los niveles sanguíneos bajos del aminoácido triptófano, un componente en la comida que es esencial en la producción de serotonina, pueden producir depresión. Las personas que comen excesivamente después de una dieta severa pueden estar respondiendo a este estado emocional de estímulo proteínico.

Los trastornos de ansiedad son muy comunes en la anorexia y la bulimia. Las fobias y el trastorno obsesivo-compulsivo preceden por lo general el inicio del trastorno de la conducta alimentaria y así mismo el trastorno de pánico tiende a seguir. Las fobias sociales, en las cuales una persona tiene miedo de ser públicamente humillada, son comunes en ambos trastornos (anorexia y bulimia). Las personas con anorexia, sin embargo, están especialmente propensas al trastorno obsesivo-compulsivo. Las obsesiones son imágenes, pensamientos o ideas mentales recurrentes o persistentes que pueden resultar en comportamiento compulsivo (rutinas repetitivas, rígidas y autoprescritas) cuyo propósito es prevenir la manifestación de la obsesión. Las mujeres con anorexia pueden volverse obsesivas con el ejercicio, la dieta y la comida.

A menudo desarrollan rituales compulsivos (el pesar cada pedazo de comida, cortándola en pedazos diminutos, o poniéndola en envases diminutos). La presencia del trastorno obsesivo-compulsivo con anorexia o bulimia no parece ejercer un efecto negativo en las perspectivas a largo plazo, aunque la mejoría en el trastorno de la conducta alimentaria a menudo es paralela a la mejoría en la ansiedad. Tener baja autoestima, mantener un vacío existencial, caer en la imitación negativa de modelos esbeltas (casi esqueléticas) pero que los medios de comunicación le dan un sinónimo de belleza, aceptación, éxito y felicidad hace que las adolescentes que se encuentran inseguras, incomprendidas, marginadas (según ellas por su cuerpo) sean presa fácil para este tipo de trastornos. Entre los grupos de estas jóvenes se van generando conductas que se aprenden en forma negativa para ser más delgadas, comer menos entre otras cosas.

d. Factores predisponentes:

Genéticos y Biológicos

La confiabilidad de los rangos de prevalencia familiar en los desórdenes alimentarios permanece incierta, ya que virtualmente todos los estudios que se han hecho hasta la fecha presentan un pobre poder estadístico debido a las muestras reducidas utilizadas. Por su parte, Strober (et al) argumentaron que, ya que los trastornos alimentarios son enfermedades complejas con múltiples determinantes de riesgo y susceptibilidad, últimamente se ha puesto mayor interés en el posible riesgo de transmisión familiar de estos trastornos. El autor realizó un estudio familiar con un número considerable de sujetos y se encontró que la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa tienen factores etiológicos y biológicos en común.

Levine (1,995), también resaltó que parece existir una vulnerabilidad biológica para el desarrollo tanto de la anorexia nerviosa como de la bulimia nerviosa. Un papel genético ha sido postulado debido a la incrementada incidencia en gemelos, hermanas y otros miembros de la misma familia. Pero todavía no se cuenta con evidencia definitiva y concluyente acerca de factores genéticos de los desórdenes alimentarios. Por lo tanto, no está claro a qué grado los patrones familiares son genéticos, o secundarios a otros factores, como el impacto de interacciones familiares disfuncionales en el desarrollo del individuo.

Posiblemente se tenga una predisposición a padecer un trastorno de la conducta alimentaria, ya que los estudios aun están en investigaciones para poder determinar este fenómeno, el temperamento y el tipo de personalidad podrían crear influencia tal como se menciona a continuación.

Lemberg y Cohn (1,999), señalaron que el temperamento parece ser, al menos en parte, genéticamente determinado y que algunos tipos de personalidades, como la obsesiva-compulsiva y la evitativa, son más vulnerables a desarrollar trastornos de la conducta alimentaria. Por otro lado, la evidencia sugirió que niveles anormales de sustancias bioquímicas en el cerebro predisponen a algunas personas a sufrir de ansiedad, perfeccionismo, conductas y pensamientos obsesivo-compulsivos. Lo anterior no ha sido aún definido como una posible causa del trastorno o como una consecuencia del mismo.

e. Factores médicos:

Niveles alterados de serotonina están asociados con cambios en una gran cantidad de conductas en los humanos, incluyendo conductas relevantes a la homeostasis, como son la ingesta alimentaria y el sueño, así como regulación de los afectos. Tanto en la anorexia nerviosa como en la bulimia nerviosa, se han reportado anormalidades del sistema de serotonina, así como también aumento en el líquido cerebroespinal en pacientes que se han recuperado de una fase aguda del trastorno.

Una de las primeras teorías aceptadas acerca del origen biológico de la enfermedad, es un trastorno en la función hipotalámica que afecta el eje hipotálamo-hipófisis-gónadas y otros sistemas de neurotransmisores y reguladores que intervienen en el metabolismo de los alimentos. Luego se encontró que los únicos hallazgos comunes entre la enfermedad

hipotálamo-hipofisiaria y el trastorno de la conducta alimentaria son la amenorrea y la disminución del metabolismo basal, mencionados por Cervera y Quintanilla (1,995).

Otra teoría se basa en la capacidad de la serotonina de inhibir la ingesta a través de la inducción de la saciedad y que ésta es regulada parcialmente por la ingesta de triptófano. El triptófano sérico está disminuído en las pacientes anoréxicas y por lo tanto hay una disminución de la disponibilidad de serotonina en el cerebro; la serotonina regula el humor, el dolor, el sueño, el apetito y el control de algunas hormonas hipotalámicas alteradas en estos pacientes. Al parecer fisiológicamente puede haber influencia a padecer este tipo de trastornos al momento de haber un desequilibrio en los neurotransmisores del cerebro pero además de esto puede haber otras causas las cuales a continuación son mencionadas. Según Marsellach (1,998), la opinión más generalizada es que los trastornos alimentarios son de origen multicausal. Entre las más comunes se encuentran:

- Una marcada presión social a la delgadez.
- Antepasado de obesidad.
- Sentimiento interno de gordura (no es necesario un sobrepeso real).
- El modelo de una madre a la que se considera obesa.

Goodsitt (1,997), menciona que el primer intento psicoanalítico para comprender los trastornos de la conducta alimentaria se basó en la teoría freudiana del modelo de conflicto de pulsiones (tendencias inconscientes a la realización o rechazo de ciertos actos), donde el origen de la patología es un conflicto intrapsíquico entre las pulsiones biológicas que buscan descargarse y las restricciones culturales contra estas descargas. En el modelo de las relaciones de objeto, la inanición es el intento de la paciente de terminar con la feminización de su cuerpo, para disminuir la identificación ambivalente y confusa con la madre.

También señala que las teorías de la psicología del yo, se centran en incapacidades, deficiencias psíquicas, en una estructura psíquica inmadura o subdesarrollada. Los cambios físicos en la pubertad significan para la paciente convertirse en una mujer adulta autosuficiente; crecer significa pérdida, soledad, aislamiento, vacío, desesperanza y separación. Para la paciente, su cuerpo lastimado y su enfermedad son la manera de llamar la atención de otros, la enfermedad es la expresión de los deseos de ser el centro de todas las cosas y de estar en control total de su mundo. Menciona que las pacientes anoréxicas, consideran su cuerpo el último vestigio de su grandiosidad infantil. Los cambios en la

pubertad amenazan esta grandiosidad, y por lo tanto, amenazan el frágil equilibrio de la mente de las adolescentes. Cuando la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa se vuelven crónicas, le dan a la paciente una cierta identidad patológica compensatoria, una sensación de tener una presencia significativa y con sentido en el mundo.

Respecto de las actitudes hostiles, dice que a estas pacientes se les hace difícil expresar enojo. Por lo tanto, lo expresan con su comportamiento en forma de terquedad, negativismo y conducta oposicional. Esto representa un intento de llamar la atención de los padres e incluso hacerlos responsables de sus necesidades de reconocimiento, significado y validez como seres humanos. Este tipo de pacientes sufre, además, una culpa profunda por tener deseos de separarse y ser individuales. Experimentan culpa por crecer y por abandonar a sus padres, se sienten desleales por tener sentimientos, deseos, necesidades, intereses, valores y metas diferentes a las de sus padres. Sienten culpa por querer o tener una identidad separada. Los síntomas de la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa les proveen el vehículo para la expresión de enojo y al mismo tiempo para llenar sus necesidades como objeto de vitalidad, reconocimiento, auto-definición, respuesta y sentido de efectividad.

Cervera y Quintanilla (1,995), mencionan que socioculturalmente se observa que desde los inicios de la cultura occidental ha habido estereotipos determinados respecto del cuerpo como una forma de éxito social. Esto, unido a la confusión entre auto-control y adelgazamiento, determina la génesis y el desarrollo de la anorexia nerviosa y/o bulimia nerviosa en pacientes psicológicamente vulnerables. En la cultura occidental se considera a la delgadez como sinónimo de belleza y posiblemente el aumento de la frecuencia en estos dos trastornos sea la presión de los medios de comunicación y la sociedad para que estén delgadas por medio de dietas y ejercicio. Todas estas influencias son factores que permiten la expresión del trastorno en personas predispuestas.

Hay muchas influencias para padecer un trastorno de la conducta alimentaria y por lo tanto también para su abordaje se requiere un enfoque en donde estén varias disciplinas.

f. Problemas alrededor del nacimiento:

En algunas personas con trastornos alimentarios se mostró una incidencia alta de problemas durante el embarazo de la madre o después del nacimiento, lo cual pudo haber desempeñado un papel en el desarrollo posterior de trastornos de la conducta alimentaria.

Estos problemas incluyen infecciones, trauma físico, convulsiones, bajo peso al nacer y edad avanzada de la madre. Las personas con trastornos alimentarios a menudo tienen problemas del estómago e intestinales en edades muy tempranas.

g. Ejercicio excesivo:

La actitud cultural hacia la actividad física va mano a mano con la actitud desordenada en lo que se refiere a la comida. En la pequeña comunidad de atletas, el ejercicio excesivo desempeña un papel principal en muchos casos de anorexia nerviosa y en un grado menor en bulimia nerviosa.

1.1.2 Tratamiento

Según Halmi (2,000), el tratamiento de la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa requiere de un trabajo multidisciplinario (médico, psicológico y nutricional). Como en otros trastornos psiquiátricos, el primer paso es obtener la cooperación del paciente, ya que en muchos casos no les interesa recibir ayuda, e incluso, se resisten. Los pacientes con una evolución menor a seis meses que no presentan atracones ni vómitos, quienes tienen la ayuda y cooperación familiar son candidatos a una terapia ambulatoria. Sin embargo, los pacientes más graves deberían ser hospitalizados y sometidos a controles diarios de peso, comida y calorías consumidas.

a. Tratamiento médico:

Primero evaluar las condiciones físicas y fisiológicas en las cuales se presenta el paciente debido que los indicadores para el tratamiento intrahospitalario, de acuerdo a Kreipe y Birndorf (2,000), son:

- Descompensación fisiológica.
- Temperatura menor de 36°C.
- Pulso menor de 45 por minuto o un pulso ortostático diferencial mayor a 30 por minuto.
- Pérdida de peso rápida (más de 10% en dos meses) o excesiva (más del 15% en total) no manejable por consulta externa.
- Complicaciones secundarias a los hábitos para el control de peso (desbalances de fluidos, electrolitos o pérdida real del apetito).

- Incapacidad para romper el círculo vicioso del trastorno de la conducta alimentaria como paciente externo.
- Incapacidad para iniciar psicoterapia efectiva como paciente externo.
- Siempre a cargo de un médico psiquiatra competente, generalmente miembro del equipo.

Se utilizan antidepresivos de última generación, los que parecen tener un efecto sobre el comportamiento alimentario actuando sobre los sistemas metabólicos que regulan el hambre, la sensación de saciedad y el equilibrio del peso. Uno de los antidepresivos más usados en este tratamiento es la fluoxetina, psicofármaco que se halla dentro del grupo de los "inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina"(ISRS).

La base del tratamiento con este medicamento radica en el hecho de haberse comprobado que los pacientes bulímicos tienen niveles inferiores de serotonina en sangre y, por ende, en el sistema nervioso central, lo que determina las características oscilaciones en el humor y el apetito exacerbado que conduce al atracón, sumados a la intensa preocupación por la imagen corporal y el temor a perder el control sobre los hábitos alimenticios. Numerosos estudios sugieren que la Bulimia está relacionada con la imposibilidad del sistema nervioso de regular la serotonina.

Los antidepresivos usualmente se administran por varios meses: deberán transcurrir al menos cuatro semanas para que comiencen a notarse los efectos (fase de impregnación). Suspendida la terapia en forma paulatina, la fluoxetina permanece acumulada en el organismo por semanas, incluso meses. Aunque la droga es generalmente bien tolerada, algunos pacientes presentan efectos indeseables como: insomnio, fatiga, náuseas, diarrea, nerviosismo, etc. No está avalado su uso en niños.

También se utilizan antidepresivos de diferente naturaleza química a los ISRS, como: antidepresivos tricíclicos, inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) y trazodona.

Hay otros psicofármacos que constituyen la batería de tratamiento: ansiolíticos (tranquilizantes menores) y antipsicóticos (tranquilizantes mayores) estos últimos se reservan para casos extremos de Anorexia Nerviosa, con severa distorsión en la percepción de la imagen corporal y negación absoluta de la enfermedad con trastornos conductuales graves.

La ciproheptadina, generalmente combinada con complejos vitamínicos suele utilizarse para estimular el apetito en la Anorexia Nerviosa Restrictiva, ya que estos pacientes van perdiendo progresivamente la capacidad de reconocer las señales internas de hambre.

Todos los fármacos deberán ser administrados por un especialista, bajo estricta vigilancia médica, con controles periódicos de laboratorio.

b. Tratamiento psicológico:

La terapia cognitivo-conductual, intenta cambiar el déficit en el concepto de sí mismo, por medio de la confrontación a los pensamientos automáticos, esquemas, creencias profundas del paciente, inferencia arbitraria, abstracción, sobregeneralización, maximización y minimización, personalización, reatribución, pensamiento dicotómico o polarización ya que muchos de ellos colocan su sentido de valor propio en el peso corporal o la habilidad de controlar el ambiente que los rodea. Además, se ha utilizado exitosamente en el tratamiento de condiciones comórbidas como depresión, ansiedad y trastornos de la personalidad (Bowers 2,001).

Clasificación de las distorsiones cognitivas antes ya mencionadas:

- Pensamientos automáticos: se trata ni más ni menos que de aprender una nueva forma de pensar y analizar el mundo y los acontecimientos que vivimos, y por lo tanto, de manejar más adecuadamente nuestras dificultades emocionales.

Respecto a esta nueva forma de analizar los acontecimientos que vivimos, podemos comenzar a manejar los pensamientos automáticos, con el objetivo de buscar alternativas a nuestros círculos viciosos problemáticos. Para ello se presentan tres estrategias cognitivas:

- Distinguir el pensamiento de la realidad: con esta estrategia pretendemos que la paciente tome conciencia de que la realidad de las situaciones vividas puede ser interpretada de múltiples formas y que dependiendo de esas interpretaciones se va a sentir y actuar de distintas maneras, cada una con consecuencias distintas.
- Identificar las distorsiones cognitivas y sus alternativas: descubrir qué tipo de distorsión cognitiva está utilizando, anotar los pensamientos automáticos en un autorregistro y así

poder modificarla hacia otra forma de valorar los acontecimientos de una manera menos distorsionada.

- Las pruebas de realidad: este es el método "general " y "preferido" por la terapia cognitiva, pues contiene la base del método de esta terapia. Sin embargo, se recomienda experimentar también con los dos anteriores y elegir la propia estrategia o la combinación de las mismas.

Las pruebas de realidad consisten en una serie de preguntas que el terapeuta puede realizar dirigidas al paciente con el fin de comprobar el grado de validez que tienen sus pensamientos automáticos. La primera prueba de realidad consiste en buscar las pruebas para mantener la seguridad en la creencia de un pensamiento automático: "¿Que pruebas tengo para creer esto?. ¿Hay alguna prueba en contra de este pensamiento automático?.

Por ejemplo: una persona que esperaba ser vista por el médico, llevaba esperando media hora más de la cita acordada previamente. Le vino a su mente el pensamiento automático: "Mi caso no le interesa nada, debe de tener otros más interesantes", y comenzó a sentirse triste y con deseos de abandonar la consulta. Sin embargo se preguntó: "¿Que pruebas tengo para creer que al médico no le interesa mi caso?". Se respondió que en otras visitas el médico se había mostrado con mucho interés por su evolución, y que la media hora de tardanza se podía deber a otros motivos ajenos a ella. Esto le hizo animarse de nuevo y apartó su tristeza.

La segunda prueba de realidad consiste en buscar otras interpretaciones o valoraciones distintas y posibles al pensamiento automático, a esto técnicamente se le llama reatribución. Se utiliza una pregunta del estilo: "¿Puede haber otra explicación para esto?", o "¿Puede haber otras razones o motivos para esto?". Esta pregunta puede ser de utilidad para valorar la seguridad en los pensamientos automáticos referentes a las causas que asignamos a los sucesos.

Por ejemplo: una joven estaba en su primera cita con su pareja, ambos estaban muy callados, y ninguno se atrevía a hablar por el momento. A ella se le vino a la cabeza: "Seguro que no le gusto", y comenzó a sentirse triste y ansiosa. Sin embargo pudo encontrar otras explicaciones más validas para lo que estaba ocurriendo: Ambos parecían más bien tímidos, era su primera cita, les resultaba difícil empezar. Pensando esto redujo su malestar, y dijo a su

pareja sonriendo:" Parece que estamos un poco nerviosos, ¿no te parece?", lo que produjo también una sonrisa en su pareja y "rompió el hielo" para comenzar a conversar.

- Esquemas: constituyen una abstracción fruto de la experiencia previa. Son organizaciones de significados personales referentes al sí mismo, los eventos las personas y las cosas. En líneas generales están organizados en la llamada memoria a largo plazo, tanto de forma semántica-proposicional como de manera episódica mediante escenas de guiones. Los esquemas son el núcleo de los trastornos cognitivos y contiene las Creencias y Supuestos personales y otros significados de desarrollo más tempranos de tipo preverbal.
- Creencias profundas del paciente: son un modelo habitualmente basado en la fe creado por la mente idealizándose generalmente en la interpretación de un contenido cognoscitivo o de un hecho (abstracto o concreto) de los cuales se desconoce demostración absoluta o no se exige una justificación o fundamento racional (apoyada ordinariamente en el Principio de la Incertidumbre Científica), relacionándose las creencias a una propuesta teórica que carece de suficiente comprobación, pero aun así puede ser verdad. Una creencia, o conjunto de creencias, agrupa de alguna manera a un conjunto de individuos los cuales idealizan una proposición que plantea la propia creencia y surge como potencial verdad (ya que solo es una creencia) y acumulando en su saber lo que se ajusta a la misma, constituyendo un entramado cultural y social que forma una potencial identidad de agrupación de individuos que compartan creencias similares.
- Inferencia arbitraria: se refiere al proceso de llegar a una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria a la conclusión.
- Abstracción selectiva: se refiere a centrarse en un detalle específico extraído de su contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación.
- Sobregeneralización: o generalización excesiva se refiere al proceso de elaborar una regla general o una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar el concepto tanto a situaciones relacionadas como a situaciones ajenas.

- Maximización (magnificación) y minimización: se refiere a los errores cometidos al evaluar la significación o magnitud de un acontecimiento.
- Personalización: se refiere a la tendencia y facilidad de paciente para atribuirse a sí mismo fenómenos externos cuando no existe ninguna base para realizar dicha conexión.
- Reatribución: el núcleo principal de la intervención consiste en modificar las atribuciones negativas acerca del origen de las sensaciones somáticas. Para este fin, se requiere la identificación de los pensamientos negativos y la evidencia que los sustenta, así como la elaboración y comprobación de explicaciones alternativas más benignas de los síntomas. Esto último se realiza mediante técnicas verbales (proporcionar cuadros explicativos de la información existente, adoptar el punto de vista de otra persona) y experimentos conductuales (presentar atención al propio cuerpo, manipular conductas que puedan provocar síntomas).
- Pensamiento dicotómico o polarización: se refiere a la tendencia a clasificar todas las experiencias según una o dos categorías opuestas. Por ejemplo: bueno-malo. Para describirse a sí mismo, el paciente emplea las categorías del extremo negativo.

Objetivos comunes de la terapia cognitivo-conductual para ambos trastornos, según Ruiz y Cano (1,992), son:

- Desarrollar actitudes/creencias realistas acerca de la imagen corporal y el peso.
- Establecer un patrón normal de peso.
- Reducción del descontrol en la ingesta, vómitos y abusos de laxantes.
- Mejorar el funcionamiento personal en general: auto-aceptación, afrontamiento de la ansiedad y funcionamiento social.
- Establecer la motivación para el tratamiento.
- Reducción de las distorsiones cognitivas, polarización, hipercontrol, generalización.
- Manejo de la imagen y el cuerpo con refuerzo positivo.

Sin embargo, los estudios demuestran que la terapia cognitivo-conductual tiene mejores resultados que los medicamentos, pero no mejores resultados que la terapia combinada, aunque la aplicación de esta terapia combinada depende de varios factores tales como:

- Cuando existe disponibilidad de terapia cognitivo-conductual y el paciente no muestra síntomas depresivos significativos, o presenta una depresión moderada, debería recibir primero esta terapia únicamente. Si no se logra una reducción del 70% en la frecuencia de los vómitos al final de la sexta sesión, se agrega el tratamiento con medicamentos.
- Si el paciente logra la reducción del 70% en la frecuencia de los vómitos (monitorizado por el personal intrahospitalario o persona responsable de la paciente), no se inicia medicación. Sin embargo, si continúa sintomático al final del tratamiento, se debe iniciar medicación.
- Pacientes significativamente deprimidos, con historia familiar de depresión e historia de episodios depresivos mayores previos no asociados al trastorno alimentario, deben ser tratados con esta terapia y con medicamentos desde el inicio del tratamiento (Mitchell, Peterson y Myers 2,001).

La terapia racional emotiva (TRE) de Albert Ellis, propone que en el funcionamiento humano existen tres aspectos psicológicos principales: pensamientos, sentimientos y conductas. Estos tres aspectos están interrelacionados, de modo que los cambios en uno producen cambios en otro. Si las personas cambian el modo en que piensan acerca de las cosas, el mundo o sí mismas, sentirán de modo diferente y se comportarán de diferente manera. Por ejemplo si después de un fracaso en una tarea, se piensa: "soy un inútil que no hago nada bien; no vale la pena ni intentarlo", sus emociones y su conducta serán muy diferentes que si pensara: "bueno, he fracasado en esto, pero eso no me convierte en un inútil, solo en un ser humano que comete errores, como todos los demás; veré lo que puedo hacer para arreglarlo".

En el primer caso, no es de extrañar que aparezcan sentimientos de depresión y que su comportamiento sea de abandono, mientras que en el segundo caso, se puede sentir preocupación o cierta tristeza, pero estas emociones no serán lo bastante intensas e incapacitantes como para impedirle solucionar el problema, seguir adelante y aprender cómo hacerlo mejor la próxima vez.

La terapia racional emotiva trata, por tanto, con las causas de las emociones humanas.

Los seis principios de la terapia racional emotiva:

- a. El pensamiento es el principal determinante de las emociones humanas. Los acontecimientos o las demás personas, aunque pueden contribuir, no nos hacen sentir mal o bien, sino que lo hacemos nosotros mismos en función de cómo interpretemos los acontecimientos y las cosas que pasen por nuestra mente.
- b. El pensamiento disfuncional es la principal causa del malestar emocional.

Es decir, si al ir una mañana al trabajo, se encuentras con que su carro tiene una rueda pinchada, depende de usted sentirte furioso (pensando lo injusto que es, la mala suerte que tiene, etc.) o ansioso (pensando que va a llegar tarde, su jefe se enfadará, pensará en despedirle) o simplemente contrariado (pensando "qué se le va a hacer, tendrá que cambiar la rueda y afrontar la consecuencias lo mejor que pueda").

De la misma manera, si, ante la existencia de cualquier problema emocional, como ansiedad, agorafobia, problemas de pareja, etc., se analiza lo que pasa por la mente de esa persona en cada momento, se verá como lo que se dice a sí mismo está provocando que se sienta de un modo u otro y manteniendo su psicopatología.

- c. Debido a que sentimos en función de lo que pensamos, para acabar con un problema emocional, se tiene que empezar haciendo un análisis de nuestros pensamientos. Si la psicopatología es producto del pensamiento irracional, lo mejor que se puede hacer es cambiar ese pensamiento. De hecho, es lo único que podemos cambiar, ya que no podemos cambiar directamente las emociones ni dejar de sentirnos mal sólo porque lo deseemos.

- d. Múltiples factores, tanto genéticos como las influencias ambientales (educación, etc.) se encuentran en el origen del pensamiento irracional y la psicopatología. De hecho, los seres humanos, parecemos tener una tendencia natural hacia el pensamiento irracional (no constructivo) y la cultura en que vivimos moldea el contenido específico de esas creencias.

- e. A pesar de la existencia de influencias del pasado en la psicopatología, la terapia racional emotiva enfatiza las influencias presentes, ya que son las responsables de que el malestar haya continuado a través del tiempo, a pesar de que las influencias pasadas hayan

dejado de existir. La causa principal del malestar emocional no tiene que ver con el modo en que fueron adquiridas esas creencias o modos de interpretar la realidad sino con el hecho de seguir manteniéndolos en el presente. Así, si una persona evalúa su modo de pensar y lo cambia en el presente, su funcionamiento y sentimientos serán muy diferentes. Es decir, no es imprescindible (aunque puede ayudar) ir al origen ni descubrir qué sucedió en el pasado, pues podemos trabajar directamente en el momento presente.

f. Aunque las creencias se puedan cambiar, ese cambio no va a suceder necesariamente con facilidad. Las creencias irracionales se cambian mediante un esfuerzo activo y persistente para reconocerlas, retarlas y modificarlas, lo cual constituye la tarea de la terapia racional emotiva.

Ellis clasifica las principales técnicas de la TRE en función de los procesos cognitivos, emocionales y conductuales implicados en ellas:

A. técnicas cognitivas:

1. Detección: consiste en buscar las Creencias irracionales que llevan a las emociones y conductas perturbadoras. Para ello se suele utilizar autorregistros que llevan un listado de creencias irracionales, permitiendo su identificación o un formato de auto/preguntas para el mismo fin.

2. Refutación: consiste en una serie de preguntas que el terapeuta emplea para contrastar las creencias irracionales (y que posteriormente puede emplear el paciente). Estas suelen ser del tipo: "¿Qué evidencia tiene para mantener qué?", "¿Dónde está escrito que eso es así?", "¿Por qué sería eso el fin del mundo?", etc.

3. Discriminación: el terapeuta enseña al paciente, mediante ejemplos, la diferencia entre las creencias racionales o irracionales.

4. Tareas cognitivas para casa: se utilizan con profusión los autorregistros de eventos con guías de refutación, cintas de casete con las sesiones donde se ha utilizado refutación, cintas de casetes sobre temas generales de TRE y biblioterapia TRE.

5. Definición: se enseña a utilizar el lenguaje al paciente de manera más racional y correcta ("en lugar de decir No puedo, decir, Todavía no pude").

6. Técnicas referenciales: se anima al paciente a hacer un listado de aspectos positivos de una característica o conducta, para evitar generalizaciones polarizantes.

7. Técnicas de imaginación: se utilizan, sobretodo, tres modalidades:

- La Imaginación Racional Emotiva (IRE) donde el paciente mantiene la misma imagen del suceso aversivo (Elemento A, del ABC) y modifica su respuesta emocional en C, desde una emoción inapropiada a otra apropiada, aprendiendo a descubrir su cambio de la creencia irracional.

- La proyección en el tiempo: el paciente se ve afrontando con éxito eventos pasados o esperados negativos a pesar de su valoración catastrofista.

- Hipnosis: Técnicas hipnosuggestivas en conjunción con frases racionales.

B. técnicas emotivas:

1. Uso de la aceptación incondicional con el paciente: se acepta al paciente a pesar de lo negativa que sea su conducta como base o modelo de su propia autoaceptación.

2. Métodos humorísticos: con ellos se anima a los pacientes a descentrarse de su visión extremadamente dramática de los hechos.

3. Autodescubrimiento: el terapeuta puede mostrar que ellos también son humanos y han tenido problemas similares a los del paciente, para así fomentar un acercamiento y modelado superador, pero imperfecto.

4. Uso de modelado vicario: se emplea historias, leyendas, parábolas, entre otras para mostrar las creencias irracionales y su modificación.

5. Inversión del rol racional: se pide al paciente que adopte el papel de representar el uso de la creencia racional en una situación simulada y comprobar así sus nuevos efectos.

6. Ejercicio de ataque a la vergüenza: Se anima al cliente a comportarse en público de forma voluntariamente vergonzosa, para tolerar así los efectos de ello. ("Pedir tabaco en una frutería").

7. Ejercicio de riesgo: Se anima al paciente a asumir riesgos calculados (hablar a varias mujeres para superar el miedo al rechazo).

8. Repetición de frases racionales a modo de autoinstrucciones.

9. Construcción de canciones, redacciones, ensayos o poesías: Se anima al paciente a construir textos racionales y de distanciamiento humorístico de los irracionales.

C. Técnicas conductuales:

1. Tareas para casa del tipo exposición a situaciones evitadas.

2. Técnica de "Quedarse allí": se anima al paciente a recordar hechos incómodos como manera de tolerarlos.

3. Ejercicios de no demorar tareas: se anima al paciente a no dejar tareas para "mañana" para no evitar la incomodidad.

4. Uso de recompensas y castigos: se anima al paciente a reforzarse sus afrontamientos racionales y a castigarse sus conductas irracionales.

5. Entrenamiento en habilidades sociales, especialmente en asertividad.

Además de las terapias mencionadas, el tratamiento necesita un componente educativo inicial para el paciente y su familia. El modelo psicoeducativo para los trastornos de la conducta alimentaria tiene como objetivo general el incremento de la eficacia del trabajo terapéutico a través de proporcionar conocimientos, habilidades, capacidades al enfermo y a su familia por medio de la facilitación de la comprensión de la enfermedad, la identificación de los pensamientos, las actitudes y conductas implicadas, creando así un ambiente familiar de apoyo y comprensión, así como la disminución de la carga de ansiedad y emocional del paciente y especialmente de su familia. Esta comprensión y

conocimiento del padecimiento es un factor determinante en el éxito de la terapia y el cumplimiento del tratamiento farmacológico.

c. Tratamiento nutricional:

La mayoría de estas pacientes parece que son expertas en los temas nutricionales, más en lo que respecta al conteo de calorías. Es más, en muchas ocasiones hay requerimientos que se deben llenar, de los cuales la paciente nunca está de acuerdo. El miedo a ganar peso es tan grande que no pueden llevar una alimentación adecuada, sino tienen que seguir dietas restrictivas que le deterioran su estado nutricional. Es por eso que para la recuperación adecuada, el tratamiento nutricional es parte fundamental en el manejo multidisciplinario de este problema.

El tratamiento debe ser individual y es importante que el paciente se sienta bien con un peso normal y que comprenda que no se aumenta de peso si se alimenta adecuadamente. Todo esto se realiza con pequeños pasos para lograr grandes cambios y que estos sean mantenidos durante un largo período.

Luego de haber comenzado el tratamiento psicológico, la meta del tratamiento nutricional es: restablecer un patrón normal de alimentación. Cuando se logra un peso adecuado y éste se mantiene por más de 6 meses, el paciente será dado de alta del tratamiento dietético. Sin embargo, debe asistir a una consulta trimestral para continuar con la educación nutricional que enfatice en el balance de nutrientes. El tratamiento nutricional puede considerarse satisfactorio cuando el paciente deja de perder peso y posteriormente tiene aumentos leves pero progresivos del mismo.

Plan Dietético:

- Al diseñar la dieta para recuperar peso, se tendrán en cuenta las características de cada paciente, su situación orgánica, su actitud frente a la comida y el peso.
- Se intentará la alimentación por vía oral.
- Se recomienda que la dieta sea progresiva en cuanto al valor energético y tipos de alimentos.
- Las ingestas serán de 5 a 6 para que el paciente no se sacie.
- Se seguirán horarios estrictos dedicando el tiempo necesario a cada comida.

- El tamaño de las raciones se irá aumentando poco a poco.
- La alimentación será equilibrada, completa y variada.
- En algunos casos se pueden utilizar, para complementar la dieta, preparados comerciales que contengan principios inmediatos equilibrados. Así, podrán ingerir minerales y vitaminas que no coman normalmente.
- Los alimentos que en principios son rechazados, se irán incluyendo paulatinamente y se valorará su tolerancia, como son la pasta y los cereales.
- En un primer momento, cuando se establecen los hábitos de alimentación, es conveniente tener en cuenta los gustos del paciente y evitar cantidades excesivas.
- A medida que se van introduciendo alimentos ricos en calorías, se le explicará al paciente que puede sentir molestias como sensación de plenitud, distensión abdominal, etc., pero que desaparecen con el tiempo.
- En una primera etapa se reducirán los alimentos ricos en fibra porque el paciente tiene disminuida su velocidad de vaciado gástrico y además, la fibra aumenta la sensación de saciedad o plenitud.
- Se variarán, progresivamente, las técnicas culinarias evitando, en un primer momento, las grasas.
- Si la dieta no alcanza el valor dietético deseado, se tomarán suplementos energéticos, teniendo especial cuidado en que no superen el 50% del valor calórico total.

Para aumentar el contenido en proteínas y energía de la dieta, puede recurrir a alguna de las siguientes recomendaciones:

- Utilizar la leche como bebida.
- Enriquecerla poniéndole leche en polvo.
- Añadir leche en polvo al puré, a los batidos, entre otros.
- Poner queso en los purés, en las tortillas, ensaladas, sopas, entre otros.
- Añadir un huevo duro a las ensaladas, a las sopas, verduras.
- Agregar pan frito a las sopas y los purés.
- Añadir frutos secos a salsas, ensaladas, purés, guisos, entre otros.

Guía de alimentación: los siguientes alimentos, están incluidos en función de la preferencia o rechazo que siente el paciente por ellos y no los que serán más convenientes o no para él.

Alimentos preferidos:

- Leche y derivados: leche desnatada, quesos tipo burgos y desnatados, yogur desnatado.
- Carne y aves: pollo sin piel, ternera magra, vaca magra.
- Embutidos: jamón york extra.
- Pescados: pescadilla, merluza, lenguado, gallo y todos en general.
- Cereales: pan con fibra.
- Verduras y hortalizas: todas, ensalada o cocidas sin aceite, solo vinagre o limón.
- Frutas frescas: todas, dependiendo de su valor energético.
- Azúcares y derivados: sacarinas.
- Bebidas: caldos vegetales sin grasa, café y café descafeinado, infusiones, bebidas bajas en calorías, agua mineral.
- Condimentos: vinagre, limón y perejil.

Alimentos tolerados:

- Cereales: pan integral.
- Verduras y hortalizas: patatas cocidas sin aceite.
- Bebidas: zumos naturales sin azúcar.
- Condimentos: hierbas aromáticas.

Alimentos rechazados:

- Leche y derivados: leche entera, quesos grasos y extragrasos, quesos fermentados, quesos en porciones y en lonchas, yogur enriquecido, nata, cuajada, flan, natillas, mousses.
- Carnes y aves: aves con piel, cerdo y derivados, carnes grasas, vísceras y despojos, embutidos, como chorizo, mortadela, salchichón, pates.
- Pescados: conservas y adobos.
- Huevos: rechazados.
- Cereales: pan blanco, arroces, pasta, bizcochos, galletas, rechazan prácticamente todos los alimentos de este grupo, por su elevado valor en calorías.
- Verduras y hortalizas: patatas con grasas como chips, bravas, fritas.
- Legumbres: todas rechazadas.

- Frutas: higos, plátanos y uvas, por su valor calórico.
- Frutos secos: todos, por el mismo motivo.
- Grasas: todas.
- Azúcares: azúcar, mermelada, cacao.
- Bebidas: chocolate, cacao, bebidas azucaradas.
- Salsas: todas son rechazadas.

1.1.3 Anorexia nerviosa

1.1.3.1 Definición

Trastorno caracterizado por una preocupación intensa en el peso corporal, con una conducta dirigida hacia la pérdida de peso, patrones anormales y peculiares de manipulación de los alimentos, miedo intenso a ganar peso, distorsión de la imagen corporal y amenorrea. Se distinguen dos tipos:

- a) El restrictivo: es donde el paciente sólo deja de comer. Comenzando por restringir dramáticamente la ingestión de alimentos, hasta un punto en que prácticamente no come nada.
- b) El compulsivo/purgativo: es donde los pacientes además de limitar el consumo de alimentos, se purgan con diuréticos, lavados intestinales, laxantes o se inducen el vómito para evitar que el organismo asimile adecuadamente los alimentos ingeridos y así poder eliminarlos rápidamente (Gáfaró 2,001).

Kreipe y Birndorf (2,000), postularon que en la práctica clínica la anorexia nerviosa puede ser definida como: un síndrome en el cual la ingesta calórica es insuficiente para mantener el peso o el crecimiento normal asociado a una ilusión de ser obeso y una obsesión por ser más delgado, misma que no disminuye con la pérdida de peso. Los pacientes con anorexia nerviosa verdaderamente creen que tienen sobrepeso (ilusión) y esto los lleva a perderlo a través de varios medios (compulsiones) incluyendo la dieta y fomentando la quema de calorías. El ejercicio es utilizado por más de las tres cuartas partes de los pacientes con anorexia nerviosa, mientras que los vómitos son medios poco comunes dentro de este grupo.

1.1.3.2 Prevalencia

El periodista Nonantzín Martínez (2,000), afirma en su artículo "Trastornos de la Conducta alimentaria", obsesiones que pueden ser mortales, escrito para Planetavida México 04 /10/2000, que los trastornos de la conducta alimentaria son un problema cada vez más frecuente en México. De acuerdo con la psicóloga Laura Elliot, directora de psicoterapia de la clínica "Eating Disorders México", el 0.5% de las mujeres jóvenes padecen anorexia nerviosa, entre el 1.5 a 2.5% bulimia, mientras que entre el 50 y el 70% de las personas con sobrepeso son comedores compulsivos.

Alrededor del 5 y 15% de las mujeres jóvenes tienen algún síntoma que apuntan hacia un trastorno de conducta alimentario. Indica que el inicio de estos trastornos se da alrededor de los 16 años, pero el rango oscila entre 11 y 25, aunque no se puede descartar la presencia de estos problemas después de esta edad. "Se presentan con mayor frecuencia en mujeres, aunque los hombres no están exentos de padecerlos", agrega.

La Anorexia en Argentina junto con Japón, que en este último fue documentada por primera vez en los años sesenta, afecta a un estimado de 1 de cada 100 mujeres japonesas, y se ha difundido a otras partes de Asia, incluyendo Korea, Singapur y Hong Kong teniendo la mayor incidencia en adolescentes con desórdenes de la conducta alimentaria ya que 1 de cada 10 sufre de anorexia o bulimia. Y a escala mundial 7 millones de mujeres y 1 millón de hombres que tampoco se ven exentos de este mal. "Si bien la gran mayoría de pacientes son mujeres (90%), el número de hombres ha ido aumentando debido a que el cuerpo para ellos se ha vuelto un tema importante en la estética contemporánea", sostiene Carmen Gloria Quiroz, psicóloga y coordinadora de la carrera de Psicología de la Universidad de Las Américas. También se han visto casos en niñas de hasta 7 años obsesionadas por no ser gordas. Por el momento no hay estadísticas de lo que ocurre en Chile, pero la situación no está distante de lo anterior. Centros de estudios (colegios y universidades) ven en la anorexia y la bulimia un problema de salud importante. Tanto es así que algunos colegios idearon sistemas de vigilancia para detectar conductas alimentarias sospechosas.

En la provincia argentina de Salta un equipo de profesionales del hospital local que llevan a cabo un programa de detección y tratamiento de trastornos alimentarios encontraron en las estadísticas del último semestre de 1997 que de 190 personas atendidas un 37% presentaba anorexia, un 15% bulimia y el resto, otras patologías relacionadas a la alimentación como la

obesidad y sobrepeso. El 4% de los afectados eran hombres, el 60% del total de víctimas no superan los 25 años y el nivel socioeconómico en la mayoría es bajo con las siguientes características: madres golpeadas, madres solteras abandonadas, y empleadas domésticas desarraigadas de su lugar de origen. Este último dato comprueba que la anorexia y la bulimia no sólo afectan en Argentina igual para el resto del mundo a las zonas urbanas sino que ya afligen a personas de todas las razas, sexos y clases sociales.

Según el doctor Gonzalo Morandé (2,004), jefe del servicio de Psiquiatría del Hospital Niño Jesús de Madrid, los datos sobre prevalencia de anorexia y Bulimia en España hasta el año 1996 mostraban que los ingresos hospitalarios aumentaron de 86 en el período 90-91 a 225 en 1996, según el conjunto mínimo básico de datos hospitalarios del instituto nacional de salud (INSALUD). De estas, el 83.1% son anoréxicas y el 2.2% restante corresponden a cuadros mixtos. El 92% de estos episodios se produjo en jóvenes de 15 a 29 años, de los cuales el 92.8% eran mujeres.

La prevalencia de anorexia nerviosa en la población femenina de la Comunidad de Madrid se ha estimado en 0.04% en mujeres entre 15 y 24 años y de 0.025 en mujeres entre 25 y 29 años. Lo anterior contrasta con los datos que maneja la Asociación para la Defensa de la Anorexia Nerviosa (ADANER) para quienes la cifra de personas afectadas con anorexia, en España, solo en el año de 1998, fue alrededor del medio millón, un número muy alto en comparación con los datos oficiales que presentan ochenta mil casos detectados, quinientos ingresos hospitalarios y más de 100 muertes. Hay que señalar que entre 1998 y 1999 España se situó como el país europeo con mayor incidencia de anorexia y bulimia.

"La situación de los familiares llega a ser tan desesperada que la anorexia y la bulimia se han convertido en una de las causas más comunes de ingresos hospitalarios forzosos, es decir, aquellos en los que interviene el juez por solicitud, normalmente, de algún familiar del enfermo o también a instancias de un fiscal que tenga conocimiento del caso. Se conoció de que un juzgado de Barcelona, especializado en incapacidades, ordenaba dieciséis ingresos forzosos al mes."

Porot (2,005), señala en su descripción clínica, que las pacientes se encuentran en la pubertad, entre los 15 y 20 años. Datos recientes (Planeta Alternativo, 2005) mantienen este promedio, siendo la media específica los 17 años (Hsu, 1990, en Lock et al, 2001; APA, 1995), aunque la enfermedad es recurrente también en prepúberes.

Personas en sus 20 y 30 pueden sufrirla también, pero ya es extraño encontrarla en personas mayores de 40 años. En relación con la anorexia nerviosa, los estudios epidemiológicos realizados señalan que el trastorno se da en aproximadamente el 1% de las chicas entre 14 y 17 años. Se ha confirmado de modo rotundo que la anorexia no se vincula directamente al sexo biológico, si bien hay una evidente inclinación de la epidemiología hacia el sexo femenino: entre el 90% y 95% de casos se da en mujeres (Toro y Vilardell, 1989; Yepes, 1990; Baron, 1999); otros datos (Riobó, 2001) sostienen que hay un caso de anorexia en varones por cada ocho de mujeres. Burns y Crisp (1985, en Bay y Herscovici, 1993) estudiaron a 27 varones anoréxicos, y concluyeron que era probable que los conflictos relativos a la anorexia tuvieran más que ver con las crisis de desarrollo comunes a los adolescentes, y por tanto, no giraban en torno a los temas de la sexualidad femenina. En general, no hay nada que indique que se pueda hablar de anorexia femenina y anorexia masculina, porque ambos sexos sufren los mismos factores subyacentes a este trastorno (Toro y Vilardell, 1989).

En Colombia los niveles de prevalencia de la anorexia o la bulimia se han medido solo parcialmente. Son pocas las iniciativas que otorgan pistas sobre la creciente tasa de incidencia en el país, en el trabajo "Prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en estudiantes de la Universidad Nacional de Colombia entre julio de 1994 y diciembre de 1995, trabajo ganador del premio en "Investigación Clínica" XIV Congreso Colombiano de Medicina Interna, Santa Fe de Bogotá, D.C, 1996 se concluyó entre otras cosas que: la prevalencia de los trastornos de la alimentación en el grupo universitario estudiado es similar a la informada en países desarrollados. Es necesario realizar estudios en poblaciones más amplias y en especial riesgo, para conocer la realidad nacional y diseñar políticas para su detección y tratamiento.

Aunque en Colombia no existen estadísticas sobre la enfermedad, se han podido apreciar casos aislados en colegios de estrato 5 y 6 en la ciudad capital. Así lo reporta la Revista Semana en el artículo "Obsesiones que matan", en este señala Nora Elena Bartolini, psiquiatra especializada en el tratamiento de trastornos de conducta alimentaria que: "La patología está floreciendo, hasta ahora hemos analizado unas 500 bachilleres y hemos descubierto casos de colegios en donde hay hasta 6 alumnas con anorexia y bulimia avanzada".

Por otro lado, el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Antioquia estimó, para el segundo semestre de 2000, que cerca del 2% de las colombianas estaban afectadas por anorexia. Lucrecia Ramírez Restrepo, psiquiatra de este estamento, pasó de recibir una

paciente afectada por este trastorno al mes a tener dos o tres semanales. Y esto sucede en todas las ciudades del país, lo que hace unos años eran casos aislados de anorexia son ahora una tendencia creciente y alarmante en la consulta de médicos psiquiatras, endocrinólogos, pediatras y nutricionistas. Varias pruebas piloto hechas en colegios de Bogotá por la Psiquiatra Nora Elena Bartolini, especialista en Trastornos de la conducta alimentaria, encontraron que el porcentaje de niñas con anorexia es igual al que existe a nivel mundial, del 1 al 4 %.

En los Estados Unidos el Centro de Información y Referencia sobre Desordenes de la Alimentación cree que cerca de 10 millones de Norteamericanos padecen hoy en día de desordenes alimentarios, 90 % mujeres y 10 % son hombres, mientras que el Centro de Trastornos Alimentarios de la Escuela Médica de Harvard estima que el total de afectados es de aproximadamente 5 millones. El Instituto Nacional de Salud Mental no tiene cifras exactas, pero confirma que sea cual sea el número total de afectados por desordenes de la alimentación, entre los afectados por anorexia, 1 de 10 muere finalmente por inanición, suicidio o complicaciones médicas tales como fallas en los riñones u otros.

En algunas muestras hasta el 6% de las jóvenes que están terminando educación secundaria tienen más de un síntoma de anorexia nerviosa. Las mujeres que se desempeñan en profesiones que requieren delgadez (bailarinas, modelos) son más propensas a desarrollar el padecimiento. En relación con la bulimia algunos estudios ingleses y norteamericanos señalan prevalencias del 2 al 4% en mujeres jóvenes, también con tendencia al incremento. En los últimos estudios la edad de inicio de la anorexia es más baja; se han multiplicado las niñas que entran a este "infierno" desde los 11 años. Estas jovencitas generalmente pertenecen a un estrato social medio-alto y alto. Aunque ahora la afectación se está extendiendo a mujeres de todas las edades e incluso niños se da la circunstancia de que a menor edad, mayor porcentaje de varones, pertenecientes a todas las clases sociales y grupos raciales. Algunos investigadores admiten que han notado que ahora los niños están desarrollando los trastornos de la conducta alimentaria en edades cada vez menores, las niñas entre los 5 y 6 años, y los varones entre los 8 y los 9.

1.1.3.3 Signos y síntomas

Los criterios propuestos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales (DSM-IV-TR, 2001) para el diagnóstico son:

- Rechazo a mantener un peso corporal igual o mayor al valor mínimo considerado para la edad y talla (peso inferior al 85% del esperado, o fracaso en lograr el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% esperable).
- Miedo intenso a ganar peso o convertirse en obeso, incluso estando debajo del valor normal para talla y edad.
- Alteración en la percepción del peso y la silueta corporal.
- En pacientes postpuberales, amenorrea (ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos).

Lemberg y Cohn (1,999), clínicamente según estos autores la anorexia nerviosa en sus inicios puede confundirse con un período de dieta voluntaria normal, evitando ciertas comidas y reduciendo la cantidad de comida por porción; sin embargo, presentan características específicas de la patología tales como:

- Continúan la restricción dietética después de alcanzar el peso normal.
- Mueven la comida en el plato en lugar de comerla.
- Cortan la comida en trozos muy pequeños y se introducen poca comida en la boca masticándola durante un período largo.
- Buscan excusas para comer solos, llegando a aislarse socialmente.
- Coleccionan recetas y cocinan para otros, pero no para ellos.
- Niegan sentimientos de hambre, necesidad de comida o de tener un problema con la comida.
- Siempre se describen como gordos y deformes, aún cuando sus cuerpos están emaciados.
- Presentan ansiedad y refieren sentirse "muy llenos" luego de una comida ligera.
- Realizan ejercicio físico extremo y extenuante.
- Pérdida rápida de peso.
- Amenorrea.
- Calambres, fatiga, mareos (secundarios a desequilibrios hidroelectrolíticos).
- Hipotermia, lanugo.
- Uñas y pelo quebradizos, débiles y secos.
- Caries y gingivitis.
- Insomnio.
- Pesadillas.

En los estudios sobre anorexia nerviosa, se encontró que los factores de riesgo más comunes en dicho cuadro son el comportamiento perfeccionista y la autoevaluación negativa, aunque algunos autores comentan que la familia es la que más influye en el desarrollo del trastorno. Los hombres jóvenes y adultos que padecen de anorexia nerviosa exhiben similares vulnerabilidades que los de la mujer y mientras luchan por asegurarse un lugar en la sociedad, frecuentemente asocian éxito y masculinidad con buena condición física y delgadez. Éste es un problema particularmente notable entre los atletas y, aunque son menos hombres que mujeres los que sufren de este trastorno, se cree que es mayor la cantidad real padeciéndola que la que acude por ayuda profesional (Anderson y Holman, 1,997).

Vitello y Lederhendler (2,000), mencionan que el persistente y dañino impulso por conseguir delgadez se asemeja a una conducta de tipo adictivo, aunque se ha encontrado que el riesgo de padecer anorexia nerviosa se transmite independientemente del riesgo de padecer alguna adicción.

Burgard y Preston (2,000), los sujetos que padecen de anorexia nerviosa tienden a evitar la actividad sexual y a ser rígidamente controladores. Este tipo de pacientes usualmente ha sido "un buen niño o niña", esforzados buenos estudiantes y evitan el conflicto, pero se sienten desadaptados, desean ser especiales y sobresalir por encima de las masas mediocres y tratan de lograrlo por medio de obtener delgadez.

Halmi (2,000), desde el inicio de la investigación de los trastornos de la conducta alimentaria se propuso que la anorexia nerviosa es una respuesta de evitación fóbica a la comida que resulta de la tensión sexual y social, producida por los cambios fisiológicos asociados a la pubertad. Asimismo, las teorías psicodinámicas se han centrado en teorías del embarazo oral y relaciones de dependencia con los padres. Se ha propuesto también que la causa es una deficiencia en el desarrollo cognitivo y la percepción. Se desconoce la etiología y la patogenia específicas de la anorexia nerviosa. Se ha observado que inicia después de un período de privación alimentaria severa o historia de múltiples dietas, lo cual puede ser debido a algunos de los siguientes factores:

- Dieta voluntaria con la intención de resultar más atractivo.
- Dieta voluntaria secundaria a un comentario negativo acerca del peso de la paciente ("estás gorda") por una persona significativa en su vida.

- Dieta voluntaria con la intención de mayor competencia profesional.
- Restricciones en la ingesta de alimentos como consecuencia de un estrés intenso.
- Restricciones en la ingesta de alimentos secundarias a una enfermedad grave y/o a una intervención quirúrgica.
- Ayuno voluntario.

Se han realizado estudios familiares en donde se demuestra una tendencia familiar del trastorno. Tal predisposición genética tiende a expresarse especialmente en pacientes expuestos a condiciones adversas como una dieta inapropiada o estrés emocional severo. En la actualidad, el uso de antidepresivos para tratar la anorexia nerviosa es controversial; parece no ser útil para pacientes en el estado agudo, aunque se ha utilizado exitosamente durante la recuperación para prevenir las recaídas.

1.1.3.4 Tratamiento

a. Médico: el tratamiento farmacológico en la anorexia nerviosa está indicado como coadyuvante de las técnicas de modificación de conducta y como tratamiento de la psicopatología asociada, especialmente la depresión. Para colaborar con la terapia psicológica y la rehabilitación nutricional, habitualmente se precisa la prescripción de medicamentos. Entre ellos se encuentran:

Clorpromazina: es un medicamento antipsicótico indicado en pacientes con problemas graves obsesivo-compulsivos. La dosis inicial recomendada es de 10 mg tres veces al día, que puede aumentarse progresivamente. Se administra en forma líquida. Este tratamiento precisa de un control de tensión arterial, hemograma y pruebas hepáticas.

Ciproheptadina: es un fármaco antihistamínico con propiedades antiserotonérgicas (que estimulan el apetito). Se recomienda en pacientes anoréxicos hiperactivos. La dosis recomendada inicialmente es 4 mg dos veces al día, se puede aumentar hasta en caso necesario hasta 8 mg tres veces al día. Se utiliza en forma líquida. Precisa control con hemograma completo.

Fluoxetina: es un antidepresivo inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina. Se recomienda su administración una vez recuperado el peso. Indicado en casos de depresión grave y en conductas obsesivo-compulsivas graves. Precisa realizar hemograma y control del sueño.

Clomipramina: antidepresivo de tipo tricíclico. Es preferible utilizarlo después de recuperar peso. Se recomienda en casos de conductas obsesivo-compulsivas graves. Se debe comenzar el tratamiento con dosis muy bajas debido a los efectos secundarios que se derivan de su uso.

Es importante controlar la tensión arterial y realizar un hemograma.

b. Psicológico: el modelo cognitivo-conductual de la anorexia nerviosa considera que actualmente los modelos de la anorexia conceptualizan a este trastorno como una solución biológica al conflicto de maduración de la pubertad; además una serie de factores personales producirían una cierta vulnerabilidad a este trastorno (rasgos obsesivos, baja autoestima, déficit en habilidades sociales con malestar en las relaciones interpersonales, dificultad para desarrollar una conciencia de las sensaciones interoceptivas).

Además se distinguen dos tipos o grupos de anoréxicas: aquellas que realizan una restricción de la dieta (dietistas), que suelen tener rasgos obsesivos, baja autoestima, aislamiento social y escasa experiencia social (introvertidas, neuróticas) y las que tienen episodios de comida compulsiva (bulímicas), que se caracterizan por inestabilidad emocional, impulsividad, mayor incidencia de uso de alcohol y drogas y mayor intensidad de enfermedad mental y problemas sociofamiliares (extraversión, neuroticismo y sociopatía).

El modelo concreto propuesto conjuga los paradigmas conductuales del aprendizaje y el cognitivo para explicar el inicio y mantenimiento del trastorno. El aprendizaje social facilitara que mediante los modelos sociales la paciente observara el refuerzo dado a un modelo de mujer delgada que se asocia con la competencia y el éxito social además dicha exposición social interactuara con factores predisponentes adquiridos en las etapas infantiles (significados o creencias perfeccionistas, baja tolerancia a la frustración e incompetencia social) de modo que al llegar los cambios de la pubertad, la paciente se encontrara con pocos recursos de afrontamiento, recurriendo al hipercontrol corporal como forma de afrontamiento que le proporciona refuerzo cognitivo y sentimientos de control, competencia e identidad, mediante la evitación del peso (refuerzo negativo).

A su vez la presión familiar para que recupere peso aumentara su tendencia opuesta a controlar su peso, al percibir esto como una amenaza a su estilo de afrontamiento y refuerzos consiguientes. El estilo de afrontamiento conllevara una serie de distorsiones cognitivas,

destacándose el pensamiento dicotómico o polarización ("He aumentado de peso, estoy gorda"), la sobregeneralización ("He ganado peso, jamás me podré controlar") y el hipercontrol cognitivo ("Tengo que vigilar constantemente mi peso para evitar problemas").

Proceso de intervención

Según R. Calvo Sagardoy, (1983), en su nueva edición (2,006) comenta sobre el proceso de intervención con tres etapas generales:

- Establecimiento de la colaboración del paciente: se trataría de identificar los temas que son problemáticos para la paciente (estreñimiento, plenitud gástrica) y por otra que admitan un incremento de peso controlado (pesadas sistemáticas en condiciones de control, con incrementos sobre la línea basal). En esta fase se valora la capacidad de la paciente para realizar el tratamiento, siendo necesario el ingreso si no se reúnen las condiciones mínimas para el incremento o hay un riesgo vital considerable.
- Normalización de comida y peso: básicamente se trataría de establecer con la familia y la paciente (tratamiento ambulatorio) o con el personal médico, enfermería y otros (si el tratamiento es hospitalario) un programa de condicionamiento operante basado en el reforzamiento:
- extinción de conductas de pérdida de peso, vómitos, uso de laxantes, etc. y refuerzo de formas adecuadas de comer, ingesta incrementada de alimentos y ganancia de peso. En caso de hospitalización se establece un contrato conductual como condición del alta por ganancia de un peso mínimo.
- Trabajo sobre los factores predisponentes de vulnerabilidad personal: se trabajarían varios aspectos:
 1. Reglas o supuestos rígidos sobre el aspecto físico, el peso y la autovaloración personal, y las distorsiones cognitivas derivadas: se aplica a la paciente la relación pensamiento-afecto-conducta, el autorregistro y la modificación de pensamientos automáticos y puesta a prueba de los supuestos disfuncionales.
 2. Fobia a engordar y el miedo al descontrol: las técnicas cognitivas se complementan con procedimientos de exposición-desensibilización a distintas jerarquías de ansiedad (peso incrementado, aspecto físico grueso, etc).

3. Crisis bulímicas: se emplean estrategias de autocontrol (autorregistros de episodios de comida controlada, antecedentes y consecuencias, resolución de problemas) y exposición progresiva a los "alimentos peligrosos con prevención de la respuesta compulsiva de ingesta (exposición inicial en diapositivas y posterior en vivo). Manejo de pensamientos automáticos asociados a las crisis bulímicas.

4. Interacción social e inhibición asertiva: se exploran las cogniciones a la base de la inhibición y temores asertivos, se generan alternativas cognitivas y si es el caso se modelan, ensayan y practican conductas asertivas alternativas.

5. Déficits de la autopercepción del esquema corporal, distorsiones de la imagen corporal: se comienza por entrenamiento en relajación que produce una distensión de la tensión corporal y un incremento del cuerpo sentido como fuente de sensaciones placenteras, después se continúa con la detección de emociones y pensamientos automáticos ligados a determinadas sensaciones corporales y con alternativas a esas cogniciones disfuncionales, alternativas que son reforzadas y autorreforzadas.

6. Interacción familiar: se basa en enseñar a los familiares los principios del reforzamiento diferencial (extinción de conductas disfuncionales y refuerzo de las conductas adaptativas) también se trabajan aspectos relacionados con la ansiedad de la familia (temor a la independencia de la chica) mediante reestructuración cognitiva y en el caso de conflicto conyugal se indica terapia de pareja para los padres.

7. Apoyo al equipo terapéutico: cuando se trabaja en el medio hospitalario o ambulatorio con un equipo de terapeuta-coterapeutas es necesario mantener la cohesión del grupo ante la intervención y manejar sus ansiedades y temores (cuando el riesgo a la muerte es mayor o no se produce el incremento de peso al ritmo deseado) mediante la escucha de sus preocupaciones-problemas, establecimiento de medios de información claros y continuos, reestructuración cognitiva y resolución de problemas.

c. **Nutricionista:** un programa de tratamiento de anorexia nerviosa tiene como objetivo prioritario la recuperación ponderal, muchos de los pensamientos alterados con respecto a comida, peso o figura están sustentados por la malnutrición. La normalización de la dieta y los hábitos alimentarios son un paso fundamental en el proceso terapéutico. En segundo

lugar está resolver los problemas psicológicos, familiares o sociales concurrentes en la anorexia nerviosa.

Recuperación ponderal:

La rehabilitación nutricional y la normalización dietética corrigen las secuelas físicas y psicológicas que la malnutrición perpetúa, estas secuelas psicológicas tardan bastante tiempo en normalizarse después de haber conseguido la recuperación ponderal, éste debe ser el objetivo inicial del tratamiento de la anorexia nerviosa.

Recuperación dietética:

Es muy variada la opinión de si la realimentación debe partir de unos contenidos calóricos normales o bien reiniciarla a partir de dietas bajas en calorías, los diferentes autores no se ponen de acuerdo, si iniciarse en una dieta normal o si progresivamente se debe aumentar la cantidad de calorías. A pesar del riesgo aparente de una realimentación de valor calórico normal, en la práctica no suelen presentarse complicaciones, especialmente si ha sido evaluada correctamente.

No ocurre lo mismo con la alimentación nasogástrica y la parenteral con las que se deberá ser extraordinariamente prudente y este método no debe ser nunca el recurso frente a la falta de personal, o como solución excesivamente médica ante una paciente que esconde, tira, o pone dificultades a la alimentación. Bien distinto es que en el programa de tratamiento dietético se incluya la alimentación por sonda como refuerzo negativo frente a una actitudes puntuales de rechazo de la alimentación, en esos casos puede estar aconsejada la sonda, pero sólo aplicada de una manera puntual, en un programa concertado y nunca dejarla permanente, que no sea una comodidad y sí un recurso terapéutico.

1.1.4 Bulimia nerviosa

1.1.4.1 Definición

Trastorno en el que los atracones de comida son la conducta predominante, el dolor, las molestias abdominales, el vómito autoinducido, el sueño o una interrupción social terminan con el episodio. Se distinguen dos tipos:

a) El purgativo: donde las pacientes se provocan el vómito o abusan de laxantes, diuréticos o enemas para controlar su peso durante el episodio.

b) El no purgativo: en el que las conductas compensatorias inapropiadas son el ayuno, el ejercicio intenso o restringiendo la comida más drásticamente de lo usual después de un atracón (Gáfaró, 2001).

1.1.4.2 Prevalencia

Los datos sobre la bulimia de la doctora Mary Pipher (2,007), quien tiene una experiencia de aproximadamente 20 años como psicoterapeuta con múltiples casos de trastornos de la conducta alimentaria en la zona del Medio Este Norteamericano revelan que: "La bulimia ha constituido una epidemia en la década de los ochenta y los noventa. En estos momentos entre un 8 y un 20% de las chicas en edad escolar son bulímicas. Los psicólogos estiman que la tasa de incidencia de la bulimia entre las jóvenes universitarias es del orden de una de cada cuatro.

Según el doctor Gonzalo Morandé (2,004), jefe del servicio de Psiquiatría del Hospital Niño Jesús de Madrid, los datos sobre prevalencia de Bulimia en España hasta el año 1996 mostraban que los ingresos hospitalarios aumentaron de 86 en el período 90-91 a 225 en 1996, según el conjunto mínimo básico de datos hospitalarios del INSALUD. De estas, el 14.7% son bulímicas.

1.1.4.3 Signos y síntomas

Los criterios propuestos por el Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales (DSM-IV-TR, 2001) para el diagnóstico son:

- Presencia de atracones recurrentes, caracterizados por ingesta de alimentos en corto espacio de tiempo y en gran cantidad con sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento.
- Conductas compensatorias inapropiadas, como provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas, ayuno y ejercicio excesivo.
- Atracones y conductas compensatorias al menos dos veces a la semana por al menos tres meses.

- Autoevaluación y autovaloración exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.
- La alteración no aparece exclusivamente en la anorexia nerviosa.

De acuerdo a Lemberg y Cohn (1,999), entre las características clínicas de la bulimia nerviosa se encuentran las siguientes:

- Aislamiento social progresivo debido a que los atracones y las purgas consumen mucho de su tiempo y energía.
- En público presentan una conducta alimentaria controlada y restringida, evitando comidas grasosas, dulces y comida chatarra.
- Esconden comida en su cuarto, bajo la cama, en el closet o bote de basura.
- Se dirigen inmediatamente al baño después de comer para vomitar; si esto es imposible, sufren de ansiedad extrema, e incluso, ataques de pánico.
- Dolor y calambres abdominales, distensión, flatulencia, constipación, diarrea, náusea, vómitos, disfunción intestinal, colitis, úlceras y atrofia colónica (secundarios al uso de laxantes).
- Fluctuaciones severas de peso.
- Odinofagia, úlceras orales, labios resecaos, caries dental, irregularidades en las glándulas salivales y constipación (secundarias al vómito autoinducido).
- Deshidratación, daño renal, hipertensión, fallo cardíaco (secundario al uso de diuréticos). Callos y cicatrices en la superficie dorsal de la mano (signo de Russell).
- Halitosis.

Los pacientes con bulimia nerviosa pueden tener características similares a las de los pacientes con anorexia nerviosa (como pensamiento rígido y perfeccionismo), además de presentar impulsividad y tendencias a buscar "lo nuevo" (Vitello y Lederhendler, 2000).

Se han investigado también los neurotransmisores específicos del sistema nervioso para aclarar el mecanismo de la saciedad, entre ellos, serotonina, catecolamina y opiáceos endógenos. La serotonina reduce el consumo de alimentos, especialmente ricos en hidratos de carbono. Los pacientes que recuperados de anorexia nerviosa, padecen de bulimia nerviosa, presentan disminución de los metabolitos de la serotonina. Esto refleja una perturbación del mecanismo de saciedad por una alteración en la serotonina (White 2,000). Así, según sugiere este autor, la bulimia nerviosa podría ser un medio para compensar la

deficiencia de dicho neurotransmisor. En los pacientes que sufren de bulimia nerviosa está comprometido el metabolismo de la norepinefrina el cual, a través de los receptores alfa-adrenérgicos en el hipotálamo, aumenta el deseo de comer (Mijan y Velasco 1,999).

Fornari (et. al. 1,999), con respecto a una posible etiología en el área familiar, reportaron que los sujetos con bulimia nerviosa describen a sus familias como conflictivas, poco cohesionadas y a sus madres como críticas y distantes. Este mismo autor planteó que dichas relaciones familiares son causa de conflicto, hecho que puede originar una bulimia nerviosa.

Kreipe y Birndorf (2,000), consideraron que la clave clínica de la bulimia nerviosa no es el vómito, sino los atracones. Los pacientes con bulimia nerviosa son más propensos a ser impulsivos, no sólo en la conducta alimentaria, sino también en el uso de drogas y alcohol, automutilaciones, promiscuidad sexual, mentir, robar y otras manifestaciones de perturbaciones en la personalidad. La bulimia nerviosa también puede estar asociada a una seria morbilidad biológica, psicológica y sociológica, así como a un severo riesgo de mortalidad.

Los cambios físicos, fisiológicos y metabólicos de estos trastornos se deben a la inanición o a las conductas compensatorias (purga, vómitos) y dependiendo de la gravedad de la enfermedad se ven afectados distintos sistemas corporales, que incluso, pueden llevar a la muerte. Respecto a la bulimia nerviosa no existen estudios longitudinales a largo plazo, por lo que se dispone de poca información acerca de su curso natural y su pronóstico, la razón posiblemente sea porque este trastorno apareció como diagnóstico diferenciado hasta 1,980, en el DSM-III, donde aún estaban en discusión los criterios y no se podía distinguir entre este trastorno y episodios ocasionales de ingesta compulsiva de alimentos.

1.1.4.4 Tratamiento

a. Médico: los médicos han experimentado con una amplia gama de medicamentos para los trastornos de la conducta alimentaria, en el caso de la Bulimia los resultados han ido en mejoras en donde al parecer el clorhidrato de fluoxetina o Prozac ayudan a prevenir los atracones. No obstante, muchas preguntas persisten y la mayor parte de las personas que trata estos trastornos de la ingesta creen que los medicamentos nunca serán la primera elección de tratamiento, sino que seguirán al apoyo nutricional y la psicoterapia. Antes de recetar algún medicamento, los pacientes deben ser sometidos a un riguroso chequeo físico

que incluya un examen de hígado, corazón y riñón. No debe utilizarse ningún medicamento en caso de embarazo.

Antidepresivos tricíclicos (ATC): como su nombre lo indica, estos compuestos se utilizaron originalmente para combatir la depresión, y este sigue siendo su uso principal. No obstante, también se han usado en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria como la bulimia y la anorexia.

Los antidepresivos influyen en los neurotransmisores y ayudan a retransmitir mensajes a través del cerebro. Los pacientes pueden pasar varias semanas sin experimentar efectos terapéuticos, pero si pueden padecer efectos secundarios como somnolencia, boca seca, estreñimiento y baja presión arterial. Los ATC incluyen amitriptilina (Elavil), imipramina (Tofranil) y Nortriptilina (Palemor).

Inhibidores de la monoaminoxidasa (MAO): Estas medicaciones toman su nombre del hecho de que inhiben la acción de la enzima monoaminoxidasa, que destruye los neurotransmisores en el cerebro una vez que cumplen su función. Cuando la acción de esta enzima es inhibida, los neurotransmisores se mantienen y se cree que ayudan a aliviar los síntomas de depresión y trastornos de la conducta alimentaria. Los inhibidores de la MAO actualmente en uso son Isocarboxidasa (Marplan), Fenelcina (Nardil) y tranilcipropina (Parnate).

Al igual que los ATC, estos compuestos se utilizan en el tratamiento de la anorexia y de la bulimia nerviosa. Su principal desventaja consiste en que pueden intensificar seriamente el efecto de otros medicamentos, entre ellos Metildopa (Aldomet, utilizado para tratar la presión sanguínea alta), Levodopa (Dopar, Larodopa, recetada para la enfermedad de Parkinson), y de las anfetaminas de las que a menudo abusan los pacientes de bulimia.

En ocasiones se producen hemorragias intracraneales cuando se toman simultáneamente anfetaminas e inhibidores de la MAO. Esto también es peligroso cuando los inhibidores de la MAO se toman junto con píldoras para el resfriado o la alergia de venta libre que contengan efedrina o fenilpropanolamina (FPA). La FPA también se encuentra en píldoras de dieta de venta libre. Las pacientes que toman inhibidores de la MAO deben evitar las comidas que contengan el aminoácido Tiamina, puesto que este puede interactuar con los medicamentos y producir una peligrosa subida de presión arterial.

Trazodone: también llamado Desyrel, el trazodone es otro antidepresivo que ha demostrado disminuir la frecuencia de los episodios de atracón-purga en las bulímicas, sin los importantes efectos secundarios de los ATC o los inhibidores de la MAO (trazodone) pertenece a una categoría de compuestos diferente. También parece ayudar a que las pacientes con estos trastornos estén en remisión hasta diecinueve meses. No obstante existen riesgos de efectos secundarios como afecciones de la piel y trastornos del tracto digestivo entre otros.

Carbonato de litio: el mecanismo de acción de este medicamento aún se desconoce, pero se ha demostrado que induce a aumentar de peso, reducir la frecuencia de los episodios bulímicos y realzar el estado anímico. Entre los efectos secundarios más comunes se encuentra la náusea, que puede disminuir tomando el litio después de las comidas. La toxicidad del litio es un riesgo para las pacientes que se atracan, se purgan, abusan de diuréticos que disminuyen el nivel de sodio y reducen su ingesta de líquidos. El carbonato de litio tiene varios nombres comerciales como Eskalith, Lithane o simplemente carbonato de litio.

Carbohidrato de fluoxetina: más conocido como Prozac, este medicamento ha sido en los últimos tiempos el centro de una gran controversia. Inicialmente se usaba para la depresión, luego se descubrió que servía para las pacientes bulímicas ya que es bastante eficaz para resistir el deseo a atracarse. Pero se dieron casos de suicidio. Luego de esto se realizó una investigación que determinó que el medicamento no causaba suicidio y los médicos creen que en dosis precisas y bajo supervisión, es un medicamento seguro.

La única droga aprobada por la FDA (US Food and Drug Administration) para el tratamiento de la bulimia nerviosa es la fluoxetina, la cual parece tener un efecto anti-bulímico, además de su efecto antidepresivo, y en algunos casos ha sido útil el tratamiento para condiciones comórbidas, especialmente de personalidad. Se ha expuesto que el uso de medicamentos puede inhibir algunos de los síntomas de estas enfermedades, pero aún se encuentra en estudio para dar una conclusión positiva.

b. Psicológico: la terapia más adecuada para estos trastornos es la cognitivo-conductual, ya que trabaja tanto las ideas irracionales que puedan tener los sujetos y al mismo tiempo puede cambiar su conducta en referencia a la comida. Las relaciones familiares pueden influir en la percepción que tenga el sujeto con respecto a la comida. Si la dinámica familiar

no es sana con relación a la comida, es probable que el sujeto pueda reflejar una tendencia a padecer un trastorno de la conducta alimentaria.

Este modelo cognitivo de la bulimia parte de la premisa básica de que la bulimia es una consecuencia de determinadas distorsiones cognitivas derivadas de creencias y valores acerca de la imagen corporal y el peso. La falta de autocontrol de la dieta que aparece en la paciente bulímica (y en las anoréxicas con problemas bulímicos) se relacionaría con una necesidad extrema de autocontrol de estas personas en determinadas áreas (rendimiento escolar, control corporal, etc.). La creencia o supuesto básico sería del tipo: "El peso y la imagen corporal son fundamentales para la autovaloración y la aceptación social". Con esta creencia se interrelacionarían una serie de distorsiones cognitivas, destacándose:

- Pensamiento dicotómico (Polarización): Divide la realidad en categorías extremas y opuestas sin grados intermedios; por ejemplo: "Gordo frente a flaco".
- Personalización: Relaciona los acontecimientos con la propia conducta o como referidos a si misma sin base real, por ejemplo: en una chica inhábil socialmente que cree: "Me rechazan por mi aspecto".
- Sobreestimación de la imagen corporal: se perciben más grueso de lo que son.
- Autovaloración global y generalizada: se estiman y valoran globalmente en comparación con estándares sociales extremos, por ejemplo: "Si no tengo el cuerpo de una modelo no valgo nada".

El descontrol de la alimentación y la restricción de la dieta que se producen en forma de ciclos se relacionara con las anteriores distorsiones cognitivas que tendrán interacción con las necesidades biológicas de hambre en conflicto, produciendo esos descontroles y la vuelta a los intentos de control restringiendo la dieta. Además como estas personas carecen de mejores estrategias de afrontamiento, tanto la necesidad de hambre como otras fuentes de estrés (situaciones sociales) actuaran como señales predictoras de amenaza produciendo un estado de ansiedad que actuara como "distracción cognitiva" y como "refuerzo negativo" reduciendo la ansiedad. El mecanismo del vómito autoinducido responderá al mismo proceso descrito.

Proceso de intervención: según Fairburns (1981), es un formato de terapia cognitiva/conductual que consta de 20 sesiones, distribuidas en tres fases de tratamiento:

1- Establecimiento de la relación y socialización terapéutica: se intentaría establecer la relación escuchando las quejas del paciente, transformando esas quejas en una conceptualización de sus problemas y realizando el análisis funcional-cognitivo pertinente. El terapeuta explicaría el mecanismo inadecuado e ineficaz a medio-largo plazo del uso de laxantes y vómitos como métodos de control de la ansiedad. También intenta conseguir la cooperación de familiares y amigos en el tratamiento. Explica el autorregistro y a través de este examina la función de la ingesta descontrolada, los vómitos y el uso de laxantes. Posteriormente introduce el tema de un patrón regular de comida y peso (controles, incrementos graduales).

2- Generación de alternativas cognitivas- conductuales: se continúa el seguimiento del patrón regular de peso y comida, reduciendo las restricciones en la dieta de forma gradual. Paralelamente se van identificando las fuentes de estrés que conllevan al descontrol de la ingesta (situaciones de defensa asertiva o relación social), así como los pensamientos automáticos, significados personales y conductas asociadas, y se generan, ensayan y practican alternativas (tareas para casa). Se presta especial atención a la identificación y modificación de los supuestos personales sobre la imagen y el peso. Las alternativas cognitivas-conductuales más utilizadas son:

- Identificación y modificación de distorsiones cognitivas y supuestos personales: en la línea de la Terapia Conductual de Beck.
- Prevención de riesgos y recaídas: sigue el modelo de Marlatt (1982) de las conductas adictivas.
- Establecimiento gradual de un patrón de comidas con un plan diario de dieta a ingerir.
- Exposición gradual encubierta a la "imagen rechazada".
- Entrenamiento asertivo ante situaciones sociales vividas con ansiedad.
- Colaboración de familiares y amigos: entrenamiento en el uso del refuerzo diferencial.

3- Prevención de recaídas y seguimiento: se detectan las posibles situaciones de riesgo y se ensayan alternativas de modo anticipado (prevención cognitiva) y se realiza un seguimiento con intervalos cada vez mayores entre las consultas para atribuir los logros al paciente.

c. **Nutricionista:** cada día más jóvenes y adolescentes sufren de trastornos de la conducta alimentaria, tratando de buscar un ideal que no existe. Por eso es muy importante conocer la dieta para la bulimia en la adolescencia, que deberá llevarse a cabo, dentro de un tratamiento integral.

El objetivo del tratamiento dietético para adolescentes con bulimia es:

- Restablecer los hábitos alimentarios normales.
- En el caso de las mujeres, se tratará de normalizar la menstruación, que en muchos casos desaparece, por la pérdida de mucho peso.
- Lograr normalizar los niveles de minerales en sangre, sobre todo potasio y sodio, si estos estuviesen alterados.

El tratamiento para adolescentes que sufren bulimia debe ser un tratamiento individual y personalizado, donde se debe conocer toda su historia personal y familiar, para lograr descubrir el detonante que causó esta enfermedad. La dieta para la bulimia en la adolescencia es un pilar más, dentro de un tratamiento integral, donde la reeducación alimentaria, así como el aspecto psicológico son sumamente importantes.

Esta dieta para la bulimia en la adolescencia es sólo orientativa, como se menciono anteriormente, este tipo de dietas deben ser personalizadas. Existen diferentes puntos a tener en cuenta:

- El objetivo será evitar los atracones de comida.
- Se diseñará un tratamiento dietético en base a cuatro comidas diarias, con o sin colaciones según el caso particular.
- Se deben respetar los horarios.
- Se debe conocer la historia dietética del paciente y corregir hábitos incorrectos.
- Se debe tener en cuenta la medicación que pueda estar tomando el o la joven, ya que si toma antidepresivos inhibidores de la monoaminoxidasa (MAO), no podrán consumir: levadura de cerveza, quesos duros, hígado de pollo, frutas cítricas, chocolate, café, pescado, plátanos, ya que estos alimentos pueden elevar la tensión arterial.

- Se prescribirán alimentos ricos en triptófano y serotonina, como las carnes rojas, huevos, nueces, almendras, tofu, soya, semillas de ajonjolí, ácidos grasos omega 3, verduras y legumbres en general.
- Debe existir un acompañamiento de la familia en este tratamiento dietético, sobre todo en la adolescencia, la comprensión y contención son sumamente importantes.

Lo primordial es tomar conciencia de que la bulimia existe al igual que la anorexia y que estos trastornos de la conducta alimentaria, se padecen en secreto y muchas veces cuando salen a la luz, es demasiado tarde. Por eso es muy importante estar alerta y ayudar a los niños desde pequeños, a que entiendan la importancia de una buena alimentación y que los ideales de la perfección no existen, aún en las modelos top del momento.

1.1.5 Trastorno de la conducta alimentaria no especificado

Los criterios propuestos por el Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales (DSM-IV-TR, 2001) para el diagnóstico son:

La categoría trastorno de la conducta alimentaria no especificada se refiere a los trastornos de la conducta alimentaria que no cumplen los criterios para ningún trastorno de la conducta alimentaria específica. Algunos ejemplos son:

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

1.2 Adolescentes mujeres

1.2.1 Definición

Papalia y Wendkos (1,997), indican que la adolescencia es un período de transición en el desarrollo entre la niñez y la edad adulta. Por lo general, se considera que comienza alrededor de los 12 ó 13 años y termina hacia los 19 ó 20 años. Muchos adolescentes se concentran en su peso y algunos, en especial las niñas, reaccionan embarcándose en una larga batalla por reducirlo, en consideración a la salud y la belleza. Algunos luchan en contra de una verdadera obesidad pero, en años recientes, se han extendido dos problemas de alimentación: la anorexia y la bulimia. Ambos reflejan los drásticos estándares de la sociedad sobre la belleza femenina, al exaltar la esbeltez por encima de todo, y las patologías individuales de las adolescentes y adultos que tratan de satisfacer esos estándares con patrones de alimentación desproporcionados.

La Organización Mundial de la Salud (OMS 1,997), define que "la adolescencia es la etapa que transcurre entre los 13 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 13 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años". Sin embargo la condición de juventud no es uniforme y varía de acuerdo al grupo social que se considere. Generalmente se la considera entre las edades de 13 a 25 años. También puede decirse que es una etapa en la que los y las jóvenes sufren demasiado, y más que nada porque no están seguros de lo que les está pasando y de las consecuencias que pueden llegar a tener sus actos.

En la revista Guía Juvenil (2,008), se comenta que en la adolescencia es importante que primero se entienda qué es y por qué los adolescentes se comportan como lo hacen.

La adolescencia es esencialmente una época de cambios. Es la etapa que marca el proceso de transformación del niño en adulto, es un período de transición que tiene características peculiares. Se llama adolescencia, porque sus protagonistas son jóvenes de identidad y de una clara definición, que ya no son totalmente niños, pero tampoco son adultos, son una especie de híbrido, con rasgos de adulto y resabios de niño.

La evolución que las muchachas viven en esa etapa, las hace entrar en crisis, pues se encuentran en la búsqueda de su propia identidad, en el proceso de configurar su personalidad. En ocasiones la familia o la adolescente se verán desbordados y precisarán de ayuda externa a la familia.

1.2.2 La hebiatría

Es la rama de la medicina que estudia al adolescente y sus enfermedades. El término procede del griego héebee (pubertad) e iatrea (curación), pero sus fines son mucho más extensos que la mera curación de las enfermedades de los adolescentes, ya que esta especialidad estudia al joven desde los diferentes aspectos: biológicos, psíquicos y sociales que influyen en el adolescente normal como también en el que padezca alguna enfermedad. Esta especialidad es relativamente joven en el campo de la medicina mundial y en los países de habla hispana ha experimentado una maduración acelerada en las últimas décadas, en vista de las circunstancias especiales de nuestros jóvenes.

La hebiatría trata a los jóvenes desde que empiezan los cambios de la pubertad (caracteres sexuales secundarios) hasta que se completa el desarrollo en los diferentes aspectos y se convierte en el adulto de la especie. Esto es aproximadamente de los 12 a los 20 años. Dentro de ella se distinguen tres períodos:

- Adolescente Menor: inicio del crecimiento rápido.
- Adolescente Medio: cambios de comportamiento y caracteres sexuales secundarios.
- Adolescente Mayor: inicio de la independencia del joven de su familia.

La vida escolar y la preparación para escoger profesión u oficio es la actividad primordial de los adolescentes, motivo por el cual la hebiatría, debe tratar los problemas psicosociales de los adolescentes para que se logre el desarrollo integral y lograr ser el adulto sano de la especie humana. La hebiatría por lo tanto integra la salud física, escolar, social, sexual, reproductiva, deportiva e intelectual de los jóvenes y se alimenta desde el punto de vista operativo de otras especialidades como la medicina interna, ortopedia, psiquiatría, dermatología, ginecología etc.

1.2.3 Problemas más frecuentes en la adolescencia

Las preocupaciones sobre problemas con el desarrollo físico pueden ser discutidas con el médico de cabecera, y las preocupaciones referentes al aspecto emocional podrá ayudarle un psicólogo. Pero cuando los problemas surjan en el colegio, los padres necesitarán hablar con los maestros o profesores de sus hijos. Si existieran dificultades con el aprendizaje, el colegio puede solicitar la valoración y ayuda de los psicólogos y pedagogos de la consejería

de educación. A continuación se presentan algunos de los problemas más frecuentes tales como:

a. Cambios emocionales en la adolescencia:

La mayoría de los expertos creen que la idea de que los adolescentes son regidos por las "hormonas descontroladas" es una exageración. No obstante, esta es una edad llena de cambios rápidos en su estado emocional, el mal genio y una gran necesidad por la privacidad, así como la tendencia a ser temperamentales.

Los niños pequeños no pueden pensar en el futuro demasiado, pero los adolescentes sí pueden y suelen hacerlo con frecuencia, lo que resulta en que se preocupen por el futuro. Algunos podrían preocuparse excesivamente de su rendimiento en la escuela, su apariencia, su desarrollo físico y su popularidad, la posibilidad de que uno de sus padres fallezca, ser hostigados en la escuela, la violencia escolar, no tener amigos, las drogas y el alcohol, hambre y pobreza en el país, fracaso en obtener empleo, bombas nucleares o ataques terroristas en el país, el divorcio de sus padres y la muerte.

Muchos adolescentes son un poco cohibidos, dado que los cambios físicos y emocionales son drásticos, también suelen ser muy sensibles sobre sí mismos, quizás se preocupen por algunas cualidades personales o "defectos" que para ellos son algo muy importante, pero, que para otros son inconsecuentes. Un adolescente también puede estar bastante absorto en sí mismo. Puede creer que él es la única persona en el mundo que siente como él, o que tiene las mismas experiencias, o que es tan especial que nadie más, solamente su familia, lo puede comprender. Esta creencia puede contribuir a los sentimientos de soledad y aislamiento. Además, el enfoque en sí mismo puede afectar la manera en que el adolescente se relaciona con familiares y amigos. Mostrando algunos de los cambios repentinos emocionales siguientes:

- Las emociones del adolescente a veces parecen exageradas.
- Sus acciones son inconsistentes.
- Es normal que los adolescentes cambien repentinamente de estado emocional, entre la felicidad y la tristeza, entre sentirse inteligentes o estúpidos.

De hecho, algunos expertos consideran que la adolescencia es como una segunda niñez temprana. Como explica Bleifield (2,008), una consejera escolar de nivel secundario en Wisconsin, comenta que momento quieren que se les trate y se les cuide como a un niño pequeño. Pero cinco minutos más tarde quieren que los adultos se alejen de ellos, diciendo: "déjame hacerlo sólo. Puede ser beneficioso si se les ayuda a comprender que están atravesando una etapa con muchos y grandes cambios, mismos que no siempre parecen resultar en el progreso".

Además de los cambios emocionales que ellos sienten, también exploran varias formas de expresar sus emociones. Similarmente, los abrazos y besos que antes expresaban, su amor por sus padres, ahora se convierten en un alejamiento y una expresión de: "ya déjame, mamá". Es importante recordar que estos son cambios a las formas en que ellos expresan sus sentimientos, y no cambios a los sentimientos en sí por sus amigos, sus padres y otros familiares. Pero se debe estar pendiente por señas de cambios emocionales excesivos o por periodos de tristeza de larga duración. Estas señales pueden indicar problemas emocionales severos.

Las investigaciones sobre los problemas emocionales han puesto de manifiesto que cuatro de cada diez adolescentes en algún momento se han sentido tan tristes que han llorado y han deseado alejarse de todo y de todos. En el transcurso de su adolescencia uno de cada cinco adolescentes piensa que la vida no merece la pena vivirla. Estos frecuentes sentimientos pueden dar lugar a un estado depresivo que puede no ser evidente para los demás. Las ingestas alimenticias excesivas, la somnolencia y las preocupaciones excesivas sobre su apariencia física pueden ser también signos de malestar o discomfort emocional. De forma más obvia, pueden aparecer fobias y ataques de pánico. Los estudios recientes han demostrado que los problemas emocionales del adolescente no suelen ser reconocidos ni siquiera por sus familiares o amigos.

b. Problemas de alimentación:

El sobrepeso es una causa frecuente de infelicidad en las adolescentes, si son criticadas o se ríen de su aspecto físico pueden disgustarse consigo mismas y llegar a deprimirse de forma significativa, estableciéndose un círculo vicioso. Haciendo poco y comiendo para sentirse mejor, pero esto sólo hace que el problema del peso empeore.

El hacer dieta puede realmente agravar la situación, es más importante que se sientan felices consigo mismas, estén gordas o delgadas. A pesar de que muchos adolescentes hacen dieta, afortunadamente son muy pocas las que desarrollarán un trastorno de la conducta alimentaria del tipo de la bulimia o la anorexia nerviosa. Sin embargo, estos trastornos ocurrirán con mayor probabilidad si los que se someten a una dieta estricta tienen una pobre opinión de sí mismas, se encuentran bajo tensión o han tenido un problema de sobrepeso en la infancia.

c. Problemas conductuales:

Los adolescentes y sus padres suelen quejarse cada uno de la conducta del otro. Los padres con frecuencia sienten que han perdido cualquier tipo de control o influencia sobre sus hijos. Por su parte, los adolescentes al mismo tiempo que desean que sus padres sean claros y les suministren una estructura y unos límites, sin embargo, se toman a mal cualquier restricción en sus libertades crecientes y en la capacidad para decidir sobre sí mismos. Los desacuerdos son frecuentes, ya que la persona joven lucha por forjar una identidad independiente. Aunque todo esto es bastante normal, lo cierto es que la situación puede alcanzar un punto en el que los padres realmente pierdan el control, no sabiendo dónde están sus hijos, quiénes son ellos o qué les está pasando. La experiencia sugiere que los adolescentes tienen una mayor probabilidad de tener problemas si sus padres no saben donde están. Por tanto, es importante que ellos permitan a sus padres conocer dónde van, aunque también es recomendable que sus padres se tomen la molestia de preguntar.

Mucho menos frecuentes, los cambios conductuales y del estado de ánimo gradual pueden ser signo de un trastorno psiquiátrico más grave. Aunque son trastornos infrecuentes, la esquizofrenia y la depresión maniaca pueden comenzar en la adolescencia. El aislamiento extremo puede ser un signo de esquizofrenia, aunque pueden existir otras explicaciones para el mismo. Los padres preocupados con estas posibilidades deben ponerse en contacto con el psicólogo/a o con su médico de cabecera.

d. La timidez y el sentimiento de inferioridad:

La timidez es un rasgo de la personalidad que todos tenemos en mayor o menor grado y que se muestra de manera más acusada en ciertos momentos. "Es una reacción de inseguridad que aparece cuando la persona entra en contacto con situaciones que implican relación

con otros", indica la psicóloga Almudena Porres Salces. Suele afectar en mayor medida a determinados tipos de personalidad, por ejemplo, es más habitual cuando coinciden "la introversión, un cierto grado de hermetismo y dificultades de comunicación, o cuando en la infancia ha faltado confianza y afecto por parte de los padres", señala Teresa Pont, vicepresidenta de la comisión deontológica del Colegio de Psicólogos de Cataluña.

Los adolescentes constituyen uno de los grupos más afectados por la timidez, según Antonio Cano Vindel, profesor titular de la Universidad Complutense de Madrid y Presidente de la Sociedad Española para el estudio de la Ansiedad y el Estrés (SEAS). "En esta etapa se agudizan los problemas de la timidez por tres motivos":

- Porque se ha dejado de ser un niño y no se tienen bien aprendidos los nuevos roles sociales.
- Debido a los cambios que experimenta el propio cuerpo, hecho que puede llegar a provocar problemas de aceptación de la nueva imagen corporal.
- A causa de los cambios hormonales, que se encuentran relacionados con las emociones. Por esta razón se da una mayor incidencia de la vergüenza y de la irritabilidad.

Tanto la predisposición genética como el entorno social de los primeros años de vida son determinantes en el origen de la timidez, expone Cano Vindel. "En la timidez pueden influir factores genéticos como la introversión o factores del aprendizaje, ya que desde pequeños se van aprendiendo una serie de comportamientos en el entorno del niño y no es lo mismo tener padres introvertidos que extrovertidos. También aparecen emociones propias del aprendizaje social, como la vergüenza, no socializan, y aunque siendo bebé no hubiera importado estar desnudo, a un niño de 7 u 8 años le puede dar vergüenza".

Respecto al origen de la timidez, cada vez más expertos coinciden en destacar que la influencia del entorno es mayor. Explican que si el niño vive en un entorno acogedor, tendrá menos posibilidades de ser tímido. "En las experiencias precoces de la vida, si la criatura percibe que es deseada, querida y recibe una base de estabilidad afectiva y seguridad en sus necesidades básicas, tendrá una mayor confianza en sí misma", argumenta Pont.

Las causas de la timidez en la adolescencia suelen ser distintas que en otras etapas de la vida. Incide por igual tanto en chicos como en chicas. "Por ejemplo, en el adolescente se produce una desconfianza en uno mismo porque la personalidad todavía no está conformada o temores porque todavía no se han adquirido demasiadas habilidades sociales", explica Porres Salces. En líneas generales, la timidez puede surgir por "una sobreprotección familiar, debido a un ambiente familiar autoritario, una situación escolar en la que los niños se sientan menospreciados o por una circunstancia social en la que se sientan infravalorados por sus iguales. Estas experiencias provocan en la persona una sensación de bloqueo que les impide enfrentarse a situaciones sociales", explica la psicóloga Mónica Elorza.

La timidez no es sinónimo de introversión ya que las personas introvertidas son personas que se concentran en su mundo interior y que no necesitan relacionarse con los demás. "La diferencia fundamental es que el tímido no sabe cómo relacionarse con los demás y el introvertido no lo necesita, es decir, no busca relacionarse con el resto", señala Elorza.

En el sentimiento de inferioridad el individuo que lo padece es consciente del mismo, y este sentimiento responde más a un problema que el individuo se crea que a una dificultad objetiva. Este sentimiento supone acrecentar excesivamente la conciencia de alguna inferioridad personal hasta absolutizarla. Cuando los adolescentes no logran superar el sentimiento de inferioridad, experimentan un sufrimiento interior que se traduce casi siempre en una timidez muy acusada, cobardía, rebeldía o neurosis.

Este sentimiento les suele conducir además a la búsqueda de compensaciones psicológicas inadecuadas. Estas compensaciones pueden ser afectivas y sociales, las primeras consisten en reacciones coléricas que pueden llegar a la violencia, y en estados depresivos (pasividad, melancolía). En cuanto a la segunda, las más comunes son la mentira y el robo en donde el adolescente utiliza la mentira para eludir un dolor moral. La mentira compensatoria consiste en ocultar una verdad concreta a una persona, porque esta podría utilizar la verdad para inferiorizarle.

El sentimiento de inferioridad renace en la adolescencia cuando el joven se siente torpe, a disgusto ante los adultos, cuando su físico y su imagen no responden a sus esperanzas, o cuando sus compañeros le gastan bromas. La inadaptación ante los cambios físicos y psíquicos de la pubertad origina un sentimiento de inseguridad que crecerá con la exigencia

poco comprensiva de los adultos. Los adolescentes son muy sensibles a los defectos físicos y a las situaciones humillantes. Divulgar públicamente una mala acción, compararles con otras personas o castigarles de forma que se hiera su amor propio, puede fomentar en alto grado el sentimiento de inferioridad.

e. Drogas, pegamentos y alcohol:

La mayoría de las adolescentes no usa drogas, ni inhala pegamento y las que lo hace no irá más allá de experimentar ocasionalmente con ellos. A pesar de la publicidad sobre otras drogas, el alcohol es la droga que con mayor frecuencia causa problemas a las adolescentes. La posibilidad del uso de cualquier tipo de droga debería ser considerada cuando los padres observen cambios repentinos y graves en la conducta de sus hijas.

f. Abuso sexual:

Los abusos sexuales, físicos y emocionales pueden tener lugar en la adolescencia y dar lugar a muchos de los problemas mencionados con anterioridad; las familias con estos problemas precisan de ayuda especializada además de consejo legal ya que muchas de estas conductas constituyen un delito que debe ser denunciado. No es infrecuente que el desconocimiento sea cómplice de la permisividad y que la ayuda en este orden de cosas resulte tardía.

g. Los cambios físicos y el sexo:

Los dramáticos cambios físicos de la adolescencia, pueden llegar a ser muy preocupantes para algunas adolescentes, especialmente para aquellas que son tímidas y que no desean hacer preguntas al respecto. En el otro extremo, las preocupaciones pueden ponerse de manifiesto en forma de presunción excesiva, tanto sobre su capacidad sexual, como sobre sus experiencias. Más de la mitad de las adolescentes, tendrán su primera experiencia sexual completa antes de los 16 años.

Aquellas que comienzan tempranamente con relaciones sexuales, tienen un mayor riesgo de embarazos no deseados y de problemas de salud. Los nuevos riesgos para la salud suponen la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) constituyendo una preocupación adicional.

1.2.4 Amenazas más comunes entre las adolescentes

Según la revista Guía Juvenil (2,008), se señalan en estudios oficiales, la lista de las amenazas más comunes para las jóvenes adolescentes, las cuales son:

- Consumo de Alcohol: lo hace, habitualmente, más del 60% de las jóvenes de 14 a 20 años.
- Iniciación en las Drogas: según datos del Plan Nacional sobre Drogas, el 31% de las adolescentes ha probado el cannabis.
- Embarazos no Deseados: cada año quedan embarazadas más de 18,000 menores de 19 años, según la Sociedad Española de Medicina de Familia.
- Acoso Escolar: por parte de sus compañeros, ocurre según diversos estudios promovidos por el Ministerio de Educación, en hasta el 12% de los alumnos no universitarios.
- Trastornos de la Imagen y Alimentación: anorexia, bulimia nerviosa... las sufren el 3% de las adolescentes españolas, según el Ministerio de Educación.
- Malos Tratos: una cuarta parte de las denuncias interpuestas por mujeres que sufren malos tratos son menores de 20 años.
- Problemas Derivados del Mal uso de Internet: la adicción a internet afecta, sobre todo, a chicos mayores. Según un estudio publicado en "Evidencias de Pediatría", son jóvenes que dedican más de 20 horas semanales a la web y la utilizan para jugar "en línea".
- Sectas y Socioadicciones: según el Instituto de Sociología Aplicada, en España hay 150,000 jóvenes que pertenecen a sectas.
- Depresión y Trastornos Emocionales: responsables del 10.75% de las muertes de adolescentes, según el Instituto de la Juventud (INJUVE).
- Accidentes de Tráfico: son responsables del 33% de los fallecimientos de jóvenes, según estudios del Instituto de la Juventud (INJUVE).

1.2.5 Riesgos de la adolescencia

Por ser un período de intensos cambios, tanto físicos como mentales, el adolescente muchas veces puede involucrarse en situaciones de riesgo, como el uso de bebidas alcohólicas, tabaquismo, drogas, sexo sin protección, entre otras. Pero, ¿cuál sería el real significado de exponerse a tantos conflictos?

La Dirección en Psicología Científica (2,008), publicó un artículo producido por especialistas del área de Psicología de la Universidad de Temple, Filadelfia, buscó responder a esta cuestión, que intriga psicólogos hace años. De acuerdo con los autores, la inestabilidad del período de la adolescencia sería la responsable por la vulnerabilidad del individuo. Lo que es sugerido para este hecho, es que el cerebro del adolescente necesita infringir reglas, para aprender a tomar decisiones maduras, en diferentes momentos.

Además de esto, este hecho es observado comparativamente con otros animales, lo que también fortalece la hipótesis de que enfrentar riesgos sea un hecho biológico. Sin embargo, esto no significa, de acuerdo a los psicólogos, que los adolescentes no deban ser educados sobre los peligros expuestos anteriormente. Al contrario, la educación sobre este problema es fundamental en la formación de estos jóvenes.

II. Planteamiento del Problema

En la cabecera municipal de Quetzaltenango, no se ha encontrado ninguna investigación sobre la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria, por esta razón es importante que se realice el estudio, debido a que es difícil en una sociedad, donde actualmente se crean mitos, especulaciones y complicaciones alrededor de las cosas más sencillas, así se pueda evitar que las personas caigan en enfermedades y trastornos relacionados con la autoestima, la imagen y la moda. Los trastornos de la conducta alimentaria, como su nombre lo dice giran alrededor de la alimentación, por esto es difícil combatirlos, ya que comer es el eje de nuestra cultura, es necesario para el organismo, pero desafortunadamente se han creado muchos mitos alrededor de la forma en que se realiza. En cada cultura existe un concepto de belleza, por ejemplo en algunas tribus indígenas africanas las mujeres con cuello largo o labios gruesos son las más atractivas.

En occidente el concepto que se ha desarrollado de belleza es la delgadez, actualmente más de la tercera parte de la juventud quiere adelgazar, debido a la presión que el medio ejerce sobre esta. La anorexia nerviosa causa que la vida de quien la padezca gire alrededor de la comida, pero no la pueda consumir, esto hace que sea insoportable vivir con ella. Las personas que padecen bulimia nerviosa son incapaces de dominar los impulsos que les llevan a comer, pero el sentimiento de culpa y vergüenza tras ingerir muchos alimentos les lleva a ayunar, usar purgativos y provocarse vómitos para prevenir el aumento de peso. Los trastornos de la conducta alimentaria se propagan con la efectividad de un virus aunque no lo son.

Debido a esto se considera útil evaluar la prevalencia que existe sobre trastornos de la conducta alimentaria en las adolescentes de 15 a 17 años, estudiantes de las 3 diferentes instituciones educativas privadas, en la cabecera municipal de Quetzaltenango, con el fin de brindar información y datos estadísticos que se obtengan en esta investigación para una mejor atención integral. Por tal razón se plantea la siguiente interrogante: ¿Cuál es la prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes mujeres de 15 a 17 años, en la cabecera municipal de Quetzaltenango?

2.1 Objetivos

2.1.1 Objetivo general

- Determinar la prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria que hay en las adolescentes de 15 a 17 años, que estudian en las 3 instituciones educativas privadas, en la cabecera municipal de Quetzaltenango.

2.1.2 Objetivos específicos

- Establecer cuál es el trastorno de la conducta alimentaria que se da con mayor frecuencia en las adolescentes de 15 a 17 años, que estudian en las 3 instituciones educativas privadas, en la cabecera municipal de Quetzaltenango.
- Verificar la existencia de relación entre los trastornos de la conducta alimentaria.
- Proponer un programa para la prevención de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes mujeres que asisten a establecimientos educativos privados.

2.2 Hipótesis

Hipótesis alterna: Existen casos de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa entre las adolescentes que estudian en los 3 establecimientos educativos privados a evaluar.

Hipótesis nula: No existen casos de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa entre las adolescentes que estudian en los 3 establecimientos educativos privados a evaluar.

2.3 Variables de estudio

- Trastornos de la Conducta Alimentaria.
- Adolescentes Mujeres.

2.3.1 Definición de las variables

2.3.1.1 Definición conceptual

Trastornos de la Conducta Alimentaria: el tratado de psiquiatría del DSMIV define que los trastornos de la conducta alimentaria se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria. En los cuales se incluyen trastornos específicos: la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. La anorexia nerviosa se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales. La bulimia nerviosa se caracteriza por episodios recurrentes de voracidad seguidos por conductas compensatorias inapropiadas como el vómito provocado, el abuso de fármacos laxantes y diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.

Adolescentes Mujeres: Encarta (2,008), define que es la etapa de maduración entre la niñez y la condición de adulto. El término denota el período desde el inicio de la pubertad hasta la madurez y suele empezar en torno a la edad de doce años en las mujeres. Aunque esta etapa de transición varía entre las diferentes culturas, en general es el período de tiempo que los individuos necesitan para considerarse autónomos e independientes socialmente.

2.3.1.2 Definición operacional

Las variables de investigación se operacionalizarán a través del test Inventario de Trastorno de la Conducta Alimentaria EDI-2.

2.4 Alcances y límites

El estudio se realizará únicamente en 3 establecimientos educativos privados, debido al tiempo, distancia y jornada de estudios, en la cabecera municipal de Quetzaltenango. Los resultados podrán ser generalizados en adolescentes de 15 a 17 años, que tengan las mismas características de los sujetos de estudio. No obstante el carácter es puramente descriptivo por lo que no será posible establecer si los trastornos de la conducta alimentaria existen a consecuencia del proceso de la adolescencia, o, si por el contrario son factores independientes. Además se podrán establecer datos estadísticos sobre la prevalencia de este tipo de trastornos, en las adolescentes comprendidas en las edades de 15 a 17 años,

para así poder dar orientación a las mismas, con pautas a seguir para los padres de familia, y sobre todo un abordaje biopsicosocial.

2.5 Aporte

El principal aporte es brindar datos estadísticos sobre la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria, en adolescentes mujeres de 15 a 17 años, que estudian en establecimientos privados de la cabecera municipal de Quetzaltenango. Así como también para que esta información pueda servir para futuras investigaciones sobre dichos trastornos. Además establecer cuál es el trastorno de la conducta alimentaria, que se da con mayor frecuencia en las adolescentes de 15 a 17 años, para poder identificar cuáles son los signos y síntomas que sufren estas adolescentes.

Poder proponer en base a los resultados que se obtengan un programa de prevención para los padres de las adolescentes, que se encuentren en estas edades que padecen un trastorno de la conducta alimentaria. También a través de la misma información brindársela a los catedráticos encargados de las adolescentes en dichas instituciones para que así puedan detectar los signos y síntomas de alguno de estos trastornos pudiendo así ayudar a las mismas refiriéndolas al especialista indicado. Al mismo tiempo poder determinar cuáles pueden ser las terapias a aplicar en este tipo de adolescentes que padecen un trastorno como este.

III. Método

3.1 Sujetos

De acuerdo a Levin, J. (1,977), se utilizó el método de muestreo no probabilístico en el cual no se pueden realizar generalizaciones, pues no se tiene certeza de que la muestra extraída sea representativa, ya que no todos los sujetos de la población tienen la misma probabilidad de ser elegidos.

En general se seleccionan a los sujetos siguiendo determinados criterios procurando que la muestra sea representativa. Y de este método se selecciono el muestreo casual o incidental, trata de un proceso en el que el investigador selecciona directa e intencionadamente los individuos de la población. El caso más frecuente de este procedimiento el utilizar como muestra los individuos a los que se tiene fácil acceso (los profesores de universidad emplean con mucha frecuencia a sus propios alumnos). Un caso particular es el de los voluntarios.

Por tal motivo desde el inicio de la investigación se decidió evaluar a 3 establecimientos educativos privados. Para la elección de la muestra al azar, se procedió a enumerar los 22 establecimientos educativos del sector privado, que funcionan en la cabecera departamental de Quetzaltenango. Luego se colocaron en una caja los papeles numerados, de aquí se sustrajeron 3 papeles, de los cuales correspondieron a las 3 instituciones educativas privadas a evaluar.

Después de un análisis, para determinar si padecen de trastornos de la conducta alimentaria, la población consistió en 142 adolescentes mujeres, comprendidas entre las edades de 15 a 17 años (promedio de 16.07 años con una desviación estándar de 0.82 años), estudiantes de los 3 establecimientos privados del municipio de Quetzaltenango.

3.2 Instrumento

Para la recolección de los datos se utilizó:

- Test EDI-2.

Según el manual EDI-2 (1998). El inventario de trastorno de la conducta alimentaria (Eating Disorder Inventory-2), cuyo autor es el doctor en psicología clínica David M. Garner, del

Psychological Assessment Resources (PAR), Odessa, Florida, está estandarizado, y contiene la adaptación en castellano.

El inventario consiste en una serie de 91 preguntas, cada una de las cuales tiene 5 posibles respuestas, de acuerdo a la percepción individual de la persona y a su vez cada respuesta tiene un valor nominal. La aplicación puede ser individual o colectiva y su duración es de 20 minutos aproximadamente (no está limitado), es aplicable a partir de los 11 años de edad. Al finalizar el test se realiza la sumatoria de los valores nominales correspondientes a las respuestas y posteriormente el valor total obtenido se compara con una serie de rangos previamente establecidos (bajo, medio y alto), para obtener el trastorno de la conducta alimentaria y su consecuente severidad.

Evalúa 11 escalas diferentes, todas ellas relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria, las cuales son:

- Obsesión por la delgadez: los elementos de esta escala se refieren a la preocupación por el peso, las dietas y el miedo a engordar. (AN, B).
- Bulimia: evalúa la tendencia a tener pensamientos o a darse comilonas o atracones de comida incontrolables. (B).
- Insatisfacción corporal: mide la insatisfacción del sujeto con la forma general de su cuerpo o con las de aquellas partes del mismo que más preocupan a los que padecen este trastorno (estómago, caderas, muslos, glúteos, etc.). (AN, B).
- Ineficacia: evalúa sentimientos de incapacidad general, inseguridad, vacío, autodesprecio y falta de control sobre la propia vida. (AN, B).
- Perfeccionismo: mide el grado en el que el sujeto cree que sus resultados personales deberían ser mejores. (AN, B).
- Desconfianza interpersonal: evalúa el sentimiento general de alienación del sujeto y su desinterés por establecer relaciones íntimas, así como la dificultad para expresar los propios sentimientos y pensamientos. (AN, B).
- Conciencia introceptiva: evalúa el grado de confusión o dificultad para reconocer y responder adecuadamente a los estados emocionales y se relaciona también con la inseguridad para identificar ciertas sensaciones viscerales relacionadas con el hambre y la saciedad. (AN, B).
- Miedo a la madurez: evalúa el deseo de volver a la seguridad de la infancia. (AN, B).

- -Ascetismo: mide la tendencia a buscar la virtud por medio de ciertos ideales espirituales como autodisciplina, el sacrificio, la autosuperación y el control de las necesidades corporales. Basado en la concepción que hacer dieta es una purificación, la delgadez es una virtud y el ayuno un acto de penitencia. (AN).
- -Impulsividad: evalúa la dificultad para regular los impulsos y la tendencia al abuso de drogas, la hostilidad, la agitación, la autodestrucción y la destrucción de las relaciones interpersonales. (AN, B).
- Inseguridad social: mide la creencia de que las relaciones sociales son tensas, inseguras, incómodas, insatisfactorias y generalmente de escasa calidad. (AN, B).

Los resultados que se han obtenido a través de este inventario por algunos investigadores sirven en mayor grado para acompañar el diagnóstico inicial y la detección de otras características psicológicas más precisas.

Usos recomendados en psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales que trabajan con mujeres jóvenes que se sospecha o se sabe que tienen trastornos de la conducta alimentaria se benefician del uso del EDI-2. También puede ayudar a ampliar el conocimiento clínico sobre los trastornos alimentarios y los atributos asociados.

3.3 Procedimiento:

1. Presentación del Sumario con 3 temas: se presentaron los 3 temas a una terna para ser evaluados y selección de un tema.
2. Designación del tema: la terna evaluó los 3 temas y selecciono el tema de la presente investigación.
3. Recopilación de información para la investigación con varios autores sobre el tema: se busco la bibliografía necesaria para llevar a cabo esta investigación.
4. Se formularon los objetivos y las hipótesis: para así tener claro lo que se buscaba y adónde se quería llegar, al mismo tiempo comprobar o no la hipótesis planteada.
5. Seguidamente se definieron las variables de estudio: para poder identificar lo que se estaba investigando se busco bibliografía para definir las mismas.

6. Selección de la muestra al azar: se selecciono el muestreo casual o incidental y posteriormente al azar con papelitos se designaron los establecimientos a investigar.
7. Se busco el instrumento para el tema elegido: el inventario de trastornos de la conducta alimentaria fue el seleccionado para poder recolectar los resultados de la investigación.
8. Redacción de Bibliografía: para ordenar alfabéticamente a cada autor que se utilizó en la presente investigación.
9. Trabajo de campo: este se realizo en los meses de junio a septiembre del ciclo escolar 2008, en las instituciones educativas privadas a evaluar.
10. Se realizó el análisis estadístico y discusión de los resultados: después de tabular los resultados, se realizó un análisis con formulas y tablas de los mismos para su posterior discusión.
11. Presentación de la tesis: se llevó a coordinación de la facultad de humanidades para la designación de la terna evaluadora en el examen privado.

3.4 Diseño y metodología estadística

Achaerandio, L. (1,992), menciona que este estudio es una investigación de tipo descriptiva, con un diseño *expost-factum*, este tipo de investigación es la que estudia, interpreta y refiere lo que aparece. Es decir los fenómenos y lo que es, como las relaciones entre variables y otros. Es muy amplia ya que abarca desde la recopilación de datos, el ordenamiento, tabulación, interpretación y evaluación de los mismos. A través de tablas estadísticas, porcentajes, graficas (tipo pastel o diagrama de dispersión) y el coeficiente de correlación.

$$Porcentaje = \frac{f}{N} \times 100$$

Función de correlación en Excel: = COEF. DE. CORREL (Matriz 1, Matriz 2)

Evaluado de acuerdo a Levin, J. (1,977), entre los rangos:

- 1,00 = correlación negativa perfecta
- 0,95 = correlación negativa fuerte
- 0,50 = correlación negativa moderada
- 0,10 = correlación negativa débil
- 0,00 = ninguna correlación
- + 0,10 = correlación positiva débil
- + 0,50 = correlación positiva moderada
- + 0, 95 = correlación positiva fuerte
- + 1,00 = correlación positiva perfecta

VI. Presentación y Análisis de Resultados

A continuación se presentan los resultados de la prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria medido a través del test EDI-2, aplicado a las adolescentes comprendidas entre las edades de 15 a 17 años, estudiantes de las 3 instituciones educativas privadas de la cabecera municipal de Quetzaltenango en el ciclo escolar 2008. Posteriormente, se presentan las correlaciones entre ambos resultados, obtenidos por medio de matrices y se ilustran gráficamente.

Bulimia Nerviosa

Nivel	Rango	F	%
Bajo	0-49	73	51%
Medio	50-69	54	38%
Alto	70-99	15	11%
Total		142	100%

Tabla 1. El 51% de la muestra se encuentra en rango bajo de bulimia, el 38% en rango medio y el 11% en rango alto.

Anorexia Nerviosa

Nivel	Rango	F	%
Bajo	0-49	45	32%
Medio	50-69	58	41%
Alto	70-99	39	27%
Total		142	100%

Tabla 2. El 32% de la muestra se encuentra en rango bajo de anorexia, el 41% en rango medio y el 27% en rango alto.

Matriz relación Bulimia – Anorexia

Bulimia \ Anorexia	Bajo	Medio	Alto	Total
Bajo	35	9	1	45
Medio	29	25	4	58
Alto	9	20	10	39
Total	73	54	15	142

Tabla 3. 35 adolescentes mujeres no poseen ningún riesgo de trastorno de la conducta alimentaria, 63 adolescentes mujeres poseen riesgo moderado de trastorno de la conducta alimentaria y 44 adolescentes mujeres poseen alto riesgo de trastorno de la conducta alimentaria.

Bulimia \ Anorexia	Bajo	Medio	Alto	Total
Bajo	25%	6%	1%	32%
Medio	20%	18%	3%	41%
Alto	6%	14%	7%	27%
Total	51%	38%	11%	100%

Tabla 4. El 25% de adolescentes mujeres no poseen ningún riesgo de trastorno de la conducta alimentaria, el 44% de adolescentes mujeres poseen riesgo moderado de trastorno de la conducta alimentaria y el 31% de adolescentes mujeres poseen alto riesgo de trastorno de la conducta alimentaria.

Coeficiente de correlación B - A

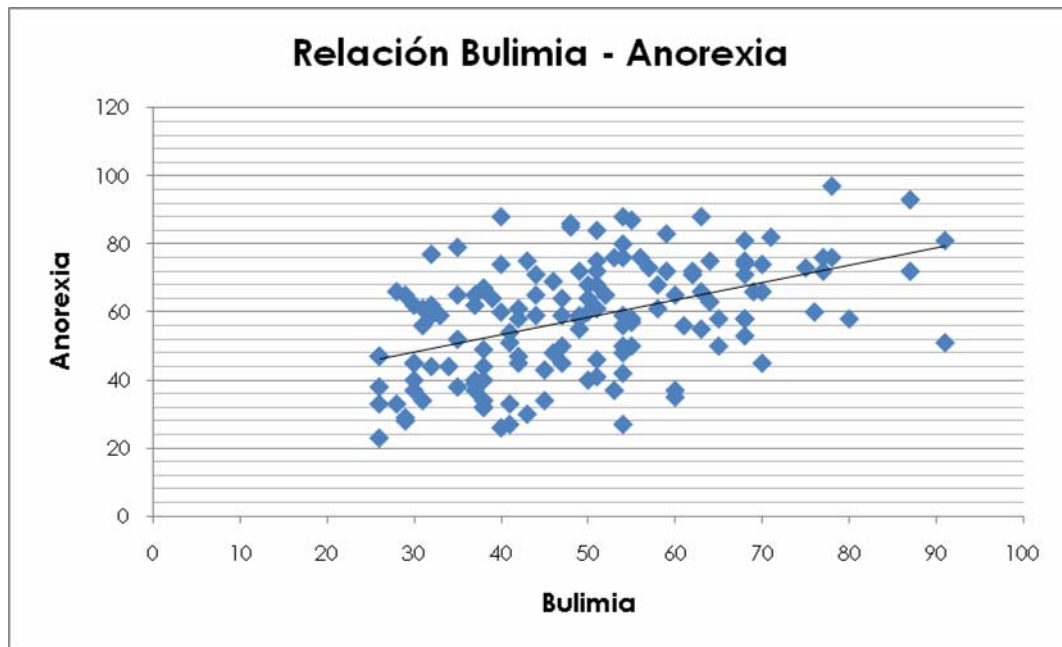


Grafico 1. Existe una correlación positiva de débil a moderada entre los trastornos de conducta alimentaria siendo $r = 0.443526465$.

V. Discusión de Resultados

Este capítulo permitirá analizar resultados interesantes obtenidos en la presente investigación. La tendencia de estos trastornos es más frecuente cada día y ahora inicia a temprana edad. Algunos autores, como Aguilar (1999), dicen que las edades comprendidas entre los 14 y 17 años denotan en mayor porcentaje la tendencia a los trastornos de conducta alimentaria. También Rodríguez (2000), menciona que las edades en que aparecen con especial preferencia los trastornos de la conducta alimentaria son de 12 a 25 años, pero es de gran preocupación que la edad de aparición es cada vez más temprana.

En esta investigación se seleccionaron sujetos que se encuentran en las adolescencias comprendidas entre las edades de 15 a 17 años evidenciándose que la tendencia a los trastornos de la conducta alimentaria se encuentra en edades tempranas, lo que concuerda con lo afirmado por Rodríguez. Este autor también señala que los trastornos de la conducta alimentaria afectan a las mujeres en una proporción de 10 a 1 sobre los hombres. Es por esto que se seleccionaron mujeres para este estudio.

En la bulimia nerviosa autores como Ruíz (1,999) menciona que un 61% de los profesionales que encuestó en su investigación han atendido personas bulímicas en su clínica y el 58% han proporcionado tratamiento a este tipo de pacientes. Y Aguilar (1,999) en su investigación encontró un 19.78% de sujetos con tendencia hacia la bulimia nerviosa, lo cual concuerda con la prevalencia obtenida en este estudio siendo un 11% de adolescentes mujeres en rango alto y un 38% en rango medio con posible riesgo a padecer en el futuro un trastorno como el antes mencionado.

El 27% de la muestra se encontró en rango alto de anorexia nerviosa y el 41% en rango medio. Lo cual es preocupante ya que este trastorno ha venido en aumento ya que autores como Aguilar (1,999) en su investigación encontró que el 4.94% de sujetos manifiesto una tendencia hacia la anorexia nerviosa, y de eso ya 10 años.

Los trastornos de la conducta alimentaria teniendo relación tanto anorexia y bulimia nerviosa en este estudio denotan que un 31% de adolescentes mujeres poseen alto riesgo de este tipo de trastorno y autores como Rodríguez (2,000), menciona que los trastornos de la conducta alimentaria constituyen un problema social en la actualidad por distintas razones.

Entre éstas se encuentran que la presencia de tantos casos de trastornos de la conducta alimentaria, principalmente la bulimia y la anorexia nerviosa, ha llevado a considerar estas enfermedades como una auténtica epidemia. Basta pensar que en los últimos 10-15 años el número de casos se ha multiplicado en un 30%. También Paíz (2,003), comenta que en su investigación el 21% de estudiantes evaluadas poseen prevalencia puntual del trastorno de conducta alimentaria. Y Aguilar (1,999), menciona que el 25% de las sujetos investigadas presento una fuerte tendencia hacia los trastornos de la conducta alimentaria siendo anorexia y bulimia nerviosa.

En conclusión los resultados obtenidos refuerzan la necesidad de incrementar los estudios destinados a la identificación de los problemas alimentarios en el ámbito educativo, así como la de implementar programas de prevención y tratamiento en la población de adolescentes mujeres, especialmente de prevención en las edades entre 15 a 17 años, intervención que no solamente puede dirigirse a estas edades ya que mientras más temprana sea evitaremos que sigan en aumento estos trastornos.

VI. Propuesta

Programa preventivo:

Trastornos de la conducta alimentaria en las adolescentes

Introducción

Todos comemos y lo hacemos principalmente porque es imprescindible para vivir aunque también porque disfrutamos al hacerlo. Sin embargo, como en toda conducta humana existen grandes diferencias entre unos y otros. Unos comen más y otros comen menos, unos suben de peso y otros no. Al comer demasiado o demasiado poco algunas personas llegan a tal extremo que pueden perjudicar su salud hasta el punto de tener que recibir atención médica. Esta conferencia informativa va dirigida a las adolescentes, padres de familia y catedráticos, la cual hace referencia a los trastornos de la conducta alimentaria los cuales son la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, sus causas, consecuencias y complicaciones, entre otros temas más. Al término de la misma se les entregará un trifoliar a cada participante para que en cualquier momento que necesiten una referencia puedan hacer uso del mismo.

6.1 Justificación

A partir de los resultados obtenidos anteriormente podemos evidenciar que existe prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes mujeres entre 15 a 17 años en instituciones educativas privadas de la cabecera municipal de Quetzaltenango; aunque lo más fácil es hablar de estos trastornos de la conducta alimentaria como dos condiciones diferentes, los pacientes con cierta frecuencia sufren síntomas de ambas enfermedades. De hecho, suele ocurrir que la bulimia se desarrolla tras un período de meses o años de síntomas anoréxicos.

Las mujeres sufren estos trastornos diez veces más frecuentemente que los varones y con frecuencia se cree que estos trastornos son problemas que afectan a los adultos, lo cierto es que en la mayoría de los casos el trastorno comienza en la adolescencia, cuando las pacientes todavía suelen vivir en el domicilio de su familia de origen. Viendo esta necesidad nace la idea de realizar una conferencia informativa en donde se pueda hablar de este tipo de trastornos de una manera abierta y con un enfoque multidisciplinario debido a que los

trastornos de la conducta alimentaria abarcan toda la integridad del ser humano. Con esta propuesta se pretende dar una educación integral sobre estos trastornos a las adolescentes estudiantes de las 3 instituciones educativas privadas participantes en el estudio, a los padres de familia, a los docentes encargados de las mismas y a otras instituciones educativas que estén interesadas en dicho tema.

6.2 Objetivos

6.2.1 General

Informar sobre los trastornos de la conducta alimentaria a adolescentes mujeres, padres de familia y equipo de docentes.

6.2.2 Específicos

- Explicar cuáles son los síntomas y las consecuencias de la anorexia y la bulimia nerviosas a adolescentes mujeres, padres de familia y equipo de docentes.
- Mostrar a través de equipo audiovisual las causas y las complicaciones de la anorexia y bulimia nerviosas a adolescentes mujeres, padres de familia y equipo de docentes.
- Informar sobre el tratamiento para los trastornos de la conducta alimentaria ya que debe ser multidisciplinario.
- Explicar a los padres de familia y equipo de docentes cómo identificar a una adolescente que está en riesgo o padece anorexia o bulimia nerviosas.

6.3 Desarrollo del programa

A través de la psicoeducación se le brinda a las adolescentes, padres de familia y catedráticos información detallada acerca de la enfermedad, englobando todos los ángulos, desde lo orgánico a lo psíquico. Se expone a los participantes el por qué no es posible la recuperación mientras se continúe con el círculo vicioso "dieta-atracón-dieta" o "dieta-purga-dieta". Se menciona el modelo estético actual, que la sociedad ha impuesto y

propagado por los medios de comunicación: la presión cultural incita a las mujeres para que estén muy por debajo de su peso original y esto implica, inevitablemente la pérdida de la salud. Se informa a los participantes sobre la importancia de una dieta equilibrada, con un mínimo de cuatro comidas por día.

La conferencia informativa está dividida en 3 temas para las adolescentes y 4 temas para los padres de familia y equipo de docentes. Al finalizar dicha conferencia se les estará respondiendo preguntas, dudas, etc. También se les dejará un tríptico para que en cualquier momento que surjan dudas, tanto las adolescentes como padres de familia y catedráticos puedan acceder a la información brindada, y si piensan que la persona necesita de una atención más personalizada deberán recurrir con los especialistas para dichos trastornos.

6.3.1 Adolescentes:

En el primer tema se les explica en qué consisten los Trastornos de la Conducta Alimentaria y cuáles son los signos y síntomas.

Síntomas de Anorexia Nerviosa: miedo a la gordura, disminución de la cantidad de comida ingerida que puede llegar a una restricción importante de las ingestas, pérdida excesiva de peso, ejercicio enérgico y excesivo, amenorrea (cese de las menstruaciones).

Síntomas Bulimia Nerviosa: miedo a la gordura, atracones de comida, peso normal, reglas irregulares, vómitos y/o uso excesivo de laxantes (se explican cada uno de los ítems antes mencionados).

En el segundo tema se les muestra a través de equipo audiovisual las causas, consecuencias y las complicaciones de la anorexia y bulimia nerviosas. Se explicará a continuación los ítems a desarrollar:

Causas de la Anorexia y Bulimia Nerviosas: existen muchas ideas diferentes sobre las causas de estos dos trastornos aunque es necesario señalar que no todas son aplicables a cada persona, tales como: Presión social, control, pubertad, familia y trastornos Comorbidos (se explicaran cada uno de los ítems antes mencionados).

Consecuencias de la Anorexia Nerviosa:

Inanición: hambre, insomnio, estreñimiento, dificultad para concentrarse o pensar de forma clara, depresión, sentimiento de frío, huesos frágiles que se rompen fácilmente, los músculos se debilitan y llega a resultar un esfuerzo el hacer cualquier cosa y muerte.

Vomitarse: el ácido del estómago disuelve el esmalte de los dientes, cara hinchada (debido al agrandamiento de las glándulas salivares), latidos cardíacos irregulares, debilidad muscular, daño renal, convulsiones epilépticas.

Laxantes: dolores intestinales persistentes, dedos hinchados, lesiones en los músculos intestinales que pueden conducir a estreñimiento crónico (se explicaran cada uno de los ítems antes mencionados).

En el tercer tema se les informa a las adolescentes, sobre el tratamiento para los trastornos de la conducta alimentaria ya que debe ser multidisciplinario con un enfoque médico, psicológico y nutricional.

6.3.2 Padres de familia:

En el primer tema se les explica en qué consisten los Trastornos de la Conducta Alimentaria y cuáles son los signos y síntomas de la anorexia y bulimia nerviosas.

Síntomas de Anorexia Nerviosa: miedo a la gordura, disminución de la cantidad de comida ingerida que puede llegar a una restricción importante de las ingestas, pérdida excesiva de peso, ejercicio enérgico y excesivo, amenorrea (cese de las menstruaciones).

Síntomas Bulimia Nerviosa: miedo a la gordura, atracones de comida, peso normal, reglas irregulares, vómitos y/o uso excesivo de laxantes (se explican cada uno de los ítems antes mencionados).

En el segundo tema se les muestra a través de equipo audiovisual las causas, consecuencias y las complicaciones de la anorexia y bulimia nerviosas. Se explicará a continuación los ítems a desarrollar:

Causas de la Anorexia y Bulimia Nerviosas: existen muchas ideas diferentes sobre las causas de estos dos trastornos aunque es necesario señalar que no todas son aplicables a cada persona, tales como: Presión social, control, pubertad, familia y trastornos Comorbidos (se explicaran cada uno de los items antes mencionados).

Consecuencias de la Anorexia Nerviosa:

Inanición: hambre, insomnio, estreñimiento, dificultad para concentrarse o pensar de forma clara, depresión, sentimiento de frío, huesos frágiles que se rompen fácilmente, los músculos se debilitan y llega a resultar un esfuerzo el hacer cualquier cosa y muerte.

Vomitarse: el ácido del estómago disuelve el esmalte de los dientes, cara hinchada (debido al agrandamiento de las glándulas salivares), latidos cardíacos irregulares, debilidad muscular, daño renal, convulsiones epilépticas.

Laxantes: dolores intestinales persistentes, dedos hinchados, lesiones en los músculos intestinales que pueden conducir a estreñimiento crónico (se explicaran cada uno de los items antes mencionados).

En el tercer tema se les informa a los padres de familia, sobre el tratamiento para los trastornos de la conducta alimentaria ya que debe ser multidisciplinario con un enfoque médico, psicológico y nutricional.

En el último o cuarto tema se explica a los padres de familia el cómo identificar a una adolescente que está en riesgo o padece anorexia o bulimia nerviosas, para así poder prevenir a que las adolescentes lleguen a padecer en un futuro de alguno sino los dos trastornos de la conducta alimentaria. Algunas conductas a identificar son las siguientes: estado de preocupación constante por lo que se refiere a la alimentación, comportamiento alimentario muy extraño como: comer de pie, picotear la comida en trozos muy pequeños, ritmo lento o excesivamente rápido, esconder comida, evitar los postres, falta de menstruación, sentirse culpable por haber comido y otros más.

6.3.4 Catedráticos:

En el primer tema se les explica en qué consisten los Trastornos de la Conducta Alimentaria y cuáles son los signos y síntomas de la anorexia y la bulimia nerviosas.

Síntomas de Anorexia Nerviosa: miedo a la gordura, disminución de la cantidad de comida ingerida que puede llegar a una restricción importante de las ingestas, pérdida excesiva de peso, ejercicio enérgico y excesivo, amenorrea (cese de las menstruaciones).

Síntomas Bulimia Nerviosa: miedo a la gordura, atracones de comida, peso normal, reglas irregulares, vómitos y/o uso excesivo de laxantes (se explican cada uno de los ítems antes mencionados).

En el segundo tema se les muestra a través de equipo audiovisual las causas, consecuencias y las complicaciones de la anorexia y bulimia nerviosas. Se explicará a continuación los ítems a desarrollar:

Causas de la Anorexia y Bulimia Nerviosas: existen muchas ideas diferentes sobre las causas de estos dos trastornos aunque es necesario señalar que no todas son aplicables a cada persona, tales como: Presión social, control, pubertad, familia y trastornos Comorbidos (se explicaran cada uno de los ítems antes mencionados).

Consecuencias de la Anorexia Nerviosa:

Inanición: hambre, insomnio, estreñimiento, dificultad para concentrarse o pensar de forma clara, depresión, sentimiento de frío, huesos frágiles que se rompen fácilmente, los músculos se debilitan y llega a resultar un esfuerzo el hacer cualquier cosa y muerte.

Vomitarse: el ácido del estómago disuelve el esmalte de los dientes, cara hinchada (debido al agrandamiento de las glándulas salivares), latidos cardíacos irregulares, debilidad muscular, daño renal, convulsiones epilépticas.

Laxantes: dolores intestinales persistentes, dedos hinchados, lesiones en los músculos intestinales que pueden conducir a estreñimiento crónico (se explicaran cada uno de los ítems antes mencionados).

En el tercer tema se les informa a los catedráticos, sobre el tratamiento para los trastornos de la conducta alimentaria ya que debe ser multidisciplinario con un enfoque médico, psicológico y nutricional.

En el último o cuarto tema se explica a los padres de familia el cómo identificar a una adolescente que está en riesgo o padece anorexia o bulimia nerviosas, para así poder prevenir a que las adolescentes lleguen a padecer en un futuro de alguno sino los dos trastornos de la conducta alimentaria. Algunas conductas a identificar son las siguientes: estado de preocupación constante por lo que se refiere a la alimentación, comportamiento alimentario muy extraño como: comer de pie, picotear la comida en trozos muy pequeños, ritmo lento o excesivamente rápido, esconder comida, evitar los postres, falta de menstruación, sentirse culpable por haber comido y otros más.

6.4 Metodología

La conferencia informativa estará dividida en 3 temas para las adolescentes y 4 temas para los padres de familia y equipo de docentes. De preferencia deberá ser en módulos en donde el primero sea solo para las adolescentes y el segundo sea tanto para los padres de familia como para los miembros del equipo de docentes en las instituciones. Dejando al final de cada tema espacio para que responder preguntas y entrega de trifoliar.

6.5 Cronograma de programa preventivo (Conferencia informativo más trifoliar).

Día	Modulo	Tema	Dirigido A	Responsable
1	1	Definición Trastorno de la Conducta Alimentaria, signos y síntomas en la Anorexia y Bulimia Nerviosas en las adolescentes	Adolescentes Mujeres	Eva Marroquin
1	2	Causas, Consecuencias y Complicaciones y Tratamiento de la Anorexia y Bulimia Nerviosas Entrega de Trifoliar	Adolescentes Mujeres	Eva Marroquin
2	1	Definición Trastorno de la Conducta Alimentaria, signos y síntomas en la Anorexia y Bulimia Nerviosas en las adolescentes	Padres de Familia	Eva Marroquin
2	2	Causas, Complicaciones y Tratamiento de la Anorexia y Bulimia Nerviosas Conductas de la adolescente con riesgo a Anorexia y Bulimia Nerviosas Entrega de Trifoliar	Padres de Familia	Eva Marroquin
3	1	Definición Trastorno de la Conducta Alimentaria, signos y síntomas en la Anorexia y Bulimia Nerviosas en las adolescentes	Docentes	Eva Marroquin
3	2	Causas, Complicaciones y Tratamiento de la Anorexia y Bulimia Nerviosas Conductas de la adolescente con riesgo a Anorexia y Bulimia Nerviosas Entrega de Trifoliar	Docentes	Eva Marroquin

6.6 Recursos necesarios:

- Recursos Materiales: equipo audiovisual (cañonera más laptop), material de apoyo (hojas de papel bond y lapiceros).
- Recursos Humanos: conferencista, personal de apoyo, adolescentes, padres de familia y catedráticos.
- Recursos de infraestructura: aula o salón para llevar a cabo la conferencia, sillas, escritorios, mesa, pizarrón.

VII. Conclusiones

- La prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en las adolescentes mujeres de 15 a 17 años que estudian en 3 instituciones educativas privadas de la cabecera municipal de Quetzaltenango es de 31%.
- El trastorno de la conducta alimentaria que se da con mayor frecuencia en las adolescentes de 15 a 17 años, que estudian en las 3 instituciones educativas privadas, en la cabecera municipal de Quetzaltenango es la anorexia nerviosa con una prevalencia del 27%.
- Existencia relación entre los trastornos de la conducta alimentaria tanto en anorexia nerviosa como bulimia nerviosa entre las adolescentes que estudian en los 3 establecimientos educativos privados evaluados, por lo que se comprueba la hipótesis propuesta en esta investigación.
- Las repercusiones psicológicas que generan este tipo de trastornos va desde problemas de ansiedad, depresión, trastornos del sueño y la percepción, así como estado de ánimo irritable, voluble, con sentimientos de inutilidad, vacío, temor a perder control, estrés y pánico a subir de peso.
- El programa para la prevención de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes mujeres que asisten a establecimientos educativos privados debe abarcar el involucramiento emocional de las adolescentes a través del incremento del conocimiento y la atención por parte de los profesionales así como evaluar, identificar e intervenir tempranamente en los casos que lo ameriten.
- Es responsabilidad de los centros de educación crear e implementar programas de identificación de las pacientes con este tipo de trastornos así como contar con una red de apoyo profesional conformada por médicos, nutricionistas y psicólogos clínicos entrenados en el manejo de los mismos, que estén a la disposición de las estudiantes dentro de sus centros para así prevenir y tratar un problema que está yendo en aumento.

- El inventario EDI-2 es útil para investigar trastornos de la conducta alimentaria para la descripción y medición precisa de las características psicológicas de los mismos, pero este tipo de pruebas tienen sus limitaciones, aún así permiten un primer acercamiento al grupo de investigación.
- El que el cuadernillo del EDI-2 contenga 91 preguntas hace que sea limitante a la hora de ser contestado, ya que es preferible que su aplicación se realice en un recinto tranquilo y reservado, lo cual al haberse hecho en grupo se intentó evitar que los sujetos se consultaran entre sí.

VIII. Recomendaciones

- A las 3 instituciones privadas a las que pertenecen los sujetos de estudio que desarrollen programas informativos sobre los trastornos de la conducta alimentaria con el apoyo de un médico, un nutricionista y un psicólogo clínico. Estos programas deberán dirigirse a las estudiantes, padres de familia y miembros académicos de la institución.
- Que se realice una entrevista personal y profesional cuando el resultado sea de moderado a alto de la adolescente para profundizar y establecer un diagnóstico que vaya acompañada con el test EDI-2.
- A las adolescentes sujetos de estudio que se encuentran dentro de los rangos medio a alto del test EDI-2 en los trastornos de la conducta alimentaria que asistan a cursos y talleres en los cuales se les informe sobre lo que son los trastornos de la conducta alimentaria, sus causas, efectos y puedan analizar la posibilidad de buscar ayuda psicológica para la solución de las causas que puedan llevar a padecer un trastorno alimentario.
- Que los padres de familia se informen sobre los trastornos de la conducta alimentaria, para conocer y reconocer los síntomas, causas y posibles alternativas de solución. Estudiando la posibilidad de buscar ayuda psicológica para la resolución de conflictos familiares, manejo de emociones, entre otros, que estén afectando a sus hijas. Para que puedan desarrollar una comunicación abierta y efectiva con sus hijas, permitiendo que las mismas se acerquen a ellos para compartir sus miedos e ilusiones.
- A otros investigadores realizar investigaciones similares en otros establecimientos para corroborar la prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en las adolescentes mujeres.
- Que se puedan efectuar investigaciones similares donde la población ya no pertenezca a un nivel privado y con edades distintas.

IX. Referencias Bibliográficas

- Achaerandio, L. (1,992). Iniciación a la práctica de la investigación. Guatemala: Universidad Rafael Landívar.
- Aguilar, M. (1,999). Análisis de la tendencia a la anorexia y bulimia nerviosa y su relación con la autoestima de un grupo de jóvenes guatemaltecas. Tesis, Universidad Rafael Landívar. Guatemala.
- Anderson, A. y Holman, J. (1,997). Males with eating disorders: challenges for treatment and research. (Hombres con trastornos de la conducta alimentaria: retos para tratamiento e investigación). *Psychopharmacology Bulletin*, 41, 391-397.
- Barriguete, J. (1,998). De la capacidad del arrullo a la capacidad del consuelo: Aportaciones de la sicopatología del desarrollo a los trastornos de la conducta alimentaria. (En red) Disponible en: www.apm.org.mx/dreamwe-aver/publicacio.
- Billiet, L. (1,995). Bulimia y Anorexia en la actualidad. *Revista de la Controlled Family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: evidence of shared liability and transmission of partial syndromes.* (Estudio familiar controlado de anorexia y bulimia nerviosa: evidencia de obligación compartida y transmisión de síndromes parciales. *American Journal of Psychiatry*, 157, 393-401.
- Bowers, W. (2,001). Basic principles for applying cognitive-behavioral therapy to Anorexia nervosa. (Principios básicos para la aplicación de terapia cognitiva-conductual para la anorexia nerviosa). *Psychiatric Journal of North America*, 24, 293-300.
- Bravo Rodríguez, Pérez Hernández y Plana Bouly (1,999). Anorexia nerviosa: características y síntomas. Hospital Infantil Docente "Pedro Borrás Astorga": Cuba.
- Burgard, D. y Preston, K. (2,000). Sexual abuse increases risk for eating disorders in adolescence. (Abuso sexual incremento el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en la adolescencia). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1277-1283.

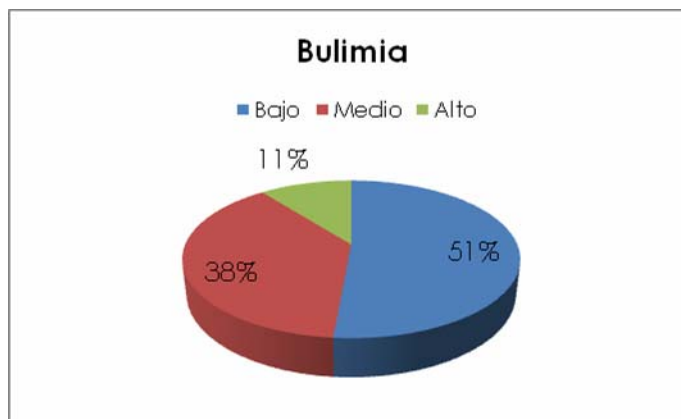
- Calvo, R. (2,006). Guía de técnicas de terapia de conducta. Piramide: Madrid, España.
- Cervera, S. y Quintanilla, B. (1,995). Anorexia nerviosa, manifestaciones psicopatológicas fundamentales. Pamplona, Universidad de Navarra S.A.: España.
- DMEDICINA, (2,007). Trastornos de la conducta alimentaria. Revista disponible en: www.aeped.es/protocolos/nutriciion/8.pdf
- Enciclopedia Interactiva Encarta, (2007). Microsoft: U.S.A.
- Fornari, V., Wlodarczyk, B., Mathews, M., Sandberg, D., Mandel, F. y Katz, J. (1,999). Perception of family functioning and depressive symptomatology in individuals with anorexia nervosa or bulimia nervosa. (Percepción de la función familiar y sintomatología depresiva en individuos con anorexia o bulimia nervosa). Journal of Psychiatric Research, 33, 129-138.
- Flores, M. y Caballero, A. (1,999). Factores de riesgo para anorexia. Revista Facultad de Medicina UNAM, 42, 241-543. (En red) Disponible en: www.bvs.insp.mx/artemisa/1999/r19/n06/a06.html.
- Gáfaró, A. (2,001). Anorexia y Bulimia. Todo lo que necesita saber sobre los trastornos de la alimentación. Norma: Bogotá.
- Garner, D. (1,998). Manual Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2). TEA: Madrid, España.
- González Briones y Merino Merino (2,004). Guía Saludable. INSALUD: España.
- Goodsitt, A. (1,997). Eating Disorders: A self-psychological perspective. (Desórdenes alimentarios: una perspectiva autopsicológica). (2a Ed.). New York: The Guilford Press.
- Guía Juvenil, (2,008). ¿Qué es la adolescencia?. Revista disponible en: guiajuvenil.com/adolescentes/adolescencia.htm.
- Halmi, K. (2,000). Tratado de Psiquiatría. (3ra ed.). España: Masson.

- Herscovici, C. y Bay, L. (1,997). Anorexia nerviosa y bulimia. Paidós: España.
- Kreipe, E. y Birndorf, S. (2,000). Eating disorders in adolescents and young adults. (Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes y en adultos jóvenes). Medical Clinic of North America Journal, 84, 1027-1049.
- Lemberg, R. y Cohn, L. (1,999). Eating Disorders. A Reference sourcebook. (Trastornos de la conducta alimentaria. Una guía de referencia). The Orix Press: Arizona. U.S.A
- Levenkron, S. (2,000). Anatomy of Anorexia. (Anatomía de la Anorexia). New York: Lion's Crown, Ltd.
- Levin J. (1,977). Fundamentos de la Estadística en la Investigación Social. Harla: México.
- Levine, R. (1,995). Eating Disorders: A Comprehensive Update. (Trastornos de la conducta alimentaria) International Pediatrics Journal, 10, 327-335.
- LiCavoli, L. (1,997). Psychotherapy, Pharmacotherapy and Nutritional Therapy in the Treatment of Eating Disorders. (Psicoterapia, farmacología y terapia nutricional en el tratamiento de Trastornos de la conducta alimentaria) Psychotherapy in Practice, 3, 57-58.
- Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales - DSM-IV-TR. (2,001). Masson: México.
- Marsellach, G. (1,998). La anorexia y la bulimia. (En red) Disponible en: www.ciudadfutura.com/psico/articulos/trastornos_alimentarios.html.
- Martínez, N. (2,000). Trastornos de la conducta alimentaria. Revista Planeta Vida. Glup: México, 40-61.
- Medwave, (2,008). Obesidad en el adolescente. Revista disponible en: www.medwave.cl/atencion/infantil/FUDOCIVact.

- Mijan, A. y Velasco, J. (1,999). Nutrición y trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia nerviosa. *Revista Nutrición Hospitalaria*, 14, 81-91.
- Minuchin, S., Rosman, B. y Baker, L. (1,978). *Psychosomatic Families: Anorexia nervosa in context. (Familias psicósomáticas: Anorexia nervosa en contexto)*. Cambridge: Harvard University Press.
- Mitchell, J., Peterson, C. y Myers, T. (2,001). Combining pharmacotherapy and psychotherapy in the treatment of patients with Eating Disorders. (Combinación de farmacoterapia y psicoterapia en el tratamiento de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria) *American Journal of Psychiatry*, 24, 315-323.
- Morandé, G. (2,004). Prevalencia anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. (En Red) disponible, Revista digital: El Mundo. www.elmundo.es.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1,992). Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento de la CIE-10, pautas diagnósticas y de actuación en atención primaria. Meditor: España.
- Paíz, J. (2,003). Estudio Comparativo de las prevalencias interfacultades del trastorno de la conducta alimentaria en la Universidad Francisco Marroquín. Tesis, Universidad Francisco Marroquín. Guatemala.
- Papalia, D. y Wendkos, S. (1,997). *Desarrollo Humano. Con aportaciones para Iberoamérica*. McGraw-Hill: México.
- Patel, D., Phillips, E., Pratt, H. (1,998). Eating Disorders. (Desórdenes Alimentarios). *Indian Journal of Pediatrics*, 65, 487-494.
- Pipher, M. (2,007). Bulimia Nervosa (bulimia nerviosa). Revista: *Change the World*, U.S.A.
- Porot, D. (2,005). Anorexia and Bulimia. (Anorexia y Bulimia). *American Journal of Psychiatry*, 160, 221-301.

- Proyectopv. (2,008). Cómo afecta la obesidad a los adolescentes. Revista disponible en: www.proyectopv.org/2-verdad/afectaobesidad.htm.
- Rodríguez, F. (2,000). Jóvenes y estilo de vida. Anorexia y Bulimia. (En red) Disponible en: www.asanec.org/congreso/anorexia.bulimia.html.
- Ruíz, J. y Cano, J. (1,992). Manual de psicoterapia cognitiva. (En red) Disponible en: www.psicología-online/ebooks_
- Ruíz, M. (1,999). Bulimia Nerviosa en la Ciudad de Guatemala. Tesis, Universidad Rafael Landívar. Guatemala.
- Silvermann, J. (1,997). Anorexia Nervosa: Historical Perspective on Treatment. (Anorexia Nervosa: Perspectiva histórica en el tratamiento). Guilford Press: New York, U.S.A.
- Strober, M., Freeman, R., Lampert, C., Diamond, J., Kaye, W. (2,000). Controlled Family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: evidence of shared liability and transmission of partial syndromes. (Estudio familiar controlado de anorexia y bulimia nervosa: evidencia de obligación compartida y transmisión de síndromes parciales. *American Journal of Psychiatry*, 157, 393-401.
- Vaz Leal (et. al. 2,001). Psicopatología de la bulimia nerviosa: un modelo multidimensional. Área de Psiquiatría, Universidad de Navarra S.A.: España.
- Vitello, B. y Lederhendler, I. (2,000). Research on eating disorders: Current status and future prospects. (Investigación en los trastornos de la conducta alimentaria: estatus actual y futuros prospectos). *Biological Psychiatry*, 47, 777-786.

Anexos



Fuente: Tabla No. 1

Nota: dentro de la gráfica se llega a la conclusión que las adolescentes con edad entre 15 a 17 años estudiantes de las 3 instituciones educativas privadas de Quetzaltenango poseen la prevalencia de un 11% de riesgo alto al trastorno de la conducta alimentaria, bulimia nerviosa.



Fuente: Tabla No.2

Nota: dentro de la gráfica se llega a la conclusión que las adolescentes con edad entre 15 a 17 años estudiantes de las 3 instituciones educativas privadas de Quetzaltenango poseen la prevalencia de un 27% de riesgo alto al trastorno de la conducta alimentaria, anorexia nerviosa.

Glosario

Adiposidad (células adiposas): f. Cualidad de adiposo. Acumulación excesiva de tejido adiposo (grasa).

Adiposo: adj. Grasiento, cargado o lleno de grasa o gordura. De la naturaleza de la grasa. Tejido.

Amenorrea: enfermedad que consiste en la supresión del flujo menstrual.

Atracón: ingesta de grandes cantidades de comida de manera episódica, rápida y sin control. Exceso en una actividad cualquiera. Acción y efecto de atracar (comer y beber con exceso).

Atrofia Colónica: disminución en el tamaño o número, o en ambas cosas a la vez, de uno o varios tejidos de los que forman el colon, con la consiguiente minoración del volumen, peso y actividad funcional, a causa de escasez o retardo en el proceso.

Cardiopatía Isquémica: proceso patológico del miocardio producido por la falta de oxígeno en las células musculares del corazón.

Catecolamina: Biol. Derivado de la tirosina, como la dopamina, la adrenalina y la noradrenalina. Siendo un aminoácido proteínico, precursor de ciertas melaninas (pigmentos de color negro o pardo negruzco que existen en forma de gránulos en el citoplasma de ciertas células de los vertebrados y al cual deben su coloración especial la piel, los pelos, la coroides, etc) y hormonas tiroideas.

Cerebroespinal (líquido): líquido que protege y circula a través del cuarto ventrículo del encéfalo, espacio subaracnoideo y conducto del epéndimo. Está formado principalmente por las secreciones de los plexos coroides de los ventrículos laterales y del tercer y cuarto ventrículos. Los orificios del techo del cuarto ventrículo permiten al líquido fluir hacia los espacios subaracnoideos que rodean al encéfalo y a la médula espinal. La obtención de muestras de líquido cefalorraquídeo se puede realizar mediante punción lumbar entre la tercera y cuarta vértebras lumbares.

Colecistoquinina: hormona intestinal que se segrega después de la ingesta, que produce saciedad.

Colitis: Med. Inflamación del colon.

Desequilibrios Hidroelectrolíticos: alteración o descomposición química de un compuesto con agua, ya que un electrolito es un elemento o compuesto que, cuando se disuelve en agua u otro solvente, se disocia en iones y puede conducir una corriente eléctrica. Los electrólitos tienen concentraciones diferentes en el plasma, en el líquido intersticial y en el líquido celular, e influyen en los movimientos de las sustancias entre estos compartimientos. La cantidad adecuada de los electrólitos principales y el equilibrio entre los mismos son esenciales para un metabolismo normal.

Dislipemia: sin/con poca concentración de lípidos (cualquiera de las fracciones de ácidos grasos libres en la sangre. Se almacenan en el cuerpo y constituyen la reserva de energía, aunque se elevan en distintas enfermedades, como en la arteriosclerosis. Son tipos de lípidos los ácidos grasos, el colesterol, los fosfolípidos y los triglicéridos) en la sangre.

Distensión: f. Acción y efecto de distender (causar una tensión violenta en los tejidos, membranas, etc).

Diurético: adj. Med. Que tiene virtud para aumentar la excreción de la orina.

Electrólito: Quím. Sustancia que se somete a la electrolisis (descomposición de una sustancia en disolución mediante la corriente eléctrica).

Emaciado: adj. De color amarillo.

Enema: Med. Hinchazón blanda de una parte del cuerpo, que cede a la presión y es ocasionada por la serosidad infiltrada en el tejido celular.

Etiología: Fil. Estudio sobre las causas de las cosas. Med. Estudio de las causas de las enfermedades.

Etiológicos: perteneciente o relativo a la etiología.

Extenuante: adj. Que extenua (tr. Enflaquecer, debilitar).

Fluoxetina: antidepresivo oral que actúa evitando selectivamente la captación de serotonina.

Genu Valgum: síndrome a tener las rodillas juntas por exceso de peso o adiposidad (grasa).

Halitosis: f. Fetidez del aliento.

Hipotalámica (función): Anat. Región del encéfalo situada en la base cerebral, unida a la hipófisis por un tallo nervioso y en la que residen centros importantes de la vida vegetativa.

Hipotermia: Biol. Descenso de la temperatura del cuerpo por debajo de lo normal.

Homeostasis: Biol. Conjunto de fenómenos de autorregulación, que conducen al mantenimiento de la constancia en la composición y propiedades del medio interno de un organismo. Autorregulación de la constancia de las propiedades de otros sistemas influidos por agentes exteriores.

Inconsecuente: que no se sigue o deduce de algo.

Ingesta: dieta (conjunto de sustancias que se ingieren).

Insulinemia Basal: nivel anormalmente elevado de insulina en la sangre Relativo o perteneciente a lo fundamental o la base, como la anestesia basal que produce el primer estado de inconsciencia o el índice metabólico basal que indica la tasa metabólica más baja.

Lanugo: adj. Que tiene mucho vello. Pelo blando, suave, que cubre al feto normal desde el quinto mes de vida, y que está casi totalmente eliminado hacia el 9.º mes.

Laxante: adj. Que laxa. Medicamento que sirve para facilitar la evacuación del vientre.

Leptina: hormona producida por el tejido adiposo.

Menarquía: aparición de la primera menstruación.

Metabolismo Basal: cantidad de energía necesaria para mantener las funciones esenciales básicas del cuerpo, tales como la respiración, la circulación, la temperatura, el peristaltismo y el tono muscular, determinado cuando el sujeto está despierto y totalmente en reposo, no ha comido durante 14 a 18 horas y se encuentra en un ambiente confortable y templado.

Metabolitos de la Serotonina: sustancia producida por acción del metabolismo o que es necesaria para un proceso metabólico. Un metabolito esencial es aquel que es necesario para un proceso metabólico vital.

Morbilidad: f. Proporción de personas que enferman en un sitio y tiempo determinado.

Norepinefrina: Bioquím. Noradrenalina (hormona de la médula adrenal, que actúa como neurotransmisor en el sistema simpático).

Odinofagia: sensación intensa de dolor urente asociada a la presión generada durante la deglución, causada por la irritación de la mucosa o por una alteración muscular del esófago, como el reflujo gastroesofágico, la infección bacteriana o micótica, un tumor, acalasia o una irritación química.

Opiáceo Endógeno: sustancia análoga al opio producida por el cuerpo, como una endorfina.

Ortopedia: f. Arte de corregir o de evitar las deformidades del cuerpo humano, por medio de ciertos aparatos o de ejercicios corporales.

Patogenia: f. Parte de la patología que estudia cómo se engendran estados morbosos (enfermos).

Péptidos del Estómago: Bioquím. Molécula formada por la unión covalente de dos o más aminoácidos (sustancia química orgánica en cuya composición molecular entran un grupo amino y otro carboxilo. 20 de tales sustancias son los componentes fundamentales de las proteínas) en el estómago.

Postpuberal: período de aproximadamente 1 o 2 años después de la pubertad durante el que el crecimiento esquelético es más lento y se establecen las funciones fisiológicas de los años reproductivos.

Pulsiones: f. En psicoanálisis, energía psíquica profunda que orienta el comportamiento hacia un fin y se descarga al conseguirlo. Tendencias inconscientes a la realización o rechazo de ciertos actos.

Pulso Ortostático: pulso caracterizado por una sucesión de ondas carentes de fuerza estando de pie.

Purga: f. Medicina que se toma para defecar.

Purgar: tr. Limpiar, purificar algo, quitándole lo innecesario, inconveniente o superfluo. Evacuar una sustancia del organismo, ya sea naturalmente o mediante la medicina que se ha aplicado a este fin. U. t. c. intr. La llaga ha purgado bien. U. t. c. prnl.

Receptores alfa-adrenérgicos: cada uno de los componentes adrenérgicos que se postula existen en los tejidos receptores y que responden a la noradrenalina y a varios agentes bloqueantes. La activación de los receptores alfa da lugar a respuestas fisiológicas tales como el incremento de la resistencia vascular periférica, la dilatación de las pupilas y la contracción de los músculos pilomotores. Lugar de una célula efectora simpática que reacciona a la estimulación adrenérgica. Se conocen dos tipos de receptores adrenérgicos: los receptores alfa-adrenérgicos y los receptores beta-adrenérgicos. En general, la estimulación de los receptores alfa provoca la excitación de la función de los órganos o tejidos del sujeto y la estimulación de los receptores beta provoca su inhibición.

Resabios: adj. Dicho de una persona, que, por su experiencia vital, ha perdido su ingenuidad volviéndose agresiva o desconfiada.

Serotonina: derivado del triptófano que se produce de forma natural y se encuentra en las plaquetas y las células del cerebro y el intestino. Actúa como vasoconstrictor potente y como neurotransmisor.

Terapia Ambulatoria: (De ambular). adj. Dicho de una forma de enfermedad o de un tratamiento: Que no obligan a estar en cama. Perteneciente o relativo a la práctica de andar. m. dispensario.

Trastorno Endocrino: alteración leve de la salud perteneciente o relativo a las hormonas o secreciones internas.

Triptófano Sérico: aminoácido esencial para el crecimiento normal de los niños y para el equilibrio nitrogenado de los adultos. El triptófano es el precursor de varias sustancias, como la serotonina y la niacina.

Vestigio: m. huella (ll del pie del hombre o de los animales en la tierra). Memoria o noticia de las acciones de los antiguos que se observa para la imitación y el ejemplo. Ruina, señal o resto que queda de algo material o inmaterial. Indicio por donde se infiere la verdad de algo o se sigue la averiguación de ello.