

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

"COMEDORES-COMPULSIVOS: UN ESTUDIO DE CASOS GRUPALES"

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

POR

BRENDA MARIBEL MUÑOZ AQUINO

PREVIO A OPTAR EL TÍTULO DE:

PSICÓLOGA

EN EL GRADO ACADÉMICO DE

LICENCIATURA

Guatemala, julio de 2009

MIEMBROS CONSEJO DIRECTIVO

Licenciada Mirna Marilena Sosa Marroquín
DIRECTORA

Licenciada Blanca Leonor Peralta Yanes
SECRETARIA

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

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



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

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

C.c. Control Académico
CIEPs.
Archivo
Reg. 014-2009
CODIPs. 834-2009

De Orden de Impresión Informe Final de Investigación

27 de mayo de 2009

Estudiante

BRENDA MARIBEL MUÑOZ AQUINO
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiante:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto DÉCIMO TERCERO (13º) del Acta DOCE GUIÓN DOS MIL NUEVE (12-2009), de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 21 de mayo de 2009, que copiado literalmente dice:

"DÉCIMO TERCERO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el informe Final de Investigación, titulado: **"COMEDORES-COMPULSIVOS: UN ESTUDIO DE CASOS GRUPALES"**, de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

BRENDA MARIBEL MUÑOZ AQUINO

CARNÉ No.199914339

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por la M.A. Liliana del Rosario Alvarez de García y revisado por el Licenciado Ivan Monzón. Con base en lo anterior, el Consejo Directivo **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación de Tesis, con fines de graduación profesional."

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Licenciada Blanca Leonor Peralta Yanes
SECRETARIA



Velveth S.



CIEPs.: 023-09

REG.: 014-09

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUV-

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

INFORME FINAL

Guatemala, 19 de mayo del 2009.

SEÑORES
CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO

SEÑORES CONSEJO DIRECTIVO:

Me dirijo a ustedes para informarles que el Licenciado Iván Rocaél Monzón, ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN** titulado:

"COMEDORES-COMPULSIVOS: UN ESTUDIO DE CASOS GRUPALES".

ESTUDIANTE:
Brenda Maribel Muñoz Aquino

CARNÉ No.:
1999-14339

CARRERA: Licenciatura en Psicología

Por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes para obtener **ORDEN DE IMPRESIÓN.**

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Licenciada Mayra Luna de Alvarez
COORDINADORA

Centro de Investigaciones en Psicología -CIEPs-

"Mayra Gutiérrez"



/Sandra G
CC. archivo



CIEPs. 024-09

REG. 014-09

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

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

Guatemala, 19 de mayo del 2009.

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

Licenciada Luna:

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

**"COMEDORES-COMPULSIVOS: UN ESTUDIO DE CASOS
GRUPALES".**

ESTUDIANTE:
Brenda Maribel Muñoz Aquino

CARNÉ No.:
1999-14339

CARRERA: Licenciatura en Psicología

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

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Licenciado Iván Rocaél Monzón
DOCENTE REVISOR



/Sandra G.
c.c. Archivo

Guatemala, 28 de enero de 2009

Licenciada
Mayra Luna de Alvarez
Coordinadora
Centro de Investigaciones en Psicología (CIEP's)
Escuela de Ciencias Psicológicas
Centro Universitario Metropolitano -CUM-

Licenciada Luna de Alvarez:

Tengo a bien dirigirme a usted, para informarle que he procedido a la Asesoría del **Informe Final de Tesis**, previo a optar el grado de Licenciatura en Psicología de la:

Estudiante: Brenda Maribel Muñoz Aquino

Carné: 199914339

Tema: "COMEDORES-COMPULSIVOS: UN ESTUDIO DE CASOS GRUPALES".

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones de Psicología, emito *Dictamen favorable*, para continuar con los trámites administrativos correspondientes.

Atentamente,



M.A. Liliana del Rosario Alvarez de García
Docente Titular, Escuela de Psicología
Asesora de Tesis
Colegiado No. 720

C.c. Archivo



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

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

REG. 114-08

CIEPs. 147-08

APROBACIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Guatemala 23 de Octubre del 2008.

ESTUDIANTE:

Brenda Maribel Muñoz Aquino

CARNÉ No.:

1999-14339

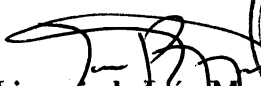
Informamos a ustedes que el **PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**, de la Carrera de **Licenciatura en Psicología**, titulado:

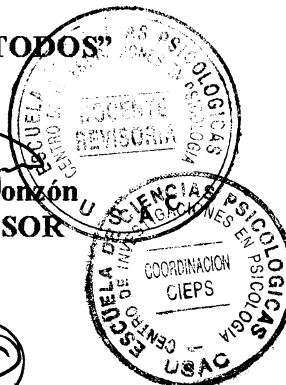
“COMEDORES-COMPULSIVOS: UN ESTUDIO DE CASOS GRUPALES”

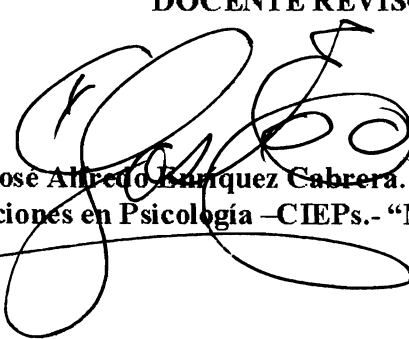
ASESORADO POR: Licenciada Lilibian Alvarez

Por considerar que cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología –CIEPs.-, ha sido **APROBADO** por la Coordinación de Investigaciones y se solicita iniciar la fase de Informe Final de Investigación.

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


Licenciado Iván Monzón
DOCENTE REVISOR




Vo.Bo. Licenciado José Alfredo Sánchez Cabrera. Coordinador. a.i.
Centro de Investigaciones en Psicología –CIEPs.- “Mayra Gutiérrez”

/Sandra G.
CC. Archivo

Guatemala, 5 de noviembre de 2008.

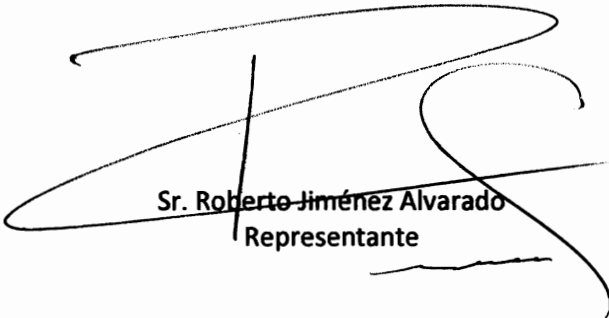
Licenciada
Mayra Luna
Coordinadora
Centro de Investigaciones (CIEP'S)
Presente

Licenciada Luna:

Por este medio hago de su conocimiento que la estudiante Brenda Maribel Muñoz Aquino, carné: 199914339, realizó el Proyecto de Investigación, titulado: **"COMEDORES-COMPULSIVOS: Un estudio de casos grupales"**, durante el mes de septiembre y octubre de este año, con las personas que asisten al Grupo Anónimos Milenium, ubicado en el Centro Comercial La Quinta.

Sin otro particular, me suscribo de usted.

Atentamente,



Sr. Roberto Jiménez Alvarado
Representante

PADRINOS

MARÍA REGINA SANTOS ORELLANA
LICENCIADA EN PEDAGOGÍA
COLEGIADO No. 4562

BYRON RONALDO GONZÁLEZ
MAESTRO EN DOCENCIA UNIVERSITARIA
COLEGIADO No. 4500

AGRADECIMIENTOS A:

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA y ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS:

Por haberme permitido asistir a la Honorable Casa de Estudios y adquirir los conocimientos para tener un futuro como profesional.

GRUPO COMEDORES-COMPULSIVOS “ANÓNIMOS MILENIUM”:

Por permitirme realizar la presente investigación y brindarme el apoyo necesario.

LICENCIADO IVAN MONZÓN:

Por la ayuda profesional prestada para la realización de la presente investigación, así como también todo el tiempo que me proporcionó a lo largo de este trabajo. Gracias por su paciencia y la orientación brindada.

LICENCIADA LILIANA DEL ROSARIO ALVAREZ DE GARCÍA:

Por tener su apoyo y ayuda incondicional, no solo en la realización de esta investigación sino a lo largo de toda la carrera. Muchas gracias por su amistad, por ser una excelente docente y por todos los buenos consejos.

CATEDRÁTICOS: Por el aporte invaluable de conocimientos.

ACTO QUE DEDICO

A DIOS Y A LA ASOCIACIÓN LUZ DEL MAESTRO:

Por los dones que me has dado, por la oportunidad de vivir, por iluminar mi camino y acompañarme siempre, gracias por escuchar todas mis suplicas y enviarme la mejor señal para su solución.

A MIS PADRES:

Julio Muñoz Monterroso y Hercilia Aquino Lemus, por enseñarme el significado de la honestidad y educarme a base de principios y valores.

A MI ESPOSO:

Edwin Roberto Girón Ola, por ser una excelente persona conmigo, por su amor, cariño, ternura, comprensión y apoyo, por haberme tomado de la mano y decidir emprender un camino a mi lado llenando cada día mi vida de amor y alegría. Te amo.

A MI SUEGRA Y CUÑADOS:

Ofelia Ola Sánchez, Héctor Isaías Girón y Stuardo Misrrain Girón, por su apoyo, con aprecio y cariño.

A MIS TÍOS:

Marta, Gloria, Estela, Raúl, Patricia, Paula, Consuelo, Antonio, Adolfo (Q.E.P.D.), Gloria, Armando y Juan Alberto, por el apoyo y el amor fraternal que me han brindado a lo largo de mi vida y en cada uno de mis logros.

A MIS PRIMOS:

Alejandro, Zucely, Adriana, Andreina, Shaida, Katherine, Jordan, Marco Antonio, Maggy, Luis, David, Ruth, Antonio, Herber y Mónica, que tengan siempre presente que el camino al éxito no es fácil, pero vale la pena llegar.

A MIS AMIGOS:

Hugo, Jessica, Heidy y Telma por compartir conmigo alegrías y tristezas, así como también por apoyarme en los momentos que he necesitado una mano amiga.

ÍNDICE

PRÓLOGO	2
CAPÍTULO I	4
1.1 INTRODUCCIÓN	
1.2. EL CONDUCTISMO	7
1.2.1 Condicionamiento Clásico	9
1.2.1.1 Elementos del Condicionamiento Clásico	10
1.2.1.2 El Condicionamiento Clásico en el Ser Humano	11
1.2.2 Condicionamiento Operante	15
1.2.2.1 Elementos del Condicionamiento Operante	16
1.3 LA ALIMENTACIÓN	17
1.3.1 Los Nutrientes	17
1.3.2 Las Vitaminas	18
1.4 TRASTORNOS ALIMENTARIOS	20
1.4.1 Factores que causan trastornos alimentarios	21
1.4.2 Trastornos Alimentarios Más Comunes	22
▪ Anorexia	
▪ Bulimia	24
▪ Síndrome de Descontrol Alimentario (Comedores-Compulsivos)	26
1.5 LA OBESIDAD COMO UN RIESGO PARA LA SALUD	27
1.5.1 El sistema de medida y el grado de obesidad:	29
1.6 LA OBESIDAD Y LAS CONSECUENCIAS DE LAS DIETAS	30
1.7 SÍNDROME DE DESCONTROL ALIMENTARIO	33
1.7.1 Causas	34
1.7.2 Características de los Comedores-Compulsivos	37
1.7.3 Signos y Síntomas	38
1.7.4 Complicaciones y Prevención	39
1.8 ATRACONES Y SOBREPESO	41
1.8.1 Efectos que produce el Atracón	42
1.8.2 Desencadenantes Emocionales de un Atracón	
1.9 ESTADO DE ÁNIMO DEL COMEDOR-COMPULSIVO	42
1.10 HIPÓTESIS DE TRABAJO	44
CAPÍTULO II	45
2.1 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	
a) Selección de la Muestra	
b) Técnicas y Procedimientos de Trabajo	
c) Instrumentos de Recolección de Datos	46
d) Técnicas de Análisis Estadístico	50
CAPÍTULO III	51
3.1 PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS	
3.2 ANÁLISIS GLOBAL	61
CAPÍTULO IV	64
4.1 CONCLUSIONES	
4.2 RECOMENDACIONES	66
BIBLIOGRAFÍA	67
ANEXOS	68
RESUMEN	76

PRÓLOGO

La obsesión por ingerir alimentos, ocurre cada vez con más frecuencia predominando en el género masculino, denotándose que en la sociedad guatemalteca el hombre no es censurado por ingerir grandes cantidades de alimentos percibiendo esta acción como algo normal, a diferencia del género femenino el cual se ve presionado por la sociedad y los medios de comunicación a presentar un cuerpo delgado y esbelto.

La presente investigación se realizó con las personas que asisten al grupo “Comedores-Compulsivos Anónimos Milenium” y se tomó como objetivo general identificar las causas psicológicas de la obsesión por ingerir alimentos, comprobando que dicha obsesión es derivada muchas veces por las emociones y por el bajo estado de ánimo en el que se encuentra la persona, si por algún motivo presenta alegría, tristeza, o ira recurre a la comida, encontrando un aliciente en la ingesta desmedida.

Otro factor que influye en la obsesión por ingerir alimentos, es el estado de ánimo, específicamente el bajo estado de ánimo, ya que la mayoría de las personas presenta niveles bajos de autoestima, considerándose como inferiores que los demás por su apariencia física y por no lograr controlar la compulsión hacia los alimentos, ya que luego de darse un atracón se presenta el remordimiento, convirtiéndose en un ciclo repetitivo de niveles altos de angustia y ansiedad por la compulsión y luego sentimientos de desesperanza por la acción realizada.

En la ingesta compulsiva se presentan dos grados, ya que se comprobó que están aquellas personas que viven todo el tiempo pensando en la comida, por ende comen en forma continua, literalmente todo el día, estas personas padecen grados de obesidad importantes y resulta evidente que son comedoras compulsivas, pero también hay personas que suben y bajan de peso notoriamente, siguiendo dietas a veces drásticas para luego darse vuelo y volver a engordar.

La realización de esta investigación es una experiencia enriquecedora, debido a que durante el proceso de obtuvo datos relevantes sobre el desorden alimenticio relacionado con la compulsión obsesiva por ingerir alimentos, lo que permitió comprender el ciclo repetitivo en el que cae una persona, así como el disparador que se presenta para motivar a la persona a ingerir compulsivamente.

El análisis realizado esta dirigido a profesionales dedicados a la Psicología de la Salud, estudiantes de la Carrera de Psicología. Espero que la síntesis presentada sea del agrado y utilidad para los lectores.

CAPÍTULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

Para comprender adecuadamente el problema de la ingesta compulsiva en el ser humano, es necesario contextualizarlo dentro de su desarrollo evolutivo. Nos encontramos así con que la especie a la que pertenecemos, el homo sapiens, se ha desarrollado dentro de un contexto de inevitable lucha por la supervivencia, donde la obtención de alimentos no siempre era fácil y requería, en muchos casos, un gasto energético importante, además de poner en peligro la vida de alguno de sus miembros. Este panorama comenzó a cambiar con el desarrollo de la agricultura en el neolítico, unos 10,000 años A.C.¹ a partir de este momento, el hombre comenzó progresivamente a abandonar su modo de vida basado en la caza y la recolección, tomando el control de la producción de los alimentos a través de la agricultura, tales como la cerealista trigo, centeno, etc y de la ganadería bovina, ovina, etc.

El cambio fue tan espectacular que se calcula que, durante ese proceso, el incremento de la población fue aproximadamente de mil personas por cien; en los últimos cincuenta años con el desarrollo de la agricultura y la ganadería intensivas que han garantizado la subsistencia de la población a nivel mundial, en la actualidad la mayoría de los habitantes de las sociedades desarrolladas disponen, respecto a sus necesidades metabólicas, de un número ilimitado de calorías que pueden obtener con un gasto energético cada vez menor.

¹ Fernández Rodríguez Concepción, Amigo Vásquez Isaac, Pérez Alvarez Marino, MANUAL DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD, Ediciones Pirámide, España año 2003, página 49.

El comer compulsivamente es una enfermedad que afecta a muchas sociedades algunos la consideran como una adicción muy compleja, pues involucra al individuo a nivel biológico, psicológico y social. Consiste en ingerir una gran cantidad de alimento sin poder controlarla, aunque no se tenga hambre, o sienta el estómago lleno, perdiendo el control de lo que se come.

Cuando el cuerpo del hombre no está genéticamente preparado para comer compulsivamente, y aún así sucede aparecen generalmente trastornos o enfermedades, como la sobreingesta compulsiva.

A la fecha en Guatemala, se han realizado pocas investigaciones sobre los comedores-compulsivos, y no se le ha dado la importancia que merece, es por ello que se consideró oportuno realizar este proyecto para identificar los momentos en que las personas presentan la obsesión por la comida y a la vez compulsión al momento de ingerirla, para luego establecer un Programa de Orientación Psicológica, que ayude a estas personas a comer de una manera normal equilibrada y sana.

El grupo Comedores-Compulsivos Anónimos Milenium, ubicado en el Centro Comercial La Quinta, se dedica a brindar apoyo a personas que no controlan su ingesta de alimentos, al lugar asisten hombres y mujeres los días lunes, miércoles y viernes de dieciocho a veinte horas, observándose asistencia de hombres y mujeres a la terapia, lo que ha provocado la inquietud en descubrir la sintomatología de las personas que se consideran comedores-compulsivos así como las razones para ingerir alimentos en exceso.

Por lo que la presente investigación se realizó con las personas que asisten al grupo comedores-compulsivos Anónimos Milenium, ubicado en el Centro Comercial "La Quinta".

La Asociación Psiquiátrica Americana reconoce en su manual DSM-IV-TR que existen varios tipos de trastornos mentales relacionados con la comida, que comparten una intensa preocupación por el peso, los alimentos y las alteraciones de la figura corporal, dentro de ellos se encuentra el Trastorno de la conducta alimentaria no especificado², el cual se refiere a los trastornos de la conducta alimentaria que no cumplen los criterios para la Anorexia o Bulimia Nervosa, numeral 6 Trastorno por Atracón, caracterizada por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada.

Además la etiología del comer compulsivamente remite, hasta el momento, a problemas en la personalidad del paciente, trastornos bioquímicos a nivel cerebral, factores genéticos, ambientales, culturales y de familia. Esta enfermedad inicia de una manera inocua y sigue un camino que cada vez avanza y avanza llevando al individuo a la obesidad, para el comedor-compulsivo un bocado extra es demasiado y mil no son suficientes, no importa cuanto coman nunca están satisfechos, pero al darse cuenta que su cuerpo también responde a la demanda causa entonces a la persona pena e incomodidad.

A diferencia de la bulimia, en este desorden no se purgan después del banquete, sin embargo, los comedores compulsivos regularmente pican entre comidas a lo largo del día. A veces pueden comer todo el día en lugar de comer mucho una sola vez, haciéndolo algunas veces a escondidas.

² MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES, DSM-IV-TR, Año 2002, página 665.

En la investigación realizada se analizó la estrecha relación que existe entre la compulsión por ingerir alimentos y el estado de ánimo, entendiéndose los niveles de depresión, angustia y autoestima, en los que se encuentra.

1.2. EL CONDUCTISMO

Al conductismo también se le ha denominado terapia conductista, no se le considera una escuela psicológica sino más bien como una orientación clínica.

El ser humano por naturaleza es un ser social, por lo que está preparado para compartir dentro de la misma, lo que le permite vincularse con los demás, para tener reciprocidad y colaboración mutua que le ayude a mantener un orden de convivencia y desarrollo. “La sociedad como un sistema de “ley y orden” es lo ideal y tras lo que se escudan los dominantes para conservar su estatus o clasificación, o en todo caso, sus sistemas de desarrollo, en otras palabras, mantener la “ley y el orden” que los beneficie”³.

La historia de esta terapia ha evolucionado, cuando se habla de conductismo aparece una referencia a palabras tales como "estímulo" "respuesta" "refuerzo", "aprendizaje" lo que suele dar la idea de un esquema de razonamiento acotado y calculador. Pero ese tipo de palabras se convierten en un metalenguaje científico sumamente útil para comprender la psicología.

El condicionamiento es un término general, usado con los animales y con el hombre, que designa la adquisición de patrones bastante específicos de

³ Martín-Baró, Ignacio, SISTEMA GRUPO Y PODER, UCA Editores, San Salvador, El Salvador, 1989, Pág. 13

conducta en presencia de estímulos bien definidos⁴. En un tipo, denominado condicionamiento clásico o pavloviano, las conductas reflejas respuestas involuntarias que siguen automáticamente a cierto tipo de estímulo son provocados por otros estímulos antes neutrales. Por ejemplo, podríamos sentir tensión o ansiedad cuando escuchamos el tipo de música que siempre antecede a una escena alarmante o terrible en una película de terror, porque nos hemos acostumbrado a identificarlo con esas escenas. En un segundo tipo de condicionamiento, el condicionamiento operante o instrumental, algunas conductas voluntarias llegan a ser emitidas en presencia de determinados estímulos para obtener una recompensa o evitar el castigo; por ejemplo, enseñarle a un perro a sentarse o a retozar cuando se le ordene. En ambos casos, la experiencia en presencia de estímulos bien definidos (la música o la orden de sentarse) causa los cambios correspondientes de conducta. Ningún organismo sobreviviría mucho tiempo, si no aprendiera cuáles objetos del ambiente puede utilizar para satisfacer sus necesidades básicas. Y tampoco, si no pudiera aprender cuáles objetos son seguros y cuales peligrosos... En términos generales, es mediante el condicionamiento clásico como aprendemos cuales objetos del ambiente favorecen la supervivencia y cuales no; y es mediante el condicionamiento instrumental u operante como se aprende a adquirir o evitar los objetos convenientes e inconvenientes.⁵ En conclusión, los condicionamientos clásico y operante son indispensables para nuestra capacidad de sobrevivir y adaptarnos a un mundo cambiante.

Después de darse el condicionamientos clásico y operante, surge el aprendizaje cognoscitivo, basado en el pensamiento y razonamiento, abarca el insight y el aprendizaje por observación o también llamado aprendizaje vicario. Tenemos un insight (comprensión súbita), cuando tras reflexionar sobre un problema de matemáticas, o de cualquier otra índole, vemos

⁴ Morris, Charles G. y Maisto, Albert A., PSICOLOGÍA, Editorial Pearson Educación, México 2001, página 184.

⁵ Idem.

repentinamente la solución en su forma total. Cuando imitamos los pasos de los bailarines profesionales que vimos la noche anterior en la televisión, estamos mostrando el aprendizaje por observación. A semejanza del condicionamiento, el aprendizaje cognoscitivo es una de nuestras estrategias de supervivencia. Por medio de él aprendemos cuáles eventos son inofensivos y cuáles son peligrosos, sin experimentales directamente. Además, permite que la generación presente acceda a la sabiduría de personas que vivieron cientos de años antes y a la futura conocer nuestras experiencias estilos de vida.

1.2.1 Condicionamiento Clásico

El condicionamiento clásico lo descubrió casi accidentalmente Ivan Pavlov (1849-1936), fisiólogo ruso, mientras estudiaba los procesos digestivos⁶. Como los animales salivaban cuando se le ponía comida en la boca, Pavlov introdujo tubos en las glándulas salivales de los perros para medir cuanta saliva producían al recibir alimentos. Sin embargo, observo que los perros salivaban antes de proponerles la comida en la boca. La simple vista de la comida los hacía babear. De hecho babeaban incluso al oír los sonidos de los pasos del experimentador. Esto despertó el interés en Pavlov. ¿Qué los hacía salivar aun antes de tener la comida en la boca? ¿Cómo había aprendido a salivar en respuesta al sonido que producía los pasos del experimentador?

Para contestar las preguntas anteriores Pavlov se propuso a enseñarles a los perros cuando no estuviera presente la comida. Diseñó un experimento en el que hacía sonar una campana poco antes de traer la comida al cuarto. El sonido de una campana normalmente no hace salivar a los perros; pero después de oírlas

⁶ Idem, página 185.

varias veces poco antes de ser alimentados, los animales comenzaban a salivar en cuanto sonaba la campana. Era como si hubieran aprendido que dicha campana indicaba la presencia de comida; entonces su boca empezaba a salivar aunque no les presentara comida. Se les había condicionado a salivar ante un nuevo estímulo: la campana, que normalmente no provocaba esta respuesta.

1.2.1.1 Elementos del Condicionamiento Clásico

En términos generales, el condicionamiento clásico consiste, en parear una respuesta que normalmente es provocada por un estímulo con otro estímulo distinto y antes neutral.

El experimento de Pavlov ejemplifica los cuatro elementos básicos de esta clase de condicionamiento. El primero es un estímulo incondicionado (EI), como la comida que invariablemente produce cierta reacción, la salivación en este caso. La reacción, o respuesta incondicionada (RI), es el segundo elemento, siempre se logra con el estímulo incondicionado: cada vez que el perro se le da comida (EI) su boca saliva (RI). El tercer elemento es el estímulo neutral, el sonido de la campana que recibe el nombre de estímulo condicionado (EC).

En un principio se dice que el estímulo condicionado “Neutral” respecto a la respuesta deseada (la salivación), porque los perros no salivan al oír la campana a menos que se les haya condicionado para que reaccionen así, presentándoles varias veces y al mismo tiempo el estímulo condicionado y el estímulo incondicionado. El pareamiento frecuente de ambos produce el cuarto elemento del condicionamiento clásico: la respuesta condicionada (RC). Esta es la conducta que el animal aprendió a dar respuesta al estímulo condicionado. Por lo

regular, la respuesta incondicionada y la condicionada son versiones un poco diferentes de la misma reacción.

Sin que se haya planeado, quizá se ha condicionado a una mascota en la misma forma en que Pavlov lo hizo con sus perros. Tal vez el gato empezará a ronronear cuando el sonido de una lata que alguien abra en la cocina. El gusto y el olor de la comida son los estímulos incondicionados (EI) que causan, entre otras cosas, el ronroneo (RI). Basándose en su experiencia, el gato asocia el sonido del abre latas (EC) con la comida; con el tiempo el estímulo condicionado basta para hacerlo ronronear aun antes de que usted le presente la comida (RC). Las personas que han usado el castigo físico con su mascota habrán notado que esta regula o tiembla cuando le hablan con voz fuerte y molesta. En el pasado, el dolor físico (EI) – que provoca varias respuestas, entre ellas recular y temblar (Respuestas incondicionadas) – posiblemente se hayan asociado con los gritos (EC). Ahora solo basta una voz fuerte para causar la respuesta de temor (RC).

Los cambios de conducta logrados mediante condicionamiento clásico, no se limita a los perros, a los gatos ni al hombre. Se ha demostrado que existen prácticamente en cualquier forma de vida animal; por ejemplo, entre los moluscos cefalópodos (pulpos y calamares) y entre los artrópodos (insectos y arañas). En efecto, el aprendizaje por condicionamiento clásico desempeña un papel importante en la vida de la mayoría de los animales.

1.2.1.2 El Condicionamiento Clásico en el Ser Humano

El Condicionamiento clásico de Pavlov y también se puede observar en el ser humano ya que se refleja en el aprendizaje humano. El hombre aprende conductas nuevas a través del condicionamiento

clásico⁷. Pongamos, por ejemplo, el caso de las ideas y sentimiento positivo, que asociamos al aroma de un pan recién horneado o de un pastel.

Otro ejemplo del condicionamiento clásico en el humano son las fobias, que son temores irracionales a ciertas cosas, actividades o situaciones: gatos, arañas, serpientes, lugares altos (acrofobia), sitios cerrados (claustrofobia) o lugares publico con mucha gente (agorafobia). A muchos nos causa miedo pensar en la visita al dentista o en discurso que debemos dar en público; pero para algunos esto provoca realmente un ataque de pánico durante el cual o puede respirar, y llegan a sudar profusamente o incluso temblar con escalofrío incontrolables. Algunas víctimas hasta sufren convulsiones y pierden el conocimiento cuando se ven abrumados por un temor irracional. Sigmund Freud, el padre del psicoanálisis, explicó las fobias atribuyéndolas a conflictos internos no resultados en los cuales el objeto de la fobia (lo que causa temor) representa otro problema o situación que perturba al paciente. Pero como veremos más adelante, las fobias también se adquieren mediante aprendizaje por observación. Otra teoría, propuesta por Wolpe y Rachman, ve en la fobia un caso del condicionamiento clásico: llegamos a tener a un objeto después de que se vincula a un estímulo atemorizador.

Para entender cómo puede desarrollarse las fobias por condicionamiento clásico, vamos a comentar un célebre experimento efectuado por John Watson y Rosalie Rayner Watson y Rayner. En este famoso estudio, a un niño de 11 meses de edad, el “Pequeño Alberto”, se le enseñó a temer a una inofensiva rata de laboratorio. Los experimentos comenzaron mostrándole una rata blanca. En un

⁷ Idem, página 187.

principio, no mostraba temor ante el animal. Gateaba hacia la rata e intentaba jugar con ella. Pero cada vez que Alberto se acercaba a la rata, el experimentador hacía un ruido fuerte golpeando una barra de acero. Como los niños tienen miedo a los ruidos fuertes, su reacción natural era el temor. Al cabo de algunas cuantas de estas experiencias, Alberto empezaban a llorar siempre que veía la rata y rápidamente se alejaba temeroso. Éste es un caso simple de condicionamiento clásico. Un estímulo incondicionado, el ruido fuerte, provocaba la respuesta incondicionada de temor. Después se pareó el sonido varias veces con la rata (estímulo condicionado). Pronto la rata solo hacía que Alberto se comportara como si tuviera miedo (respuesta condicional).

Varios años después, la psicología Mary Cover Jones demostró un método para que los niños desaprendan los temores mediante el condicionamiento clásico. Después el psiquiatra Joseph Wolpe adaptó el método de Jones para tratar algunas clases de ansiedad. Supuso que, como los temores y ansiedades irracionales se aprenden o se condicionan, también pueden desaprenderse mediante el condicionamiento. Observó que las personas no pueden sentir miedo y estar relajadas al mismo tiempo; por tanto, si logramos enseñarles a relajarse en situaciones de temor o ansiedad, deberían desaparecer los dos. En su terapia de desensibilización primero se le enseña al sujeto una serie de métodos de relajación.

La preparación subyace también a la aversión condicionada a la comida o al sabor. Por lo regular, el condicionamiento clásico requiere muchas presentaciones del estímulo condicionado y del incondicionado, con un breve intervalo entre ambos. La aversión condicionada a la comida constituye una notable excepción a esas reglas. Los animales rara vez necesitan más de un envenenamiento

para aprender a no comer ciertos alimentos, este fenómeno lo descubrió accidentalmente John García cuando experimentaba con los efectos de la exposición a la radiación. Dentro de una cámara especial, exponía un grupo de ratas a altas dosis de radiación que las hacía sentir mal. Observo que bebían cada vez menos agua cuando estaban en la cámara, pero que lo hacían normalmente en sus jaulas “hogar”. Se dio cuenta de que los frascos de agua en la cámara de radiación eran de plástico, lo cual quizá le daba al agua un sabor diferente a la de los frascos de vidrio de las jaulas. Supuso que el sabor del agua de los frascos de plástico había servido de estímulo condicionado (EC) y que las ratas lo asociaban con la radiación (EI); a causa de este condicionamiento, el agua con sabor a plástico bastaba para hacerlas sentir mal (RC).

Desde luego, el aprendizaje a la versión de la comida no es exclusivo de los animales, el hombre también la desarrolla basándose en varias señales como el sabor, la apariencia y el olor. Por ejemplo. Si nos enfermamos después de probar un nuevo aderezo de ensalada, probablemente desarrollaremos una fuerte aversión a ese aderezo, sin importar cuánto nos haya gustado. Un estudio encontró que más de la mitad de un grupo de universitarios entrevistados mostraron por lo menos una aversión condicionada al sabor. Este tipo de reacción está tan arraigado que aun cuando sepamos que un alimento no nos enfermó, tendemos a formar una aversión recordando aquel que ingerimos antes de enfermarnos. Un psicólogo describe una fiesta en la cual él y otros invitados contrajeron un virus intestinal que le dejó una aversión al pollo con salvia (el platillo principal) o a cualquier alimento con este condimento. Aunque sabían que el pollo no había sido la causa de su enfermedad, no lograban superar la potente respuesta condicionada. Por su parte, los pacientes sometidos a un tratamiento anticanceroso

suelen adquirir aversiones al sabor. Como los medicamentos empleados en la quimioterapia provocan náuseas, suelen presentar fuertes aversiones a los alimentos ingeridos antes y después de las inyecciones, aun cuando saben que nada tiene que ver con las náuseas.

1.2.2 Condicionamiento Operante

El condicionamiento clásico se refiere a la conducta que invariablemente sigue a un evento o estímulo en particular: la salivación que se produce automáticamente cuando se coloca comida en la boca, el parpadeo que se observa cuando un soplo de aire choca contra el ojo. En el condicionamiento clásico transferimos esa reacción a otro estímulo que en condiciones normales no la causaría: salivar al oír una campana, parpadear ante un tono. En cierto modo, el condicionamiento clásico es pasivo. Al inicio la conducta es provocada por el estímulo incondicionado.

Pero la mayor parte de la conducta humana es voluntaria, sin que desencadenen eventos externos. Hacemos un gesto especial con la mano para indicarle a un taxi o al autobús que se detenga. Los niños recogen sus juguetes para evitar el castigo y obtener alguna recompensa de sus padres. Introducimos dinero en las máquinas automáticas, tiramos de la palanca y oprimimos un botón para conseguir refrescos, comida, diversión o la oportunidad de ganar dinero. Estas acciones y otras similares pueden clasificarse como conducta operante. Son conductas aprendidas cuyo fin es operar sobre el ambiente para lograr algo deseado o evitar algo desagradable; no son reflejos automáticos desencadenados por estímulos de relevancia biológica. Este tipo de aprendizaje se llama condicionamiento operante o instrumental.

1.2.2.1 Elementos del Condicionamiento Operante

Los experimentos de Edward Lee Thorndike muestran dos factores esenciales del condicionamiento operante o instrumental. El primero es la respuesta operante. Al analizar este tipo de aprendizaje, sin importar si aplicamos los principios del condicionamiento para adquirir buenos hábitos de trabajo o para no pasar por la calle donde nos impusieron una multa por conducir a exceso de velocidad, nos damos cuenta de que el condicionamiento operante se realiza cuando escogemos una respuesta en particular, la respuesta operante, entre varias conductas y luego nos concentramos en observarla y modificarla.

El segundo elemento esencial es la consecuencia que acompaña la conducta. Los gatos de Thorndike obtenían la libertad o un trozo de pescado por escapar de la jaula que limitaba sus movimientos; un perro recibe una galleta por sentarse cuando se lo ordenamos, y un niño puede recibir elogios o la oportunidad de usar un video juego por el simple hecho de ayudar a limpiar la mesa. Se da el nombre de reforzamientos a las consecuencias que aumentaban la probabilidad de que una conducta se repita. Por el contrario, se da el nombre de estímulos punitivos a las consecuencias que reducen la probabilidad de ocurrencia del comportamiento, imaginé cómo habrían actuado los gatos de Thorndike en caso de que los hubiera recibido un perro enorme que gruñera al verlos escapar de la jaula, o lo que habría ocurrido si al perro que se sienta al recibir la orden se le reprendiera por hacerlo, o si al niño que ayudó a limpiar la mesa se le enviara castigado a un rincón. La importancia que Thorndike concede al reforzamiento se refleja en su ley del efecto: “En igualdad de circunstancias, las respuestas que se acompañan o son seguidas inmediatamente por satisfacción tenderán más a repetirse; las que se acompañan o que son seguidas inmediatamente por malestar

tendrán menos probabilidad de ocurrir”. En una situación particular de estímulo, la respuesta que produzca siempre un efecto agradable (reforzamiento) quedará estampada y se eliminará la que produzca malestar (castigo). Los psicólogos contemporáneos hablan del principio de reforzamiento más que de la ley del efecto, pero ambas expresiones se refieren al mismo fenómeno.

1.3 LA ALIMENTACIÓN

Pensando en todo lo que hace el ser humano durante el día caminar, correr, saltar, pensar y en lo que realiza su organismo respirar, oír, ver; mientras la sangre circula por el cuerpo realizando funciones importantísimas; el organismo funciona continuamente, hasta cuando duerme. Por esto el hombre, como todo ser vivo, necesita alimentarse para: reponer las pérdidas de materia viva consumida por la actividad del organismo. Producir las sustancias necesarias para la formación de nuevos tejidos, favoreciendo el crecimiento. Transformar la energía contenida en los alimentos en calor, movimiento y trabajo.

Los alimentos por su origen se clasifican en tres grupos:

- Los de origen vegetal: verduras, frutas, cereales.
- Los de origen animal: carnes, leche, huevos.
- Los de origen mineral: aguas y sales minerales.

Cada uno de estos alimentos proporciona a nuestro organismo sustancias que le son indispensables para su funcionamiento y desarrollo.

1.3.1 Los Nutrientes

Los nutrientes son cualquier elemento o compuesto químico necesario para el metabolismo de un ser vivo, son sustancias contenidas en los alimentos y que cumplen diversas funciones en el

organismo. Desde el punto de vista de la botánica y la ecología, los nutrimentos básicos son el oxígeno, el agua y los minerales necesarios para la vida de las plantas, que a través de la fotosíntesis incorporan la materia viva, constituyendo así la base de la cadena alimentaria, una vez que estos vegetales van a servir de alimento a los animales.

Los nutrientes esenciales o principios nutritivos son sustancias integrantes del organismo, cuya ausencia del régimen o su disminución por debajo de un límite mínimo, ocasiona después de un tiempo variable una enfermedad carencial. Ejemplo de nutrientes esenciales son: algunos aminoácidos, la vitamina A, el hierro, el calcio, etc.

Los nutrientes se clasifican en cinco grupos principales: proteínas, hidratos de carbono, grasas, vitaminas y minerales. Estos grupos comprenden un total aproximado de entre 45 y 50 sustancias que los científicos consideran esenciales para mantener la salud y un crecimiento normal. Aparte del agua y el oxígeno, incluyen también unos ocho aminoácidos constituyentes de las proteínas, cuatro vitaminas liposolubles y diez hidrosolubles, unos diez minerales y tres electrólitos. Aunque los hidratos de carbono son una fuente de energía, no se consideran esenciales, ya que para este fin se pueden transformar proteínas.

1.3.2 Las Vitaminas

Desde los tiempos más remotos el hombre conocía enfermedades que podían curarse con ciertos alimentos. En la antigua Grecia, Roma y Arabia el hígado de ganso era empleado para curar la ceguera nocturna. “El escorbuto puede prevenirse y tratarse con fruta fresca”, tras este descubrimiento los limones y el jugo de naranja

fueron obligatorios para los marineros de la Royal Navy y el escorbuto dejó de ser un problema.

Las investigaciones sobre las vitaminas se iniciaron al comenzar el siglo XIX, cuando se realizaron experimentos en los que se suministró a los animales de experimentación una ración a base de carbohidratos, proteínas, grasas, minerales y agua puros; sin embargo, los animales no podían reproducirse, enfermaban y morían. Por otra parte se desarrollaban bien cuando se les alimentaba con productos naturales.

Cualquiera de los compuestos orgánicos que el cuerpo necesita para el metabolismo, para la protección de la salud y para lograr el crecimiento adecuado en los niños. Las vitaminas también participan en la formación de hormonas, células sanguíneas, sustancias químicas del sistema nervioso y material genético. Las diversas vitaminas no están relacionadas químicamente, y la mayoría de ellas tiene una acción fisiológica distinta. Por lo general actúan como catalizadores, combinándose con las proteínas para crear metabólicamente enzimas activas que a su vez producen importantes reacciones químicas en todo el cuerpo. Sin las vitaminas muchas de estas reacciones tardarían más en producirse o cesarían por completo. Sin embargo, aún falta mucho para tener una idea clara de las intrincadas formas en que las vitaminas actúan en el cuerpo. Las 13 vitaminas identificadas se clasifican de acuerdo a su capacidad de disolución en grasa o en agua. Las vitaminas liposolubles, A (Fue descubierta entre 1913-1914)⁸, D, E y K, suelen consumirse junto con alimentos que contienen grasa y, debido a que se pueden almacenar en la grasa del cuerpo, no es necesario tomarlas todos los días. Las vitaminas hidrosolubles, las ocho del grupo B (Se le aplicó la letra B, en referencia al beri-beri que quiere

⁸ Tolonen Matti, VITAMINAS Y MINERALES EN LA SALUD Y LA NUTRICIÓN, Editorial Acribia, España 1995, página 54.

decir enfermedad que cura)⁹ y la vitamina C, no se pueden almacenar y por tanto se deben consumir con frecuencia, preferiblemente a diario (a excepción de algunas vitaminas B, como veremos después).

El cuerpo sólo puede producir vitamina D; todas las demás deben ingerirse a través de la dieta. La carencia da origen a una amplia gama de disfunciones metabólicas y de otro tipo. Una dieta bien equilibrada contiene todas las vitaminas necesarias, y la mayor parte de las personas que siguen una dieta así pueden corregir cualquier deficiencia anterior de vitaminas. Sin embargo, las personas que siguen dietas especiales, que sufren de trastornos intestinales que impiden la absorción normal de los nutrientes, o que están embarazadas o dando de mamar a sus hijos, pueden necesitar suplementos especiales de vitaminas para sostener su metabolismo. Aparte de estas necesidades reales, también existe la creencia popular de que las vitaminas ofrecen remedio para muchas enfermedades, desde resfriados hasta el cáncer; pero en realidad el cuerpo elimina rápidamente casi todos estos preparados sin absorberlos. Además, las vitaminas liposolubles pueden bloquear el efecto de otras vitaminas e incluso causar intoxicación grave si se toman en exceso.

1.4 TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Son enfermedades crónicas y progresivas que, a pesar de manifestarse a través de la conducta alimentaria, en realidad consisten en una gama muy compleja de síntomas entre los que prevalece una alteración o distorsión de

⁹ Idem, Pág. 98.

la auto-imagen corporal, un gran temor a subir de peso y la adquisición de una serie de valores a través de una imagen corporal.

1.4.1 Factores que causan trastornos alimentarios

- **Factores biológicos:** Hay estudios que indican que niveles anormales de determinados componentes químicos en el cerebro predisponen a algunas personas a sufrir de ansiedad, perfeccionismo, comportamientos y pensamientos compulsivos. Estas personas son más vulnerables a sufrir un trastorno alimenticio.
- **Factores psicológicos:** Las personas con trastornos alimentarios tienden a tener expectativas no realistas de ellos mismos y de las demás personas. A pesar de ser exitosos se sienten incapaces, ineptos, defectivos, etc. No tienen sentido de identidad. Por eso tratan de tomar control de su vida y muchas veces se enfocan en la apariencia física para obtener ese control.
- **Factores familiares:** Personas con familias sobreprotectoras, inflexibles e ineficaces para resolver problemas tienden a desarrollar estos trastornos. Muchas veces no demuestran sus sentimientos y tienen grandes expectativas de éxito. Los niños aprenden a no demostrar sus sentimientos, ansiedades, dudas, etc., y toman el control por medio del peso y la comida.
- **Factores sociales:** Los medios de comunicación asocian lo bueno con la belleza física y lo malo con la imperfección física.

Las personas populares, exitosas, inteligentes, admiradas, son personas con el cuerpo perfecto, lo bello. Las personas que no son delgadas y preciosas son asociadas con el fracaso.

1.4.2 Trastornos Alimentarios Más Comunes

- **Anorexia**

Las personas con este trastorno rechazan mantener un peso corporal mínimo normal, en un miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo.¹⁰ Comienzan a dejar de comer, hacen régimen y, pese a que están muy delgadas, intentan seguir perdiendo peso. Tienen terror a la gordura, que la comida y el peso se convierten en el centro de todas las preocupaciones.

Para alcanzar ese bajo peso, los pacientes pueden hacer regímenes muy severos, utilizar laxantes o diuréticos, y hacer ejercicio físico de manera excesiva.

Es una enfermedad psicológica con consecuencias físicas. Es el resultado de una intrincada interacción de factores bio-psicosociales (Biológicos, psicológicos y sociales). Usualmente la enfermedad se hace evidente (marcada delgadez, desordenes en la personalidad, etc.), y puede "dispararse" en medio de una crisis generada por circunstancias adversas en la vida de la persona. La Anorexia desencadena desordenes en el comportamiento alimenticio que alteran de forma total la vida personal, familiar y social del ser afectado.

A la anorexia se le considera un síndrome por lo complicado de su

¹⁰ MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES, DSM-IV, página 653.

etiología -estudio del origen de las enfermedades- presenta características diferentes en cada individuo afectado ya que los traumas subyacentes que pueden originar o contribuir al desarrollo de la enfermedad son consecuencia de la experiencia individual del paciente, sin embargo, si no existieran una lista de síntomas y etiologías comunes para la mayoría de los pacientes afectados, no se podría idear una política efectiva para combatirla dentro de los gremios médicos, psicológicos y otras disciplinas relacionadas con su tratamiento.

La Descripción de Anorexia más usada en los últimos años es la que creó la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, por siglas en inglés) en 1987. Es este mismo organismo quien maneja la sintomatología más conocida y aceptada en los gremios de la salud física y mental alrededor del mundo, aunque sólo describe con exactitud los rasgos de la enfermedad en su etapa aguda, cuando el ser afectado necesita ser internado para su recuperación. Por esta razón los casos de muchas personas que no se ciñen con exactitud a todos los síntomas de esta lista por hallarse en una etapa menos avanzada de la enfermedad, no son diagnosticados como Anoréxicos sino como afectados por un Trastorno del comportamiento Alimentario no especificado de otra manera (NOS, por siglas en inglés).

Síntomas de la Anorexia

Para que un médico diagnostique a una persona como anoréxica, esta debe presentar los siguientes síntomas simultáneamente:

- Rechazo a mantener el peso corporal a nivel o por encima del peso mínimo normal que le corresponde por la edad y la estatura.

- Temor intenso a aumentar de peso o volverse obeso, aun pesando menos de lo normal.
- Alteración en la propia percepción del peso, la talla y la silueta corporal.
- En las mujeres ausencia de por lo menos tres ciclos menstruales - amenorrea-.

En general, se puede estar absolutamente seguro de que una persona tiene anorexia si presenta las siguientes señales de alarma constantes y esenciales:

- Mantenimiento deliberado de ese peso corporal mediante dieta, ejercicio, abuso de laxantes o diuréticos, o una combinación de los tres.
- Síntomas de inanición.

El rasgo común de este desorden alimenticio, es el intentar a como de lugar, mantener el control sobre la cantidad de comida que se ingiere. Periodos de ayuno, conteo obsesivo del contenido calórico de los alimentos, el ejercicio compulsivo, y/o la purgación después de una comida regular, son los síntomas otros de estos síntomas. En muchos casos estas personas aparentan tener hábitos alimenticios normales con algunos periodos de restricción. Los anoréxicos son conocidos por comer "galguerías", particularmente dulces, toman grandes cantidades de café y/o fuman.

▪ **Bulimia**

El término Bulimia proviene del griego bous (buey) y limos (hambre) - hambre de buey-. La Bulimia es una enfermedad psicológica con consecuencias físicas. Las características esenciales consisten en atracones y en métodos compensatorios inapropiados para evitar la

ganancia de peso.¹¹ Las personas afectadas experimentan episodios incontrolables de ingestión masiva de alimentos, estos pueden estar seguidos de vómito autoinducido, purgación, temporadas de inanición, uso de diuréticos, o la búsqueda de cualquier tipo de método que les asegure que sus ataques de "hambre voraz" no les haga subir de peso, pues las personas bulímicas expresan una preocupación por su imagen corporal -debido a la dismorfia corporal que les presenta una imagen distorsionada de su cuerpo- que raya los límites del pánico, temor que las sume en una constante ansiedad.

Este desorden del comportamiento alimenticio es el resultado de una intrincada interacción de factores bio-sicosociales -biológicos, psicológicos y sociales-, este mal llega a alterar de forma total la vida personal, familiar y social del afectado; se convierte en un problema costoso, psicológicamente dañino y físicamente peligroso.

La bulimia le ha quitado el puesto a la anorexia en la lista de trastornos alimentarios con más personas afectadas en el mundo, es la enfermedad del comportamiento alimentario que ven con más frecuencia los especialistas; algunos estudios estiman una prevalencia del 2.8% para la población femenina, lo que haría de este trastorno el más significativo epidemiológicamente de todos los trastornos del apetito.

¹¹ Idem, Pág. 660.

Síntomas de la Bulimia

- Repetición de episodios de atiborramiento de comida (consumo rápido de una gran cantidad de comida en un período de tiempo corto).
 - Sensación de pérdida de control de la conducta alimentaria durante las comilonas.
 - La persona regularmente se induce el vómito, toma laxantes o diuréticos, ayuna o se pone a dieta estricta, o hace ejercicios físicos enérgicos para no engordar.
 - Un término medio de dos atracones por semana durante por lo menos tres meses.
 - Preocupación continua y obsesiva por la silueta y el peso.
 - La anorexia y la bulimia, son enfermedades complejas, a menudo crónicas, con implicaciones físicas y psicológicas y ambas tienden a presentarse por familias, sugiriendo una posible base genética.¹²
- **Síndrome de Descontrol Alimentario (Comedores-Compulsivos)**

El comer compulsivamente, se caracteriza por ingerir una gran cantidad de alimento sin poder controlarla, aunque no se tenga hambre, o sienta el estómago lleno, o sea que pierde el control de lo que se come.

Al igual que la bulimia, en este desorden se ingiere cantidades grandes de comida, sin embargo, no se purgan después del banquete. Los comedores compulsivos comen alimentos

¹² Vandereycken Walter y Noordenbos Greta, PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS, Editorial Granica, Barcelona 2000, Pág. 264.

regularmente y bocados a lo largo del día. A veces pueden comer todo el día en lugar de comer mucho una sola vez. Normalmente presentan sobrepeso y se vuelven obesos. De hecho, un 40% de personas obesas pueden ser comedores compulsivos.

Estas personas hacen a menudo su comida en secreto. Posteriormente se sentirán deprimidos, culpables, o avergonzados.

El enojo, tristeza, fastidio, o ansiedad puede activar una gran comida. El ponerse a dieta puede empeorar este problema en algunas personas. Las grandes comidas pueden causar problemas médicos serios, como:

- Presión de sangre alta
- El colesterol a niveles altos (Puede causar que las arterias se endurezcan y causen ataques cardíacos y enfermedades del corazón)
- Enfermedad de la vesícula
- Ciertos tipos de cáncer

Muchos de estos problemas son causa del sobrepeso.

1.5 LA OBESIDAD COMO UN RIESGO PARA LA SALUD

La obesidad no sólo se relaciona con un incremento de la mortalidad entre la población, sino que aumenta el riesgo de padecer múltiples enfermedades que disminuyen de modo notable la calidad de vida de las personas afectadas. Posiblemente, las tres alteraciones más importantes asociadas con la obesidad sean la hipertensión arterial esencial, la diabetes mellitas y la litiasis biliar. En todos estos casos, la obesidad si bien no es la causa última de estas enfermedades, constituye un factor de riesgo de primer orden que facilita su aparición. La hipertensión arterial, por ejemplo, es hasta cuatro veces más probable entre las personas obesas que entre las no obesas, y además, se ha observado que la reducción de peso se

asocia, a su vez, con la reducción de la presión arterial. Esta estrategia puede permitir a algunos pacientes abandonar la medicación, resultando que, en muchos casos, la reducción de peso necesaria para rebajar las cifras tensionales en hipertensos obesos es bastante modesta, ya que perder de 10 a 15 libras puede ser suficiente para reducir la presión arterial de un modo significativo en una gran proporción de hipertensos.

Además la reducción de peso favorece la acción de los fármacos antihipertensivos y puede reducir otros factores de riesgo cardiovascular como la dislipemia. Particularmente, en el caso de la diabetes no insulina-dependientes tipo II, la obesidad y una edad avanzada son condiciones que favorecen el mantenimiento de azúcar en sangre. De nuevo, la reducción de peso puede ser una estrategia, suficiente para controlar esta alteración. Y finalmente, la obesidad también se relaciona estrechamente con la litiasis biliar y con la consiguiente formación de cálculos en la vesícula biliar que hacen padecer a los pacientes un intenso dolor.

Pero hay más: las bronquitis y otras alteraciones pulmonares son más frecuentes y graves entre las personas obesas que entre las no obesas. La obesidad, además, dificulta la circulación venosa por lo que las hemorroides y las varices son también más frecuentes cuando las personas muestran un peso elevado. La obesidad también acarrea problemas en el aparato locomotor y, en este caso, las personas tienden a sufrir con más frecuencia artrosis en la columna y rodilla. Las intervenciones quirúrgicas son más peligrosas en las personas obesas que las que muestran un peso normal y finalmente, una imagen corporal no deseada como la que en algunos casos tienen de sí mismos las personas obesas, suele traducirse en un estado de malestar emocional que, a veces, deriva en depresión.

No obstante, a pesar de todas estas observaciones, se ha constatado que los efectos de la obesidad sobre la salud son muchos más complejos y no

dependen, exclusivamente, de la ganancia lineal de peso. En la actualidad parece haber un cierto consenso sobre la necesaria concurrencia de diversos factores moduladores del impacto de la obesidad sobre la salud (bien para agravarlo, bien para atenuarlo). Entre dichos factores destacarían el sistema de medida y el grado de obesidad, la distribución corporal de la grasa y la historia individual de los cambios de peso a lo largo de la vida.

1.5.1 El sistema de medida y el grado de obesidad:

Respecto al sistema de medida y el grado de obesidad, hoy se acepta que el peso no es tan buen predictor sobre los efectos de la obesidad de la salud como el índice de masa corporal (IMC). Este índice pone en relación el peso del sujeto con su altura conforme a la siguiente fórmula.

Índice de masa corporal = $\text{Peso en Kg} / (\text{Altura en m})^2$

A partir de esta fórmula diversos estudios han baremado la relación entre los distintos niveles de peso y su riesgo para la salud.

TABLA 1¹³

Niveles de peso y su riesgos para la salud.

IMC	Clase de peso	Nivel de riesgo
18,5-24,9	Peso normal	Nulo.
25- 26,9	Sobre peso grado I	Nulo.
27-29,9	Sobre peso grado II	Ligero.
30-34,9	Obesidad grado I	Moderado.
35-39,9	Obesidad grado II	Elevado.
>40	Obesidad mórbida	Muy elevado.

¹³Fernández Rodríguez Concepción, Amigo Vásquez Isaac, Pérez Alvarez Marino, MANUAL DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD, Ediciones Pirámide, España año 2003, página 53.

De acuerdo a este baremo, una persona cuya altura fuese 1,72 m tendría un peso idóneo de 162.8 libras, sin embargo, podría llegar a pesar hasta 11 libras más sin que ellos tuviesen que representar riesgo alguno para su salud e, incluso, aunque llegase a alcanzar un 15 por 100 por encima de dicho peso, el riesgo para su salud sería sólo ligero. No obstante, a partir de ese punto el incremento de IMC sitúa a la persona en un riesgo cada vez mayor de morbilidad y mortalidad.

Las investigaciones al respecto han puesto de manifiesto que, superado el sobrepeso grado II, cada incremento en el IMC en mujeres se relaciona cada vez más estrechamente con cualquier tipo de mortalidad (cardiovascular, cáncer, etc), incluso cuando se controla el efecto del tabaco o los cambios continuos en el peso. En los hombres mayores y también de mediana edad se han encontrado resultados muy similares.

1.6 LA OBESIDAD Y LAS CONSECUENCIAS DE LAS DIETAS

En algunas sociedades industrializadas, más de una quinta parte de la población puede llegar a ser considerada obesa, lo cual ha hecho que, debido a la presión por adelgazar y cuidar la silueta, perder peso se haya convertido en un importantísimo negocio en el mundo occidental. En España un 35 por 100 de los españoles sufren sobrepeso, mientras que tan sólo cabría hablar de obesidad en lo que representa a un 14 por 100 de la población, si bien la tendencia es creciente.

La obesidad constituye el factor de riesgo para la salud en el que, anualmente, se implica un mayor número de personas con el fin de intentar reducirlo o eliminarlo. No obstante, no todos aquellos que intentan perder peso lo hacen por mejorar su salud, sino que la mayoría lo intenta por razones de estética cultural. La presión es tal, que más de dos tercios de las adolescentes están tratando de perder peso o evitar ganarlo, en la Unidad

de Salud de la Universidad de San Carlos de Guatemala, se encuentran registrados en el mes de julio, 25 personas de sexo femenino y 12 de sexo masculino, tratando de bajar de peso, contando con la asesoría de una nutricionista especialista en la materia.

En el caso de los adultos, dos tercios de las mujeres y más de la mitad de los hombres están tratando de perder peso o no ganarlo. Estos datos sólo reflejan el porcentaje de personas que están en dieta en un período determinado, por lo que es muy posible que si se considerase los intentos realizados a lo largo de la vida, el porcentaje de personas que reconocerían haber realizado algún tipo de dieta sería todavía mayor.

Se realizó una encuesta en Europa, en la que se solicitó que indicaran, sobre nueve figuras, la que mejor describiría su imagen corporal actual y su imagen corporal ideal. El 55 por ciento de los encuestados eligió una imagen ideal por debajo de su cuerpo actual. Además se observó que la población estaba tratando de perder peso a pesar de encontrarse por debajo de su peso ideal.

La insatisfacción corporal en los jóvenes suele aparecer en nuestra cultura entre los 12 y los 16 años, el alto valor que se le otorga a la delgadez en las sociedades desarrolladas es transmitida por medio de la televisión a otras sociedades. Sin embargo no está presente en todas las sociedades, por ejemplo, en África o en la cuenca del Pacífico o en Occidente la delgadez fue vista como algo especialmente deseable, en otras épocas históricas, durante las cuales una figura con volúmenes era símbolo de poder y estatus social.

En la actualidad, la estrategia más común para reducir peso consiste en iniciar una dieta. Para ello, las personas aprenden a moderar el consumo de calorías, mediante una restricción dietética fundamentada en el

conocimiento del valor calórico de los alimentos, a través de folletos informativos, de los medios de comunicación o de una prescripción médica. En general se ha observado que todas las dietas hipocalóricas funcionan y que a través de ellas se puede conseguir una pérdida importante de peso en la mayoría de los casos. Hasta aquí todo va bien y las personas que se han puesto a dieta suelen encontrarse muy satisfechas tanto con el peso perdido como con el proceso a través del cual han ido constatando, día a día, la correspondencia entre sus esfuerzos y sus logros.

Pero pronto empiezan los problemas de las dietas. Una vez que se suspenden, las personas tienden a recuperar su peso inicial a la misma o mayor velocidad con la que lo han perdido. De ahí que todas las dietas que ofrecen pérdidas en torno a 5 libras en tan sólo una semana no sean más que un gran autoengaño y una gran estafa para la propia salud; no porque no sea posible eliminar las libras prometidas, sino porque finalizada la dieta se volverán a ganar aún más rápido de lo que se fueron, y posiblemente, con un plus adicional de propina.

Como efectos secundarios cabe señalar la fatiga, el desánimo y la depresión, además de un inevitable estreñimiento; en cuanto a su peligrosidad, hoy es de sobra conocido que una dieta rica en grasas tiende a elevar el nivel de colesterol, por todo ello se puede afirmar que las dietas que reducen los hidratos de carbono a costa de incrementar las grasas son muy contraproducentes.

En general, cualquier dieta que suponga la restricción de alimentos, sabores y olores suele provocar al cabo del tiempo una contra reacción de voracidad que suele hacer baldíos todos los esfuerzos previos. Y esta práctica resulta más paradójica cuando en la actualidad se sabe que el mejor patrón de alimentación para el ser humano es aquel en el que no se restringe ningún alimento y en el que priman los hidratos de carbono, lo que se asocia a un menor consumo de calorías a causa del mayor consumo de fibra y agua.

1.7 SINDROME DE DESCONTROL ALIMENTARIO

Las personas afectadas por este trastorno de la alimentación no pueden dejar de comer aunque haya pasado un intervalo pequeño de tiempo entre la última comida y la que tienen entre las manos (o en la boca, para ser más exactos). Son literalmente adictos a la comida y sin ella sus vidas carecen de sentido. Por ello son el sueño -y sustento- de todos los fabricantes de comida y el público más sobrecogido por las propagandas televisivas que ofrecen productos alimenticios sin los cuales la vida carece de sabor. La mayoría de los comedores compulsivos son personas que combinan un alto nivel de perfeccionismo y de ansiedad con una baja autoestima y un nivel de estrés muy elevado. Sus compulsiones por la comida se deben en gran medida a un deseo de controlar el estrés que domina su vida, el cuál surge de la ansiedad y la angustia de no poder hacer las cosas tan perfectas como desea. Suelen saber que su forma de comer va más allá de lo normal o lo recomendable y estar conscientes de los riesgos que corren por su comportamiento compulsivo: ataques cardíacos, alta presión sanguínea, colesterol elevado, daños o pérdida de riñón, artritis, deterioro del sistema óseo e incluso la muerte.

Los comedores compulsivos se ubican dentro de las enfermedades mentales junto con la anorexia y la bulimia, la obesidad se ubica dentro de un cuadro médico y no se relaciona necesariamente con un trastorno alimentario. Además la etiología del comer compulsivamente remite, hasta el momento, a problemas en la personalidad del paciente, trastornos bioquímicos a nivel cerebral, factores genéticos y ambientales y factores culturales y de familia.

Los comedores compulsivos, y en general, todas las personas con desórdenes alimentarios, provienen de familias con problemas de límites -demasiado constreñidas para permitir el crecimiento individual de sus

miembros más jóvenes- o de padres o madres demasiado preocupados por el aspecto físico de si mismos, su familia y los demás a quienes conocen. También provienen de familias en las que la comida alivia tensiones, estrés o ansiedad o de hogares en donde como en la novela "Como agua para chocolate" la única manera de expresar amor es a través de una abundante y deliciosa comida.

Las investigaciones en el Instituto de Salud Mental de los Estados Unidos revelaron que casi la mitad de los comedores compulsivos padecen de depresión y muchos otros de ciertos desórdenes obsesivo-compulsivos o fobias. Las razones de estas coincidencias podrían estar en los neurotransmisores como la serotonina -que regula la producción de hormonas y el estado de ánimo- y la vasopresina que se libera como respuesta al estrés emocional y físico-.

Aunque la terapia con antidepresivos resulta efectiva para los comedores compulsivos, el tratamiento de esta afección debe incluir también una terapia psicológica. El objetivo de esa psicoterapia es ayudar a que la persona reconozca y confronte su enfermedad, mejore su autoestima y desarrolle métodos para controlar los impulsos y la ansiedad constantes que lo obligan a comer. Para lograr estas metas el apoyo de su familia es vital.

El comer compulsivo no distingue sexo, raza ni peso. Por eso un tercio de los comedores compulsivos son hombres y muchas personas caucásicas, latinas y negras, obesas, con peso normal o con constantes fluctuaciones de peso, sufren de esta enfermedad.

1.7.1 Causas

No se sabe bien qué induce a una persona a comer compulsivamente, pero la mayoría presentan al mismo tiempo cuadros depresivos, que se asocian con su necesidad de comer.

Como en todos los desórdenes alimenticios, esto es una enfermedad multifactorial que incluye elementos biológicos, psicológicos y sociales. Hay también factores culturales y familiares que tienen que ver con el problema.

Entre los factores biológicos, están: la predisposición que toda persona tiene a alguna enfermedad, que sería desde la combinación de adipositos o la incapacidad de sentir hambre de forma natural.

Entre los factores Psicológicos, están la autoestima y la necesidad de obtener gratificaciones a través de la comida, que es uno de los grandes placeres que tiene el ser humano, cuando no se obtienen por otros motivos.

Entre los sociales, están la influencia de la moda y la presión sobre todo de mantener un estereotipo de cuerpo extremadamente delgado.

Generalmente se trata de personas que provienen de familias numerosas, sin una atención adecuada durante la infancia, sin hábitos alimenticios adecuados y con una baja autoestima ocasionada por la constante preocupación o de los padres o de ellos mismos por la imagen corporal.

En el mismo seno de la familia, las tensiones, el estrés y la ansiedad, son manejadas a través de los alimentos, En el mismo núcleo familiar la comida alivia tensiones, estrés o ansiedad, fortalecido por muchas madres y amas de casa, quienes para aliviar ciertos problemas, preparan grandes comidas, para compartir con la familia.

También se están realizando investigaciones en el campo de los neurotransmisores del hambre y del apetito, pero todavía no hay

resultados concluyentes que permitan identificar algún problema o necesidad orgánica.

La baja producción de neurotransmisores, sustancias presentes en el cerebro y encargadas de regular la producción de hormonas y los estados de ánimo tienen mucho que ver con las conductas alimenticias de muchas personas. Las investigaciones realizadas identifican a la **serotonina** y a la **vasopresina**, con patologías obsesivo-compulsivas, como la de los comedores compulsivos.

El problema de comer compulsivamente es que el organismo está adaptado para recibir y procesar cierta cantidad de alimento en determinado tiempo, si se excede o le falta, todo el metabolismo deja de funcionar adecuadamente y se originan problemas de salud que pueden llegar a ser muy graves e irreversibles.

Entre las complicaciones físicas y emocionales, del comedor compulsivo están las siguientes:

- Severos problemas gastrointestinales por no permitir al sistema digestivo, trabajar de forma normal.
- Problemas en la vesícula biliar que tiene que producir más bilis para poder procesar los carbohidratos.
- Hipertensión arterial, por el exceso en el cuerpo de sustancias como grasas, lípidos, colesterol y azúcares que no pueden ser procesados y/o eliminados oportunamente y se van acumulando en las venas y arterias, ocasionando hipercolesterolemia y enfermedades cardiovasculares diversas.
- Sobrepeso, lo que afecta en general a todos los sistemas del cuerpo, sobre todo al circulatorio, muscular y óseo.

- Favorece el desarrollo de diabetes, enfermedad crónica que impide procesar adecuadamente los carbohidratos, en especial las grasas, azúcares, pastas.
- Problemas en las articulaciones, por el sobre peso y obesidad.
- Depresión y problemas sociales por la disminución de la autoestima.

1.7.2 Características de los Comedores-Compulsivos

- Frecuentes episodios de comilonas dos o más veces a la semana por seis meses como mínimo.
- Episodios de voracidad que pueden ser de más de una hora de duración, para manejar sentimientos de ansiedad, enojo, tristeza, etc.
- Generalmente ingieren grandes cantidades de agua.
- Comen más rápido que la mayoría de las personas y a veces en secreto.
- Comen grandes cantidades de alimentos sin seleccionar sabores.
- Sensación de culpa y pérdida del control mientras se come.
- Sensación de culpa y depresión después de comer.
- Incapacidad para evitar alguna comida.
- No pueden parar de comer.
- Los episodios de voracidad pueden ser planeados o espontáneos.
- Ideas, incluso obsesiones por no aumentar de peso.
- Estar a dieta una y otra vez, con fracasos recurrentes.
- Baja autoestima y autodevaluación. Ansiedad, tristeza y depresión recurrentes.
- Distensión abdominal.

1.7.3 Signos y Síntomas

Es importante diferenciar entre tener esporádicamente un atracón de comida y ser un comedor compulsivo ya que muchas personas comen mucho ante alguna situación de estrés o después de la pérdida o duelo de algo o alguien, pero estos capítulos vuelven a la normalidad en cuanto se tranquilizan.

Una persona “glotona”, es la que come de todo, hasta que se acabe, en cambio un comedor compulsivo ingiere solamente lo que le gusta, generalmente lo hace sin compañía y sólo se detiene cuando siente algún malestar o dolor que le impida seguir comiendo.

Esto se acompaña de sentimientos de culpa y enojo y desencadenan muchos de los problemas que afectan a una persona obesa, como: daños digestivos y gastrointestinales, afecciones cardíacas, renales, musculares y óseas entre otras.

Se puede considerar un comedor compulsivo, cuando estos episodios se repiten más de 2 veces por semana por más de un periodo de 6 meses.

Entre los principales síntomas y signos están:

- Tener una baja autoestima.
- Ser una persona ansiosa y con dificultad para controlar los impulsos.
- Ser muy perfeccionista y exigente.
- Tener episodios fuertes y constantes de atracones de comida, en donde predominan los dulces y la comida chatarra.
- No poder controlar la cantidad de lo que se come.
- Comer sin horarios.

- Comer rápido, masticando mal y al poco tiempo tener nuevamente muchas ganas de comer.
- Seguir comiendo aunque se siente el estómago lleno.
- Comer a pesar de no tener sensación de hambre.
- Comer a solas, en grandes cantidades y con la idea de que nadie los vea, con frecuencia escondiéndose de todas las personas.
- Sentir culpa, enojo y depresión después de comer.
- No aceptar el problema ante los demás, aunque les hagan ver que están exagerando en lo que ingieren.
- Estar obsesionados por el peso.
- Comer como vía para manejar sentimientos de ansiedad, enojo, tristeza, irritabilidad, nerviosismo e intranquilidad.
- Tener tendencia al aislamiento y la soledad.
- Dificultad para tener y mantener relaciones interpersonales en trabajo, escuela y entorno social.
- Estar a dieta una y otra vez, con fracasos recurrentes.

1.7.4 Complicaciones y Prevención

El problema de los comedores compulsivos es que afecta todos los ámbitos de la vida y puede llevar a complicaciones severas físicas, emocionales, sociales.

Físicas porque pueden generarse una serie de enfermedades adicionales como: diabetes, hipertensión, artritis, problemas renales, endócrinos, musculares y óseos.

Emocionales, por los sentimientos de culpa que generan en las personas que desarrollan estos hábitos y que pueden llevarlos a depresiones profundas, ansiedad, baja autoestima y hasta ideas suicidas.

Socialmente, porque el rechazo es colectivo, además de molestar la forma en que comen, lo que los lleva al aislamiento, existe desafortunadamente en la sociedad un rechazo a las personas obesas que les impide realizarse socialmente de forma adecuada.

Para prevenir, este problema es necesario atacarlo desde que los niños son pequeños:

Platicando siempre con los hijos para detectar si existe algún problema que los lleve a comer compulsivamente.

- ❖ Evitar poner apodosos, burlas, críticas, comparaciones u ofensas con relación a su peso.
- ❖ Controlando su peso adecuadamente mediante las visitas al médico o nutriólogo.
- ❖ Enseñándoles a comer en calidad en cantidad y a establecer hábitos higiénico dietéticos adecuados.
- ❖ Evitar ponerles dietas “extrañas”, sin valoración médica.
- ❖ Favorecer el ejercicio físico como forma de canalizar la ansiedad, y fortalecerse físicamente y emocionalmente.
- ❖ Evitar tener a la mano alimentos chatarra y mantener un control sobre ellos solamente como antojo y como parte de los alimentos diarios.
- ❖ Enseñarles a comer despacio, masticando bien los alimentos y respetar las raciones que deben comer, aunque deseen más alimentos.
- ❖ Buscarles formas de entretenimiento en donde no necesariamente tengan que estar presentes los alimentos.
- ❖ No utilizar la comida como castigo ni como premio.

1.8 ATRACONES Y SOBREPESO

Además de los problemas descritos hasta aquí, las dietas son, un precursor necesario de los llamados trastornos de la alimentación. Sin llegar a ese extremo, las dietas hipocalóricas también se han vinculado muy estrechamente con los atracones y paradójicamente, también el sobrepeso. Aun cuando pudiera parecer sorprendente, los resultados de algunos estudios, como el de Keys, apuntaban esta tendencia.

French, Jeffery, Sherwood y Neumark-Sztainer evaluaron la prevalencia y los correlatos de los atracones en una muestra no clínica de mujeres reclutadas entre la población general. Participaron en este estudio 817 mujeres de edades comprendidas entre los 20 y 45 años, a quienes se midió, el inicio del trabajo y a los tres años de seguimiento, el índice de masa corporal, el número de atracones autoinformados por la propia mujer (entendiendo por atracón la ingestión de una gran cantidad de alimento, acompañada de una percepción de falta de control sobre los mismos)¹⁴, seguimiento de dietas hipocalóricas, actividad física y eventos vitales estresantes. Los resultados mostraron que la prevalencia de los atracones era de un 9 por 100 entre las mujeres con sobrepeso, si bien la frecuencia de los atracones era más bien baja, ya que en la mayoría de las mujeres no solían sobrepasar de uno a la semana. Sin embargo, lo que llama más la atención de estos resultados es que cuando se comparaba a las mujeres que se daban atracones con quienes no se los daban, se encontraba que entre las primeras aparecía con mucha más frecuencia la tendencia a practicar alguna dieta hipocalórica, además de actitudes más extremas hacia el peso y la figura y niveles más altos de depresión, eventos vitales estresantes y sedentarismo. En particular, la historia personal de intentos de perder peso a través de las dietas restrictivas aparecía como un predictor

¹⁴ Idem, Pág. 59.

independiente de la aparición de atracones, tanto en las mujeres de peso normal como en las mujeres con sobrepeso.

1.8.1 Efectos que produce el Atracón

Las consecuencias emocionales inmediatas a los atracones son profundos sentimientos de frustraciones, enojos, ansiedad, soledad, aburrimiento o desesperación. La mayoría sienten mucha vergüenza de sus propias conductas y por lo tanto tienden a mantenerlo oculto por mucho tiempo, incluso años.

El resultado es un deterioro progresivo de la calidad de vida, ya que los episodios tienen repercusiones directas sobre la salud física y psicológica, afectando todas las áreas de la persona: individual, familiar y social. Además generalmente trae aparejado el aumento de peso, que puede llegar incluso a la obesidad masiva, con todos los riesgos que esta implica.

1.8.2 Desencadenantes Emocionales de un Atracón

En general las personas manifiestan encontrarse comiendo compulsivamente a partir de sentimientos desagradables. Sentirse deprimido es un estímulo particularmente poderoso. Otros desencadenantes emocionales pueden ser la ansiedad, el enojo, la soledad, el aburrimiento, la irritabilidad o la desesperación.

1.9 ESTADO DE ÁNIMO DEL COMEDOR-COMPULSIVO

Los comedores compulsivos son personas que padecen un trastorno alimentario que se caracteriza por tener una relación muy estrecha con la depresión y problemas emocionales. Es una persona llena de culpa, con un

gran vacío emocional que intenta llenar con comida, la culpa viene por no poder controlar su forma de comer, por los resultados que la comida causa en ella y además por no poder solucionar su vida emocional.

Comer compulsivamente es un problema que afecta de forma integral a quienes la padecen, ya que no solo ocasiona problemas fisiológicos, sino también muchos problemas emocionales y sociales. Se caracteriza por comer una gran cantidad de alimentos descontroladamente, aunque no se tenga hambre o ya se sienta el estómago lleno porque se pierde el control de lo que se come. Muchas veces sucede cuando la persona no puede controlar una emoción negativa y su ansiedad aumenta, lo que ocasiona un problema metabólico que se convierte en un círculo vicioso: come, se angustia, come, se angustia.

Hay una obsesión a la comida y por iniciar dietas de todo tipo, que no llegan a concluir y rompen fácilmente y en muy poco tiempo. Estas personas, por lo general se sienten culpables por no poder controlar la ingestión de alimentos y llegan a obsesionarse por su peso de forma enfermiza.

Las personas que padecen este tipo de trastorno responden de manera inadecuada a situaciones de stress, problemas cotidianos y conflictos emocionales. Tienen baja autoestima, son perfeccionistas y exigente y con tendencia a la impulsividad. Utilizan el alimento como una forma de calmar las situaciones que les son difíciles de sobrellevar.

Hombres y mujeres comedores compulsivos se esconden algunas veces detrás de su apariencia física, creando un bloqueo entre ellos y la sociedad y se sienten culpables por no ser lo suficientemente buenos.

Con una baja autoestima, acompañada de una necesidad de aceptación, validación y cariño, los episodios de atracones y los momentos en los que

come, se convierten en una obsesión y en una forma de olvidar el intenso dolor que les produce no ser aceptados y el afán de ser queridos.

1.10 HIPÓTESIS DE TRABAJO

Un estado de ánimo bajo desencadena en las personas que asisten al Grupo Comedores-Compulsivos Anónimos Milenium, la obsesión por ingerir alimentos.

	Variable Dependiente	Variable Independiente
	Estado de ánimo bajo	Comer compulsivamente
Indicadores	Motivación Autoestima Tristeza Ansiedad	Comida Compulsión Conducta Descontrol Adicción

CAPÍTULO II

2.1 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

a) Selección de la Muestra

Para la realización de esta investigación se tomó en cuenta la población que asiste al Grupo Comedores-Compulsivos Anónimos Milenium de septiembre a octubre del año 2008. Esta población estaba conformada por personas de género masculino y femenino, comprendidas entre las edades de 18 a 60 años, procedentes del área urbana de Guatemala, con un nivel académico medio, de una condición económica media, con una cultura propia del país, de religión católica y evangélica. De la cual se obtuvo una muestra de 10 personas por medio de la técnica de muestreo aleatorio.

b) Técnicas y Procedimientos de Trabajo

Para la realización de la investigación, se utilizaron técnicas y procedimientos de trabajo que contribuyeron al desarrollo de la misma, tomando como base el método científico, el cual comprende una parte descriptiva que sirvió de sustentación teórica a la investigación y una parte de trabajo de campo.

Se utilizó la técnica de muestreo aleatorio al azar simple, que consistió en dar a cada uno de los miembros de la agrupación comedores-compulsivos, la oportunidad de participar, para la obtención de una muestra de 10 personas.

La entrevista se utilizó para determinar si el paciente puede dar indicios de síntomas que puedan confirmar las causas de la obsesión por ingerir alimentos, así como el estado de ánimo en el

que se encontraba o trastornos que podía sufrir y como le afectó a él.

La observación clínica de las actitudes se utilizó para determinar los signos que presentan las personas que asisten al grupo Comedores-Compulsivos Anónimos Milenium, de tal manera que aquellos datos que no se obtuvieron por la entrevista, se confirmaron con la observación.

Test para medir el nivel de Depresión, Test para medir el nivel de Ansiedad y Test para medir el nivel de Autoestima. Estos Test se utilizaron para medir el estado de ánimo de las personas que asisten al grupo Comedores-Compulsivos Anónimos Milenium.

c) Instrumentos de Recolección de Datos

Los instrumentos de recolección de datos fueron importantes para obtener todas las variables requeridas para la investigación y de esta forma registrar toda la información que se recabada.

Entrevistas a las personas que asisten al Grupo Comedores-Compulsivos Anónimos Milenium. Estas consistieron en encuentros específicos durante los meses de septiembre a octubre del año 2008, a efecto de recabar información relevante que contribuyó a la realización de la investigación. Fue un elemento fundamental para obtener el mayor número de síntomas.

Observación fue una técnica que consistió en observar atentamente el fenómeno, hecho o caso, tomar información y registrarla para su posterior análisis, es un elemento fundamental para obtener el mayor número de signos.

Test, fueron instrumentos experimentales que tuvieron por objeto medir o evaluar una característica psicológica específica, se utilizaron los siguientes:

Test para medir el nivel de Depresión:

Valoración:

Se contó un punto por cada respuesta a, dos por cada respuesta b, tres por cada respuesta c, y cuatro por cada respuesta d.

Si obtuvo entre 27 y 38 puntos, su Nivel es Leve:

Aunque en este caso se observan algunos rasgos depresivos, no se puede hablar de tendencia depresiva, la franja que muestra está dentro de la población normal.

Si obtuvo entre 39 y 50 puntos, su Nivel es Moderado:

Es probable que la persona esté pasando una débil depresión pasajera o que se encuentre particularmente triste por algún suceso reciente.

Si obtuvo entre 51 y 60 puntos, su Nivel es Grave:

Los resultados muestran que la persona está pasando por una depresión, a menos que haya vivido muy recientemente un suceso dramático que explique su falta de motivación o su visión negativa de la vida.

Test para medir el nivel de Ansiedad:

Valoración:

Se contó un punto por cada respuesta a, dos por cada respuesta b, tres por cada respuesta c, y cuatro por cada respuesta d.

Si obtuvo menos de 26 puntos, su Nivel es Leve: Es una persona que se enfrenta a las situaciones, que difícilmente cae en el ciclo de la preocupación.

Si obtuvo entre 27 y 53 puntos, su Nivel es Moderado: No es ni excesivamente seguro, ni preocupado en exceso, posee niveles de ansiedad que puede controlar.

Si obtuvo más de 54 puntos, su Nivel es Grave: La ansiedad no le permite disfrutar de otras emociones, vive excesivamente preocupado por todo y le da mil vueltas en la cabeza a cada problema.

Test para medir el Autoestima:

Valoración:

Se contará un punto por cada respuesta a, dos por cada respuesta b y tres por cada respuesta c.

Si obtuvo menos de 20 puntos, su Nivel es Baja Autoestima: Aquellas personas que tienen una baja autoestima suelen ser personas que aunque no se creen inferiores al resto si consideran a los demás en una posición más elevada a la suya. Esto supone que, inconscientemente, se sientan en una posición retrasada en relación a los que le rodean a la hora de iniciar o realizar alguna acción. Las personas con poca autoestima carecen

de confianza sobre sus propios actos considerando como un fracaso cualquier pequeño bache que tengan. Al sentirse de ésta manera están creándose un efecto de derrota que no les ayudará a conseguir sus metas. Por otro lado, son inconformistas puesto que siempre desean conseguir una perfección en todos sus trabajos debido a esa situación de relativa derrota en la que se ven sumidos.

Si obtuvo entre 21 y 40 puntos, su Nivel es Autoestima

Media: Este tipo de personas tienen una buena confianza en sí mismas, pero en ocasiones ésta puede llegar a ceder. Son personas que intentan mantenerse fuertes con respecto a los demás aunque en su interior están sufriendo. Aquellos que posean ésta forma de ser viven de una forma relativamente dependientes de los demás, es decir, si ven que el resto les apoyan en alguna acción su autoestima crecerá pero, por el contrario, cualquier error que alguien le eche en cara servirá para que su confianza caiga un poco. Estos vaivenes no muy acusados en los que se ven este tipo de personas pueden controlarse con un poco de racionalidad a la hora de enfrentarse a los retos, sobretodo los retos profesionales.

Si obtuvo más de 41 puntos, su Nivel es Alta

Autoestima: Las personas de gran autoestima han nacido para triunfar en todos los aspectos de su vida. Se creen seres poderosos y en posesión de la verdad en todo momento. Son personas a las que resulta muy difícil hacerlas venir en razón y también hundirlas. Su fortaleza mental les convierte en auténticos tanques de difícil destrucción. Todos sus movimientos están calculados

previamente con un único objetivo: el éxito. Quizás por ello, el fracaso no supone ninguna alteración de sus planes puesto que es una oportunidad única para aprender y no volver a equivocarse. Pero, por otro lado, esta forma de actuar no les ayuda en sus relaciones sociales puesto que dan una imagen de superioridad que producirá en algunas personas un sentimiento de rechazo.

d) Técnicas de Análisis Estadístico

El análisis que se utilizó para el estudio de los datos fue:

Cualitativo:

- Se realizó entrevista no estructurada a las personas que asisten al Grupo Comedores-Compulsivos Anónimos Milenium.
- Durante las sesiones grupales, se observó las actitudes, formas de comportarse y presentación de las personas.

Cuantitativo:

- Se solicitó a las personas que llenaran de forma sincera el Test que mide los niveles de Ansiedad.
- Se solicitó a las personas que llenaran de forma sincera el Test que mide los niveles de Angustia.
- Se solicitó a las personas que llenaran de forma sincera el Test que mide los niveles de Autoestima.
- Luego de obtener los datos se realizó el análisis a través de gráficas y tablas.

CAPÍTULO III

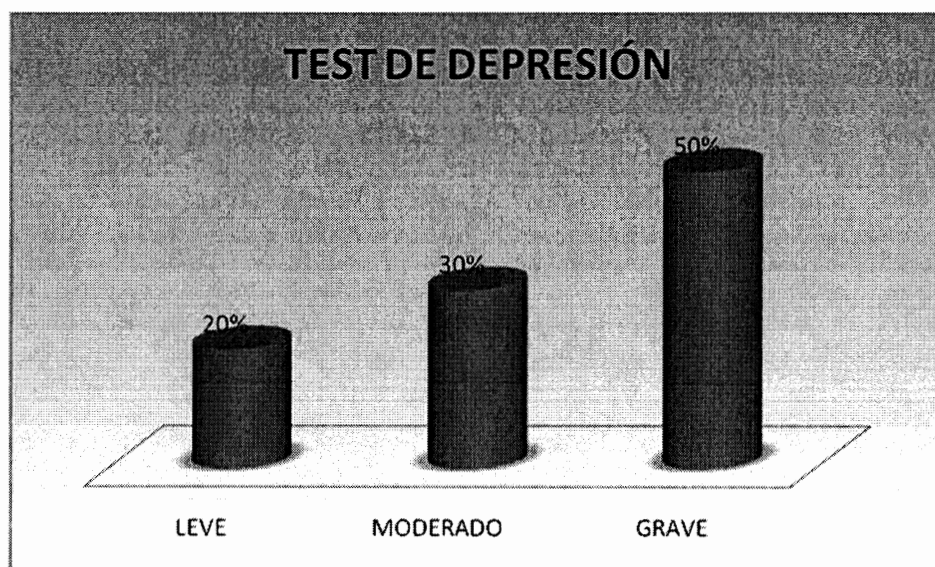
3.1 PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

La investigación titulada “Comedores-Compulsivos: un estudio de casos grupales”, se realizó con las personas que asisten al grupo Comedores-Compulsivos Anónimos Milenium ubicado en el centro comercial La Quinta, y tuvo como objetivo general identificar las causas psicológicas de la obsesión por ingerir alimentos, ya que esto repercute física y socialmente en las personas. Tomando como base personas que asistieron al grupo Comedores-Compulsivos durante el año 2008, en la cual se trabajó con una muestra de 10 personas, predominando el género masculino con 7 personas de 28, 38, 39, 40, 43 y 44 años, y el género femenino con 3 personas de 10, 32 y 39 años, de condición económica media alta, y las edades oscilaron mayormente entre los 35 y 45 años de los cuales se confirmó la existencia de rasgos de Depresión, Ansiedad y Baja Autoestima. Se utilizaron varios instrumentos entre los cuales estaban el Test de medición del Nivel de Depresión, el Test de medición del Nivel de Ansiedad y el Test de medición del Autoestima. También se utilizó la entrevista la cual consistió en encuentros entre el entrevistador y entrevistado obteniendo como disparador las emociones como la ira, enojo, alegría y tristeza. De la misma manera se enriqueció la investigación por medio de las observaciones para obtener los signos que mostraban las personas, de las cuales se constato que 6 personas poseen grados de obesidad considerables.

El análisis de las causas que originan la ingesta compulsiva se clasificó en niveles para el Test de Depresión y Ansiedad encontramos el nivel leve, moderado y grave; para el Test de Autoestima encontramos el nivel bajo, medio y alto. A continuación se presentan las gráficas y el análisis de los resultados obtenidos.

3.2 RESULTADOS DEL NIVEL DE DEPRESIÓN

GRÁFICA No. 1

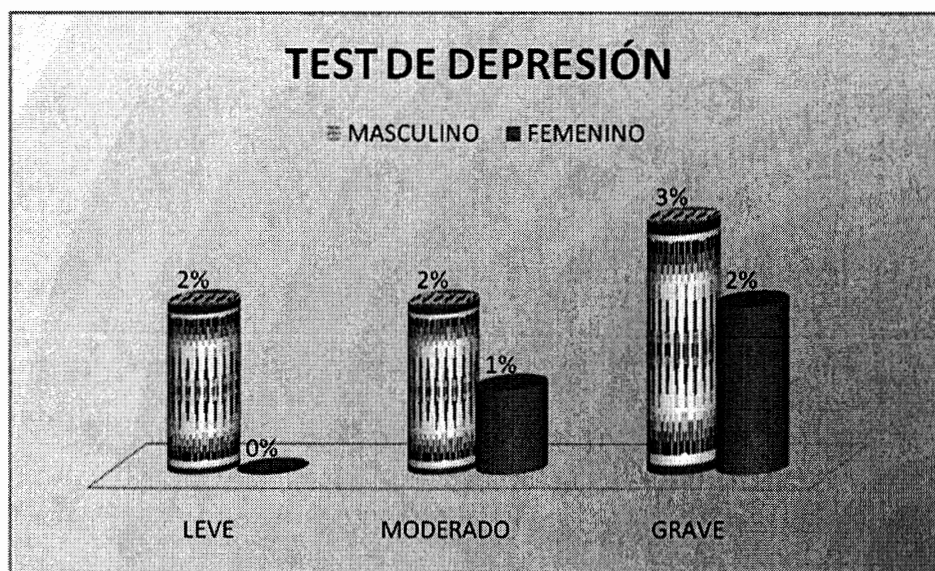


Fuente: Test realizados a las personas que asisten al grupo Comedores-Compulsivos Anónimos Milenium, ubicado en el Centro Comercial La Quinta, durante el año 2008.

Se detectó en el Test, los tres niveles que reflejan el estado de Depresión en las personas que asisten al Grupo Comedores Compulsivos Anónimos Milenium. El primero con menor porcentaje de incidencia (20%) dentro de los casos conocidos en la presente investigación es el Nivel Leve el que nos indica que si bien se observan algunos rasgos depresivos, no se puede hablar de tendencia depresiva, la franja que muestra está dentro de la población normal; el segundo es el Nivel Moderado con un porcentaje de incidencia mayor al primero (30%) y nos indica que la persona está pasando una débil depresión pasajera o se encuentra particularmente triste por algún suceso reciente y el tercer Nivel es el Grave que nos muestra un estado mayor de depresión, falta de motivación o visión negativa de la vida, con un mayor nivel de incidencia del 50%. (Ver gráfica No. 1)

3.3 RELACIÓN ENTRE GRAVEDAD Y GÉNERO

GRÁFICA No. 2

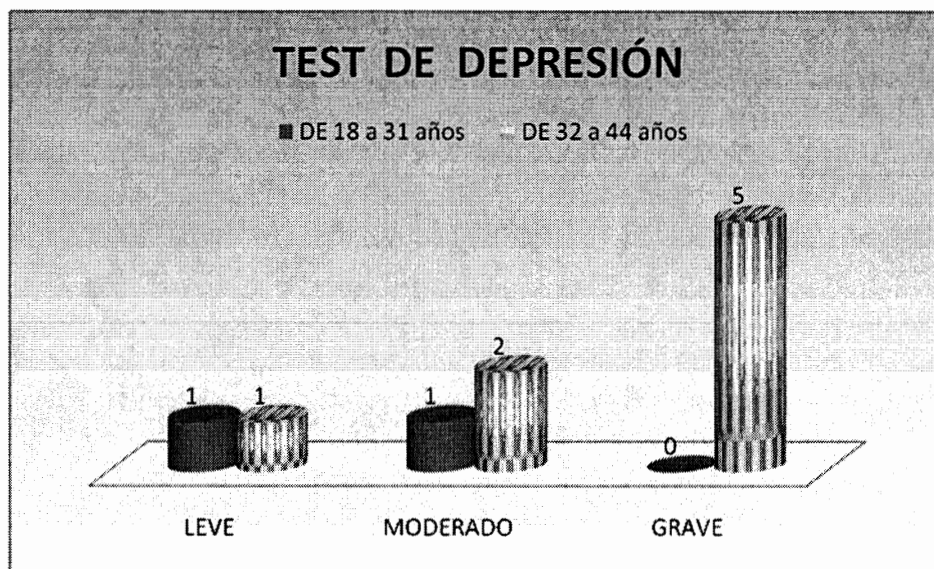


Fuente: Personas que asisten al grupo Comedores-Compulsivos Anónimos Milenium, ubicado en el Centro Comercial La Quinta, durante el año 2008.

La gráfica refleja índices altos de Depresión en el género Masculino, principalmente en el Nivel Grave con un 3%, estas personas presentaron una tendencia agobiante ante su existencia, perdida del placer, alteraciones del pensamiento, culpa excesiva, pensamientos suicidas, desgano y disminución de la energía. El género Femenino también presentó un alto grado de depresión con tendencia al desgano, manifestando ser incapaz de brindar amor o afecto, alteraciones en el comportamiento, tristeza e insomnio. (Ver gráfica No. 2)

3.4 RELACIÓN ENTRE GRAVEDAD Y EDAD

GRÁFICA No. 3

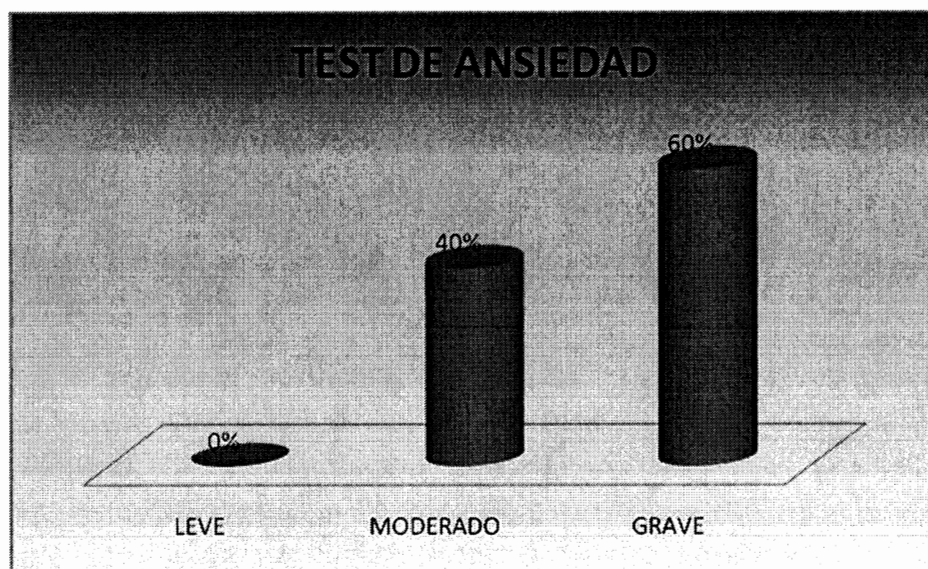


Fuente: Personas que asisten al grupo Comedores-Compulsivos Anónimos Milenium, ubicado en el Centro Comercial La Quinta, durante el año 2008.

Las edades de las personas que participaron oscilaron entre los 18 y 44 años, la mayor incidencia se presentó entre las edades de 32 a 44 años con 5 personas, por lo que se puede determinar que la mayor cantidad de personas que presentan signos y síntomas se encontraron en el adulto intermedio, ya que en los rangos de menor edad se encontró una disminución considerable. (Ver gráfica No. 2)

3.5 RESULTADOS DEL NIVEL DE ANSIEDAD

GRÁFICA NO. 4

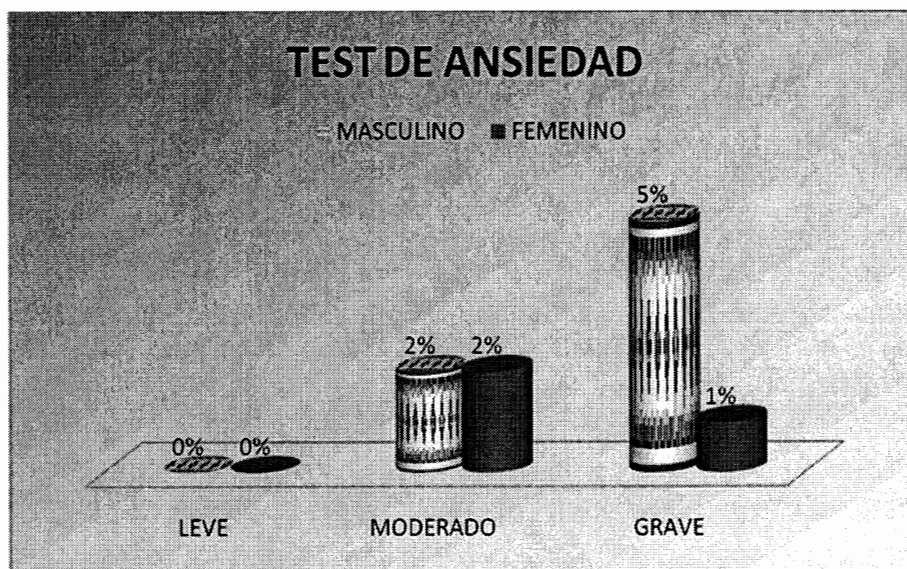


Fuente: Test realizados a las personas que asisten al grupo Comedores-Compulsivos Anónimos Milenium, ubicado en el Centro Comercial La Quinta, durante el año 2008.

En el Test de Ansiedad también se determinaron tres niveles, el primero que es el Nivel Leve, no se detectó ningún caso por lo que se obtuvo un 0%; en el Nivel Moderado se obtuvo un 40% el cual nos indica que las personas poseen un nivel medio por lo que presentan una tendencia a reacciones comunes, como irritabilidad, preocupación ligera, lo que quiere decir que sus decisiones son usuales al resto de las personas, y el Nivel Grave que muestra un 60% de las personas, se observa una tendencia a la preocupación por todo, desesperación, incapacidad de mantenerse quieto en un sitio y frecuencia respiratoria aumentada, además le dan una dimensión exagerada a cada problema. (Ver gráfica No.4)

3.6 RELACIÓN ENTRE GRAVEDAD Y GÉNERO

GRÁFICA No. 5

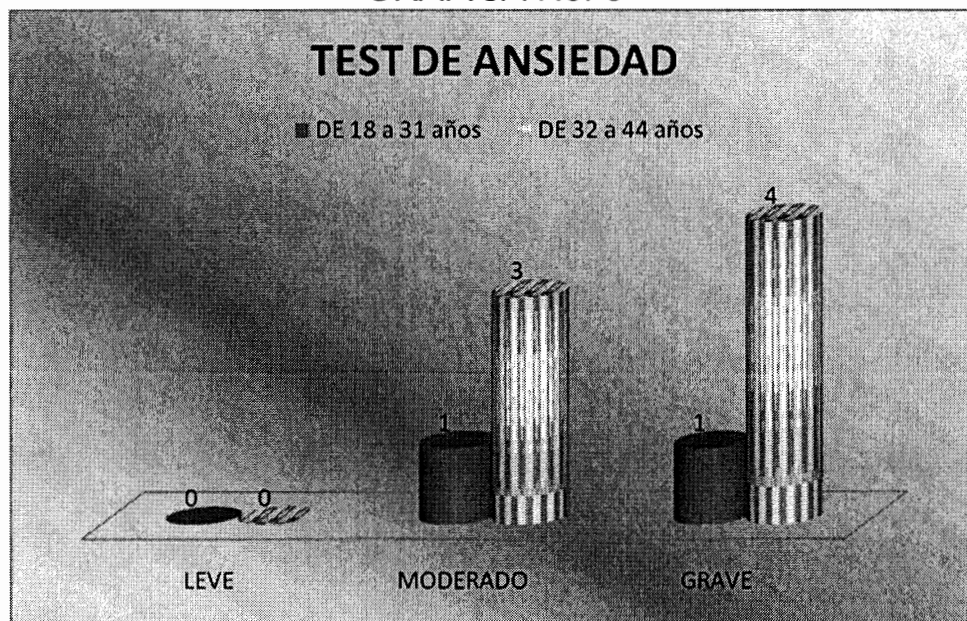


Fuente: Personas que asisten al grupo Comedores-Compulsivos Anónimos Milenium, ubicado en el Centro Comercial La Quinta, durante el año 2008.

En esta gráfica podemos observar que el mayor índice de ansiedad se encuentra en el género Masculino con un Nivel Grave, y para el género femenino la mayor incidencia se encuentra en el Nivel Moderado. (Ver gráfica No. 5)

3.7 RELACIÓN ENTRE GRAVEDAD Y EDAD

GRÁFICA No. 6

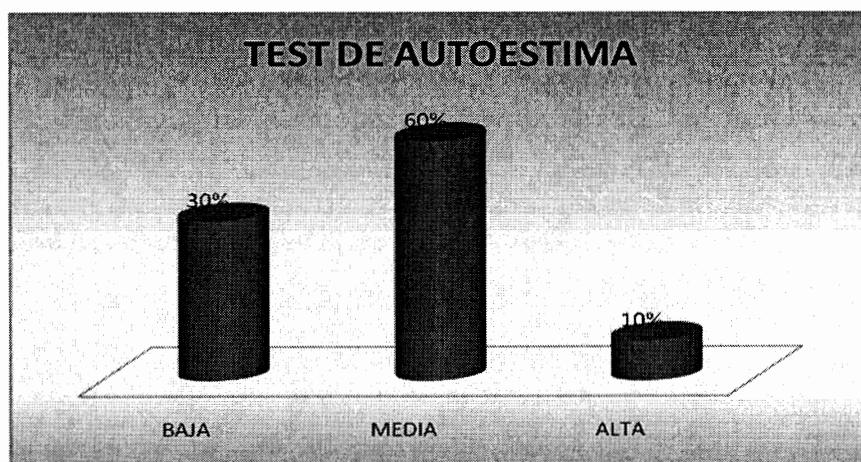


Fuente: Personas que asisten al grupo Comedores-Compulsivos Anónimos Milenium, ubicado en el Centro Comercial La Quinta, durante el año 2008.

Las edades de las personas que participaron oscilaron entre los 18 y 44 años, la mayor incidencia se presentó entre las edades de 32 a 44 años con 4 personas, por lo que se puede determinar que la mayor cantidad de personas que presentan síntomas de ansiedad se encontraron en el adulto intermedio, ya que en los rangos de menor edad se encontró una disminución considerable. (Ver gráfica No. 6)

3.8 RESULTADOS DEL NIVEL DE AUTOESTIMA

GRÁFICA No. 7

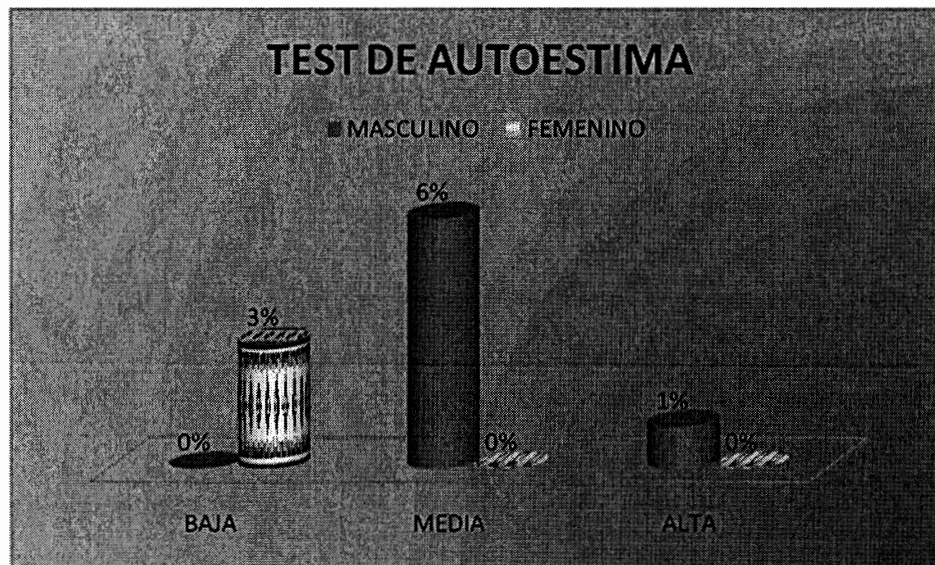


Fuente: Test realizados a las personas que asisten al grupo Comedores-Compulsivos Anónimos Milenium, ubicado en el Centro Comercial La Quinta, durante el año 2008.

En el Test de Autoestima, el primero que es el Nivel Bajo se detectó el 30% de las personas con una tendencia a ser personas que aunque no se creen inferiores al resto si consideran a los demás en una posición más elevada a la suya, esto supone que inconscientemente carecen de confianza sobre sus propios actos considerando como un fracaso cualquier acontecimiento negativo que tengan, crean un efecto de derrota que nos les ayuda a conseguir sus metas, miedo a expresar sus gustos u opiniones y se justifican y excusan por todo. En el Nivel Media se concentró la mayoría con una incidencia del 60% de las personas, quiénes consideran tener una buena confianza en sí mismas, pero en ocasiones ésta puede llegar a ceder. Son personas que intentan mantenerse fuertes con respecto a los demás aunque en su interior están sufriendo. Y por último el Nivel Alto en el que encontramos únicamente al 10% de las personas las cuales consideran poseer una imagen de superioridad que producirá en algunas personas un sentimiento de rechazo. (Ver gráfica No. 7)

3.9 RELACIÓN ENTRE GRAVEDAD Y GÉNERO

GRÁFICA No. 8

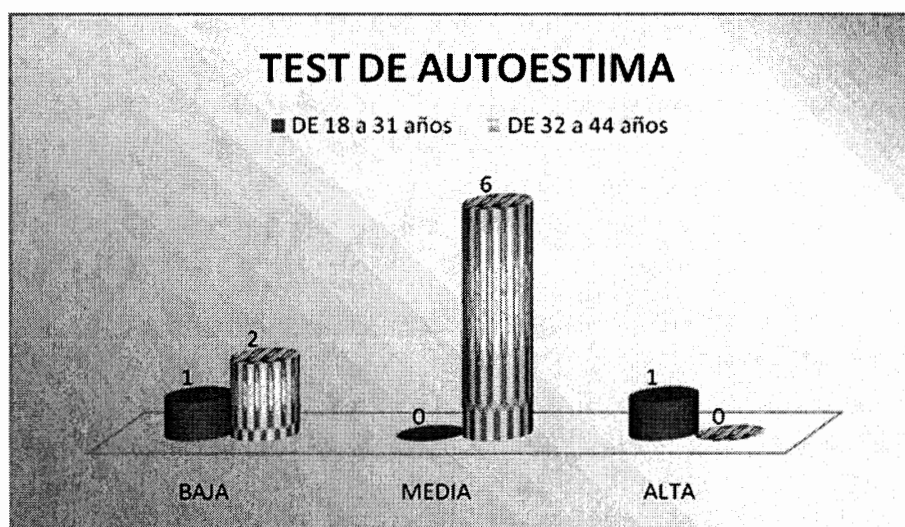


Fuente: Personas que asisten al grupo Comedores-Compulsivos Anónimos Milenium, ubicado en el Centro Comercial La Quinta, durante el año 2008.

Esta gráfica nos demuestra que el género femenino se encuentra en niveles bajos de autoestima, y el género masculino se encuentra con un autoestima media. (Ver gráfica No. 8)

3.10 RELACIÓN ENTRE GRAVEDAD Y EDAD

GRÁFICA No. 9



Fuente: Personas que asisten al grupo Comedores-Compulsivos Anónimos Milenium, ubicado en el Centro Comercial La Quinta, durante el año 2008.

Las edades de las personas que participaron oscilaron entre los 18 y 44 años, la mayor incidencia se presentó entre las edades de 32 a 44 años con 6 personas, por lo que se puede determinar que la mayor cantidad de personas presentan síntomas de autoestima media se encontraron en el adulto intermedio, ya que en los rangos de menor edad se encontró una disminución considerable. (Ver gráfica No. 9)

3.2 ANÁLISIS GLOBAL

En cuanto a los resultados más importantes obtenidos a través de los Test Psicológicos que respondieron las personas con ingesta compulsiva, se detectaron, para el Test de Depresión y Ansiedad tres niveles, el leve, moderado y grave, de igual manera en el Test de Autoestima, el nivel bajo, medio y alto.

En el Test de Depresión, los resultados nos muestran que la mayoría de personas se sienten desganadas con un peso agobiante sobre su existencia, sobre su vitalidad que cada vez los imposibilita más para llegar a alcanzar la felicidad y vivir en plenitud. Se diferencia de la tristeza, que puede ser un estado de ánimo como la alegría, pero cuando ésta se hace más profunda interfiere negativamente en su estilo de vida cotidiana, refiriéndose a lo social, familiar y sexual, se presentan sentimientos de culpa, incapacidad de brindar amor o afecto y se pierde el placer de vivir.

En el Test de Ansiedad se obtuvo con mayor porcentaje el nivel grave, lo que nos demuestra que las personas comedoras compulsivas presentan índices elevados de ansiedad, ya que la ansiedad no les permite disfrutar de otras emociones, provocando que vivan excesivamente preocupados por todo dándole mil vueltas en la cabeza a cada problema sin solucionarlos de una forma inmediata. El nivel moderado también nos presenta un índice alto, lo que nos indica que la persona no es ni excesivamente segura, ni preocupado en exceso pero si posee ansiedad que no puede controlar. En el nivel leve donde se encuentran las personas que se enfrentan a las situaciones, y que difícilmente caen en el ciclo de la preocupación, no se presentó ningún caso.

En el Test de Autoestima se tuvo como resultado que un 40% de las personas consideran tener baja autoestima, suelen ser personas que

aunque no se creen inferiores al resto, si consideran a los demás en una posición más elevada a la suya. Inconscientemente, se sienten en una posición retrasada en relación a los que le rodean a la hora de iniciar o realizar alguna acción. Las personas en este nivel carecen de confianza sobre sus propios actos considerando como un fracaso cualquier pequeño bache que tengan. Al sentirse de ésta manera están creándose un efecto de derrota que no les ayudará a conseguir sus metas. Por otro lado, son inconformistas puesto que siempre desean conseguir una perfección en todos sus trabajos debido a esa situación de relativa derrota en la que se ven sumidos. Aunque se encontró a la mayoría con un 60% entre las personas que consideran tener una buena confianza en sí mismas, pero en ocasiones ésta puede llegar a ceder, intentan mantenerse fuertes con respecto a los demás aunque en su interior están sufriendo, viven de una forma relativamente dependientes de los demás, es decir, si ven que el resto les apoyan en alguna acción su autoestima crecerá pero, por el contrario, cualquier error que alguien le eche en cara servirá para que su confianza caiga. Y en autoestima alta encontramos al 10% con un índice menor, estas personas consideran que han nacido para triunfar en todos los aspectos de su vida.

De las entrevistas realizadas, lo manifestado por los comedores compulsivos fue que las madres les proporcionaban grandes cantidades de comida, aduciendo que mientras más comida ingerían ellos estarían más sanos, provocando que se tragaran la comida a la fuerza sin tener deseos de esos alimentos. En las observaciones realizadas se pudo constatar que la comida preferida de ellos son las comidas altas en grasa, como frituras de toda índole, así como dulces y chocolate.

En el Test de Depresión y Ansiedad los resultados muestran que el nivel grave supera a los demás con un 50% y 60% respectivamente, y en el Test de Autoestima el nivel media presenta un 60% lo que nos indica que las personas no poseen un alta autoestima, subestimándose del resto de la población y considerándose menor que los demás.

Vemos entonces que los comedores compulsivos son personas que padecen un trastorno alimentario que se caracteriza por tener una relación muy estrecha con la depresión, ansiedad y autoestima. Es una persona llena de culpa, con un gran vacío existencial que intenta llenar con comida, la culpa viene por no poder controlar su forma de comer, por los resultados que la comida causa en ella y además por sentirse incapaz de solucionar su vida emocional.

Comer compulsivamente es un problema que afecta de forma integral a quienes la padecen, ya que no solo ocasiona problemas fisiológicos, sino también muchos problemas emocionales y sociales. Sucede cuando la persona no puede controlar una emoción negativa y su ansiedad aumenta, lo que ocasiona un problema metabólico que se convierte en un círculo vicioso: come, se angustia, come, se angustia.

Hay una obsesión a la comida y por iniciar dietas de todo tipo, que no llegan a concluir y rompen fácilmente y en muy poco tiempo. Estas personas, por lo general se sienten culpables por no poder controlar la ingestión de alimentos y llegan a obsesionarse por su peso de forma enfermiza. Responden de manera inadecuada a situaciones de stress, problemas cotidianos y conflictos emocionales, son perfeccionistas y exigentes con tendencia a la impulsividad. Utilizan el alimento como una forma de calmar las situaciones que les son difíciles de sobrellevar.

Con niveles de depresión, ansiedad y baja autoestima, acompañada de una necesidad de aceptación, validación y cariño, los episodios de atracones y los momentos en los que comen, se convierten en una obsesión y en una forma de olvidar el intenso dolor que les produce el no ser aceptados y el afán de ser queridos.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 CONCLUSIONES

- 4.1.1** Las personas que asisten al grupo Comedores compulsivos Anónimos Milenium, presentaron índices altos de depresión, ansiedad y baja autoestima, por lo que se aprueba la hipótesis de trabajo.
- 4.1.2** Los resultados del test de Depresión muestran que las personas presentan una tendencia agobiante ante su existencia, perdida del placer, alteraciones del pensamiento, culpa excesiva, pensamientos suicidas, desgano y disminución de la energía.
- 4.1.3** Los resultados del test de Ansiedad muestran que las personas presentan una tendencia a la preocupación por todo, desesperación, incapacidad de mantenerse quieto en un sitio y frecuencia respiratoria aumentada, además le dan una dimensión exagerada a cada problema.
- 4.1.4** Los resultados del test de Autoestima muestran que las personas presentan una tendencia a confiar en sí mismas, pero en ocasiones ésta puede llegar a ceder. Son personas que intentan mantenerse fuertes con respecto a los demás aunque en su interior están sufriendo.
- 4.1.5** El porcentaje de casos son de sexo masculino, siendo representativo y que a diferencia de la bulimia y anorexia (problemas que afectan principalmente a mujeres), casi un tercio de los comedores compulsivos son hombres.

- 4.1.6** La mujer presenta más tendencia hacia la depresión y baja autoestima, lo cual puede deberse a la subjetividad creada por la cultura en la asignación de roles de género.
- 4.1.7** Las edades de las personas que presentaron mayor gravedad se encontraron entre los 30 y los 44 años, considerando en estas edades como adulto intermedio. Las personas de menor edad se encontraron entre los niveles medios y leves.
- 4.1.8** El comer compulsivamente, ocasiona problemas físicos, sociales y emocionales.
- 4.1.9** No darle la importancia que necesita provoca que se convierta en un patrón de crianza, que al paso de los años se ve reflejado en obesidad.
- 4.1.10** Las madres se convierten en algunos casos en cómplices debido a que obligan a sus hijos a comer sin un control u horario.

4.2 RECOMENDACIONES

Para la Institución:

- 4.2.1** Efectuar un examen psicológico profundo a las personas que asisten a Comedores-compulsivos Anónimos Milenium.
- 4.2.2** Dar seguimiento a las personas que presenten algún cambio conductual, a través de terapias grupales e individuales.
- 4.2.3** Que el trabajo realizado forme parte de los archivos del Grupo Comedores-compulsivos Anónimos Milenium, y de los archivos de la Escuela de Psicología de la Universidad de San Carlos de Guatemala.
- 4.2.4** Abrir espacio para futuras investigaciones sobre el tema de Comedores compulsivos, para ampliar los conocimientos acerca del tema.
- 4.2.5** Que los dirigentes del Grupo Comedores-compulsivos cuenten con la orientación de un Psicólogo y un Nutricionista, para atender este tipo de casos.
- 4.2.6** Que los dirigentes del Grupo Comedores-compulsivos realicen programas enfocados a elevar los niveles de Autoestima, así como disminuir los niveles de depresión y ansiedad en los que se encuentran las personas que buscan ayuda en el grupo, Comedores-compulsivos Anónimos Milenium.

ANEXOS

BIBLIOGRAFÍA

1. Baró, Ignacio Martín.
Acción e Ideología
Psicología Social Desde Centro América, UCA Editores, San Salvador, El Salvador, 1990, 459 páginas.
2. Fernández Rodríguez, Concepción; Amigo Vásquez, Isaac; Pérez Álvarez Marino.
Manual de Psicología de la Salud
Ediciones Pirámide,
España, 2003, 288 páginas.
3. Latorre Postigo, José Miguel y Beneit Medina Pedro.
Psicología de la Salud
Editorial Lumen,
España, 1981, 308 páginas.
4. Morris Charles G. y Maisto, Albert A.
Psicología
Décima edición, Pearson Educación
México, 2001, 744 páginas.
5. Papalia, Diane E.
Desarrollo Humano
Editorial Mc Graw-Hill
Santafé de Bogota, 1998, 753 páginas.
6. Tolonen Matti,
Vitaminas y Minerales en la Salud y la Nutrición.
Editorial Acribia, S.A.
España, 1995, 290 páginas.
7. Vandereycken Walter y Noordenbos Greta
La Prevención de los Trastornos Alimentarios
Editorial Granica, S.A.
Barcelona, 2000, 286 páginas.

Universidad de San Carlos de Guatemala
Escuela de Ciencias Psicológicas
Centro de Investigaciones Psicológicas CIEPs.
Tesis: "Comedores-Compulsivos: Un estudio de casos grupales

TEST PARA MEDIR EL NIVEL DE DEPRESIÓN

INSTRUCCIONES: Lea cada declaración cuidadosamente, subraye la letra que mejor responda a la forma como usted se ha sentido durante las últimas dos semanas, sea lo más sincero posible.

1. El momento del día en que peor me encuentro es por la mañana.
 - a) Nunca.
 - b) A veces.
 - c) Frecuente.
 - d) Siempre.
2. Me cuesta conciliar el sueño.
 - a) Nunca.
 - b) A veces.
 - c) Frecuentemente.
 - d) Siempre.
3. Siento un nudo en la boca del estómago.
 - a) Nunca.
 - b) A veces.
 - c) Frecuentemente.
 - d) Siempre.
4. Lloro a menudo.
 - a) Nunca.
 - b) A veces.
 - c) Frecuentemente.
 - d) Siempre.
5. Me cuesta disfrutar con las mismas cosas de siempre.
 - a) Nunca.
 - b) A veces.
 - c) Frecuentemente.
 - d) Siempre.
6. He ganado o perdido peso sin razón aparente.
 - a) Nunca.
 - b) A veces.
 - c) Frecuentemente.
 - d) Siempre.
7. No me siento útil a mi familia ni a mis amigos.
 - a) Nunca.
 - b) A veces.
 - c) Frecuentemente.
 - d) Siempre.
8. Estoy irritable.
 - a) Nunca.
 - b) A veces.
 - c) Frecuentemente.
 - d) Siempre.

9. Tengo dificultades para concentrarme.
- a) Nunca.
 - b) A veces.
 - c) Frecuentemente.
 - d) Siempre.
10. No tengo paciencia y me cuesta mucho terminar lo que empiezo.
- a) Nunca.
 - b) A veces.
 - c) Frecuentemente.
 - d) Siempre.
11. Mi apetito sexual ha disminuido.
- a) Nunca.
 - b) A veces.
 - c) Frecuentemente.
 - d) Siempre.
12. Ha perdido el apetito.
- a) Nunca.
 - b) A veces.
 - c) Frecuentemente.
 - d) Siempre.
13. Tengo problema de estreñimiento.
- a) Nunca.
 - b) A veces.
 - c) Frecuentemente.
 - d) Siempre.
14. Me siento apático, descorazonado, triste.
- a) Nunca.
 - b) A veces.
 - c) Frecuentemente.
 - d) Siempre.
15. A veces tengo sensación de miedo sin haber motivo.
- e) Nunca.
 - f) A veces.
 - g) Frecuentemente.
 - h) Siempre.

Universidad de San Carlos de Guatemala
Escuela de Ciencias Psicológicas
Centro de Investigaciones Psicológicas CIEPs.
Tesis: "Comedores-Compulsivos: Un estudio de casos grupales

TEST PARA MEDIR EL NIVEL DE ANSIEDAD

INSTRUCCIONES: Lea cada declaración cuidadosamente, subraye la letra que mejor responda al grado de ansiedad que le generarían, sea lo más sincero posible.

1. Negarse a hacer un trabajo que no le corresponda.
a. ninguna b. poca c. bastante d. mucha
2. Cambiar algo que acaba de comprar si comprueba que tiene una falla.
a. ninguna b. poca c. bastante d. mucha
3. Pedir algo prestado a un vecino.
a. ninguna b. poca c. bastante d. mucha
4. Hablar en público.
a. ninguna b. poca c. bastante d. mucha
5. Si un amigo le pregunta sobre su aspecto, ser sincero qué es lo que le sienta mal.
a. ninguna b. poca c. bastante d. mucha
6. Negarse a permanecer en el trabajo después de hora si se lo pide su jefe.
a. ninguna b. poca c. bastante d. mucha
7. Pedir un puesto de mayor categoría que hubiera quedado vacante.
a. ninguna b. poca c. bastante d. mucha
8. Reconocer que no entiende algo de lo que se está hablando.
a. ninguna b. poca c. bastante d. mucha
9. Aceptar críticas constructivas.
a. ninguna b. poca c. bastante d. mucha
10. Estar en desacuerdo y expresarlo abiertamente.
a. ninguna b. poca c. bastante d. mucha

11. Pedir que le devuelvan un libro que ha prestado sin poner como excusa el que otro amigo lo necesite.
- a. ninguna b. poca c. bastante d. mucha
12. Cortar la charla de una amiga por teléfono cuando tiene que hacer otras cosas.
- a. ninguna b. poca c. bastante d. mucha
13. Pedir ayuda cuando la necesita.
- a. ninguna b. poca c. bastante d. mucha
14. Aceptar halagos.
- a. ninguna b. poca c. bastante d. mucha
15. Preguntar la hora a un desconocido.
- a. ninguna b. poca c. bastante d. mucha
16. Pedir que le devuelvan un dinero que ha prestado.
- a. ninguna b. poca c. bastante d. mucha
17. Reclamar a un profesional que ha contratado si éste no ha hecho bien su trabajo (peluquero, mecánico, abogado, etc)
- a. ninguna b. poca c. bastante d. mucha
18. Anular una cita en el último momento por razones de fuerza mayor.
- a. ninguna b. poca c. bastante d. mucha
19. Pedir disculpas cuando comete una falta.
- a. ninguna b. poca c. bastante d. mucha
20. Elegir el lugar donde ir a comer si el grupo quiere que usted lo decida.
- a. ninguna b. poca c. bastante d. mucha

Universidad de San Carlos de Guatemala
Escuela de Ciencias Psicológicas
Centro de Investigaciones Psicológicas CIEPs.
Tesis: "Comedores-Compulsivos: Un estudio de casos grupales"

TEST PARA MEDIR EL NIVEL DE AUTOESTIMA

INSTRUCCIONES: Lea cada declaración cuidadosamente, subraye la letra que mejor responda a su forma de reaccionar durante las últimas dos semanas, sea lo más sincero posible.

1. Cuando alguien te pide un favor que no tienes tiempo o ganas de hacer...
 - a. Pese a todo lo hago, no sé decir que no.
 - b. Doy una excusa por tonta que sea para no tener que hacer ese favor
 - c. Le digo la verdad, que no me apetece o no puedo hacer lo que me pide
2. Viene alguien a interrumpirte cuando estás trabajando o haciendo algo que consideras importante ¿qué haces?
 - a. Le atiendo sin mostrar ninguna prisa en que se marche
 - b. Le atiendo, pero procuro cortar cuanto antes con educación
 - c. No quiero interrupciones, así que procuro que no me vea y que otra persona diga que estoy muy ocupado
3. ¿Cuando estás en grupo te cuesta tomar decisiones?
 - a. Sí, me suele costar mucho tomar cualquier decisión cuando estoy en grupo
 - b. Depende de la confianza que tenga con la gente del grupo, me cuesta más o menos
 - c. Normalmente no me cuesta tomar decisiones, sea donde sea
4. Si pudieras cambiar algo de tu aspecto físico que no te gusta...
 - a. Cambiaría bastantes cosas para así sentirme mucho mejor y estar más a gusto con la gente
 - b. Estaría bien, pero no creo que cambiara nada esencial de mi vida
 - c. No creo que necesite cambiar nada de mí
5. ¿Has logrado éxitos en tu vida?
 - a. Sí, creo que todo lo que hago es ya un éxito
 - b. Sí, unos cuantos
 - c. No
6. En un grupo de personas que discuten ¿quién crees tiene razón?
 - a. Todas las personas aportan puntos de vista válidos
 - b. Generalmente la mayoría da versiones válidas de la realidad
 - c. Normalmente la razón la tengo yo No todos, sólo algunos

7. Tu superior protesta o te regaña en voz bastante alta por un trabajo tuyo diciendo que está mal hecho...

- a. Me molesta que me regañe y lo paso mal
- b. Le escucho atentamente, procurando que la conversación se desvíe a una crítica constructiva y poder aprender de mis errores
- c. Que eleve la voz no se justifica en ningún caso. No tiene ningún derecho a tratarme así, por lo que no puedo escuchar lo que me dice hasta que no baje su tono de voz

8. Te preocupa mucho la impresión que causas sobre los demás, si caes bien o no...

- a. Mucho, no soporto que alguien me tenga mal considerado
- b. No siempre, sólo cuando me interesa especialmente la amistad de la otra persona
- c. Lo que los demás piensen de mí no influirá en mi forma de ser

9. ¿Preguntas, indagas, averiguas lo que la gente prefiere de ti y lo que no?

- a. No pregunto nada, por si acaso me encuentro con respuestas que hubiera preferido no escuchar
- b. Sí, aunque me llevo algunos disgustos
- c. Sí y disfruto conociéndome a mi mismo a través de los otros

10. ¿Crees que podrías lograr cualquier cosa que te propusieras?

- a. Sólo algunas cosas de las que pienso son posibles
- b. Me cuesta conseguir lo que quiero, no creo que pudiera
- c. Con trabajo, suerte y confianza, seguro que sí

11. ¿Estás convencido de que tu trabajo tiene valor?

- a. No estoy convencido, pero hago lo que puedo porque tenga un valor
- b. No, más bien pienso que muchas veces no tiene valor ninguno
- c. Estoy convencido de que tiene mucho valor

12. Me considero una persona tímida...

- a. Creo que soy una persona especialmente tímida
- b. Depende del ambiente en que me mueva puedo ser más o menos tímido/a
- c. No me cuesta hacer amigos ni relacionarme en cualquier situación

13. ¿Qué sientes cuando alguien recién conocido descubre por primera vez algún defecto que estabas ocultando?

- a. Me siento muy mal y desde ese momento mi relación con esa persona ya no es la misma
- b. Me resulta incómodo, pero procuro no darle mayor importancia
- c. Esta pregunta presupone que oculto mis defectos, en cualquier caso mi respuesta es que no me importa y que prefiero que los conozca cuanto antes

14. ¿Te has sentido herido alguna vez por lo que te ha dicho otra persona?
- a. No hay nada que puedan decir que pueda herirme
 - b. Sí, pero sólo por palabras dichas por personas muy queridas
 - c. Sí, me he sentido herido muchas veces
15. Si pudieras cambiar algo de tu carácter, ¿qué cambiarías?
- a. No lo sé, son muchas cosas
 - b. Alguna cosa
 - c. Nada
16. Cuando has tenido algún fracaso amoroso, ¿de quién has pensado que era la culpa?
- a. Mía, normalmente
 - b. Del otro, normalmente
 - c. Cada fracaso es distinto, a veces uno a veces otro
17. Si realizas un gran trabajo, ¿no es tan gran trabajo si nadie lo reconoce?
- a. Efectivamente, si nadie reconoce el valor de mi trabajo no merece tanto la pena
 - b. El valor de cualquier trabajo es independiente del juicio de quien sea
 - c. El valor de mi trabajo soy yo el único que puede juzgarlo
18. ¿Alguna vez sientes que nadie te quiere?
- a. No es que lo sienta, es que es verdad que nadie me quiere
 - b. No, sólo en alguna ocasión siento que no me comprenden, pero no es lo mismo
 - c. Nunca me siento así, las personas que me rodean me aprecian
19. Si repetidamente en reuniones de trabajo o grupos de estudio tus ideas no se tienen en cuenta...
- a. Pienso que no merece la pena el esfuerzo porque mis ideas no son tan buenas como creía y procuro atender a las ideas de los otros, dejando en adelante de ofrecer más ideas
 - b. Lo considero una estadística desfavorable, pero continúo aportando mis ideas si se me ocurre alguna interesante
 - c. Abandono el grupo, ya que mis ideas no son tenidas en cuenta y procuro formar otro en el que soy el líder o ir en solitario
20. ¿A dónde crees que te lleva tu forma de ser?
- a. Al desastre
 - b. A la normalidad
 - c. Hacia una mejora constante

RESUMEN

El comer compulsivamente es un Trastorno de la conducta alimentaria no especificado, al que no se le ha dado la importancia que realmente merece, ya que afecta al individuo a nivel biológico, social y psicológico, repercutiendo en su desenvolvimiento como persona y en su entorno.

El Grupo Comedores-Compulsivos “Anónimos Milenium”, se dedica a brindar apoyo emocional a las personas que ingieren alimentos en forma compulsiva, desarrollándose dentro de este contexto la presente investigación, la cual tuvo por objetivo identificar las causas psicológicas de la obsesión por ingerir alimentos. Para el efecto se entrevistó a las personas manifestando dentro de sus síntomas que el disparador para ingerir alimentos son las emociones, como la alegría, la tristeza, la ira y el enojo. Además se solicitó a las personas que llenaran de forma sincera el Test que mide los niveles de Ansiedad, Depresión y Autoestima, constatando que estas personas manejan altos niveles de ansiedad y depresión así como una baja autoestima, lo que provoca la pérdida de control hacia la ingesta de alimentos utilizándolo como un refugio.

La mayor parte de las personas comedores compulsivos se encuentran entre las edades de 35 a 45 años, predominando el género masculino y siendo notorio el grado de obesidad.

Las emociones nos indican estados internos del individuo, deseos, necesidades e incluso objetivos que el ser humano quiere alcanzar, por lo que es importante que éste goce de salud mental, que logre controlar los altos niveles de ansiedad y depresión en los que se ve envuelto al momento de fraguarse en su mente la idea descontrolada de seguir comiendo.

Además elevar el nivel de autoestima reforzando los sentimientos de confianza hacia él mismo, tomando en consideración que somos seres humanos únicos, irrepetibles y bajo cualquier circunstancia todos merecemos respetar y ser respetados.