



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE
HIDALGO**

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

ÁREA ACADÉMICA DE PSICOLOGÍA

**“FACTORES DE RIESGO Y FACTORES PROTECTORES PARA LA ANOREXIA
NERVOSA PRESENTES EN ADOLESCENTES, DE ENTRE 14 A LOS 18 AÑOS DE
EDAD, HOMBRES Y MUJERES, ESTUDIANTES DE UNA PREPARATORIA PRIVADA
DE PACHUCA, HIDALGO, EN EL 2003”**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
L I C E N C I A D A E N P S I C O L O G Í A
P R E S E N T A
R U B I T E L L O J O T A R

DIRECTORA DE TESIS:

**MTRA. REBECA MARÍA ELENA
GUZMÁN SALDAÑA**

PACHUCA, HIDALGO, 2006

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer antes que a nadie a mi madre, por creer siempre en mí, por apoyarme incondicionalmente en cualquier decisión que he tomado a lo largo de mi vida, por no presionarme y tener el firme conocimiento de que al final siempre haré lo correcto, gracias mamá por permitirme encontrar mi camino, amarme como soy y confiar que mi decisión será la correcta. Te amo con todo mi ser.

A mi padre por que lo amo profundamente y vivió una de las más hermosas etapas de mi vida, la Universidad, entregándome día a día su paciencia, su presencia, su calidez, siempre con una respuesta extremadamente llena de amor e interés, gracias por creer en mi; pero lo más importante gracias por estar en mi, y así será por el resto de mi vida, Te amo.

A mi hermana, Vanessa gracias por mostrarme el otro lado del mundo. Sabes que sin ti nunca lo hubiera hecho, nunca hubiera querido más, eres mi más grande amor, el amor de mis amores, eres el tesoro al final del arco iris.

Abuela nunca en la historia se ha conocido ejemplo más grande de entereza, templanza y amor a la vida, que tú. Me inspiras para seguir adelante, y cuando siento que ya no puedo más, solo pienso en ti y me lleno de vida y de amor para lograr todo, todo lo que quiero en mí. Te amo mi roble más hermoso.

A mi Maestra Rebeca, por ser un grande ejemplo a seguir en todos los aspectos, por tomar la decisión de guiarme, sabiendo que no iba a ser fácil, por su mirada cariñosa cada sesión de asesoría, Gracias por ser en toda la extensión de la palabra una gran Maestra para mí y mis compañeros, es una mujer de valores y decisión; eso los alumnos lo notamos, aprendemos y agradecemos, sin su apoyo no sabría lo mucho que puedo lograr, y he logrado, la quiero mucho Maestra Rebeca Guzmán.

A mis amigos Zindy, Yarely, Monce, Magda, Lore, Aline, Martha, Pao, Gaby, Arturo, Jezz y Alejandra, que compartimos el diario cotidiano del devenir por los subsuelos del comienzo de la experiencia gradual, gracias por compartirse, por creer en mí de una manera nunca interesada en mi futuro, solo por creer en mi día a día. Aprendí y amé tanto entre desvelo de canciones sabor a humo, que ya no podría vivir sin ese sabor que impregnó mi alma.

Que bien nos la pasamos juntos!, gracias por ser mi familia durante 5 largos años, me enseñaron a trabajar, a entender y no tener miedo de no poder, a compartir, a saber que es lo que no quiero de mi vida, me enseñaron lo hermoso que vislumbra el cambio lento de un ser humano. Por medio de la complicidad aprendí del resguardo sagrado del templo de los secretos, del implícito de una tristeza callada por vergüenza. Es un hecho, amigos que bien la pase junto a ustedes y quiero que sepan que son grandes maestros en el arte de enseñar, la prueba, la tienen en sus manos, los adoro.

A Luis Enrique que me enseñó que el miedo no te lleva a ningún lugar, me acompaña por el camino dándome una lección diaria acerca del valor que tiene el ser tú mismo, de la inmensidad de gozar del tiempo propio, me enseñó que nadie tiene derecho a abusar de ti ni a manipularte, y juntos compartimos las maravillas del que ama completamente, Gracias mi amor por amarme y siempre creer en mi, Te amo.

ÍNDICE

Resumen	7
Abstract	8
Introducción	9
CAPÍTULO I ANOREXIA NERVOSA	13
1.1 Antecedentes Históricos	13
1.2 Epidemiología	16
1.2.1 Incidencia y Prevalencia	16
1.3 Cuadro clínico	19
1.3.1 Efectos psicológicos de la inanición	23
1.3.1.1 Cambios intelectuales	24
1.3.2 Sexualidad	25
1.3.3 Estado de ánimo	25
1.3.4 Efectos biológicos de la inanición	25
CAPITULO II APROXIMACIONES Y ANOREXIA NERVOSA	27
2.1 Aproximación Médica	27
2.2 Aproximación Nutricional y Anorexia Nervosa	30
2.2.1 Nutrición y Anorexia Nervosa	30
2.2.2 Nutrición, Adolescencia y Anorexia Nervosa	32
2.3 Aproximaciones de la Psicología y Anorexia Nervosa	34
2.3.1 Aproximación Psicoanalítica	34
2.3.2 Aproximación Sistémica	40
2.3.3 Aproximación Cognitivo-Conductual	48
CAPÍTULO III FACTORES DE RIESGO EN LA ANOXIA NERVOSA	54
3.1 Factores Individuales	55
3.1.1 Factores Biológicos	55
3.1.2 Factores Psicológicos	56
3.2 Factores Familiares	61
3.3 Factores Sociales	66
3.4 Factores Disparadores	71

CAPÍTULO IV MODELOS EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y ANOREXIA NERVOSA	74
4.1 El Modelo de Creencias sobre la Salud	75
4.2 El Modelo de Locus de Control	79
4.3 El Modelo de Competencia Social	83
4.3.1 Habilidades sociales y Anorexia Nervosa	83
CAPÍTULO V FACTORES PROTECTORES Y ANOREXIA NERVOSA	90
5.1 Factores Psicológicos	92
5.2 Factores Familiares	94
5.3 Factores Sociales	97
CAPÍTULO VI MÉTODO	100
6.1 Objetivos	100
6.2 Planteamiento del problema de investigación	101
6.3 Supuesto Teórico	102
6.4 Definición de Categorías	102
6.4.2 Definición Conceptual de las categorías y subcategorías estudiadas correspondiente al “Cuestionario de las actitudes alimentarias”	104
6.4.3 Definición conceptual de las categorías y subcategorías estudiadas correspondiente al “Cuestionario de datos Socio-Demográficos”	107
6.5 Dispositivo Metodológico	112
6.5.1 Objetivo de la Estrategia Metodológica	112
6.5.2 Diseño	112
6.5.3 Población y Muestra	112
6.5.4 Los Instrumentos	114
6.5.4.1 “Cuestionario de las actitudes hacia las conductas alimenticias”	115
6.5.4.2 “Cuestionario de Datos-Sociodemográficos, Factores Disparadores y Criterios Fisiológicos de la Anorexia Nervosa”	118
6.5.5 Materiales	119
6.5.6 Procedimiento	119

CAPÍTULO VII ANÁLISIS DE RESULTADOS	121
7.1 Datos Demográficos de la Muestra	122
7.2 Estatus de Salud- Enfermedad	125
7.3 Características generales de la Familia	129
7.4 Estatus de Salud- Enfermedad Familiar	131
7.5 Factores de Riesgo y Protectores observados a través del “Cuestionario de actitudes alimentarias”	133
7.6 Factores de Riesgo y Protectores comparados con datos Socio- Demográficos	140
7.7 Comparación Estadística por Factores y datos Socio-Demográficos	146
7.8 Descripción del grupo de Riesgo en comparación con las variables Socio- Demográficas	149
CAPÍTULO VIII DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	156
Referencias	169
Anexos	

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo detectar los factores tanto de riesgo como de protección para la anorexia nervosa, presentes en una muestra de adolescentes estudiantes hombres y mujeres, de entre 14 y 18 años de edad, de una preparatoria privada en la ciudad de Pachuca, Hidalgo.

Los factores tanto protectores, como de riesgo poseen su incidencia en tres componentes o esferas básicas de la vida humana: la psicológica, la social y la familiar; las cuales fueron evaluadas por medio del “Cuestionario de las Conductas Alimentarias” que fue creado y validado con el objetivo antes señalado, cabe destacar que dicho instrumento obtuvo en su consistencia interna un “*Alpha de Crombach*” de **.9074**; así mismo, se identificaron datos demográficos, factores disparadores y criterios fisiológicos de la anorexia nervosa, que fueron evaluados a través del “Cuestionario de Datos Socio-Demográficos”, este instrumento por su completud en respuestas fungió de apoyo en el análisis de los resultados arrojados por el primero. La muestra fue seleccionada de manera no probabilística intencional por cuota, participaron en total **95** sujetos, en su mayoría mujeres; los cuales al momento del análisis se dividieron en dos grupos: a) “con riesgo” , y b) “sin riesgo” o “protección”. De manera general, se observó que el grupo “**sin riesgo**” (conformando el mayor porcentaje de la muestra) se situó en factores **protectores** de tipo “**psicológico y familiar**”; en cambio el grupo “**con riesgo**”, se situó en riesgo “**psicológico y social**”; dato importante es que el factor social tanto de riesgo como de protección se mantuvo en puntajes similares en ambos grupos.

Lo que se pretende con la detección de dichos factores es lograr abrir un panorama de la situación riesgo, ya que los programas de salud y las instituciones públicas de la ciudad no dirigen su atención a esta enfermedad que va en aumento, particularmente en la población preadolescente y adolescente. Así mismo, se considera de urgencia, la creación de un instrumento válido y confiable, que permita el diagnóstico oportuno, de tal forma que la información recabada genere diversas formas de actuación preventiva, como por ejemplo, el diseño de talleres vivenciales para lograr una “*efectiva*” prevención en población hidalguense, además de detectar oportunamente a la población en riesgo.

PALABRAS CLAVE: Anorexia nervosa, factores de riesgo y protectores, prevención en adolescentes.

ABSTRACT

The following research has as an objective to detect both the risk and protection factors for anorexia nervosa. In a group of male and female teenage students between the ages of 14 and 18 who attend a private high school in the city of Pachuca in the state of Hidalgo. Both the protection and risk factors possess a high incidence in social psychological and domestic spheres. These were evaluated through the "Questionnaire for Eating Habits" which was formulated for the study. This questionnaire obtains an "Alpha of Cronbach" of .9074. The demographics, motivating factors and psychological criteria for anorexia nervosa were evaluated through the "Questionnaire of Social Demographical Factors" This questionnaire serves as a support for the results of the first. The group was selected randomly and included 95 subjects, most of which were women. At the moment of analysis the groups were divided into two groups high risk and two risk in a general matter it was observed that the low risk group (which formed the largest part of the group) was situated in psychological and familiar protective factors, whereas the high risk group was situated in the psychological and social factors. The social factors in both risk and protection maintained similar percentages in both groups. The importance of this study lies in the fact that in the city of Pachuca the health programs don't pay attention to this disease and in particular the preadolescent and adolescent who are in risk. The creation of a valid instrument, which permits a correct diagnostic, to permit diverse preventive actions is of great importance in order to create preventive programs like the creation of workshops in homes which serve to detect and prevent the prevalence of anorexia nervosa in the high risk population.

Key words: Anorexia nervosa, protection and risk factors, prevention in teenagers.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación tiene como objetivo principal identificar factores de riesgo y factores protectores para la anorexia nervosa, en una muestra de adolescentes hombres y mujeres estudiantes de bachillerato; así mismo, los objetivos específicos consisten en desarrollar un instrumento válido y confiable que detecte factores tanto protectores, como de riesgo para dicho trastorno; considerando además, datos socio-demográficos, factores disparadores, criterios fisiológicos y sintomatología de la anorexia nervosa. De igual manera la investigación considera como prioritario conocer las variables socio-demográficas asociadas a la intensidad con la que se presentan con respecto al factor riesgo y al factor protector.

Es de importancia que se les contemple a los trastornos de la alimentación como un problema de salud pública; particularmente con respecto a la obesidad, es al único al que se plantea como alarmante, debido a las enfermedades con las que se relaciona, tales como la diabetes, colesterol elevado, hipertensión y depresión, entre otras; sin embargo, la anorexia y la bulimia nervosas están logrando una incidencia alarmante; es un hecho que la degeneración psicológica y física en las personas con anorexia nervosa es devastadora, se ha demostrado con voluntarios en dieta calórica que cuando se pierde un 25% del peso habitual disminuye la masa cardíaca y aparecen alteraciones electrocardiográficas; cuando el paciente está próximo a una pérdida de un 50% de su peso habitual, el paro cardio-respiratorio es inminente, así mismo por los edemas pulmonares que se forman. Siendo ésta la primera causa de muerte en casos de anorexia nervosa (Charlin, 2005).

Ahora bien, el estado de ánimo, procesos psicológicos como la memoria (entre otros), y la capacidad de socialización va en decremento a la par del deterioro físico, sin dejar de lado que la segunda causa de muerte en personas que padecen el trastorno, es el suicidio. Se ha encontrado que estos desórdenes alimentarios se encuentran entre los padecimientos psiquiátricos más comunes en

población femenina. La incidencia de anorexia nervosa en población general de países occidentales en mujeres entre 12 y 25 años de edad, se estima en un rango que fluctúa entre 1.43/100,000/a, lo que significa que 1430, aproximadamente, de cada 100, 000 jóvenes desarrollan el trastorno, hasta 50/100,000/a en mujeres de 18 años (Hsu, 1996, citado en Unikel, 1998, p. 6).

Con respecto a los varones, en años recientes el número de casos ha ido aumentando en forma constante; un artículo publicado en los Ángeles Times, en 1995, bajo el título "Silence and Guilt" (silencio y culpa), afirma que en Estados Unidos hay alrededor de un millón de hombres que padecen algún trastorno alimentario. Otro artículo publicado en 1996 en el San José Mercury News cimbró a los lectores al informar que Dennis Brown, el ala defensiva del Super Bowl, de 27 años, había revelado que usaba laxantes, diuréticos, y se provocaba el vómito para controlar su peso, igual que muchos de los atletas profesionales o jóvenes que pretenden serlo. La prevalencia reportada en la bibliografía varía entre el 0.5% y 1% y se dice que de estos, del 5% al 10% de los casos son hombres (Margo, 1987).

En los estudios epidemiológicos, el factor riesgo en la población adolescente se hace presente, con prácticas y cogniciones de riesgo, y uno de los factores casi siempre involucrado es el deporte que los jóvenes realicen; sin embargo, la enfermedad desarrollada no es tan común en ellos como en el sexo femenino, hoy en día existe un estilo de vida masculino llamado "metro sexual" donde los varones adoptan costumbres femeninas con respecto al cuidado de sus cuerpos, educación, moda y estándares de belleza; así mismo, desarrollan trastornos como lo es la anorexia, bulimia nervosa y la vigorexia, que significa la obsesión por poseer un cuerpo musculoso (Costin, 2002).

Particularmente en México las investigaciones realizadas acerca de los desórdenes alimentarios, han consistido básicamente en estudios de casos de pacientes diagnosticadas como anoréxicas o bulímicas, principalmente tesis de licenciatura, maestría y doctorado de las carreras de Psicología y Medicina (Unikel, 1998), existen datos estadísticos (realizados en nuestro país) que

demuestran la presencia de prácticas alimenticias de riesgo y conductas dirigidas a la pérdida de peso, esto como una preocupación exagerada por el peso y la figura corporal. Un estudio realizado en la ciudad de México (Distrito Federal) reportó que el 60% de mujeres adolescentes estudiantes de escuelas privadas llevan a cabo dietas para bajar de peso, y entre el 2.5% y el 12% utilizan el vómito autoinducido, laxantes y diuréticos con el mismo fin (Unikel, Villatoro, Medina-Mora, Feliz, Alcántar, y Hernandez, 2000). Es por esta razón que se considera como prioridad la realización de investigaciones respecto al trastorno, en población tanto femenina como masculina en la ciudad de Pachuca Hidalgo; así mismo la intervención de instituciones tanto públicas como privadas en el diseño y promoción de programas que favorezcan eficazmente la prevención de prácticas de riesgo con respecto a esta enfermedad.

En el presente reporte que está conformado por siete capítulos los primeros cinco se abocan a contextualizar la problemática, además de plantear un abordaje teórico que facilite la comprensión del mismo; se revisan los factores protectores y de riesgo para el trastorno: a) psicológico/ individual, b) familiar y c) social. Con respecto al riesgo, como base se retomaron tres aproximaciones de la psicología; tales como la corriente psicoanalítica, la sistémica y la cognitivo-conductual. Con respecto al factor protector estos se abordan desde la perspectiva de tres modelos de la psicología de la salud: a) el Modelo de Creencias sobre la Salud (M.C.S.); b) el Modelo de Locus de Control (L.C.); y por último, c) el Modelo de Competencia Social, en específico las Habilidades Sociales (H.S.). Así fue como se logró la creación del instrumento que ubica factores de riesgo y factores protectores del trastorno en población adolescente.

Con respecto a la distribución del reporte, éste se expone de la siguiente manera. El apartado del Marco Teórico consta de cinco capítulos los cuales son: **Capítulo I** Anorexia Nervosa; **Capítulo II** Aproximaciones y Anorexia Nervosa; **Capítulo III** Factores de Riesgo en la Anorexia Nervosa; **Capítulo IV** Modelos de la Psicología de la Salud y Anorexia Nervosa; y por último, **Capítulo V** Factores Protectores y Anorexia Nervosa.

Ahora bien, en el **Capítulo VI** se encuentra el Método con el cual fue realizada la investigación de campo, que consta de los objetivos tanto general como específicos; el planteamiento del problema; el supuesto teórico; de igual manera se encuentran la definición de categorías tanto operacional como conceptualmente; la descripción de la población y muestra, con los criterios de inclusión y exclusión; la descripción de los instrumentos y materiales utilizados; y por último como se llevó a cabo el procedimiento para la aplicación de instrumentos. **El Capítulo VII** es donde el análisis de los resultados se concentra de manera cuantitativa; estos fueron expuestos de forma descriptiva, comenzando por los datos Sociodemográficos y Estado de Salud de la muestra, seguidos por los datos Generales y Estado de Salud Familiar de la muestra, posteriormente el análisis se dividió en seis fases, las cuales fueron: **fase A)** Análisis de puntaje total; **fase B)** División de la muestra por grupo de riesgo y protector; **fase C)** Análisis comparativo por frecuencias que evalúan elementos protectores; **fase D)** Análisis comparativo por frecuencias que evalúan elementos de riesgo; **fase E)** Factores socio-demográficos relacionados con factores de riesgo y protectores; **fase F)** Descripción del grupo riesgo en relación con sus variables sociodemográficas.

Con respecto al último capítulo del reporte, el **Capítulo VIII** es donde se encuentra la Discusión y Conclusiones a las que se llegaron como resultantes del análisis de la información recabada; así mismo, las limitaciones encontradas, además de sugerencias para futuras investigaciones. Al final del documento se encuentran los anexos para su consulta, los cuales están conformados por los instrumentos creados, validados y aplicados para la elaboración y culminación de la presente investigación tanto teórica como de campo.

CAPITULO I ANOREXIA NERVOSA

En este primer capítulo se presentan los antecedentes históricos de la anorexia nervosa; haciendo un breve recorrido desde el siglo VII hasta el siglo actual, así como la incidencia y prevalencia del trastorno a nivel mundial, para lograr obtener una idea objetiva de la epidemiología y sus incrementos en incidencia, de igual manera se expone el cuadro clínico del trastorno para su conocimiento.

1.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

La palabra anorexia es utilizada desde siempre en la literatura médica como sinónimo de falta de apetito, significando al vocablo griego *anorektus*. En diccionarios médicos del siglo XVII se utilizaba como denominación de la inapetencia y de ciertos trastornos del estómago (Toro, 1996).

Joseph Toro en su libro “El cuerpo como delito” en el capítulo de la anorexia santa a la anorexia nerviosa nos describe los primeros antecedentes de la anorexia denominada Anorexia Santa:

“Me escribisteis diciéndome en particular que rogara a Dios para que pueda comer y yo os digo padre mío, y os lo digo ante Dios, que de todas las maneras posibles me he esforzado una o dos veces para ingerir alimento, y he rezado continuamente para que Dios me dé gracia en esta cuestión de comer”
(Bell, 1985, citado en Toro, 1996, p. 16).

Otros testimonios se han encontrado en la Edad Media; entre el 1200 y el 1500, donde un número creciente de mujeres se entregan a la gracia de Dios siendo el ayuno una de las más difundidas prácticas de devoción y pureza, la carne debía de ser dominada y el espíritu debía triunfar, el ayuno era un medio idóneo para ello (Toro, 1996). Bell sugiere que una gran parte de estas mujeres eran auténticas anoréxicas nervosas (citado en Toro, 1996).

Remontándose en el siglo XVII sin utilizar la palabra “anorexia nervosa” fue descrito el trastorno en 1689, por Richard Morton, médico británico de la corte de Guillermo III, doctor en medicina en la universidad de Oxford en 1670, Morton describió dos pacientes cuya enfermedad parecía deberse a una restricción voluntaria de alimento. Uno de ellos era una muchacha de 18 años que según Morton “lucía como esqueleto solo vestido y piel“. Concluye con el hecho de que lo que tenía era “consunción nerviosa”, esta joven presentaba síntomas como los que actualmente se considera anorexia nervosa (Silverman, 1990, citado en Toro, 1996, p. 29). En 1870, Gull en Londres mencionó que el trastorno era “apepsia histérica” con el motivo de tener una etiología en perversidad mental, por otro lado Lasègue en París hablaba de anorexia Histérica. Fue el mismo Gull que solo un año después, en 1871, dio el nombre de anorexia nervosa, pues determinó que la anorexia no solo la padecían las pacientes histéricas, así que decidió nombrarla “nervosa” (Jacobs, 1990, citado en Montilla, 2001, p. 2).

Por 1890, un alumno de Charcot, Víctor Marcé presentó un artículo en que dejaba claro que la enfermedad no era de naturaleza física sino psiquiátrica y que se trataba de una psicopatología profunda (Toro, 1996). El primer caso de anorexia nervosa publicado en los Estados Unidos y referido a una mujer de 26 años fue descrito por James Hendrie Lloyd (1893), este autor interesado por las formas graves de la Histeria, se basó principalmente en la literatura Francesa, a estas alturas históricas las implicaciones religiosas para con el trastorno prácticamente dejaron de existir (Toro, 1996).

En 1914, Simmonds llegó a confundir la anorexia nervosa con insuficiencia hipofisiaria, pero en 1930 Baham publicó su experiencia en 117 pacientes y enfatizó que las anormalidades fisiológicas de la anorexia nervosa se debían a un disturbio psíquico (Castillo, 1999).

Silverman en su libro “Anorexia nervosa in seventeenth century England as viewed by physician, phylosopher and pedagouge: and essay” describe que en 1664, un profesor de medicina de Edimburgo, Robert Whytt, publica un tratado en el que entre otros casos, describe a un joven de 14 años que tras pasar por un grave periodo de restricción alimentaria y adelgazamiento, pasa por otro de ingestión

alimentaria aparentemente impulsiva e incoercible, Whytt opinó que estos trastornos eran de origen “nervioso” (Silverman, 1989, citado por Toro, 1996, p. 31).

Montilla, (2001) expone en su tesis de maestría llamada “Terapia cognitivo-conductual en pacientes con anorexia nervosa” una gran recopilación de los autores y fechas de las corrientes psicológicas que más han ahondado en el trastorno; las aportaciones terapéuticas han sido principalmente de índole psicoanalítica y conductual: Eissler en 1943, Fenichel en 1945, Boutonier y Levobici en 1948 y Kaufman en 1954 fueron autores principales de los artículos que orientaron sus estudios al trastorno de la ingesta y al componente oral del padecimiento por otro lado reportes sobre modificación conductual (Leitenberg, 1968; Garfinkel, 1973; Agras, 1974; Lamí, 1975; Eckert, 1979), y lo más reciente en terapia para trastornos de la alimentación es la cognitivo-conductual (Cooper, 1984; Garner, 1986; Hartman, 1997; Stoylen, 1990; Treasure, 1995; Wilson y Fairbur, 1993).

Según Carolyn Costin (2002), especialista en trastornos de la alimentación, la primera obra importante sobre estos fue en 1973 por Hilde Bruche llamada “Eating Disorders: Obesity Anorexia Nervosa, and the person Withing” (Los trastornos de la alimentación: Obesidad, Anorexia Nervosa y la persona interior), que estaba dirigida a los profesionales y no era accesible para el público en general. Cinco años después este autor presentó su obra pionera llamada “La jaula de oro” donde expone de manera motivadora, apasionada y comprensiva el carácter de la anorexia nervosa (Costin, 2002).

Hoy en día la mayoría de los investigadores y especialistas concuerdan con que el padecimiento es multideterminado donde los factores son de tipo biológico, psicológico, social- cultural y familiar (Crispo, Figueroa y Guelar, 1998), el trastorno se vio por primera vez en Europa no obstante, hoy en día el incremento en México como se ha ido manifestando es de asombrarse.

1.2 EPIDEMIOLOGÍA

1.2.1 INCIDENCIA Y PREVALENCIA

Se ha encontrado que los desórdenes alimentarios afectan principalmente a mujeres jóvenes, y su incidencia parece ir en aumento, éstos desórdenes se encuentran entre los padecimientos psiquiátricos más comunes en dicha población (Unikel, 1998). La prevalencia de la anorexia nervosa reportada en la bibliografía varía entre el 0.5% y 1% y se dice que de estos solo el 5% al 10% de los casos son hombres. En los estudios epidemiológicos, el factor riesgo en la población adolescente se hace presente, con prácticas y cogniciones de riesgo, sin embargo, la enfermedad desarrollada no es tan común.

La cantidad de mujeres que padecen algún trastorno alimentario es muy superior a la cantidad de hombres, pero en años recientes el número de casos de hombres con anorexia ha aumentado en forma constante; Un artículo publicado en los Ángeles Times en 1995 bajo el título “Silence and Guilt” (silencio y culpa), afirma que en Estados Unidos hay alrededor de un millón de hombres que padecen algún trastorno alimentario. Otro artículo publicado en 1996 en el San José Mercury News cimbró a los lectores al informar que Dennis Brown, el ala defensiva del Super Bowl, de 27 años, había revelado que usaba laxantes, diuréticos, y se provocaba el vómito para controlar su peso, igual que muchos de los atletas profesionales o jóvenes que pretenden serlo (Costin, 2002). Se ha podido observar que la prevalencia de la anorexia a aumentado de un 0.37% a 6.3% en los años ochenta por cada 100,000 habitantes (Toro, 1987).

Durante la década de los 80's la frecuencia de la anorexia nervosa se situó entre el 1 y el 5% en mujeres blancas adolescentes; en Inglaterra, en 1995 los informes de prevalencia fluctuaron de entre el 0.02% y el 0.1% en mujeres de 15 a 29 años de edad. En Noruega la prevalencia encontrada en 1995 fue de 5.7% en mujeres y 0.8% en hombres, adolescentes (Palma, 1997).

En Hong Kong se diagnosticaron 70 casos durante la década de los ochenta, y en Japón la prevalencia fue del 0.2% en las zonas urbanas y de 0.05% en las zonas

rurales (Palma, 1997). La frecuencia de los trastornos alimentarios es más alta en los países occidentales que en los orientales, gracias a cuestiones culturales y sociales como la explotación del cuerpo femenino por las industrias, no solo de la moda, sino más bien a todo lo que se quiera vender se le antepone un cuerpo femenino de extrema delgadez.

Se estima que 1 de cada 200 adolescentes de edades entre los 12 y los 18 años, grupo de alto riesgo, desarrolla la enfermedad y el 90% son mujeres. Un estudio encontró una niña de ocho años con el trastorno de la anorexia nervosa; por otro lado, el 4% de la población adolescente masculina tenía serios síntomas del trastorno (Romeo, 1994).

Determinar hombres que padezcan trastornos alimentarios ha sido difícil por diferentes motivos, comenzando por que uno de los criterios de la anorexia nervosa incluye la amenorrea, de tal manera que los pacientes y los médicos tenían la idea de que los hombres no padecían trastornos alimentarios. Walter Vandereycken reportó que en un estudio realizado en 1979, 40% de los internistas y el 25% de los psiquiatras encuestados opinaban que la anorexia nervosa solo se presentaba en mujeres y que en una encuesta realizada en 1983, 25% de los psiquiatras y psicólogos consideraban que ser mujer era condición fundamental para la anorexia nervosa (Costin, 2002), así que las estadísticas con respecto a la incidencia y prevalencia del trastorno en hombres pueden considerarse con algún rango de error. Sin embargo, el trastorno es significativamente más alto en mujeres que en hombres, por ello las investigaciones se inclinan mucho más al sexo femenino que al masculino.

La incidencia de anorexia nervosa en población general en países occidentales en mujeres entre 12 y 25 años de edad, se estima en un rango que fluctúa entre 1.43/100,000/a, lo que significa que 1430, aproximadamente, de cada 100,000 jóvenes desarrollan el trastorno, hasta 50/100,000/a en mujeres de 18 años; aunque los datos en población general pueden llevar a un mal entendido debido a que los trastornos de la conducta alimentaria son más prevalentes en determinados sub-grupos de pacientes, por ejemplo pacientes homogéneos como

bailarinas o estudiantes de alguna disciplina similar (Hsu,1996, citado en Unikel, 1998, p. 6).

En México las investigaciones realizadas acerca de los desórdenes alimentarios, han consistido básicamente en estudios de casos de pacientes diagnosticadas como anoréxicas o bulímicas, principalmente tesis de licenciatura, maestría y doctorado de las carreras de Psicología y Medicina (Unikel, 1998); sin embargo, existen datos estadísticos (realizados en México) que demuestran la presencia de prácticas alimenticias de riesgo y conductas dirigidas a la pérdida de peso, esto como una preocupación exagerada por el peso y la figura corporal. Algunos estudios reportan que el 60% de mujeres adolescentes estudiantes de escuelas privadas llevan acabo dietas para bajar de peso y entre el 2.5% y el 12% utilizan el vómito autoinducido, laxantes y diuréticos con el mismo fin (Unikel, Villatoro, Medina, Feliz, Alcántar, y Hernandez, 2000).

El consumo de drogas juega un papel al parecer de importancia en el riesgo o desarrollo del trastorno alimenticio. En la encuesta sobre la prevalencia del consumo de drogas y alcohol en la población estudiantil del Distrito Federal de 1997, realizada entre otros por Claudia Unikel, en el cual se tomó población de escuelas públicas y privadas con estudiantes de secundaria, bachillerato y escuelas técnicas y comerciales; se hicieron 11 preguntas relativas a la conducta alimentaria, y se incluye una sobre-auto-percepción del peso corporal. Esta encuesta mostró que las adolescentes de 16 y 17 años presentaron mayor preocupación por no engordar (19.9%) mayor frecuencia de practicas de ejercicio para bajar de peso (15.8%), pero las de 18 y 19 años presentaron los mayores porcentajes en casi todas las prácticas de riesgo, incluyendo el consumo de drogas, exceptuando las arriba mencionadas; aunque de estas solo un pequeño porcentaje desarrolló anorexia o adicción a alguna sustancia. Estos datos son de importancia, para la presente investigación, pues indican el alto riesgo en el que la población en general se encuentra. Se encontró también que el 40.6% de las mujeres y el 35.4% de los varones reportaron la presencia de un máximo de dos iniciadores clínicos, mientras que un 0.3% de los hombres y un 3.15% de las

mujeres reportaron tres indicadores clínicos. Estos indicadores fueron a saber: sobrestimación del peso corporal, preocupación por engordar, prácticas de tipo restrictivo, prácticas de tipo purgativo. Los varones reportan mayor promedio de indicadores clínicos de entre los 12 y los 13 años, mientras que la edad de las mujeres fue de entre los 18 y 19 años (Unikel, et al. 2000).

Diversos estudios han indicado que los trastornos de la conducta alimentaria y otros trastornos psiquiátricos ocurren en el 1% de familiares con diversas enfermedades y en el 6% de familiares enfermos de anorexia nervosa. Strober, Morell, Burroughs, Salkin y Jacobs (1985) encontraron una prevalencia del 27% en familiares de primero y segundo grado de pacientes con anorexia nervosa y el 6% en familiares de pacientes con otros trastornos psiquiátricos (Garfinkel, Moldofski y Garner, 1979, citado en Unikel, 1998, p. 8).

Se sabe que las expectativas de delgadez marcadas por la cultura no han sido combatidas hasta la fecha, por lo que se espera que la incidencia de los trastornos alimentarios pueda seguir aumentando. Esto es un problema público de gravedad puesto que la anorexia nervosa lleva consigo diferentes elementos que atacan el funcionamiento integral de la persona; el sujeto se va degenerando con los años y puede llegar hasta la muerte. En el próximo capítulo se expondrán a fondo dichos elementos y cómo las capacidades del sujeto se van degenerando con el tiempo.

1.2. CUADRO CLÍNICO

En el presente apartado se describe en primer lugar el cuadro clínico de la anorexia nervosa según el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales IV-TR (DSM IV-TR, 2004), la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10, 1992) y algunos autores expertos en el tema; posteriormente se abordan los efectos secundarios psicológicos y fisiológicos de la inanición resultado del padecimiento de dicho trastorno de la conducta alimenticia.

Con la finalidad de comparar los cuadros clínicos antecedentes y actuales se describen brevemente algunos de los criterios de autores que abordaron la anorexia nervosa como anorexia histérica.

De acuerdo con lo averiguado fue Charcot, por el año de 1900, el primero en señalar “el miedo a la obesidad” como responsable de la motivación anoréxica hacia el ayuno. A partir de su obra parecen extenderse por Europa las publicaciones sobre casos de anorexia que presentan ese controvertido miedo a engordar. Lo cual coincide con lo encontrado alrededor de 1900, en autores alemanes, rusos, italianos y suizos, influidos todos ellos por la psiquiatría francesa (Habermans, 1992, citado en Toro, 1996, p. 37).

Laségue, en 1876, describe el comportamiento clínico de las pacientes diagnosticadas con anorexia histérica, donde para él se inicia entre los 15 y 20 años de edad a consecuencia de algún género de emoción relacionada con la transición a la edad adulta. La evolución de la enfermedad se produciría a lo largo de tres etapas. a) La paciente manifiesta su malestar al comer, restringe sus alimentos, aumenta su actividad física, y recibe todo género de presiones por parte de sus padres en orden de incrementar su alimentación. b) La segunda contempla el empeoramiento del estado mental de la paciente, obliga a la intervención médica, limita sus conversaciones al tema de la alimentación, la menstruación se hace irregular o insuficiente y la constipación intestinal se hace muy intensa. c) En la tercera fase el deterioro físico es evidente, el apareamiento de la amenorrea, sed persistente piel pálida y seca, constipación resistente, atrofia gástrica, anemia vértigo y desmayos (Laségue, 1873, citado en Toro, 1996, p. 32).

Como se podrá observar el cuadro clínico no difiere de la anorexia histérica a la anorexia nervosa (Gull, 1874, citado en Toro, 1996, p. 33).

El DSM IV-TR (DSM IV-TR, 2004) propone como características de la anorexia nervosa las siguientes:

- El rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal.
- Miedo intenso a ganar peso.

- Alteración significativa de la forma o tamaño del cuerpo. La insatisfacción con la imagen corporal, es entre otras el resultado de una autopercepción subjetiva del propio cuerpo que puede estar distorsionada, esto es, más o menos alejada de la realidad.
- En mujeres que hayan pasado la menarquía, se presenta amenorrea (cuando el peso es menor a los 40 kilogramos).
- Generalmente las personas que sufren de este trastorno presentan retraimiento social, estados de depresión, insomnio, irritabilidad y pérdida de interés por el sexo, se han encontrado rasgos de personalidad de tipo obsesivo-compulsivo, debido al enorme foco de atención que les despiertan los temas referentes a la comida, incluso algunas personas con este trastorno, coleccionan recetas o se dedican a cocinar para otros.

Los criterios diagnósticos son los siguientes:

- a) Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y talla.
- b) Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- c) Alteración de la percepción del peso o de la silueta corporal, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- d) En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. Se considera que una mujer padece de amenorrea cuando sus menstruaciones solo aparecen por tratamientos hormonales.

Por su parte la CIE-10 (1992) propone como criterios diagnósticos los siguientes:

- a) Trastorno caracterizado por la presencia de pérdida deliberada de peso, inducida o mantenida por el mismo enfermo. Aparece con mayor frecuencia en muchachas adolescentes y mujeres jóvenes. Aunque en raras ocasiones pueden verse afectados varones adolescentes y jóvenes, así como niños prepúberes y mujeres maduras hasta la menopausia.

La anorexia nervosa constituye un síndrome independiente, en el siguiente sentido:

- Los rasgos clínicos del síndrome son fácilmente reconocibles, de tal forma que el diagnóstico resulta fiable con un alto grado de concordancia entre clínicos.
- Los estudios de seguimiento han demostrado que, de entre los enfermos que no se recuperan, una porción considerable continúa mostrando de manera crónica las características principales de la anorexia nervosa.
- Hay una evidencia cada vez mayor de que existen una serie de factores socioculturales y biológicos que interactúan entre sí y en la que participan también mecanismos psicológicos menos específicos además de una vulnerabilidad de la personalidad. El trastorno se acompaña de desnutrición de intensidad variable, de la que son consecuencia alteraciones endocrinas y metabólicas, así como una serie de trastornos funcionales. Aún hay dudas sobre si el trastorno endocrino característico se debe únicamente a la desnutrición y al afecto directo del comportamiento que la ha provocado, por ejemplo: restricciones en la dieta, ejercicio físico excesivo con alteraciones de equilibrio metabólico, provocación de vomito y utilización de laxantes, con los consiguientes desequilibrios electrolíticos, o bien si intervienen otros factores aún desconocidos.

El diagnóstico de la anorexia nervosa debe de realizarse de una forma escrita, de modo que deben de estar descritas todas las alteraciones siguientes:

a) Pérdida significativa de peso. Los enfermos prepúberes pueden no experimentar la ganancia de peso propia del periodo de crecimiento. La pérdida de peso está originada por el propio enfermo, a través de:

- Evitación del consumo de “alimentos que engordan” y por uno o más de los síntomas siguientes:
 - Vómitos autoprovocados.
 - Purgas intestinales autoprovocadas.
 - Ejercicio excesivo.
 - Consumo de fármacos anorexígenos y diuréticos.

b) Distorsión de la imagen corporal, que consiste en una psicopatología específica caracterizada por la persistencia, con el carácter de idea sobrevalorada intrusa, de pavor ante la gordura o la flacidez de las formas corporales, de modo que el enfermo se impone a sí mismo el permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal.

El origen de la insatisfacción con la imagen corporal es por un lado de carácter psicológico social y de naturaleza cognoscitiva, en tanto interviene un proceso de conocimiento que involucrará la interacción de los otros procesos, percepción aprendizaje y pensamiento, por un lado, y por el otro es una gran disposición de aceptación o rechazo hacia la propia figura corporal (Gómez, 1995, citado en Saucedo, 1998, p. 42).

c) Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotalámico-hipofisiario-gonadal manifestándose en la mujer como amenorrea y del varón como una pérdida del interés y de la potencia sexual.

d) Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de las manifestaciones de la pubertad, o incluso ésta se detiene, cesa el crecimiento; en las mujeres no se desarrollan las mamas y hay amenorrea primaria; en los varones persisten los genitales infantiles y afecta el crecimiento corporal. Si se produce una recuperación, la pubertad suele completarse, pero la menarquia es tardía.

A pesar de los intentos descriptivos, existen varias teorías y ninguna de ellas responde de manera simple o que incluya todos los componentes. Algunos o todos de los siguientes factores juntos, pueden producir estados de no comer o de comer demasiado y purgarse.

1.3.1 EFECTOS PSICOLÓGICOS DE LA INANICIÓN.

En este sub-apartado del cuadro clínico se exponen en primer lugar los efectos psicológicos que se presentan en la anorexia nervosa a causa de la inanición, en la presente investigación documental se han dividido en: intelectuales, sexuales y estado del ánimo. En segundo lugar y a grosso modo puesto que se abordará más

a fondo en el siguiente capítulo con la aproximación médica, se exponen los efectos biológicos del trastorno. Es importante para fines de la investigación definir que, la inanición es un trastorno caracterizado por debilidad notable, pérdida extrema de peso y disminución del metabolismo, todo ello resultante de insuficiencia alimenticia prolongada (Charlin, 2005).

1.3.1.1 CAMBIOS INTELECTUALES.

Las funciones mentales superiores, se van deteriorando conforme avanza el estado de inanición. Se pueden observar al principio ligeros cambios en estados de atención (disprosexia) y alteraciones en el tiempo que como se ha mencionado irán avanzado conforme al estado de inanición.

La categorización de experiencias, se va deteriorando en el sentido de que se polarizan las percepciones, todo o nada, blanco o negro, bueno o malo, gordo o flaco. El pensamiento abstracto es el primero que se altera, hay una disfunción de las capacidades lógico matemáticas, creativas e imaginativas, debido a esto se dificulta la solución de problemas y se crea una disfunción en la toma de decisiones. Las capacidades de relacionarse con otras personas están alteradas debido a estados confusionales y de estupor, es decir falta de reacción e incapacidad, para darse cuenta de lo que pasa a su alrededor, lo que conlleva a que no pueda tener un adecuado desenvolvimiento con otra persona (Duker, 1995).

Debido a la falta de comprensión quien sufre de anorexia, cree en la firme organización de su vida, lo que la hace reticente al cambio, además su déficit en las relaciones interpersonales, le hacen ser una persona aislada y retraída. A medida que se vuelve más severo el estado de inanición, el contenido del pensamiento, se vuelve hacia la comida, generando episodios obsesivos, por ello la comida se torna el eje principal de sus preocupaciones, aunque es interesante que esta obsesión no le genere hambre. La distractibilidad le produce efectos negativos en diversas esferas sociales, como la escuela, el trabajo, la familia y degeneración del contacto con la realidad en general (Toro, 1987).

1.3.2 SEXUALIDAD

La disminución del interés sexual es característica del estado de inanición, debido a una alteración hormonal, y la reducción de la secreción de hormonas reproductoras, produce en la persona mal nutrida un estado semejante al de la preadolescencia, es por ello que algunos teóricos proponen que la anorexia es la regresión a un estado anterior del desarrollo como negación de crecimiento y de identidad sexual. Entonces se maneja la hipótesis del estado de inanición como causa de la inapetencia sexual, o por otro lado la falta de apetito sexual como una forma de simbolizar la negación de la identidad, no solo sexual sino también personal (Duker, 1995).

1.3.3 ESTADOS DE ÁNIMO

Parece ser que los sentimientos en general, se expresan y se perciben con menos fuerza. Este aplanamiento afectivo, fortalece en la anorexia el aislamiento social, ya que al no compartir la misma expresión de sentimientos con sus semejantes se ve como ajena a emociones ordinarias. Además el estado de inanición genera un estado psicotrópico en el que la persona siente que flota o no tiene sentimientos de euforia o bienestar en general. La incapacidad de darle nombre a las emociones se le conoce como "Alexitimia" y se presenta en algunas mujeres anoréxicas. Es un trastorno en el que las enfermas sienten pero no lo pueden comunicar con palabras (Duker, 1995). Estos efectos de la enfermedad sobre el sujeto tienen un impacto importante en la dinámica familiar, tanto como en la comunidad próxima y la sociedad en general.

1.3.4 EFECTOS BIOLÓGICOS DE LA INANICIÓN

También se presentan complicaciones a corto y largo plazo en adolescentes con anorexia, por ejemplo, los cambios en la hormona del crecimiento, hipogonadismo hipotalámico, hipoplasia ósea, anormalidades en la estructura del cerebro, disfunción cardíaca, respiratoria y dificultades gastrointestinales.

Recientes estudios comprueban que el problema médico más significativo para los adolescentes, a diferencia que para los adultos, son el potencial para el retardo de crecimiento significativo, retraso o interrupción de la pubertad y reducción de la masa muscular y ósea. Y además los riesgos de muerte por anorexia están estimados del 6% al 15% y un gran porcentaje de las muertes resultan del suicidio (Stainer y Look, 1998). Sin embargo, se ha demostrado con voluntarios en dieta calórica que cuando se pierde un 25% del peso habitual disminuye la masa cardiaca y aparecen alteraciones electrocardiográficas; cuando el paciente está próximo a una pérdida de un 50% de su peso habitual, el paro cardio-respiratorio es inminente, así mismo por los edemas pulmonares que se forman. Siendo esta la primera causa de muerte en casos de anorexia nervosa (Charlin, 2005).

Es importante no dejar de lado que es ser humano es un ente complejo por naturaleza y que todas sus esferas, refiriéndose con esferas a los diferentes componentes de éste como: lo biológico, psicológico, y socio-cultural, van una de la mano con la otra, si es que una de estas no está en su sano funcionamiento es inevitable que como resultado afecte a las otras, y por consiguiente el comportamiento de dicho sujeto se vea modificado como es el caso de la anorexia nervosa; por ejemplo: el trastorno por ser de tipo alimenticio logra modificaciones en el metabolismo del sujeto; las cuales contribuirán a que sustancias del cerebro bajen sus niveles de producción o los aumenten, todos estos cambios que repercuten el sistema neurológico se verán reflejados en el estado de ánimo, facultades y competencias del sujeto y por lo tanto su manifestación conductual afectara el área social en la que se desenvuelve. Es por este motivo que el trastorno de la anorexia nervosa se debe abordar desde un enfoque multidisciplinario, tanto para su estudio como para su rehabilitación y prevención; el siguiente capítulo trata de dar un conocimiento global, en donde diferentes corrientes de la psicología e investigaciones de la medicina aportan a la investigación de este trastorno de la conducta alimenticia.

CAPITULO II. APROXIMACIONES Y ANOREXIA NERVOSA

En el presente capítulo de la investigación se exponen aproximaciones que a través de los años se han dado a la tarea de investigar la anorexia nervosa, entre otros trastornos, a fondo, dichas aproximaciones se presentan en dos apartados: el primero médico, nutricional y el segundo psicológico; las corrientes psicológicas que se abordan son las siguientes: psicoanalítica, sistémica y cognitivo-conductual. El motivo de obtener información de diversas aproximaciones es que cualquier trastorno de tipo alimenticio requiere ser investigado y abordado de una manera global, puesto que las causas y repercusiones son tanto físicas, como psicológicas y sociales, así recordando que el ser humanos es bio-psico-social y por lo tanto, el trastorno de la anorexia nervosa presenta factores de riesgo en las áreas, biológica, psicológica, familiar y social.

2.1 APROXIMACIÓN MÉDICA Y ANOREXIA NERVOSA

Los síntomas fisiológicos de la anorexia nervosa comprenden generalmente a elementos del orden estructural, de regiones cerebrales, y de activadores bioquímicos que tienen lugar en la regulación de la ingesta y saciedad. Estructuralmente, los trastornos de tipo hipofisiario y alteraciones del eje hipotálamo-hipofisiario-gonadal están relacionados con alteraciones de la ingesta de alimento. Las lesiones de los núcleos ventromediales del hipotálamo producen en ratas hiperfagia y obesidad. La lesión del hipotálamo lateral da lugar a la situación de hipofagia (Crispo, Figueroa, y Guelar, 1998).

En cuanto a los neurotransmisores aquellos que se relacionan con el alimento son catecolaminas, adrenalina, dopamina, noradrenalina y serotonina. La noradrenalina al alcanzar los receptores del núcleo paraventricular aumentan la ingesta. La ingesta está relacionada con variaciones en los niveles de serotonina, aunque las catecolaminas también tienen otros efectos en diferentes zonas cerebrales, por lo que la situación dista mucho de ser sencilla, parece que la actividad dopaminérgica reduce la sensación de hambre y que la activación

serotoninérgica aumenta la sensación de saciedad. El papel de la colecistoquinina (CCK) y la bombesina tienen la relevancia en la saciedad, dentro de los inhibidores del hambre se encuentra la hormona adenocotricotropa y la somatosina, en último término, se sabe que los opiáceos estimulan el hambre (Costin, 2000).

Ante un estado de hiponutrición, el organismo despliega una serie de tácticas encaminadas a la conservación de la energía. Para lograrlo el metabolismo decrece (acción tiroidea), la capacidad reproductiva decrece (control gonádico) y aumenta la función corticosuprarrenal (aumento cortisol). Estas manifestaciones tienen algunas repercusiones sintomáticas de la Anorexia que son (Caparros, 1997):

- Disminución de las hormonas T3 y T4, de origen tiroideo que explica la intolerancia al frío y el estreñimiento.
- Niveles altos de hormona del crecimiento.
- Tendencia de intolerancia a la glucosa, debido a la disminución de la producción de insulina.
- Aumento de colesterol en plasma.
- La disfunción gonadotrópica genera amenorrea, manifestación de la alteración del sistema hipotalámico-hipófisis-gonadal. Aunque no se sabe si es causa del problema ponderal.

Hay ciertos criterios fisiológicos que presentan los pacientes con anorexia nervosa: la piel de las pacientes aparece envejecida, marchita, quebradiza y seca. En algunas pacientes hay presencia de lanugo (vello aterciopelado) especialmente en las mejillas, espalda, brazos, vientre y muslos (Toro, 1987). Las palmas de las manos y las plantas de los pies presentan un color amarillento además de ser frías; a esto se le conoce como hipercarotinemia, producida por el exceso de carotenios contenidos en calabazas y zanahorias que están presentes frecuentemente en la dieta de estas pacientes (Crispo, Figueroa y Guelar, 1998). La hipotermia se manifiesta en todo el cuerpo ya que se economiza energía bajando la temperatura corporal.

Las uñas se vuelven quebradizas y amarillentas, en ocasiones se presenta caída de cabello, aunque el bello axilar y púbico permanecen. Las alteraciones dentales aparecen en caso de que haya vómito, por bulimia nervosa. Como consecuencia hay un deterioro del esmalte y presencia de caries. También pueden desarrollarse cuadros de dermatitis (Garfinkel y Garner, citado en Toro, 1987, p. 46).

La bradicardia y la hipotensión son muy frecuentes. Se puede dar adelgazamiento de la pared de ventrículo izquierdo, disminución de las cavidades del corazón y disminución del trabajo cardiaco. Además se produce un desgaste o lesión miocárdica y el riesgo de que esto provoque una muerte súbita aumenta cuando el peso de las pacientes disminuye del 35% al 40% del peso original. En el estómago se presenta un retardo de evacuación gástrica por dificultades en la contracción normal del tubo digestivo. La consecuencia es una sensación de saciedad precoz, lo que perturba el cuadro anoréxico, el intestino se constipa lo que puede requerir la utilización de enemas evacuantes (Crispo, 1998).

Puesto que el intestino es incapaz de absorber calcio esto aumenta el riesgo de osteoporosis que se centra en la cadera y la zona lumbar de la columna vertebral. La osteoporosis no es solo la falta de calcio en los huesos, sino la incapacidad del cuerpo para fijarlo en los mismos por la disminución de estrógeno que produce así mismo la amenorrea (Toro, 1987).

La anemia por déficit de hierro, aumenta la sensación de cansancio y produce un estado de depresión por falta de fuerza. Además se presenta un aumento de colesterol (Crispo, Figueroa, y Guelar, 1998).

La manifestación fisiológica de la anorexia, requiere en su estado grave de hospitalización y de tratamiento con fármacos antianoréxicos, alimentación parental, ansiolíticos y antidepresivos, además siempre se acompaña de algún tipo de psicoterapia y de terapia nutricional puesto que como se mencionó con anterioridad gracias al estado de inanición los procesos cognitivos se deterioran. Por ello para que la psicoterapia tenga éxito es indispensable apoyarse en la terapia nutricional y viceversa.

2.2 APROXIMACIÓN NUTRICIONAL Y ANOREXIA NERVOSA

2.2.1 NUTRICIÓN Y ANOREXIA NERVOSA

La nutrición es un conjunto de funciones que realizan armónica y coordinadamente todas las células del organismo, que incluye la incorporación y la utilización de energía y materiales estructurales y catalíticos, de los cuales dependen la forma corporal, la salud y la vida. El organismo, por medio de la nutrición obtiene los nutrientes necesarios, para que la dieta ingerida sea balanceada, debe contener cinco grupos de nutrientes, además de fibra y agua; grupo 1; hidratos de carbono, como almidones y azúcares, grupo 2; grasas, grupo 3; vitaminas, grupo 4; minerales y grupo 5 proteínas. La dieta debe ser individual tomando en cuenta la relación altura-peso, la complexión física, la actividad diaria que el sujeto realiza e incluso la estación del año (Nathan, 2001).

Existen diferentes técnicas que son de utilidad para detectar si el sujeto se encuentra en un estado óptimo en relación a su peso y talla; como se ha estado mencionando a lo largo del documento las personas que sufren de anorexia nervosa presentan un Índice de Masa Corporal (IMC) por debajo al óptimo. Los índices que relacionan el peso y la talla como indicadores del estado de nutrición se basan en que la restricción de la ingesta (voluntaria o no voluntaria) produce reducción en el peso corporal (Shetty y James, 1994, citado en Ortiz, 2002, p. 155).

Los Índices de Peso y Talla (P y T) dan cuenta de la situación actual de los individuos y con ello es posible diagnosticar dos situaciones: a) sobrepeso u obesidad; o el tema que compete a la presente investigación, b) bajo peso o emaciación: la descripción adecuada de bajo peso para la talla es de “delgadez”, término que no implica necesariamente un proceso patológico. Por otra parte el vocablo “emaciación” es usado para describir un proceso severo y reciente que ha conducido a pérdida significativa de peso, usualmente como consecuencia de inanición aguda o enfermedad severa (Ortiz, 2002).

La gente con anorexia se convence a sí misma y a los que las rodean que no tienen hambre o que no pueden comer, así que la inanición se hace presente en el sujeto. Las complicaciones médicas resultantes están relacionadas con la pobre ingesta de nutrientes. La desnutrición en este tipo de pacientes es de tipo calórica o predominantemente calórica, la cual se caracteriza por una dieta deficiente en calorías, pudiéndose caracterizar, esta modalidad de desnutrición, por la presencia en el enfermo de: 1) grasa subcutánea disminuida y 2) masa muscular disminuida (Charlin, 2005). A veces la desnutrición puede ser normoprotéica porque se ingiere una cantidad suficiente de proteínas. En algunos casos, no se encuentra déficit de vitaminas. Los niveles de albúmina suelen estar normales debido a la hipotensión (Toro y Villardel, 1987). Sin embargo, las complicaciones que se encuentran pueden considerarse mecanismos compensatorios fisiológicos del organismo frente a la desnutrición.

Es muy importante monitorear el IMC, peso, signos vitales y los niveles de electrolitos en suero. Recuperar el peso es una de las metas principales del tratamiento. Se ha encontrado que el **IMC** tiene una correlación elevada con el grosor del pliegue cutáneo tricipital, con el porcentaje de grasa corporal estimado por medio de absorciometría de “rayos x” de doble energía, siendo por esta razón la fórmula de Quelet, o más conocida como la fórmula para obtener el IMC una técnica confiable para detectar en que situación de riesgo o desnutrición se encuentra un sujeto o paciente, la formula es la siguiente (Ortiz, 2002):

$$\text{IMC} = \text{PESO (KG)} / \text{TALLA (M)}^2$$

El WHO Expert Comité, propuso la siguiente clasificación: casos de delgadez, o casos de emaciación cuando el individuo está por debajo del percentil “5” siendo éste un promedio de “16” puntos de IMC , y el percentil “85” en caso de sobre peso u obesidad, siendo este un promedio de “26” puntos de IMC (Gibson, 1990, citado en Ortiz, 2002, p. 157). Es por esta situación que uno de los criterios de la anorexia nervosa es poseer un puntaje menor al de “16” con respecto al IMC.

2.2.2 NUTRICIÓN, ADOLESCENCIA Y ANOREXIA NERVOSA

Se debe tomar en cuenta que el hecho de ser joven desarrolla un sentimiento de escasa percepción del riesgo dado que se esgrime la juventud como un escudo protector. Se tiene la creencia de que nada puede pasar y, salvo que a muy corto plazo puedan constatar resultados negativos que ya se les había advertido, rara vez procesan los mensajes que les recuerdan la necesidad de modificar su conducta. El futuro es lo bastante lejano, desde su perspectiva, y lo inmediato es lo que cuenta y suplanta cualquier recomendación a largo plazo. La pérdida de la salud no se contempla como problema, en la etapa de la adolescencia.

Los jóvenes valoran la salud y con respecto a esta la nutrición desde un planteamiento teórico. Aceptan que estar sano es una necesidad personal y social importante pero la protección y promoción de la misma les exige un esfuerzo y disciplina. Curiosamente son capaces de hacer esfuerzos enormes cuando el resultado esperado es rápido: por ejemplo conseguir una pérdida de peso significativa (adelgazar a fecha fija) utilizando dietas de hambre, absurdas y peligrosas, ejercicio físico intenso, tomar fármacos por su cuenta, sin prescripción médica, etc. No hay que olvidar que los jóvenes son influenciados y están deseando que se les diga lo que realmente quieren oír, aquello que coincide con sus deseos y esa es, precisamente, la forma en que les llega una publicidad hecha a su medida: directa, agresiva, unilateral en sus contenidos, contando sólo la parte de información que interesa a los fines de venta, presentando los resultados de forma sorprendente y escogiendo las motivaciones que, respondiendo a sus expectativas, se adaptan mejor a su situación.

Los temas que mejor motivan a los jóvenes en relación con su dieta son los referidos al control de peso y a la práctica deportiva. Su imagen corporal es muy importante para ellos y están continuamente influenciados por los arquetipos que fija el mundo de la moda que actúa como referente estético. Esta es una situación peligrosa debido a que puede llevarles a posiciones extremas. Otras veces, esperan conseguir mediante tratamientos externos: cremas, masajes, pastillas, lociones, aquellos efectos que una buena alimentación puede darles de forma más

segura y menos costosa en dinero y esfuerzo. El mundo que rodea a los alimentos, cargado de símbolos y promesas es capaz de generar expectativas a las que resulta difícil sustraerse porque coinciden con los deseos y necesidades emocionales de cada sujeto.

Así se puede entender con claridad, como la incorporación del alimento al cuerpo lleva consigo una carga de símbolos, deseos y afectividad, la nutrición no solo tiene connotación biológica sino también social y afectiva, la que naturalmente y, por consecuencia, socialmente está encargada de la alimentación y junto con ésta, de los patrones de crianza, es la madre, así el sujeto inevitablemente relaciona el alimento con sensaciones y experiencias con la madre. En gran parte depende de la manera en que la madre nutre psicológica y biológicamente al hijo para que éste se encuentre en riesgo o protección con respecto a la anorexia nervosa.

Es por ello que el trastorno no solo le compete a la medicina y a la nutrición, sino también a la psicología, y ésta ha estudiado a través de los tiempos dicho fenómeno de la nutrición psíquica y corporal tratando de abordarlo, explicarlo, tratarlo y prevenirlo, desde una corriente o teoría en específico. A continuación se exponen las ya mencionadas corrientes de la psicología exponiendo el fenómeno de la anorexia nervosa. En primer lugar se encuentra el psicoanálisis explicando principalmente los mecanismos de la psique con respecto a la simbología de la nutrición materna; posteriormente se encuentra la teoría sistémica abordando los patrones de interacción familiar de sujetos que sufren de este trastorno; y por último la teoría cognitivo conductual logrando dar una amplia visión de las cogniciones y conductas que llevan acabo los sujetos con anorexia nervosa. Realizando una división en los factores individuales o psicológicos/conductuales, los factores sociales y los factores familiares, obteniendo de cada uno de ellos; factores tanto protectores como de riesgo.

2.3 APROXIMACIONES DE LA PSICOLOGÍA Y ANOREXIA NERVOSA

2.3.1 APROXIMACIÓN PSICOANALÍTICA

Como la estructura general del síndrome, la anorexia nervosa es la expresión de un conflicto intrapsíquico a través de la vía oroalimentaria. Desde que el niño comienza a succionar, sea el pecho materno, sea el biberón, el alimento deja de ser exclusivamente una aportación calórica. Para el pequeño, alimentarse es una de las principales formas de socializarse, de entrar en contacto con otros seres humanos, principalmente con la madre. La relación con ella se encuentra mediatizada por la alimentación del niño, de tal manera que esta acción queda asociada con las características de estas tempranas relaciones madre-hijo (Saucedo, 1996).

En la anorexia nervosa, el rechazo al alimento por parte de las pacientes es la representación del conflicto en la identificación sexual, que se manifiesta en miedo al embarazo y rechazo a la madre (Chinchilla, 1994).

La obesidad simboliza al embarazo, aunque el problema puede estar dentro de un plano más primitivo: la incorporación del seno, objeto ambivalente benigno y maligno al mismo tiempo; que es devorado pero al mismo tiempo devora. Como Melanie Klein (1928) lo propone en su posición esquizo-paranoide en el desarrollo del Yo en el infante. Lo que viene a ser en la anorexia la implicación del comer como la asimilación y destrucción simultánea (Toro, 1987). Es decir, comer para aniquilarse y para desarrollarse, en sentido paradójico. Sin embargo, antes de desarrollar elementos dinámicos complejos hay que describir brevemente la posición de Melanie Klein en el desarrollo psíquico, que innova y amplía conceptos freudianos en su práctica clínica.

En el caso del término fantasía en el que Klein refiere la expresión mental de los instintos (citado en Segal, 1975). La fantasía está en función directa del instinto, así extiende una fantasía para cada expresión del instinto y es esta parte del individuo tanto en la salud como en la patología, la fantasía es una función yoica de lo que se desprende que para Klein el Yo (self) ya existe desde el nacimiento,

pero este Yo es un Yo inmaduro, fragmentado y desintegrado, de modo que a lo largo del desarrollo, de lo que se trata es de que el Yo adquiera esa integridad de la que se irá hablando con más detalle, la fantasía no es siempre ajena a la realidad. Sino que es en gran medida la que concreta, por así decirlo, al recién nacido con el mundo externo y con su mundo interno.

También media su interacción con la realidad, de modo que muchas de las resultantes o interpretaciones del mundo externo e interno son debido a la fantasía. Sin embargo la realidad también ejerce su influencia sobre la fantasía, por lo que podemos decir que la fantasía cumple una función dinámica en el contacto con el mundo externo y evidentemente en el desarrollo de la personalidad, para Segal "la importancia del factor ambiental sólo se puede evaluar correctamente si se tiene en cuenta cómo lo interpreta el bebé en función de sus propios instintos y fantasías" (1975, p.72).

Por otro lado, la fantasía no sólo facilita satisfacciones sino que es también un elemento de defensa contra la realidad externa, de aquí que tenga que ver con los mecanismos de defensa. Segal (1975) distingue entre la fantasía y los mecanismos de defensa en que la fantasía es la expresión mental de un mecanismo defensivo, cómo fantasea una persona el proceso de defensa que se efectúa de manera no consciente con diversas funciones que tienen que ver también con la estructura de la personalidad debido a que esta última está determinada por los contenidos sobre sí y sobre el mundo externo (objetos externos) que le ha proporcionado la fantasía.

Cualquier cambio en la fantasía inconsciente tiene una repercusión directa sobre la estructura de personalidad, de ahí la importancia de la fantasía en la constitución e integración del yo primitivo del que hablamos antes. Klein supone la existencia de un yo desintegrado, primitivo, y que el proceso de maduración se ayuda de la fantasía y la realidad en su conformación. De modo que al nacer, el pequeño ya tiene la capacidad para sentir ansiedad y también la de utilizar ciertos mecanismos defensivos primitivos ante el instinto de muerte y la ansiedad de aniquilamiento que le genera. Debido a la fantasía el Yo es en este momento

capaz de tener contacto con algunos objetos, y así empezar sus primeras relaciones con el mundo externo.

Es durante los primeros tres meses de vida, en que aparece la posición que Klein denominó como esquizo-paranoide, determinante en la anorexia, la cual consiste en que el bebé comienza su integración yoica mediante la relación con otros objetos.

Primero, el Yo expulsa de sí el instinto de muerte proyectándola hacia el exterior, particularmente en el objeto original: el pecho. El pecho proporciona gratificación, alimenta; sin embargo también frustra cuando no cumple con su función, de modo que es en esta parte de frustración donde se facilita la proyección del instinto de muerte en el pecho. Por otro lado, el instinto de vida, líbido, se identifica con ese pecho alimentador y se introyecta en el primitivo Yo a fin de enriquecerlo. Así, se tienen dos representaciones de un mismo objeto, pero con opuesta concepción.

El objeto proyectado (malo) se vuelve perseguidor del objeto alimentador (bueno) y del Yo, ya que el Yo cree que avasallará al objeto bueno y aniquilará al Yo, esta experiencia es generadora de gran ansiedad (Bleichmar y Leimberman, 1989). Como medida de defensa, el Yo proyecta parte de la energía libidinal en el objeto bueno, que se convierte en ideal.

La fantasía de este objeto ideal se asocia con el sentimiento de ser amado y alimentado; por la madre externa real, mientras que a la fantasía persecutoria se atribuyen sentimientos de dolor, de desesperanza y extinción. La función principal de la posición esquizo-paranoide puede delimitarse como sigue: "El objetivo del bebé es tratar de adquirir y guardar dentro de sí al objeto ideal, e identificarse con éste que es para él quien le da la vida y lo protege, y mantener fuera al objeto malo y las partes del Yo que contienen el instinto de muerte" (Segal, 1975). Esta posición es esquizo-paranoide debido a que la escisión del mismo objeto es un rasgo esquizoide, y por otro lado la angustia de persecución es de naturaleza paranoide.

Ahora se exponen los mecanismos defensivos que utiliza el recién nacido en su afán de posesión del objeto ideal y por la persecución del objeto externo. En cuanto a la primera, es la introyección la que permite al Yo incorporar al objeto ideal hacerlo parte de sí; mientras que en cuanto a la persecución, es la proyección que hace que el objeto se viva como malo. No es más que la propia agresividad la que está desfasada hacia ese objeto que se vuelve peligroso al Yo. En este momento del desarrollo del Yo con la ayuda de la identificación y la proyección, surge un nuevo mecanismo de defensa mediante el cual las partes agresivas del Yo son separadas y depositadas (desplazadas) hacia el objeto externo, de modo que la propia agresividad se vive como identificatoria del Yo, pero escindida de él.

A este mecanismo Klein le llamó "*Identificación Proyectiva*", ya que a través de algún modo, la agresividad desplazada del Yo con éste mismo, sólo que de manera que el Yo la viva como ajena a él mismo.

Esto le permite al Yo organizar las instancias agresivas y conservadoras de vida que serán parte de su propia estructura, sólo que en éste momento del desarrollo el Yo no está tan integrado como para conjugarlas. La anorexia parte de esta ambivalencia de identificación, proyección, ya que el alimento es identificado, no asimilado, y después proyectado como persecutorio, lo que genera elementos paranoides (Caparros, 1997). Más adelante se mostraran los elementos que repercuten, en la adolescencia de las personas que padecen anorexia nervosa para entrever su génesis.

Siguiendo la línea kleiniana, Lacan (1966) propone que el infante podrá quedar satisfecho fisiológicamente después de haber sido alimentado pero mantiene su deseo (incestuoso) por el pecho materno y lo alucina; se encuentra satisfecho en cuanto a su hambre pero no en cuanto a su demanda. El deseo se vuelve incestuoso por la falta básica del vientre materno, de ahí la separación de la necesidad fisiológica y del deseo (incumplible, a menos que como síntoma) del sujeto.

Según Nasio (1995) en la anorexia, las mujeres buscan mantener vivo el deseo, es decir no se alimentan para no presentar un estado doble: el estar satisfecha físicamente pero no en el plano del deseo, de modo que la fórmula de su existir se toma en la paradoja si como, me alimento, pero también cumplo con mi deseo, y entonces ¿qué caso tiene vivir?, siendo así, la anorexia es el mantenimiento intacto del deseo; ya que si éste se cumple equivale a la aniquilación. En la neurosis el incumplimiento del deseo promete la propia existencia, así la persona que padece de anorexia nervosa se encuentra atrapada en un absurdo existencial: "si como, muero"; o más bien: "si vivo, muero".

Para la persona con anorexia hay deseo, pero el Otro (la madre en muchos casos o la persona maternizante) obstruye este deseo satisfaciendo una necesidad. Para que exista un deseo debe haber dos demandas, pero la madre no deja que el niño exprese este deseo y lo "sobre alimenta", procurando la necesidad pero dejando insatisfecho el deseo (el deseo se satisface por amor); en la anorexia el sujeto no come porque en la relación con su madre, o la persona maternizante, su deseo queda reducido a la necesidad, pues lo atiborra de comida, o de otros objetos, cada vez que efectúa una demanda de amor (Baravalle, 1993). El goce de la anoréxica es lo que Lacan llamó "apetito de muerte", un deseo de nada; de que su cuerpo no contenga nada, llevando la abnegación al extremo.

Selvini (1990) concibe a la futura anoréxica como una persona con problemas en la etapa de incorporación oral, la cual impide la separación- individuación. La persona fantasea con una incorporación de un objeto maternizante malo y controlador. Esta introyección maternal es después equivalente al cuerpo de la anoréxica y experimenta la identificación de su cuerpo como el de su madre. La inanición es un intento de la adolescente por detener la feminización de su cuerpo y para minimizar la confusa y ambivalente identificación con su madre.

Los adolescentes anoréxicos perciben su cuerpo como el último vestigio de una grandiosidad arcaica situada en la infancia, en la cual son el centro de atención alrededor del cual gira el mundo, los hace sentirse perfectos y en control de todo lo que les rodea. Los anoréxicos enfocan estas necesidades narcisistas en sus

propios cuerpos, por lo que éstos no deben cambiar, ser perfectos y deben estar en completo control de ellos. Los cambios en la pubertad amenazan la grandiosidad y la perfección del niño, lo que amenaza el frágil equilibrio de la psique del adolescente (Garner y Garfinkel, 1997).

Carolyn Costin (2002) en su libro, "Anorexia, Bulimia y otros trastornos de la alimentación" explica que se debe entender y tratar la causa del trastorno como función adaptativa, se debe de definir el propósito que está cubriendo el trastorno en el sujeto; los trastornos alimentarios pueden servir como funciones adaptativas del Yo, como por ejemplo: Consolar, complacer, nutrir, aturdir, sedar, distraer, llamar la atención, pedir ayuda, descargar tensión, ira, rebeldía, tener estructura, identidad, un carácter predecible, castigarse castigando al cuerpo, limpiar o purificarse, crear un cuerpo grande o pequeño para encontrar protección o seguridad, evitar la intimidad, rechazo al propio desarrollo corporal, inhibición sexual, castigar a la madre o la familia en sí, los síntomas demuestran que el sujeto que presenta anorexia nervosa es malo en lugar de culpar a los otros.

Chernin en su libro titulado *La obsesión*, propone que "El cuerpo encierra un significado... cuando sondeamos bajo la superficie de nuestra obsesión por el peso, encontramos que una mujer obsesionada con su cuerpo también está obsesionada con las limitaciones de su vida emocional" (Chernin, 1986, citado en Costin, 2002, p. 59).

Por ello se debe de considerar los procesos inconscientes por los que está pasando el sujeto que sufre de anorexia, o mejor aun los procesos por los cuales el sujeto ha pasado desde su infancia antes de que desarrolle el trastorno. Las terapias de tipo conductual pueden dar resultados rápidos, que considerando el riesgo de morbilidad y mortandad sería lo prioritario, pero si no se encuentra la raíz del trastorno, lo que el sujeto quiere expresar por medio del síntoma y trabajar con el directamente, es más probable la recaída; hay que recordar que la anorexia nervosa es como una metáfora del problema; y se dice metáfora por el hecho de que son procesos inconscientes los que llevan al sujeto a la restricción del alimento; y la pantalla es la de no querer engordar.

2.3.2 APROXIMACIÓN SISTÉMICA

En 1968, Mará Selvini Palazzoli organizó el “Instituto de Estudios Familiares en Milán”, teniendo como colaboradores a Luigi Boscolo, Giuliana Prata y Gianfranco Cecchin (Hoffman, 1987). El trabajo de J. Haley (1956) con familias esquizofrénicas fue lo que proporcionó al grupo de Milán el modelo metodológico de su investigación, o más bien, los parámetros más adecuados para la descripción de la familia como sistema interaccional. Estos parámetros se originan en la teoría de los sistemas, la teoría de la comunicación humana y la cibernética (citado en Selvini, 1990).

De acuerdo con este enfoque, los seres humanos en interacciones recíprocas a través del tiempo se convierten en el otro; viendo el río uno es el río. La familia siempre está cambiando sus miembros, que se mantienen conectados uno con el otro, influenciándose entre sí a lo largo del tiempo (Carloson, Sperry y Lewis, 1997). Así el principal contexto es la familia y la tesis sistémica radicaba en que si se podían modificar los patrones de interacción dentro del núcleo familiar, entonces la conducta problema también cambiaría, ya que el síntoma (en este caso la anorexia) que está presentando uno de los miembros es el resultado del efecto de las interacciones familiares y de sus conductas.

El enfoque sistémico del tratamiento, se centra en la atención del problema, que está definido como: una situación indeseable y persistente en el tiempo, a la que alguien intenta aplicar soluciones que no resultan y para la que ese alguien considera que es necesaria la intervención de un experto (Crispo, Figueroa y Guelar, 1994). El problema está en función del sistema que sostiene o mantiene el síntoma, de ahí que no interese el cómo se originó el problema, sino el cómo es que se mantiene; eso es lo que se va a atacar en la terapia. La familia, como sistema primario (microsistema) es de vital importancia en el tratamiento de la anorexia nervosa, así que a continuación se delinearán las generalidades del sistema familiar y de su función en el desarrollo de sus participantes.

Según la terapia sistémica, el sistema familiar está compuesto de cuatro propiedades fundamentales:

- 1) Unidad: el funcionamiento del sistema
- 2) Morfofostásis: tendencia al equilibrio
- 3) Morfogénesis: tendencia a adaptarse a los cambios externos e internos.
- 4) Causalidad circular: una conducta *A* causa o controla a *B*, y ésta a su vez es controlada por *B*.

Entre los elementos del sistema se observa una conducta interactiva que se conceptualiza en términos de secuencia, así una conducta obedece a todo un conglomerado procesual de interacciones entre los miembros, que está en función de los cuatro elementos anteriores.

Las secuencias dentro del sistema obedecen, entre otros, a aspectos motivacionales, actitudinales de sus miembros que le generan su propia lógica al sistema, dado que se encadenan las secuencias para formar pautas de comportamiento complejo, de ahí que sólo se entiende al sistema situándose el observador, dentro de su propia lógica. Por ello se describe al sistema familiar en términos de secuencias, morfofostásis y demás elementos (Navarro, 1992).

El sistema está influido y delimitado por influencias extremas, como internas. La sociedad ejerce un fuerte control sobre los cambios que se generan dentro del sistema y de cómo el sistema familiar lo aborda (morfogénesis).

La generación del conocimiento social, su inclusión a éste, y el dominio general para formar parte de una comunidad, de sus valores, costumbres, creencias y modos de relación con los semejantes y otros significativos tiene su base sobre la dinámica de la función familiar (Ackerman, 1969 y Roggof, 1993). Es ésta una de las principales fuentes de influencia en la que se provee de las herramientas necesarias para la inclusión del individuo a un grupo sociocultural determinado como elemento integrante de aquél del que se es parte.

La familia, como unidad básica de la sociedad está encargada de proveer las condiciones necesarias para que el hombre y la mujer procreen hijos y

proporcionen sustento y seguridad a estos. Como lo expresa Ackerman "la familia es literalmente la cuna de la tierna mente del bebe, así como es cuna del cuerpo de éste" (1969, p. 10).

La familia cumple con la enorme responsabilidad de moldear la personalidad de cada uno de sus integrantes, y además tiene como una de sus principales responsabilidades la socialización de sus miembros y si ésta llega a fracasar, lo hace también cada uno de sus miembros convirtiendo a éstos en representantes de la anomia social, la desinstitucionalización y la enfermedad mental.

La familia como sistema ecológico está en constante interacción con actividades provenientes del exterior regulándose desde dentro, aún así, la función integral de la familia es adaptativa ya que su supervivencia sólo se concibe adaptándose a los cambios del medio circundante. La familia, como toda organización social, posee diversos elementos que la estructuran y la regulan; y como grupo reúne los elementos en los que como dice Bleger (1971) con referencia a los grupos éstos están conformados por "un conjunto de individuos que interaccionan entre sí compartiendo ciertas normas en una tarea" (p. 34).

Los lazos que la unen están en función de lo que se intercambia entre los miembros: amor, protección, bienes materiales e información (Ackerman, 1969). Una de las configuraciones principales en la estructura de la familia es la que está conformada por el rol que cada quién ejerce dentro de ésta. Un rol es una categoría estereotipada de conducta, con ciertos elementos y límites a los que el encasillado se tiene que adaptar; así se tiene, dentro del núcleo familiar los roles básico de Padre, Madre, Hijos.

Estos estructuran la unidad mínima familiar. Los roles también ejercen una fuerte influencia sobre la identidad de los miembros de ésta ya que les da un lugar en el mundo, un sentido de quienes son y de qué es lo que hacen; la identidad psicológica de la pareja marital está modificándose por el o los hijos, y estos también por los padres.

Los valores e identidades van cambiando conforme influyen situaciones tanto externas como internas, esto modifica los roles y la identidad de cada uno de los miembros, y es dentro de este devenir en el que surge la personalidad y la adaptación social del hijo. Esto es un factor fundamental para la sana o la disfuncional relación familiar, ya que es la familia quien determina la dirección emocional del hijo, y la estabilidad de la familia está en relación directa de este patrón de relaciones e intercambio emocionales.

Ackerman (1969) propone que la investigación de las relaciones familiares se enfoque a tres dimensiones. Información de gran utilidad para la detección de factores tanto de riesgo como de protección que se encuentran en el sistema familiar.

- 1) La dinámica de la familia como un grupo.
- 2) Los procesos de integración emocional del individuo a sus roles familiares y la reciprocidad básica de las restricciones de rol.
- 3) La organización interna de la personalidad individual y su desarrollo histórico.

La organización familiar está dirigida por los cánones sociales y sus metas comunitarias; así la familia proporciona individuos que cumplan con esas metas y con los cánones comunitarios que prometen el progreso social. De este modo las metas de la unión familiar pueden delinearse como sigue: unión e individuación, cuidado de los niños, cultivo de un lazo de afecto e identidad, satisfacción de necesidades recíprocas, entrenamiento para las tareas de participación social, incluyendo el rol sexual, y el desarrollo y la realización creativa de sus miembros.

Además de los lazos emocionales, que estabilizan a la familia, existen ciertos cordones de tensión en la forma de relación de los miembros de ésta que son las normas las reglas intra familiares. Uno de los principales problemas surge cuando dentro de la familia, los miembros comienzan por romper las normas y generar cambio en el ejercicio del control parental, y surge una crisis en la que la dinámica se modifica o genera conflictos mayores, incontrolables para los miembros de ésta (Jackson, 1981, citado en Ackerman, 1981, p. 78).

Las normas y su establecimiento, puede ser tácito e inconsciente, lo que significa que muchos de los modos de normar conductas dentro del seno familiar están determinados simbólicamente, en donde cada uno de los miembros infiere e interpreta señales de los demás participantes, que le modifican la conducta ya para crear nuevas relaciones o para limitarle sus relaciones.

Esto último resulta particularmente complejo si un observador extremo trata de decodificar las señales que se están transmitiendo entre los miembros, ya que éstas, dado su carácter tácito, han sido aprendidas desde la infancia quizá y generalmente no se someten a juicio, si no hasta que surge alguna variante que las haga merecer la atención de sus miembros (Zerubavel, 1997). En estos casos la regla funge más como una metáfora que como un sistema lineal de significado así, las reglas propiamente dichas se transforman en normas, siendo éstas las responsables de la originalidad familiar, como expresa Jackson: "por lo común, las normas son fenomenológicamente únicas en el caso de cada familia observada, la norma es un índice o línea básica en relación con el cual se mide la conducta familiar y en torno del cual varía en mayor o menor grado" (1981, p. 146).

Así, el foco de atención para el análisis familiar se centra en la norma como reguladora de la conducta de los miembros. La familia así entendida, se caracteriza por ser un sistema homeostático u homeodinámico (según la expresión de Ackerman, 1969), que se regula por sí mismo.

Las normas, como mecanismo homeodinámico resultan ser el, *toma y da* de las relaciones familiares, son éstas las flexibilizadoras de las reglas, aunque no dejan de ser reguladoras de la conducta. Así, la conducta de los miembros puede fluctuar en un sentido o en otro alrededor de la norma. En la medida en que la conducta se aleja de la norma se activa el mecanismo homeostático, consistente en el sometimiento del miembro "anormal" propiamente dicho, al sendero de lo establecido (Ackerman, 1981).

Del establecimiento de las reglas, normas y métodos homeostáticos se delinea la personalidad de los miembros y de cómo estos afrontan y se adaptan a diversas

situaciones del mundo social que, como se mencionaba con anterioridad, es una de las funciones principales de la familia, la sana individuación de sus miembros y el adecuado encauzamiento de sus individuos al progreso socialmente establecido.

Después de haber delineado someramente el papel de la familia como un sistema que regula y determina la conducta de los individuos y de su papel en la salud o enfermedad, se expondrán algunos de los patrones que se encuentran en familias de personas anoréxicas.

Palazzoli (1997) en su libro “Family Games” describe algunos patrones como los siguientes:

Estadio 1. Existe un juego entre los padres en el que nunca uno obtiene una respuesta deseada del otro.

Estadio2. La hija con anorexia empieza a estar implicada en el juego de los padres desde muy temprana edad. O bien asume el punto de vista de la madre y es calificada como la que más ayuda en casa o toma el partido del padre, es su favorita y no puede entender la forma en la que su madre lo trata.

Estadio 3. Al llegar a la adolescencia pueden suceder dos cosas: que la paciente cambie a la madre por otro objeto de amor, que puede ser un hermano, o bien se intensifica la relación con el padre, lo que provoca que cuando entren en juego los cónyuges la persona con anorexia nervosa tome partido por el padre de una manera encubierta. La paciente se siente más cercana al padre, en oposición común a la madre.

Estadio 4. Es un período de tensión en las relaciones. La dieta, puede entrar como un arma para la diferenciación de la madre, o es utilizada como un desafío directo hacia la madre. En este caso el padre se aliará a la madre y la lectura de este comportamiento en la paciente será que en vez de entender su mensaje (quiero independencia) y unirse a ella, el padre “perdedor” se pone del lado del otro al desaprobar la conducta de la hija.

Estadio 5. Viene marcado por el cambio de actitud del padre. La hija siente que el padre la ha traicionado y su actitud es de rechazo y resentimiento hacia él. Reduce su ingesta al mínimo, es la única forma que tiene de someter a su madre y enseñar a su padre hasta dónde es capaz de llegar.

Estadio 6. La paciente ha experimentado el poder que le confieren los síntomas. Cada miembro elabora estrategias a su servicio basadas en la firme convicción de que el síntoma persistirá. Selvini (1990) llama "embrollo" a un proceso interaccional complejo que aparentemente, se desarrolla alrededor de la estrategia de mantener como privilegiada una relación diádica transgeneracional (madre/hija, padre/hija) que, en realidad, no lo es en absoluto. Esta relación no está basada genuinamente en el afecto si no que es un arma contra un tercero generalmente la esposa.

Estos seis estadios describen cómo el inicio del síntoma anoréxico es la expresión de un proceso interactivo global dentro de la familia que se ha denominado el juego interactivo y que también se ha descrito para la esquizofrenia.

Lo novedoso es cómo se describen la serie de coaliciones dentro de las familias disfuncionales.

Mará Selvini (1990) y su equipo encontraron que las familias con un miembro que padece anorexia nervosa son un sistema, en el que:

- Existe la voluntad de comunicar.
- Cada miembro del sistema se define a sí mismo, en la relación, de una manera coherente.
- Con mucha frecuencia cada uno de los miembros rechaza mensajes de los demás, tanto en el nivel de contenido como en el de relación.

La anorexia fluctúa entre dos polos: el de la espontaneidad y el de la coerción y lanza la siguiente pregunta ¿la paciente no quiere comer o no puede?, ambas hipótesis son correctas desde un punto de vista epistemológico. Sin embargo, la paciente declara una sola hipótesis y es correctiva: **no puede comer**. Frente a estas pacientes se debe prestar especial atención, por parte del terapeuta:

1. A la noción errada de que la paciente se apropia del control unilateral del sistema.
2. A la convicción de la paciente acerca de que el "sí-mismo", o mente, trasciende de su cuerpo y que puede librar una batalla victoriosa entre su cuerpo y el sistema familiar.
3. Al hecho de que nunca se emprende esa batalla en primera persona, sino en nombre de una abstracción (el síntoma anoréxico), de la cual no se puede considerar responsable a la paciente.
4. Al hecho de que se estima que esa abstracción es "maléfica" porque obliga a todos a sufrir.

La estrategia en la terapia sistémica es poner a todos los integrantes de la familia en un mismo nivel, esto previene ataques por parte de unos miembros hacia la paciente. La meta principal del equipo terapéutico es que la familia descubra, interrumpa y eventualmente, cambie sus reglas de juego. Que la familia pueda crear una solución a su problema (Carloson, Sperry y Lewis, 1997).

Habiendo observado las modalidades de comunicación se atribuyen motivos positivos para el patrón de comportamiento sintomático de una familia o individuo; a esto se le conoce como "connotación positiva" y no va dirigida a una persona en particular sino a las tendencias de automantenimiento del sistema global; esto ayuda a que la familia reduzca su resistencia al cambio, ya que se está viendo el síntoma desde el punto de vista homeostático (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1989), aún cuando los comportamientos sean los que se etiquetan en Psicología como destructivos y perjudiciales.

Según Selvini (1990) la connotación positiva está cargada de mensajes implícitos donde el terapeuta no ataca ni a la anoréxica ni a la anorexia e interviene con paradojas en el tratamiento. Sin embargo como el objetivo de la presente investigación no es el abordaje terapéutico o rehabilitación de pacientes anoréxicas, si no la localización de los factores de riesgo y de protección con respecto a la enfermedad no se desarrollara cómo es que el terapeuta desarrolla la intervención sistémica.

2.3.3 APROXIMACIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL

Puede decirse que la teoría cognitivo-conductual está fundada en dos escuelas teóricas principalmente: La conductual y la psicoanalítica. Hay propuestas acerca de que la teoría cognitiva surgió de la modificación de conducta trabajo realizado por Bandura (1978). De la escuela conductista los teóricos cognitivos-conductuales adoptaron el método científico, como el establecer metas claras, enfocarse en el cambio conductual y una gran variedad de técnicas y estrategias derivadas de la terapia conductual.

Dentro del psicoanálisis, la tendencia hizo énfasis en la cognición, culminando en la fundación de la escuela cognitiva (cognitive- volitional school).

El principio de la psicoterapia cognitiva como una escuela de pensamiento separada coincide con la partida de Beck y Ellis (1958) del psicoanálisis para desarrollar una nueva terapia en la primera mitad de los años 60's.

De la escuela psicoanalítica la terapia cognitiva ha recogido la importancia de comprender las características individuales, es decir todo lo subjetivo, las percepciones del paciente sobre sí mismo y sobre el mundo, el diálogo interno y los procesos que pueden influenciar la percepción de una persona de situaciones pasadas, presentes o futuras y la importancia del insight. El término Cognición se refiere a ideas, constructos personales, imágenes, creencias, expectativas, atribuciones. No sólo se hace referencia a un proceso intelectual si no a patrones complejos de significado en los que participan emociones, pensamientos y conductas.

En palabras de Bruner (1980) "el concepto fundamental de conducta humana es el de significado y los procesos y transacciones que se dan en la construcción de los significados" (citado en Feixas, 1993, p. 72).

Autores posteriores a Skinner, principalmente Bandura (1959), pusieron de manifiesto que ciertas conductas eran resultado de contingencias tanto ambientales como cognitivas, es decir, que la percepción o el pensamiento o la actitud de una persona hacia un estímulo también determinaba su conducta y que

era posible utilizar estos nuevos elementos en el Análisis Conductual y sobre todo en los métodos de tratamiento.

De acuerdo con la definición según Beck y Hollon (1986), la terapia cognitivo-conductual incluye las aproximaciones que intentan modificar desórdenes existentes o anticiparlos, alterando las cogniciones o los procesos cognitivos (Beck y Hollon, 1986 citado en Brabendery y Fallon, 1993, p. 43). Kendal y Bemis (1983) incluyen todas las aproximaciones que comparten la meta de corregir una relación desadaptativa entre eventos y cogniciones con base en la premisa que un desorden en el proceso de mediación dan pie a estados emocionales y patrones conductuales desadaptativos (Brabendery y Fallón, 1993). Una cognición se puede definir como pensamientos automáticos, habituales y creíbles o imágenes visuales que generalmente operan fuera de la conciencia inmediata del individuo pero que puede ser identificada (Beck, 1979, citado en Gamer y Garfinkel, 1997, p. 63).

Beck (1976) utilizó la terapia cognitiva con pacientes depresivos y fue utilizado por primera vez con pacientes bulímicos en 1985, por Fairburu Thompson.

La premisa del enfoque cognitivo-conductual sostiene que hay una interacción entre las maneras en las cuales los individuos se conceptualizan y construyen a sí mismos, sus mundos y su futuro. El foco principal son las cogniciones y la corrección de cogniciones defectuosas.

Este enfoque (cognitivo-conductual), se compone de dos aspectos: aspectos conductuales y aspectos cognitivos. Los aspectos conductuales comprenden un conjunto de técnicas terapéuticas con el objeto de cambiar directamente conductas anómalas, es decir se enfocan al aquí y ahora.

El modelo propone que las percepciones de un individuo o cogniciones (generalmente negativas) acerca de sí mismo, el mundo y el futuro son el resultado de distorsiones perceptivas. Estas distorsiones se generan cuando un estresor interno o externo activa un esquema cognitivo subyacente, siendo este el

substrato de donde emergen las distorsiones cognitivas (Brabendery y Fallon, 1993); esto pudiera ser lo que sucede con las mujeres que desarrollan anorexia.

Dentro de la escuela cognitivo-conductual existen conceptos centrales. Uno de ellos es la tríada cognitiva. Esta se refiere a las visiones negativas o distorsionadas que los individuos pueden tener acerca de: 1) ellos mismos; 2) el mundo y 3) el futuro (Brabendery y Fallón, 1993).

Están también los esquemas cognitivos. Las personas organizan de manera individual las experiencias sociales e información acerca de sí mismos en categorías, a esto se le llama esquemas. Son estructuras cognitivas duraderas que funcionan procesando, organizando e integrando información compleja (Garner y Garfinkel, 1997).

Los desórdenes emocionales se dan cuando se confía desmesuradamente en ciertos esquemas demasiado rígidos o extremos, que llevan a interpretaciones disfuncionales, erróneas o poco realistas.

Dentro de este marco teórico se ven como condiciones problemáticas y anómalas tanto los aspectos sintomáticos (hábitos alimentarios inapropiados, bajo peso y los miedos ante determinados alimentos), como los no sintomáticos o indirectos (baja autoestima, escasas relaciones tendencia al aislamiento, ambivalencia) que determinan o mantienen un trastorno alimentario (Toro, 1996).

Los aspectos cognitivos comprenden las creencias y pensamientos irracionales del paciente hacia la comida, el aumento de peso y la imagen corporal como termómetro para medir el valor de una persona. Las distorsiones cognitivas son el resultado de esquemas subyacentes o un sistema de creencias (por ejemplo la religión). Cuando se tiene una creencia aún cuando hay evidencia que la refuta o cuando existe una aplicación inflexible de alguna creencia, ésta se vuelve disfuncional (Freeman, 1987, citado en Brabendery y Fallón, 1993, p. 31). La terapia cognitiva parte de la premisa que, si estas cogniciones y creencias son autocriticadas y rechazadas por el paciente, entonces el miedo desmesurado a engordar y la preocupación excesiva, por la comida y el peso se superaran.

La terapia cognitivo-conductual está diseñada para ayudar a los individuos con anorexia o bulimia nervosa a darse cuenta del grupo de reglas rígidas elaboradas que gobiernan su comportamiento, desafiarlas y adoptar actitudes y conductas más adaptativas.

Dentro de la Psicología Cognitiva la anorexia está construida en términos de déficits cognitivos individuales y constructos que han sobrevalorado actitudes y creencias que resultan disfuncionales, las cuales pueden ser tanto causa como resultado de los efectos psicológicos de la inanición. La anorexia nervosa ha sido construida en términos de una falta en la capacidad del pensamiento abstracto (que caracteriza la etapa de pensamiento formal) en términos de una pobre ejecución cognitiva, y en términos de pensamientos irracionales como son el pensamiento de todo o nada, el pensamiento supersticioso y el pensamiento egocéntrico. Aunque algunas investigaciones contradicen esto último argumentando que las anoréxicas ejecutan igual o mejor estos procesos cognitivos.

El discurso cognitivo ha constituido a la anorexia como una manifestación de esquemas sobrevalorados con relación al peso y la comida. Sin embargo es prioritario señalar que esta visión individualista de la anorexia no es radical, ya que las cogniciones se comparten en un contexto social (Zerubabel, 1997), así la anorexia se convierte de un problema de percepciones individuales a un problema de percepciones socioculturales y políticas, como es el caso de algunos países en los cuales la anorexia es considerada un problema de salud pública.

Durante el proceso de la anorexia nervosa se presentan cambios a nivel cognitivo, es decir, existen distorsiones cognitivas relacionadas con el aspecto y valoración estética del cuerpo y se manifiestan de forma reiterativa a lo largo del cuadro. Estos pensamientos se expresan como: estoy muy gorda; para alcanzar la felicidad debo estar delgada; para gustar debo estar flaca; y debo dejar de comer y controlarme. Estas constantes de pensamiento se presentan comúnmente en el trastorno, como contingentes de gran influencia para el sostenimiento de la conducta anoréxica.

Como señala Toro (1987), teniendo presente que la anorexia es un trastorno esencialmente adolescente / juvenil, apunta que el error puede resultar del fracaso en adaptar las propias percepciones al reciente cambio de la forma corporal. Wadsworth (1989) basándose en Piaget, sugiere un predominio excesivo de los procesos de acomodación sobre los de asimilación. Profundizando, Piaget (1969) describe a la asimilación como un proceso cognoscitivo mediante el cual las personas integran nuevos elementos preceptuales, motores o conceptuales a los esquemas o patrones de conducta existente. Mientras que la acomodación consiste en la creación de nuevos esquemas o de la modificación de los antiguos, de cualquiera de las dos formas se da un cambio o desarrollo en las estructuras o esquemas cognoscitivos. Todo cuanto preocupa, es más atendido y observado, facilitándose así la distorsión del precepto. Preocuparse de algo es ocuparse aunque sea mentalmente y acompañado de ansiedad. Dentro del cuadro anoréxico hay evidencia de alteraciones interoceptivas (percepción interna).

Los sujetos que padecen de anorexia nervosa perciben de modo distorsionado los estímulos que en los sujetos normales se asocian a la saciedad. Su percepción de la saciedad parece estar más relacionada con sus experiencias cognitivas de la alimentación que con los estados internos. Garfinkel y Garner (1982) sostienen que pueden presentar un déficit en los mecanismos reguladores de la ingestión de carbohidratos, o pueden tener factores cognitivos mediadores de la ingesta que logran prevalecer sobre los mecanismos internos.

En el cuadro de la anorexia nervosa parece ser que los estímulos internos relacionados con el hambre, saciedad y otras sensaciones corpóreas como su falta de respuesta al frío, su aparente inagotable resistencia a la fatiga y la falta de apetito sexual, fueran percibidos de manera anormal. Así como su dificultad para abordar e informar con certeza acerca de sus estados físicos y emocionales. Llegan a presentar confusiones interoceptivas expresada como desconfianza en el sentido de cómo el organismo puede llevar los procesos reguladores automáticos sin control consciente, pueden llegar a considerar algunas anoréxicas que su cuerpo es extraño y desafiante, al cual hay que poner en orden. Estas alteraciones

cognitivas modifican la conducta del que padece el trastorno como: los momentos de la ingesta, el uso de laxantes, la sensación de escaso control y la necesidad de ejercerlo drásticamente (Toro, 1987).

Sin embargo, el desarrollo de la anorexia nervosa no depende únicamente y por separado de las cogniciones y conductas que el sujeto posea o realice, o del tipo de relación alimentaria de la madre con su hijo, tampoco depende únicamente del sistema y patrones familiares del sujeto en riesgo, ni de la predisposición genética que éste presenta. Si se analizan cada una de estas teorías por separado, se obtendrán los factores de riesgo con respecto a la anorexia nervosa; cada una de estas aproximaciones aborda un aspecto fundamental de lo que el ser humano es y de la forma en que funciona, actúa e interactúa, así pues en cada una de ellas se logra obtener algunos aspectos de riesgo y protección a los que el sujeto está expuesto, con respecto a dicho trastorno.

Es indiscutible que en cada una de estas teorías se encuentran datos, hipótesis y hechos acerca de los factores que pueden intervenir en el riesgo para que algún sujeto desarrolle esta enfermedad de tipo alimenticia. El próximo capítulo se da a la tarea de exponer los factores de riesgo de la anorexia nervosa dividiéndolos para su mejor uso y comprensión en: factores individuales, factores familiares y factores sociales, puesto que en estas esferas es donde el ser humano se construye y reconstruye tanto en salud como en enfermedad a lo largo de su ciclo vital.

CAPITULO III. FACTORES DE RIESGO EN LA ANOREXIA NERVOSA

El desarrollo del adolescente puede verse perturbado por acciones, voluntarias o imperadas, del propio joven, que pueden llevar a consecuencias nocivas para su salud. Los principales problemas sanitarios del adolescente son consecuencia de comportamientos riesgosos. El concepto de *joven de alto riesgo* se ha popularizado en los últimos tiempos, pensando en que si se conocen los factores que llevan a estas conductas arriesgadas, se estará en mejor posición para prevenir las consecuencias de éstas, e incluso para tratarlas mejor cuando se presenten (Curso Salud y Desarrollo del Adolescente, 2005).

La anorexia nervosa que como ya se había mencionado con anterioridad, en el cuadro clínico medico y psicológico, es un trastorno de tipo psicológico donde, gracias a la auto-restricción de los alimentos, el cuerpo comienza a degenerarse y enfermarse, así el sujeto pone su salud y la vida en peligro. A lo largo de la investigación documental se ha desarrollado lo que es esta enfermedad, su abordaje y tratamiento según tres corrientes de la psicología, las cuales se han dedicado entre otros aspectos, al estudio profundo de la anorexia nervosa las cuales son, como ya se vio anteriormente: la Psicoanalítica, Cognitivo-Conductual y Sistémica.

Siendo el objetivo prioritario de la presente investigación obtener los factores de riesgo y protectores de la anorexia nervosa, la recopilación de los primeros se obtuvieron de las ya mencionadas aproximaciones de la psicología. Entendiendo por *factor riesgo* como la exposición de una población o sujeto que está asociada a una probabilidad mayor de caer en un trastorno o peligro, y ésta a su vez está estrechamente relacionada con los rasgos individuales del sujeto o población (Ortega, 1999).

Según Costa y López (1998) en su libro “Salud Comunitaria”, los riesgos y peligros para la salud del hombre provienen en lo fundamental de dos factores: a) la variedad de opciones de consumo y prácticas de vida; y b) la vulnerabilidad del proceso individual de tomar decisiones para elegir entre aquellas.

Para lograr una adecuada prevención de la enfermedad, ya sea que se encuentre en un proceso primario o secundario, es de primordial importancia conocer los factores de riesgo y protectores a los que está expuesta una población o individuo. En el caso de la anorexia nervosa no existe una etiología definitiva. Se ha propuesto un modelo multicausal para comprender los factores de esta enfermedad.

En este modelo, cada persona experimenta un rango de factores de predisposición específicos, que incluyen los factores psicológicos, biológicos, socio-culturales y familiares. Se han encontrado factores tanto protectores como de riesgo que son antecedente común en el desarrollo o la prevención de un trastorno alimentario (Woodside, 1993):

- a) Individuales: factores psicológicos y biológicos, de un individuo o población.
- b) Familiares: tipo de desarrollo y sistema familiar.
- c) Socio-culturales: desarrollo y sistema sociocultural al que está expuesto un individuo o población.

3.1 FACTORES INDIVIDUALES

Los factores individuales se dividen en: factores biológicos y factores psicológicos. Los factores biológicos consideran la carga genética y el funcionamiento fisiológico del sujeto; los factores psicológicos incluyen a las cogniciones, emociones y conductas, del sujeto; sin embargo, es bien sabido que cuando un sujeto presenta problemas biológicos presentará también problemas psicológicos y viceversa.

3.1.1 FACTORES BIOLÓGICOS.

Las recientes investigaciones sugieren, que niveles anormales de sustancias químicas predisponen a algunas personas a tener estados de ansiedad perfeccionismo, actos y pensamientos obsesivo-compulsivos. Estas personas parecen tener un perfil más propenso a algún trastorno alimentario como lo es la anorexia nervosa (Toro, 1987).

También existe la hipótesis de que, en la anorexia, ocurre un incremento en la actividad estimulante del cerebro. Esto probablemente podría ser la razón de seguir restringiendo la ingesta porque se sienten “bien”. Al paso del tiempo, la elevación del estado de ánimo sólo puede ser mantenida reduciendo la ingesta de alimento. Se piensa que el ejercicio también produce la secreción de sustancias estimulantes como la endorfina entre otras en el cerebro lo que provoca un sentimiento de bienestar y felicidad, indicando que quien aumenta su ritmo de ejercicio necesita mantener los niveles de esta sustancia en el cerebro. Si estas teorías son correctas, los pacientes con anorexia nervosa estarían tratando de estimular su estado de ánimo e igualan la euforia decrementando su ingesta y aumentando su actividad física.

Además, una vez que una persona comienza a dejar de comer, atracarse, y/o purgarse, estos comportamientos pueden alterar la bioquímica cerebral y servir de apoyo para el sostén o desarrollo de la enfermedad; por ejemplo, tanto la falta de alimento como la sobre alimentación producen estados de euforia y paz reduciendo momentáneamente la ansiedad y la depresión. De hecho, algunos investigadores creen que el desorden de alimentación en la gente puede ser utilizado para evitar sentimientos dolorosos y evitar el mal humor (Abraham y Llewellyn, 1997). Lo cual es contradictorio ya que al paso del tiempo el mal humor y la irritación son una de las tantas consecuencias de este trastorno alimentario. Entendiéndose así que la actividad biológica no está separada de la psicológica y que una podrá estar reforzada por la otra sin importar que fue primero si el huevo o la gallina.

3.1.2 FACTORES PSICOLÓGICOS

El tipo de personalidad parece ser un factor importante; los sujetos obsesivo-compulsivos y sensibles evasivos, presentan más riesgo que otros en desarrollar este tipo de trastornos, como ya se había mencionado en factores biológicos.

Los sujetos que tienden a ser perfeccionistas pueden tener expectativas poco reales de ellos mismos y de otros. El rencor que generan gracias a sus escasos

logros, los hace sentirse incómodos, con defectos y devaluados. Además, ellos tienden a ver el mundo como negro y blanco, sin matices de gris, a esto como ya se mencionó con anterioridad se le llama “pensamiento dicotómico”. Cada cosa es o mala o buena, un éxito o un fracaso, delgado o gordo. Si la gordura es mala y ser delgado es bueno entonces ser delgado es mejor y los sujetos que poseen éste tipo de personalidad quieren y necesitan ser “el mejor”.

Tratan de tomar el control de ellos mismos y de sus vidas, son fuertes y usualmente ganan en batallas de poder donde se hallan a sí mismos, si las cosas no salen como lo tenían planeado lo entienden como pérdida del poder, siendo víctimas derrotadas y resentidas, sintiendo que no valen y que tienen que esforzarse más y controlarse más.

Los sujetos con personalidad de tipo obsesivo-compulsiva presentan conductas alimenticias de riesgo como rituales obsesivos, por ejemplo: desmenuzando la comida, repartiéndola en el plato, escondiéndola en sus bolsillos o en sitios propicios, almacenándola en la boca para escupirla después, tomando alimentos del plato de los demás que luego no prueban, de tal forma que deterioran, sus modos de comer. También los episodios de hiperactividad pueden ser un gran factor de riesgo para el desarrollo de la anorexia nervosa, el entregarse a una actividad física superior a lo normal tanto en intensidad como en frecuencia que se sigue de manera obsesiva (Toro, 1987).

En la página web de monografiasanorexia.com, algunas jóvenes que padecen anorexia nervosa describen cómo fue que comenzó su enfermedad, comentan que gracias a la escuela y trabajo, el poco tiempo para la hora de la comida cada vez se hacia menor, así en vez de comer preferían descansar, otras jóvenes comentan que iniciaron con el trastorno por qué en el deporte que practicaban les exigían estar más delgadas.

Los (as) adolescentes frecuentemente carecen de un sentido de identidad; tratan de definirse a sí mismos (as) manufacturando un exterior socialmente aprobado y admirado, para ello comienzan a modificar su cuerpo por medio de pensamientos

recurrentes; esto para la cultura occidental podría parecer común, por ejemplo, las mujeres adolescentes preocupadas por su apariencia física se concentran casi todo el tiempo en ésta, sin embargo, lo que empieza como una normalidad sostenida por hechos objetivos, se transforma en distorsiones cognitivas, tales como distorsión en la percepción corporal y en la cantidad de alimento, su reiteración va en aumento, convirtiéndose en el tema único y exclusivo, al mismo tiempo que va asociándose con una creciente ansiedad (Toro, 1987).

Garner (1982), trabajó con las irregularidades del pensamiento como un factor altamente de riesgo para desarrollar el trastorno de la anorexia nervosa: concluyeron que se presentaban varias alteraciones (citado en Toro, 1987, p. 43):

1. *Abstracciones Selectivas*: toman ciertos aspectos del tema para hablar de ellos y controlar su conducta.
2. *Generalizaciones Excesivas*: toman conclusiones parciales y las plasman en toda su realidad.
3. *Magnificación de posibles consecuencias negativas*: todo pensamiento negativo por mínimo que sea; se transforma en único y se engrandece convirtiéndose en generador de ansiedad.
4. *Pensamiento Dicotómico*: se vuelven extremistas; todo o nada.
5. *Ideas de Autoreferencia*: miedos dirigidos a ellos mismos para reafirmar su posición.
6. *Pensamiento Supersticioso* aceptando relaciones de causa a efecto entre acontecimientos no contingentes: crean conclusiones drásticas.

Estas alteraciones del pensamiento son factores de riesgo que precipitan la presencia del cuadro, llegando a una toma de decisión en cuanto a una dieta restrictiva, y al mismo tiempo constituyen un factor de mantenimiento resistente a la crítica racional. De esta forma se vuelven cogniciones de origen desadaptativo que envuelven un potencial ansiógeno.

Las personas, apoyadas por estas distorsiones cognitivas presentan autoestima baja, debido a esto no se aceptan a sí mismas, y creen no agradar en general además de que tienden a opinar que no se conocen. Creen carecer de control

sobre su desarrollo corporal, adecuación física y su vida. Valoran negativamente su aspecto personal, es decir, apariencia en general. Son muy críticas con su ingesta en el sentido de cuándo, cómo y qué comen. A veces también presentan obsesión por ciertas partes del cuerpo como muslos, abdomen, caderas y glúteos. Resaltando que son áreas corporales con dimensiones que marcan una clara diferencia entre sexos y géneros y poseen una carga altamente maternizante, ósea de embarazo (Toro, 1987).

Albert Ellis (1975), define una serie de creencias irracionales como factor de alto riesgo para el desarrollo de esta enfermedad, ya que se ha comprobado que llegan a determinar la conducta, así el pensamiento irracional se vuelve contingente en la génesis de la conducta. Algunos de los pensamientos *irracionales más comunes son:*

- *“Es absolutamente necesario ser amado y aprobado por los demás casi en todo momento.”*
- *“Debo ser infaliblemente competente y perfecto en cualquier actividad que emprenda.”*
- *“Las personas que me hieren o me hacen daño son malas, perversas y ruines. Debo culparlas, condenarlas y castigarlas con severidad.”*
- *“Es horrible, terrible o catastrófico que las cosas no vayan por el camino que a uno le gustaría que fuesen.”*
- *“Los sucesos externos causan gran parte de la infelicidad humana y tengo poca capacidad para controlar mis sentimientos o para librarme de una depresión, hostilidad y sentimientos similares.”*
- *“Encuentro más fácil evitar enfrentarme a las muchas dificultades y responsabilidades de la vida, que comprometerme con cosas provechosas de auto disciplina. Si algo me parece peligroso o amenazante debo preocuparme o perturbarme por ello.”*
- *“Mi pasado sigue siendo importante, y sólo porque haya ejercido una enorme influencia en determinado momento de mi vida, ello tiene que seguir determinando mis sentimientos y conductas del presente.”*

- *“Las personas y las cosas deberían ser mejores de lo que son, y debo considerar horrible y espantoso no encontrar rápidamente soluciones buenas a los problemas de la vida.”*
- *“Puedo alcanzar la felicidad a través de la inercia y no la acción, (disfrutando de mí mismo) pasivamente y sin comprometerme.”*
- *“Todas las cosas deben estar ordenadas, y yo debo de estar seguro de ello para sentirme bien.”*
- *“La calificación global que me doy a mí mismo como humano, mi valoración general y autopercepción, dependen de la perfección de mis acciones y del grado de aprobación que me den los demás.”*

Por parte de la teoría psicoanalítica Sours (1973) resume los procesos psicodinámicos que constituyen al factor individual de riesgo de la anorexia nervosa, señalando sentimientos de culpa a raíz de la agresión contra la madre en relación con el conflicto edípico, apatía y depresión por la pérdida del objeto, intento complaciente por acercarse a la madre a través de una identificación regresiva, deseos de muerte contra la madre a través de una identificación regresiva, impulsos incorporativos destructivos, relación hiperdependiente y seductora con el padre, respuesta de evitación ante un intenso conflicto pospuberal, intento de ganar autonomía e independencia en el comportamiento, rechazo del deseo de estar embarazada mediante la privación de alimento, tendencias sádico-orales y formación reactiva contra los impulsos incorporativos y destructivos, control pasivo y hostil de la familia que ha investido a la alimentación de un símbolo cultural, identificación femenina en los pacientes varones, deseo de eliminar la adiposidad asociada a la figura femenina, intento de controlar la sexualidad mediante la privación de alimento que conduce a la interrupción del metabolismo sexual y, por lo tanto, de la excitación sexual, incapacidad de diferenciar las sensaciones que indican necesidad de alimentación de otros estados físicos y afectivos debido al desarrollo bajo la influencia y al servicio de otra persona, perturbaciones de la imagen corporal, de la percepción y

reconocimiento de los estados físicos, omni presente sensación de ineficiencia (Sours, 1973, citado en Chinchilla, 1994, p. 76).

Los factores individuales, como la personalidad del sujeto, son casi determinantes en el desarrollo o prevención de la enfermedad, puesto que el sujeto podría vivir en un ambiente estresante ya sea familiar o socio-cultural y aún así no presentar riesgo a enfermar, o por el contrario puede ser, el ambiente promotor de la salud física y psicológica y el sujeto gracias a su personalidad podría correr el riesgo de desarrollar un trastorno, como es la anorexia nervosa; así que lo que para un sujeto podría ser un factor de riesgo para otro no, o inclusive podría ser asimilado como un factor protector.

3.2 FACTORES FAMILIARES

Comprender el síntoma, en este caso la anorexia nervosa, desde el concepto de unidad, familia, supone entenderlo dentro del marco ecológico de conductas en que se halla inmerso.

Como ya se había mencionado en el capítulo de la aproximación sistémica, el síntoma aparece como una necesidad del sistema en conjunto, no de los individuos en particular (Navarro, 1992). El síntoma aparece de manera insidiosa y procesual del ciclo familiar. En la evolución de la familia las alteraciones del mundo externo la llevan a adoptar posiciones adaptativas, ya que es una de sus funciones y de no hacerlo se puede dar una respuesta potencialmente patológica. Es por ello que al sistema familiar también se le puede considerar un factor de riesgo o protector y no solo de la anorexia nervosa, si no también de conductas agresivas que pueden terminar en encarcelar al que las produce, o adicciones de drogas, alcohol y relaciones conflictivas entre otros muchos ejemplos.

La adolescencia es uno de esos momentos en que se conjugan diversos cambios y nuevas exigencias tanto dentro del sistema familiar como provenientes de la sociedad, así suponiendo que es esta etapa susceptible de cambios desestabilizadores del sistema y por lo tanto, de génesis de respuestas patológicas, como lo puede ser la anorexia (Blos, 1979).

Sin embargo, el trastorno no es algo “que le pase “a un miembro de la familia sino que le ocurre a todo el sistema en general, se desindividualiza el etiquetamiento o la atribución de patología que excluye al sistema familiar (Navarro, 1992). La patología se constituye a partir de los sistemas de interacción del medio social en el que aparece, así que su abordaje es desde patrones de conductas interactivas.

Levant en 1983 (citado en Navarro, 1979, p. 56) proporciona un Modelo Procesual de trastorno mental que consiste en que éste deriva su fuente de la interacción de los miembros de la familia, así el síntoma se considera como una parte de la pauta interaccional. Existen tres tipos de modelos procesuales:

- a) El conductual: basado en los refuerzos contingentes que sostienen una conducta.
- b) El comunicacional: se buscan secuencias repetitivas que den una definición operativa a las reglas del sistema familiar.
- c) El de roles: se describe la configuración de los roles que los miembros de la familia juegan en la interacción.

Las relaciones familiares son una forma de socialización entre los miembros de ésta y como agentes socializadores incorporados a la sociedad por la misma familia. Dado que la familia proporciona elementos de expresión emocional, son estos delineados en un sin número de formas. La alimentación de los niños en todas las culturas forma parte no sólo de la función biológica de la madre, sino también del papel sociocultural de la maternidad. De este modo, comer o no hacerlo, comer mucho o poco, comer “de todo” o selectivamente, son hechos que encuentran un significativo lugar en las relaciones interpersonales del grupo familiar (Toro, 1989, citado en Saucedo 1998, p. 31).

La madre que crea dentro del hogar una atmósfera de seguridad y bienestar, refuerza los valores y actitudes positivas hacia los alimentos, por otra parte en un ambiente de hostilidad, ira, tensión y ansiedad, se forman imágenes desagradables así como valores y actitudes distorsionados. En esta atmósfera también puede existir una preocupación excesiva con respecto a los alimentos. En algunos hogares, la hora de las comidas tiene una gran parte ritual, el pan viene a

ser “la base de la unión familiar”. En otros, la comida transcurre de forma apresurada. Puede también ser la ocasión en que los miembros de la familia saquen a relucir sus problemas y se ocasionen conflictos y agresiones. A menudo se utiliza el alimento como recompensa, castigo o un medio de soborno. La familia puede tener un sentimiento de recompensa así como de expresión de cariño materno cuando se sientan a la mesa a consumir sus alimentos favoritos o cuando se les prepara un platillo especial y por el contrario, pueden sentirse castigados o despreciados cuando la comida incluye alimentos que les desagradan. Incluso hay madres que comentan a sus hijos que eso hay de comer por que se portaron mal.

Observaciones de patrones dietéticos en diferentes países y en diversos grupos étnicos parecen indicar que la principal razón en la variación dentro de la selección y preferencia de los alimentos, puede atribuirse a la cultura, al significado de la maternidad y la experiencia individual (Saucedo, 1998).

Las evidencias etnográficas revisadas por Dettwyler (1989) sobre el último aspecto señalado, presentan una amplia variación desde las posturas negativas (forzar y obligar a comer, castigar físicamente o restricciones físicas durante la comida abocando frases de culpabilidad, distracciones, juegos, estímulos o coacción, adulaciones, alabando o engrandeciendo la comida, comidas especiales para niños total libertad de elegir alimentos) hasta las posturas positivas. Esta revisión parece concluir con el hecho de que aquellos niños que son forzados a comer tienden a ser adultos obesos o anoréxicos y aquellos cuyos padres son sumamente laxos y permisivos presentan diversos grados de desnutrición (Dettwyler, 1989, citado en Saucedo, 1998, p. 34).

En el caso de las personas que sufren de anorexia nervosa, algunas de ellas en entrevista clínica han declarado sentirse en sus familias, como sofocadas y/o abandonadas, poco comprendidas y solas. Padres quienes sobrevaloran la apariencia física pueden, sin darse cuenta, contribuir al trastorno. También pueden provocarlo aquellos que hacen críticas o comentarios, aún en broma, acerca de los cuerpos de sus niños. Este tipo de familias tienden a ser sobreprotectoras, rígidas, e inefectivas para resolver sus conflictos. Algunas veces tienden a ser

emocionalmente frías. Existen, frecuentemente altas exigencias y expectativas de éxito y propósitos. Los niños no aprenden a resolver sus dudas, miedos, ansiedades e imperfecciones. En cambio tratan de resolver sus conflictos manipulando el peso y la comida.

Los patrones se observan aún en la infancia, incluyendo hábitos irregulares y programas de alimentación, otro factor de riesgo de gran peso es el uso de la comida como recompensa y castigo a las exigencias de los padres o escuela, comodidad o algunos otros propósitos no nutritivos, preocupar a las hijas sobre el peso, ésto principalmente lo hacen las madres con problemas de obesidad o trastorno de anorexia o bulimia, heredando sus “obsesiones” a las hijas.

Sin embargo aún no se ha determinado si las hijas de madres con algún trastorno alimenticio, desarrollan o desarrollarán ellas mismas el trastorno cuando alcancen la adolescencia, de acuerdo con un reportaje publicado en la International Journal of Eating Disorders (1999) las madres que han padecido anorexia y/o bulimia o atracones se ocupan más de los problemas relacionados con la comida y el peso, que aquellas madres que nunca han tenido un problema de este tipo.

Las familias con integrantes que padecen anorexia nervosa tienen una característica predominante, las relaciones entre sus miembros están tan enredadas que los límites entre las personas son demasiado débiles como para definir y protegerlos. Lo que lleva a las familias a un tipo de dependencia donde la lealtad y la entrega son fundamentales para el bienestar del grupo, siendo ésto lo que se debe proteger a toda costa, generando un terreno fértil para la respuesta somática a la tensión psicológica. La familia con algún integrante que padece de anorexia nervosa es una familia psicosomática, encubre los conflictos y las maniobras dirigidas a controlar, se disfrazan de preocupación y protección (Minuchin, 1985).

La negativa a alimentarse, que la paciente presenta con su síntoma, no parece armonizar únicamente con el acto reiterado del rechazo, con lo que constituye una redundancia, sino también con otro; los padres definen la relación con sus hijas en

términos de “Alimentantes” y “Alimentada”. La hija defiende su relación de manera opuesta a su conducta anoréxica, que le sirve para adquirir una posición de superioridad en el juego fundamental de la supremacía en la definición de la relación. Esta definición no se hace en primera persona, si no en nombre de la enfermedad, es decir de una cognición ingeniosamente manifestada en el acostumbrado tono moralista y ritual del grupo familiar.

A continuación se presentan ciertas pautas de comunicación y de roles familiares como factor de riesgo para la adquisición del trastorno de tipo alimentario:

- Todos los miembros de la familia muestran grandes dificultades para ejercer abiertamente el rol de líder.
- Está prohibida toda alianza de dos integrantes contra un tercero.
- Ninguno de los miembros se responsabiliza de una culpa.

Los principales aportes para compilar algunos de los patrones familiares de la anorexia, que ayudan en el estudio de los factores de riesgo, emergen de investigaciones de tipo estadístico en las que los datos han sido recolectados de cuestionarios contestados por miembros de familias de esta índole y por observaciones clínicas provenientes de video tapes, en los que se observan interacciones familiares. Minuchin (1985) propone ciertos elementos subyacentes en las familias con integrantes que presentan anorexia nervosa:

- Hostilidad,
- Entrometidas, con pocos límites demarcados,
- Sobre protectoras,
- Extrema rigidez en sus jerarquías, lo que provocaba el establecimiento del “*status quo*”,
- Evasiva de conflictos y con pocas habilidades de afrontamiento ante éstos.

La familia es la cuna, más relevante, del desarrollo de la personalidad de un individuo, pudiendo presentar factores altamente de riesgo o protectores en su sistema de comunicación y roles; sin embargo, cada uno de los miembros del sistema familiar interactúa en otro sistema llamado social, ya sea en pequeños o

enormes círculos. Bandura (1959) señala que no solo el medio ambiente modifica al sujeto si no también el sujeto modifica su medioambiente donde a su vez éste modifica a otro sujeto, es por ello que en la investigación el contexto socio-cultural no puede dejarse de lado.

3.3 FACTORES SOCIALES

El hombre descubre que tiene un cuerpo y la noticia se difunde y genera discursos y prácticas que son marcadas por la influencia de los medios de comunicación. El dualismo contemporáneo opone al hombre y el cuerpo se encuentra en un lugar privilegiado, se busca su bienestar y surgen los cosméticos, los productos “Light” y el “Body Building” (Construir el cuerpo) [Le Breton, 1990].

Las interpretaciones y estudios sobre el cuerpo son diferentes según la sociedad y el momento histórico y estos resultados se reflejan culturalmente en el estatus socio-cultural, en el rol sexual, económico, religioso y político de los individuos. Aunque el control sobre el cuerpo es ejercido tanto en las mujeres como en los hombres, es innegable que es el cuerpo femenino objeto de una mayor atención y modelamiento (Méndez, 1995). Y a partir de los años 70 la moda y sus modelos exigían cuerpos exageradamente esbeltos como representantes de la feminidad, para poder poseer esa figura, únicamente la auto-inanición sería el camino, puesto que ésta es una de las prácticas de las modelos.

La auto-inanición ha sido considerada siempre como un fenómeno extraordinario a lo largo de la historia, aunque visto como una conducta desviada, siempre ha sido un fenómeno causante de intriga que todavía, actualmente, no ha perdido su interés. La anorexia nervosa resulta ser en un principio, la afirmación de las demandas culturales, en forma de protesta encubierta en un lenguaje místico o sintomático; mas al avanzar la enfermedad, se convierte en una parodia odiosa, caracterizada por el temor y la intimidación que causa, se convierte en la caricatura del ideal de delgadez obsesivamente perseguido por la cultura del siglo veinte (Unikel, 1998). Los medios de comunicación, apoyándose en esta obsesión, han logrado realizar un imperio de la moda sustentándolo en la delgadez extrema

del cuerpo femenino y atlético, aspecto del cuerpo masculino como forzoso prototipo de belleza occidental. La difusión de la moda no sería lo que es hoy sin la presencia de los modelos, y no tanto la vestimenta sino la figura que estos presentan (Toro, 1996). El término modelo, se ha acuñado apenas hace algunos años ya que a estas mujeres se les conocía como maniquíes, lo cual es comprensible, ya que lo que hace el maniquí es solo llevar una prenda, sostenerla. El término modelo lleva, en sí, una connotación muy diferente. Un modelo es un prototipo a seguir, es alguien del que se debe aprender.

El fenómeno de las modelos no es nuevo, todo autor recuerda a “Twiggy” como la iniciadora de las modelos extra delgadas y con apariencia de enfermas y adictas a finales de los años 60’s, desde entonces el culto a la delgadez ha ido en ascenso (Martínez- Fornés, 1995).

“Desde Twiggy en los años 60, hasta Kate Moss en los años 90, las top-models que semejan muchachos sin pecho y de pequeño trasero, parecen ser cualquier cosa menos femeninas. Y así se ha hecho deseable y literalmente modélico ser delgada” (Toro, 1996, p.134). Los especialistas de moda sugieren que esta imagen corporal se trata de ideales y es por esta razón que una modelo no puede tener un aspecto común, aun cuando esto raye en lo patológico, como en la mayoría de los casos, así reforzando la enfermedad entre las modelos.

Incluso en los juguetes se da este mensaje modélico; las muñecas “Barbie” son el más claro ejemplo, representando a una jovencita de brevísima cintura, caderas estrechas y cuello largo, exhibiendo unas piernas largas y finas. Este es el modelo con el que millones de mujeres se identifican desde la infancia (Martínez- Fornés, 1995).

La suerte del varón es que su manera de existir para los demás le estimula a plantearse para sí, el hombre capta su cuerpo como un medio para dominar a la naturaleza y un instrumento para combate. En la mujer por lo contrario hay un conflicto entre su existencia autónoma y su “ser-otro”, le han enseñado que para agradar hay que intentarlo y hacerse objeto, por lo cual debe renunciar a su

autonomía, las mujeres se comprometen a convertirse en ídolo. Se les trata como “muñecas”, deseando que sean o luzcan como la ideal (Beauvior, 1940, 1998).

Las revistas femeninas ofrecen un recetario para alcanzar estos modelos de delgadez, a través de ellas se propone un modelo de mujer que debe poseer capacidad seductora, capacidad física en el trabajo del hombre, la disponibilidad sexual de una prostituta y el aspecto físico de una modelo. El éxito, la modernidad y la inteligencia son cualidades que sirven para que muchas mujeres y hombres legitimen su culto a la delgadez, ya que se ha convertido en un ideal a alcanzar, puesto que así se mide la calidad de vida y la buena salud actualmente (Martínez-Fornés, 1995). En muy poco tiempo, las mujeres han encontrado una serie de nuevas presiones, tales como mayores expectativas de logro, competencia e independencia, valores que se contraponen al rol femenino tradicional. Como consecuencia del incremento de oportunidades; así como de presiones, la dificultad para encontrar una identidad “viable”, ha provocado sensaciones de fragmentación, confusión y duda. En términos de una enfermedad de predominio femenino, las personas que sufren de anorexia nervosa, viven conflictos psicológicos generalizados acerca del rol femenino, centrados en áreas tales como la autoestima, autonomía y logro. La ansiedad, depresión y confusión resultantes, son suficientemente severas para desarrollar síntomas, que a su vez funcionan como defensas ante el estrés psicológico subyacente (Montilla, 2001).

Cada mujer, se ve así obligada a observarse y evaluarse constantemente como si fuera un juez externo. Trata de convertirse en la imagen de la feminidad presentada en los anuncios, revistas y televisión. Los medios de comunicación se han dado a la tarea de promover este culto al cuerpo esbelto.

En el estudio de Nemeroff en 1994, se eligieron tres tipos de revistas periódicas (tradicionales, modernas y de modas) destinadas al público femenino y masculino. De cada revista se analizaron seis ejemplares por año desde 1980 a 1991. Los artículos se contabilizaron dividiéndolos por categorías en función del contenido: “perder peso, belleza, estar en forma y salud”.

El promedio de artículos relativos a perder peso en las revistas femeninas fue de 10.7%, en contraste con los varones que fueron de 0.8%; los concernientes a belleza fueron de 15.8% y 2.7% respectivamente; los correspondientes a estar en forma eran 4.8 y 3.2; y los relacionados con salud 10.5% y 2.0%.

Dentro del análisis de revistas de "Playboy" y de las concursantes en certámenes de belleza en un periodo de 20 años (1959-1978) se encontró que definitivamente la figura se volvía más tubular y delgada. El estudio fue prolongado hasta 1988 por Wiseman (1992) y el resultado fue que las modelos de "Playboy" y las concursantes "Miss América" seguían manteniendo un peso bajo. Más del 50% de estas muchachas estaban por debajo del peso esperado para su talla, edad y sexo (citado en Toro, 1996).

La publicidad centrada en la mujer y en adelgazar se programa para llegar al público femenino a través de revistas, posters, programas de televisión, con una campaña adelgazante con el propósito de mostrar, sino un cuerpo perfecto, sí un cuerpo cuasiperfecto (De Morandé, 1999).

La presión publicitaria y social por una figura femenina cada vez más delgada resulta irresistible para muchas jóvenes que son especialmente vulnerables. El mensaje que les llega es que solo siendo delgada se es atractiva, espiritual, y competitiva con las demás. Para muchas adolescentes no hay autoestima, sin la delgadez.

La publicidad de hoy ha hecho de una enfermedad una mina de oro, ya que a diario salen nuevos productos que prometen dar el cuerpo perfecto sin esfuerzo. Que prometen cuerpos esbeltos sin hambre, y un sin fin de productos para modelar el cuerpo y sentirse más "bello" y "sano". En fin, triunfadores felices y mejores. Santiago Martínez-Fornés (1995) no podría haberlo expresado mejor: "Jamás en la historia, la coacción publicitaria y social fue tan avasalladora" (p.27).

Otro de los factores de riesgo de tipo social, sin duda alguna es el nivel socioeconómico, esta enfermedad de tipo restrictivo, con respecto a la alimentación, anteriormente su mayor incidencia era en niveles socioeconómicos

altos, hoy día su lugar de incidencia también se presenta en el nivel socioeconómico medio.

El nivel socioeconómico es una forma de vida, es un estatus creado por el hombre donde definitivamente tiene que ver el dinero que se posee, pero no solo es cuestión de dinero, también tiene que ver con un estilo de vida más civilizado, entendiéndose por esto “más urbano” y “menos de campo”, los niveles socioeconómicos altos exigen socialmente a los sujetos lucir y tener conductas conforme a los códigos y reglas que se han impuesto entre estas clases, reglas y códigos ya implícitos en la educación de los nuevos miembros de la familia y el círculo social.

Una persona que se dedica a la ganadería de manera exitosa posee una cantidad de dinero que lo colocaría en un nivel de vida alto o sea en un nivel socioeconómico alto; sin embargo, su estilo de vida, historia de vida, procedencia y el tipo de trabajo que realiza diariamente no concuerda con los estilos de esta élite urbana, ni los hábitos y rituales sociales, así como tampoco las exigencias físicas como lo es el peso la talla y la moda, ni las materiales, como lo es la posesión de ciertos objetos con cierto valor monetario. La anorexia nervosa como se ha ido mencionando a lo largo del documento, tiene mucha más incidencia en sociedades con niveles socioeconómicos altos en el mundo occidental; una investigación de Claudia Unikel (1998) con respecto a prácticas de riesgo para la anorexia nervosa y la bulimia nervosa en escuela privadas y en escuelas públicas, encontró que en las escuelas privadas donde existen más prácticas de riesgo, con respecto a la conducta alimenticia, que en las escuelas que el gobierno sostiene, y por lo tanto la educación es gratuita; esto se entrelaza con el nivel socioeconómico que los jóvenes de dicha investigación presentan, en las escuelas públicas los alumnos en su mayoría poseen un nivel económico más bajo que en las escuelas de “paga”. Los jóvenes por querer pertenecer a un círculo social determinado, muchas veces apoyados por los padres realizan prácticas de riesgo que sus otros compañeros también realizan sin ni siquiera saber por qué o quién fue el que impuso esa regla, y sin cuestionarse si esta es congruente y funcional, los jóvenes

y en muchos casos sus padres necesitan dirección para mantener su salud física y psicológica. La toma de decisión individual es cada vez más vulnerable en un contexto en el que no existe una cultura de la salud que pueda equilibrar el enorme desamparo del hombre frente a la jungla de los que se enriquecen a costa del sufrimiento y la muerte (Costa y López, 1998).

3.4 FACTORES DISPARADORES

Otro tipo de factores que se deben tener en cuenta para el estudio de la anorexia nervosa son los llamados factores disparadores, cuando un sujeto tiene tendencia a desarrollar el trastorno de la anorexia nervosa por haber concluido alguna cadena de factores de riesgo, (haciendo referencia a cadena con los factores, familiar, social y psicológico, entrelazándose), algunas veces los sucesos cotidianos o situaciones funcionan como disparador, considerando que un disparador es un factor que marca el momento del inicio de la enfermedad (Toro, 1987), en especial si los adolescentes no saben cómo manejar estos sucesos, que en muchas ocasiones son cambios dentro de la vida los cuales salen de control.

Según Raich (1998) los factores disparadores se pueden dividir en tres grandes grupos:

- a) Eventos de la vida
- b) Cambios en la adolescencia
- c) Acontecimientos vitales potencialmente estresantes

Estos últimos están asociados históricamente con una manera de enfocar y de evaluar la intensidad del estrés experimentado por una persona en una época determinada de su vida. Estas circunstancias demandan una capacidad de respuesta que no se posee en muchas ocasiones; el nivel de tensión se eleva, lo cual puede producir el inicio de un trastorno alimentario.

Los cambios en la adolescencia pueden llegar a ser muy estresantes, ya que suponen nuevos esfuerzos de adaptación y nuevas exigencias. Estos cambios fueron clasificados de la siguiente manera por Compass (1997):

- a) Intimidad, sexo, romance,
- b) familia,
- c) compañeros,
- d) académicos,
- e) de autonomía, y
- f) sociales.

Para los adolescentes el inicio del contacto sexual puede ser específicamente estresante, ya que suponen nuevos esfuerzos de adaptación y nuevas exigencias sociales. Sobre todo los cambios presentados con respecto a la intimidad, el sexo y el romance, inherentemente el reconocer el cuerpo y ser reconocido por el otro.

Este hecho puede estar asociado también a la tendencia de un porcentaje elevado de personas con anorexia a evitar y rechazar el contacto sexual. Los compañeros ocupan un lugar sumamente importante dado que ellos aceptan, objetiva o subjetivamente, a sus pares (Toro, 1987).

Los acontecimientos desencadenantes considerados como vitales incluyen: un cambio de casa, de escuela, una enfermedad importante de un miembro de la familia y la separación de un amigo cercano (Pyle, Michel y Eckert, 1981, citado en Toro, 1987, p. 37).

El fracaso personal también está citado como un factor desencadenante, y éste puede darse en el rendimiento académico, la práctica de alguna actividad lúdica o de competencia (danza o algún deporte), en las relaciones interpersonales, etc. Un incremento rápido de peso se considera igualmente un detonador en los trastornos alimentarios, que puede ir de la mano con comentarios críticos por parte de familiares o amigos. Esto es muy común en las pacientes, ya que es de las cosas que mejor recuerdan cuando platican de cómo se inicio el cuadro. Joseph Toro reporta su estudio de cinco sujetos con anorexia de los cuales cuatro practicaban un deporte, de éstos, tres iniciaron su enfermedad después de que sus respectivos entrenadores los criticaron por algún kilo de más (1987).

Damlouji y Ferguson (1985) encontraron tres casos de anorexia que habían iniciado después de accidentes automovilísticos con traumatismos y modificaciones corporales importantes, ninguna de las tres jóvenes habían presentado síntomas hasta después del accidente. Esto pone de manifiesto la importancia de la imagen corporal valorada estéticamente dentro de la patología de la anorexia nervosa (citado en Toro, 1987, p. 64).

Las dietas también han demostrado ser un factor de riesgo y disparador de trastornos alimentarios. La dieta restrictiva parece la causa más cercana al desencadenamiento de episodios de sobre ingesta, si se tiene la ocasión de romper la dieta. El exceso de actividad física puede provocar el inicio de una anorexia nervosa. Como ya se había mencionado con anterioridad, la hiperactividad es un hecho clínico, precoz y duradero dentro del trastorno, no simplemente secundario a un deseo consciente de perder peso, un incremento en el ejercicio físico puede funcionar como precipitante en el desarrollo de la enfermedad y mantenerse así en todo el curso de ella (Toro, 1987).

Conocer los factores de riesgo de la anorexia nervosa es de suma importancia para la investigación y prevención de esta enfermedad. Es de prioridad trabajar con la prevención primaria y secundaria en trastornos de la alimentación puesto que depende de ello que el índice en incidencia y prevalencia baje sus tasas. De igual importancia es conocer los factores protectores de los que se puede hacer uso como arma para inmunizar a la población adolescente de este trastorno de tipo alimenticio. Para ello, la presente investigación en su fase documental hace uso de algunos modelos de la psicología de la salud, puesto que estos tienen como función explicar cómo es que el ser humano vive el aprendizaje y conservación de la salud.

CAPITULO IV. MODELOS EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y ANOREXIA NERVOSA

El comportamiento humano no es aleatorio ni imprevisible, no ocurre “por que sí” o porque haya algo intrínseco en el individuo que le haga comportarse como lo hace (Costa y López, 1998); teniendo en cuenta que la mayoría de causas prematuras de morbilidad y mortalidad son prevenibles, y que muchas de ellas están relacionadas con el comportamiento y el estilo de vida de los individuos, uno de los principales requerimientos para un marco referencial viable en el área de la prevención y promoción de la salud es ayudar a explicar cómo las personas constituyen o modifican sus decisiones o acciones individuales, grupales o en masa (Karl, 1989, citado en Cabrera, Tascón y Lucomi, 2001, p. 3).

El comportamiento o las prácticas individuales o colectivas son producto de la interacción de múltiples factores y variables; como se ha estado mencionado a lo largo de la investigación que en la anorexia nervosa existen múltiples factores y variables de tipo social, psicológico y familiar, lo que indica por que las prácticas que afectan a la salud no son explicables en la perspectiva de una única teoría o modelo conceptual (Naidoo, Wills, 1996, citado en Cabrera, Tascón y Lucomi, 2001, p. 3). En los primeros capítulos de la investigación se expone el trastorno de la anorexia nervosa desde un enfoque de enfermedad, lo que hace presente al factor riesgo, en los dos siguientes capítulos será abordado el lado de la salud lo que implica hablar de factores de protección, por ejemplo: dos sujetos, con características similares en los ambientes social, familiar y psicológico; una de ellos desarrolla el trastorno y el otro no, la explicación hace referencia a los factores protectores de la salud que inmunizan al sujeto que no desarrolla trastorno; más adelante se explica detenidamente el concepto *inmunizar*.

A continuación se expondrán desde la psicología de la salud algunos de los modelos que logran explicar cómo es que el ser humano lleva acabo prácticas de salud y visualiza a la misma.

4.1 EL MODELO DE CREENCIAS SOBRE LA SALUD (MCS)

Este modelo propone la explicación del comportamiento protector/preventivo centrándose en variables psicosociales, sobre la base de un cuerpo de teorías psicológicas bien establecidas (Becker, 1974 citado Arrivillaga, Salazar y Correa, 2003 p. 37). El Modelo de Creencias en Salud (MCS) fue desarrollado en 1950 con la intención de explicar por qué las personas no participan en programas preventivos de salud pública. Posteriormente se adoptó para tratar de explicar una variedad de conductas relacionadas con la salud. Los factores del modelo que determinan la conducta de salud son de dos tipos: a) la percepción de amenazas sobre la propia salud, que se encuentra determinada por los valores generales sobre la salud, las creencias específicas sobre la propia vulnerabilidad ante la enfermedad (percepción de severidad); b) y las creencias de los individuos sobre la posibilidad de reducir esas amenazas que, se encuentran en función de la eficacia de las medidas concretas para reducir las amenazas y la convicción, de que los beneficios de la medida superan los costos (percepción de beneficios y barreras). Una última variable que completa el modelo es la presencia de estímulos internos o externos que se constituyen en claves para actuar (Weinberg, Greene, Mamlin, 1981, citado en Arrivilla, Salazar y Correa, 2003, p. 3). Una clave interna puede ser el síntoma de una enfermedad, mientras que una clave externa puede ser una campaña acerca de la promoción en salud o las interacciones sociales con amigos afectados por alguna enfermedad (Ullen, Noble, Fiantdt, 2001, citado en Arrivilla, Salazar y Correa, 2003, p. 3). Como el MCS se desarrolló para explicar y predecir las conductas de salud preventivas, tales como inmunización (Kircsht, 1979, citado en Rodríguez, 1995, p. 38), la hipótesis original es que la persona no llevará a cabo un comportamiento saludable, de prevención, de participación, de cumplimiento, o rehabilitación a menos que tenga unos niveles mínimos de *motivación* e *información* relevante. Esta hipótesis general se estructura en las hipótesis siguientes:

1. La probabilidad de realizar una acción de salud dada en función, por un lado, del estado subjetivo de disponibilidad del individuo para llevarla a cabo.

2. La probabilidad de que una persona lleve a cabo una conducta de salud preventiva está determinada por la evaluación que la misma persona hace de dicha conducta de salud en términos de su viabilidad y eficacia.
3. La percepción de la amenaza se activa, disparando el proceso de realización del comportamiento de salud, por algún acontecimiento “clave”. Existen “claves” particulares que “disparan” los procesos que llevan a la realización de la conducta de salud correspondiente; por ejemplo: alguna adolescente preocupada por el trastorno de la anorexia nervosa puesto que presenta algún síntoma de éste, como calambres y dolor de espalda (clave interna) recibe una invitación a pláticas con respecto al tema (clave externa) alguna de las dos claves, o las dos claves puede significar el disparador de la conducta preventiva. El MCS se consolidado en tres dimensiones: a) las percepciones individuales; b) los factores modificantes; c) y la probabilidad de acción. Tal como lo resume la siguiente figura (Figura 1. Modelo de creencias de la salud, Becker, 1974). En el marco del MCS se entiende que los factores demográficos personales, estructurales y sociales pueden influir en las conductas de salud; sin embargo se considera que estas variables trabajan a través de los efectos sobre las creencias de salud más que como causas directas de las asociaciones saludables (Becker y Maiman, 1982, citado en Cabrera, Tascón y Lúcumí, 39). El estilo de vida se ha definido como el conjunto de pautas y hábitos comportamentales cotidianos de una persona; los estilos de vida saludables incluyen patrones de conductas de salud, creencias, conocimientos, hábitos y acciones de las personas para mantener, restablecer o mejorar su salud.

Son productos de dimensiones personales, ambientales y sociales, que emergen no solo del presente si no también de la historia personal del sujeto (Rodríguez, 1995, citado en Arrivilla, Salazar y Correa, 2003, p. 1).

Es importante reconocer que en la consolidación del estilo de vida con sus prácticas y creencias, están en juego una serie de procesos de aprendizaje que se presentan en contextos específicos. El valor del ambiente en el aprendizaje es

importante, pues en este ambiente se generan las variables y aspectos que en influyen el estilo de vida de cada sujeto.

FIGURA NO. 1 MODELO DE CREENCIAS EN SALUD.

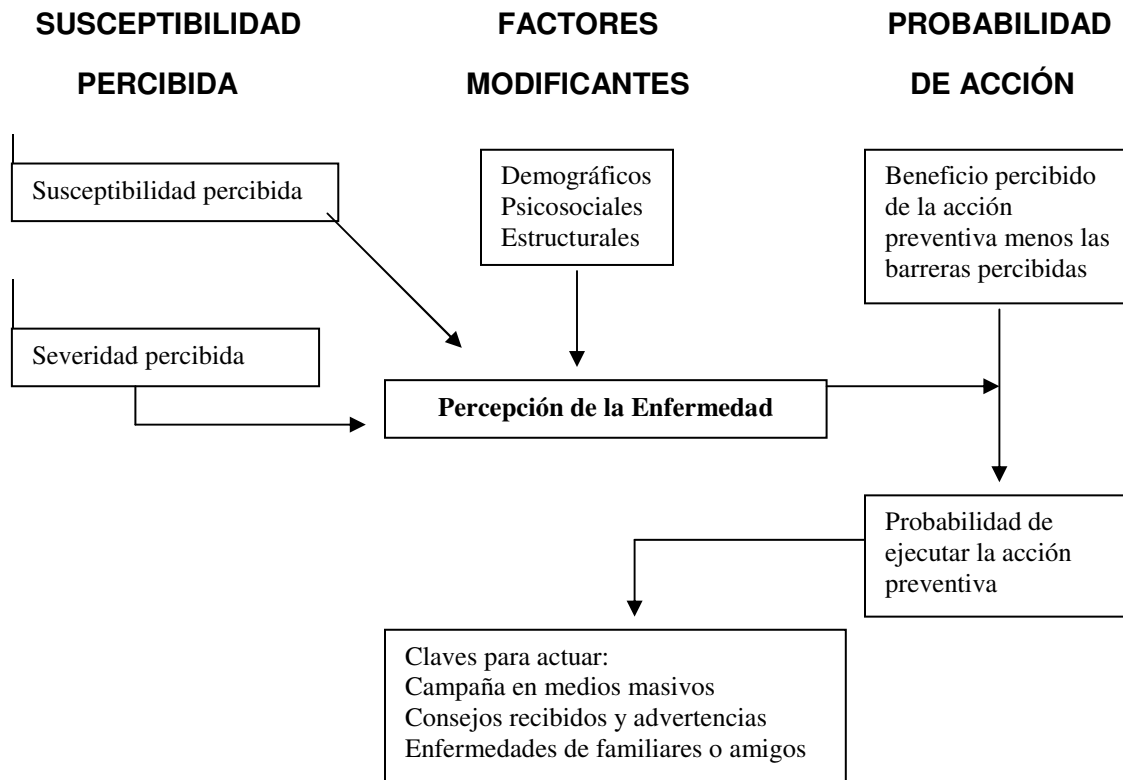


FIGURA No 1, Becker, 1982, citado en Cabrera, Tascón y Lúcumí, 1995, p. 39.

El primer contexto donde el niño comienza su largo camino de aprendizaje es la familia o grupo primario al que éste pertenece, es ahí donde las creencias de salud son adquiridas, mismas que con la experiencia individual se irán modificando para posteriormente ser, una vez más, enseñadas a los descendientes. La práctica de la alimentación y nutrición es uno de los más relevantes aspectos de creencias y hábitos de salud inculcados de padres a hijos (la madre es la encargada de la nutrición de los hijos, en su mayoría). Por ejemplo; regularmente la cantidad de alimentos que el niño ingiere está determinada por estos hábitos de alimentación que las madres inculcan, los cuales se van modelando a lo largo de la vida dependiendo de la experiencia individual de cada

sujeto. Los hábitos de alimentación se refieren no solo a los alimentos que se comen sino también a las cantidades, horarios, actitudes y conductas que en general se tienen ante la comida (Castro, 1988, citado en Saucedo 1998, p.31). La madre restringe cierto alimento porque se le enseñó y tiene la creencia de que es dañino para el niño y administra otros por que de igual manera se le enseñó y tiene la creencia de que es nutritivo y saludable para éste.

La hipótesis de que la conducta saludable está determinada por una constelación de creencias, solo puede ser comprobada adecuadamente cuando se sabe que las creencias existían antes de la conducta que se supone que determinan (Rodríguez, 1995), por ejemplo. En una investigación realizada por Blanke (1992) con una muestra piloto de 30 madres México-americanas y anglosajonas, a las que se aplicaron cuatro inventarios: a) uno sobre *conocimientos* maternos en nutrición; b) otro referente a *prácticas* maternas de alimentación; c) el tercero sobre locus de control para el peso corporal y d) el último para recopilar datos demográficos y medidas antropométricas; se pudo concluir que, a mayor nivel educativo mayor conocimiento con relación al peso corporal, esto quiere decir que estas madres sabían que el peso corporal propio y de sus hijos dependía de la dieta balanceada que ellas proporcionaban para sí mismas y su, pudiendo observar que tipo creencias con respecto a la nutrición fueron adquiridas por su entorno social; las madres México-americanas tenían un peso y masa corporal significativamente mayor que las anglosajonas y también su nivel de educación y de conocimientos sobre nutrición era considerablemente menor (Blanke, 1992 citado en Saucedo, 1998, p. 34).

Otro estudio que tiene que ver con las creencias, no de las madres propiamente sino de los adolescentes y adultos jóvenes, realizado en Colombia con 754 estudiantes de universidad, donde se encontró que los jóvenes pueden tener la creencia de que un determinado problema de salud es importante, efectivamente pueden tener la creencia de que la acción a tomar produce beneficios para la salud, pero lo que no tienen es la percepción de ser *vulnerables* a ese problema y por ende posponen el costo que supone un acción preventiva; también se

encontró que a mayor edad, mayor presencia de creencias favorables a la salud, lo cual puede estar directamente relacionado con la percepción de vulnerabilidad que se produce con el paso del tiempo y de los años, tomando en cuenta que la etapa de mayor riesgo para la anorexia nervosa es, de entre los 14 a los 18 años puesto que efectivamente a mayor edad menor es el riesgo que el sujeto corre. La conclusión que arrojó esta investigación fue que la conservación y recuperación de la salud está relacionada con los procesos psicosociales como aprendizaje (tanto el enseñado por los padres como el adquirido a través de las propias experiencias), cognición, motivación y emoción, que se expresan de manera particular, según el ciclo de vida de la persona, así como los espacios y situaciones donde se desarrollan las conductas saludables o no saludables (Arrivilla, Salazar y Correa, 2003).

Si se toman en cuenta las creencias de salud, la forma en que los padres o tutores las inculcan, la manera en que los hijos las asimilan y reestructuran, la emoción, etapa de vida y motivación, se puede lograr una eficaz prevención con respecto al trastorno de la anorexia nervosa, o al contrario; riesgo para presentarla y desarrollarla, esto es, dependiendo de la crianza, determinada por creencias, hábitos y la experiencia personal con respecto a la propia salud. Finalmente Rodríguez (1995) propone que el MCS parece apropiado como modelo explicativo de la conducta preventiva en el ser humano. Pero no como modelo de prevención de las enfermedades, para ello existen otros modelos de la psicología de la salud como; el de Modelo de competencia social el cual hace uso del entrenamiento en habilidades sociales. El siguiente modelo que se presenta en esta investigación documental es, el Locus de control; en especial con este modelo se han realizado investigaciones con gran aporte para el conocimiento de los trastornos de la alimentación, en específico el de la anorexia nervosa.

4.2 EL LOCUS DE CONTROL Y LA ANOREXIA NERVOSA

La percepción del control, tanto general como específica, facilita la adaptación emocional y por lo tanto, favorece a la salud. El tema del control, como plantea

Waller (1998) es un elemento fundamental en los trastornos de la alimentación, puede constituir un punto importante para ayudar a esclarecer el panorama de la anorexia y la bulimia nervosa (Luigi-Rivero y Vivas, 2001).

El concepto de locus de control procede de la teoría del Aprendizaje Social de Rotter (1966). La escala de locus de control de Rotter solo valora el locus de control externo; lo que no ocurre en la escala creada por Wallson (1978) "*Escala de locus de control de la salud multidimensional (LCSM)*", que investiga las creencias de una persona con relación al control que creía tener para determinar el estado de salud, de manera que identifica tres tipos de creencias: dos externas y una interna.

Los individuos con control interno, Locus de control de la salud interno (LCSI) creen que el bienestar que reciben depende de su comportamiento. Los individuos con control externo creen que su salud es resultado bien de la suerte o del destino, Locus de control de la salud por el azar (LCSA), o bien de la acción de terceras partes, Locus de control de la salud de los "otros con poder" (LCSP) [Zdanowlaz, Janne y Reynaert, 2004].

Averill (1973) distinguió entre tres diferentes posibilidades de ejercer el control ante situaciones de estrés:

1. El control conductual que consiste en la posibilidad de disponer de una respuesta que modifique objetivamente la situación que constituye la amenaza
2. El control cognitivo se basa en el poder reinterpretar la operación de la situación amenazante de la manera más satisfactoria para el individuo
3. El control de decisión que implica poder elegir entre diferentes cursos de acción alternativas ante una fuente de estrés (Fernández y Edo, 1994, p.5).

La falta de acuerdo entre investigadores en relación con el concepto de control apunta hacia los planteamientos de Steptoe (1989) y Syme (1989) sobre la posibilidad de estar abordando en las investigaciones diferentes aspectos de una misma variable denominada "control".

Debido a esta disparidad de criterios utilizados se encuentran resultados opuestos en las diferentes investigaciones. Por ejemplo, Garfinkel, Brown y Darby (1981) sostienen que especialmente las mujeres que presentan anorexia nervosa son

personas que demuestran una autodisciplina considerable. Al contrario, las que presentan bulimia nervosa experimentan sentimientos de ineffectividad y una constante fluctuación entre el autocontrol y la pérdida de control. Por otra parte, para Sandbek (1993) tanto en la anorexia como la bulimia se experimentan un sentimiento desesperado de estar fuera de control (Luigi-Rivero y Vivas, 2001).

El control para su mejor entendimiento, aplicación y estudio se ha dividido en dos: **a)** control percibido, que hace referencia al control que el sujeto supone tener, y **b)** control objetivo, es el control real que el sujeto posee. Dado a la compleja relación que existe entre control objetivo y control percibido, últimamente se utiliza el término “*control personal*”; que incluye tanto las posibilidades de control real en función de las capacidades del sujeto y las características de la situación como las creencias, expectativas y atribuciones sobre el control percibido (Steptoe y Appels, 1989, citado en Fernández y Edo, 1994, p. 8).

Con relación al control subjetivo o percibido, Schneider, O'Leary y Agras (1987) abordan el concepto de “*autoeficacia percibida*”, que es la creencia de uno mismo para realizar alguna tarea, desde el punto de vista terapéutico y precisan que como objetivo de intervención facilita el proceso de recuperación de las pacientes con anorexia nervosa (Fernández y Edo, 1994).

Como se ha estado mencionando a lo largo de la investigación, las pacientes que sufren de anorexia nervosa se caracterizan por una preocupación excesiva por el peso y la silueta; estas pacientes juzgan su valor personal casi exclusivamente en términos de su silueta y peso, lo que trae como resultado la generación de pensamientos reiterativos sobre estos aspectos y la emisión de conductas dirigidas a evitar la ganancia de peso y alcanzar la silueta ideal. Varias conductas para el control del peso se presentan en este trastorno de tipo alimenticio.

Una investigación realizada por el Instituto Nacional de Salud Pública de México, en el 2001, tuvo como objetivo explorar el control personal de la conducta en tres aspectos: control objetivo (autocontrol), control subjetivo (autoeficacia percibida para el autocontrol de la conducta) y creencias de control (locus de control), en mujeres con trastornos alimentarios, en riesgo y normales.

Los resultados señalaron que las participantes normales se asemejan a las que se consideran como "en riesgo" en los tres componentes del control personal de la conducta. Tienen un alto control objetivo, el que se manifiesta mediante conductas que evidencian el control de su propia conducta; tienen también un alto control percibido, considerándose capaces de regular su conducta adecuadamente y, finalmente, estiman que el control está en sus manos más que en las manos de otros organismos o personas externas. El grupo de mujeres con trastornos alimentarios subclínico se diferencia de manera significativa de los otros dos grupos. Las mujeres con trastornos alimentarios (TA) se caracterizan por tener un menor control objetivo manifestando conductas no conducentes a lograr un óptimo control de sus actos. Menor control subjetivo, lo que les dificulta el logro del control por no tener la confianza en sus propias habilidades. Adicionalmente, tienen la creencia de que el control es ejercido más por parte de "otros poderosos" que por sí mismas.

Las personas clasificadas en riesgo, por presentar una alta tasa de conductas y actitudes sugestivas de un trastorno de alimentación, muestran un patrón de control personal de conducta semejante a las personas clasificadas como normales. Estas personas tienen las "*destrezas objetivas*" y "*subjetivas*" para controlar su conducta, además de caracterizarse por tener menores creencias en "*el poder de otros poderosos*" en su vida. Los investigadores hipotetizaron en que tener estas habilidades y creencias les permite al grupo de riesgo mantenerse en un nivel de control que les impide desarrollar toda la sintomatología típica de la anorexia; permanecen preocupadas por el peso y la silueta, pero logran controlarse de forma tal que alcanzan su ideal sin padecer la enfermedad (Luigi-Rivero y Vivas, 2001).

Una de las hipótesis que posee la corriente Sistémica con respecto al trastorno de la anorexia nervosa es, que las madres o padres ejercen algún tipo de sobrecontrol para con sus hijos o hijas, que estos a su vez sólo logran controlar su ingesta diaria; Hipótesis que empata bien con los resultados de este estudio con respecto a por qué las jóvenes que presentan conductas de riesgo se mantienen casi en un nivel de salud como las normales, esto podría ser gracias a que

presentan un locus de control interno más alto que el externo; y las mujeres que presentan el trastorno subclínico, poseen locus de control externo más alto que interno, sobre todo en los “*otros con poder*”, que pudiesen ser los padres.

El control personal de la conducta parece intervenir de forma protectora al evitar que algunas personas con conductas sugestivas de un trastorno de alimentación lleguen a presentar una sintomatología más severa del trastorno.

En cuanto a su autoevaluación, Huon y Brown (1984) compararon 25 jóvenes que padecían anorexia nervosa con dos grupos de adolescentes: uno que se pesaba con frecuencia y otro que apenas lo hacía. Se encontraron claras diferencias entre las jóvenes con anorexia nervosa y las que no presentaban el trastorno: las jóvenes con anorexia mostraron una baja autoestima (con la tendencia a no aceptarse a sí mismas, a no gustarse en general, a opinar que no se conocen); presentaron la creencia de no tener control sobre su desarrollo corporal, su peso; sobre su aspecto personal, evaluaron negativamente su ropa, peinado y apariencia en general; y presentaron críticas en relación a lo que comen (cuánto, qué y cómo). Las chicas que se pesaban frecuentemente estaban a medio camino entre las jóvenes con el trastorno y las que no solían pesarse, como en riesgo de desarrollar el trastorno.

Se había hablado con anterioridad acerca del Modelo de Competencia Social; en específico el entrenamiento en Habilidades Sociales; ésta técnica se utiliza con buenos resultados en el tratamiento de los trastornos de la alimentación, y por lo tanto también tiene buenos resultados en su prevención. A continuación se ahondará más a fondo.

4.3 EL MODELO DE COMPETENCIA SOCIAL

4.3.1 HABILIDADES SOCIALES Y ANOREXIA NERVOSA

Las Habilidades Sociales (H.S) han sido tratadas por numerosos autores en diferentes escuelas, uno de los máximos exponentes es Solter, reconocido como padre de la terapia de conducta, quién en 1949 introdujo un término basado en la

necesidad de aumentar la expresividad de los individuos, algunas de sus sugerencias son utilizadas en la actualidad. Desde esa fecha a la actualidad han surgido disímiles criterios que distan más o menos del primero; sin embargo, se mantiene la esencia donde se encuentran exponentes como Wolpe (1958), Alberti y Emmens (1978), Linehan (1984), Phillips (1985), Curran (1985), Argyle y Kedon (1987) [citado en, Martínez, 2005].

Roth (1986), definió a la competencia social como: “el grado de éxito que puede lograr una persona en situaciones de interacción o transacción que tienen lugar en un contexto interpersonal”. Jahoda (1953) enfatizaba que la solución de problemas interpersonales implicaba habilidades efectivas para el ajuste social, emocional y que la salud psicológica se relacionaba con secuencias de solución de problemas interpersonales caracterizadas por la tendencia para reconocer y admitir un problema, para reflexionar sobre posibles soluciones, para tomar decisiones y para llevar a cabo una acción (citado en Guzmán, 2002, p.3). Y finalmente Caballo, quién en 1987 emite un criterio con el cual la mayor parte de los investigadores trabajan en la actualidad el tema; los trabajos se basan en la realización de un Entrenamiento en Habilidades Sociales (E.H.S) el cual está matizado por un conjunto de técnicas o momentos específicos que ayudan a desarrollar el déficit de H.S en áreas de la vida de un individuo, o problemática que se desencadena a raíz del intercambio social; sin embargo, no existe referencia que permita valorar elementos internos o externos que actúen como determinantes en la formación de habilidades sociales (Martínez, 2005).

Cuando se habla de habilidades se dice que una persona es capaz de ejecutar una conducta de intercambio con resultados favorables, entendiéndose favorable como lo contrario a destrucción o aniquilación. El término habilidad puede entenderse como destreza, diplomacia, capacidad, competencia, aptitud. Su relación conjunta con el término social nos revela una impronta de acciones de uno con los demás y de los demás para con uno (intercambio) (Martínez, y Sanz, 2001, citado en Martínez, 2005, p. 13)

La capacidad de ejecutar una conducta de intercambio con resultados favorables (habilidades sociales) entraña una serie de factores, se refiere a la capacidad de

ejecutar la conducta en sí, el resultado y lo favorable de ésta. Dicha capacidad supone la posibilidad de realizar una acción que se revierte en la posibilidad de construir hechos, se traduce en la persona en lo que constantemente se les llama "actos". De alguna manera ello implica y considera al ser humano, como generador de actos propios o una voluntad de acciones. La acción de la persona se determina en una o varias conductas interpersonales relacionadas entre sí (intercambio), siendo la conducta empleada un medio para alcanzar una meta que intenta resolver el conflicto entre el yo y la circunstancias o viceversa.

La autoestima tiene alta relación, tanto de causa como de efecto, con respecto a las habilidades sociales; está relacionada al autoconcepto y se refiere al valor que se confiere al yo percibido (Martínez, y Sanz, 2001, citado en Martínez, 2005, p. 5), por lo que se considera que tiene que ver más con el valor afectivo, revistiéndose de una carga psicológica dinámica muy fuerte. Al constituirse autoconcepto-autoestima en una unidad cognitiva- afectiva que con el desarrollo individual se integra dentro de la estructura de la personalidad, se va adquiriendo un potencial regulador de conducta, de gran relevancia y un centro productor de estados emocionales diversos. De esta forma, si la autoestima es sana expresa el sentimiento de que se es lo "suficientemente bueno" y se está preparado para diferentes situaciones que se deben afrontar en el transcurso de la vida, a su vez realizando un papel como factor protector en el individuo; la baja autoestima implica la insatisfacción, el rechazo y el desprecio hacia sí mismo, por lo cual emerge la imposibilidad de poder realizar ciertas tareas y vivir en riesgo de alguna enfermedad física y/o mental existiendo un sentimiento de minusvalía (Martínez, 2005). Ahora bien, desde distintas concepciones teóricas se han señalado las dificultades en el terreno de la autoestima, de la identidad, de la autonomía, que aparecen en los sujetos que sufren de anorexia nervosa. Bruch (1982) atribuye la predisposición fundamental a un déficit del yo, en lo que se refiere a autonomía y dominio del propio cuerpo, que da lugar a un sentido de "ineficacia personal". Un profundo sentimiento de ineficacia y baja autoestima que constatan la mayoría de los autores (citado en Gismero 2002, p. 12).

Como se ha mencionado a lo largo de esta investigación documental el mayor porcentaje de incidencia de dicha enfermedad corresponde a las adolescentes. Se parte del supuesto de que los adolescentes se encuentran en un momento de desarrollo de mayor vulnerabilidad, por la propia condición de adolescentes y por estar inmersos en múltiples y diversas situaciones contextuales relacionadas con la edad, el género, la escolaridad y el nivel socioeconómico. La carencia o déficit de repertorios prosociales alternativos en esta población, puede ser considerado como un factor de riesgo para la adopción de comportamientos nocivos para la salud o incompatibles con las normas sociales. La investigación desarrollada en esta población, también pone el acento en la importancia de las habilidades sociales como alternativa de prevención y tratamiento. La efectividad del entrenamiento de habilidades sociales en adolescentes, como estrategia correctiva, también ha sido ampliamente comprobada en diferentes problemas (Ríos 2003). El período de la adolescencia es un etapa en que el individuo debe encausar múltiples tareas que implican relaciones interpersonales diferentes a las de la infancia, y debe desarrollar habilidades para resolver problemas de manera independiente. Los adolescentes deben de hacer amigos, aprender a conversar con personas de diferentes edades, participar en diferentes grupos de actividades que no posean un vínculo directo con la actividad docente, aprender comportamientos heterosexuales y por sobre todas las cosas sentirse identificados e integrarse al grupo.

La conducta asertiva es aquella que le permite a la persona expresar adecuadamente (sin mediar distorsiones cognitivas o ansiedad y combinado los componentes verbales y no verbales de la manera más efectiva posible) oposición (decir que no, expresar desacuerdo, hacer y recibir crítica, defender derechos y expresar en general sentimientos negativos) y afecto (dar y recibir elogios, expresar sentimientos positivos en general), de acuerdo con sus objetivos, respetando el derecho de los otros e intentando alcanzar la meta propuesta (Martínez, 2005). Diversos autores coinciden en que los pacientes con el trastorno de la anorexia nervosa presentarían previamente al desarrollo de la enfermedad, problemas de asertividad, autonomía e independencia y de aceptación de las

dificultades de la vida adulta, problemas interpersonales de relación social, con introversión, inseguridad, dependencia, ansiedad social, falta de aserción y dificultades para las relaciones heterosexuales, sensación de ineficacia, fracaso y falta de control en su vida escolar, laboral o de relación, tendencias perfeccionistas con rasgos obsesivos, rigidez y extremismo en la evaluación de los problemas (Bruch, 1973; Crisp, 1981; Garner y Bemis, 1982; y Slade, 1982, citados en Gismoero 2002, p.2).

Así la persona con el trastorno percibe que su conducta no es aceptada por la sociedad, se ve a sí mismo como un ser socialmente inaceptable y ésto se convierte en un aspecto dominante en su percepción del yo. El razonamiento externo también neutraliza la introducción de conflictos para la cual todavía no se está preparado. Es por ésto una vez reforzada la autoestima de un forma asertiva, que se pudiera eliminar la ansiedad y desarrollar ciertas disposiciones para el intercambio de ideas, solo así se estará preparado para afrontar las consecuencias del acto y poder afrontar la crítica que lo llevará a una recuperación.

Williams (1993), comparó sujetos con anorexia nervosa, sujetos con bulimia nervosa, sujetos que padecían obesidad y hacían dieta, sujetos sin obesidad con dieta y "sujetos en la norma" en distintos aspectos. Tanto los sujetos con anorexia como los sujetos con bulimia informaban significativamente de mayor control externo, menor aserción, se medía la aserción a través del Rathus Assertiveness Schedule (Rathus, 1973), menor autoestima y más hostilidad auto- dirigida que los tres grupos con los que se compararon. Y no se encontraron diferencias entre sujetos con bulimia y con anorexia. Concluyen con que "la percepción de control externo, la baja aserción, baja autoestima, y la auto- agresión son rasgos de los pacientes con anorexia y bulimia nerviosa", que sirven para distinguir estos grupos no sólo de grupos control "normales", sino de otros grupos con dietas de control de peso comparadas con mujeres controles y mujeres que hacen dieta adelgazante, mujeres con anorexia y bulimia nervosa muestran claros déficits de autoestima, y una valoración de sí mismas y de su vida negativa. Las mujeres con

anorexia nervosa se sienten menos comprendidas y aceptadas por sus padres. Manifiestan mucha mayor insatisfacción con su propio cuerpo (comparadas con los tres grupos controles). En cuanto a la conducta asertiva, donde presentan dificultades claramente mayores que los demás grupos es a la hora de mostrar su desacuerdo y sus sentimientos negativos, así como en su auto-expresión social; participar en reuniones sociales, expresar sentimientos y opiniones, hacer preguntas, etc. (citado en Gismero, 2002, p.3)

Otra investigación fue la desarrollada por Gismero (2002) quien comparó pacientes con anorexia y bulimia nervosa en tres grupos: 1)control, 2)mujeres que hacen dieta y 3)mujeres en psicoterapia; midiendo: autoconcepto-autoestima, satisfacción con el propio cuerpo y habilidades sociales; encontrando que, un mal autoconcepto y algunos déficits en habilidades sociales son característicos de pacientes con anorexia y bulimia nerviosa, y que los diferencian no sólo de grupos controles normales, sino también de personas que hacen dieta para adelgazar.

Como se mencionó en la página 9 de la presente investigación documental (apartado del cuadro clínico) la insatisfacción con el propio cuerpo, la poca capacidad para relacionarse, la falta de asertividad son algunos de los criterios de la anorexia nervosa. Todos estos aspectos serían característicos de las mujeres con anorexia nerviosa (y en algunos casos, de las mujeres con bulimia nervosa), que permitirían diferenciarlos de otros grupos, y apuntan a considerar que sería importante tenerlos muy en cuenta no sólo en la intervención terapéutica, sino incluso como factores de prevención. La intervención preventiva de estos problemas cobra importancia por los siguientes aspectos: a) los problemas de interacción social y déficits en habilidades sociales constituyen correlatos de múltiples trastornos de salud y de conducta en distintas etapas de la vida humana, b) pueden vincularse con la prevención primaria y secundaria de los problemas con los que se encuentran asociados, c) se pueden estudiar en ambientes no convencionales para beneficio de un mayor número de individuos (Roth, 1983), d) se pueden construir instrumentos de evaluación de problemas específicos, ya sea de estilos de vida, de conducta o de interacción social con características

psicométricas (confiabilidad y validez) acordes con la población meta. Pudiendo de esta manera, tomar las medidas preventivas o correctivas en los casos que así lo requieran.

En la base del binomio habilidad social-autoestima se encuentra una relación compleja entre el sistema de relaciones y la posición activa del sujeto (que es de hecho la esencia y causa), quien determinará la no adquisición de habilidades, que constituye la más importante condición, esencial y básica para la estructura de la baja autoestima (Ríos 2003).

Como se puede observar la salud es un proceso complicado donde la educación y las creencias, entre otros, son parte importante de la elección o simple práctica de ésta. La anorexia nervosa como ya se ha mencionado a lo largo de la presente investigación documental es un trastorno de la conducta alimenticia complejo y su desarrollo o prevención es de etiología multifactorial. En el capítulo III Factores de Riesgo de la anorexia nervosa, se expusieron los factores de riesgo utilizando como base tres corrientes de la psicología clínica, éstos fueron ubicados como factores psicológicos/individuales, factores sociales y factores familiares. Los modelos de psicología de la salud, ya señalados, se utilizaron como apoyo para ubicar los factores protectores de la anorexia nervosa, que se encuentran divididos de la misma manera que los de riesgo (individual, familiar y social), de los cuales consta el siguiente y último capítulo de la presente investigación. Recordando que, la elección del marco teórico para la obtención de los factores tanto de riesgo como de protección tuvo que ver con el hecho de que las aproximaciones se han dado la tarea (entre otras cosas) de centrar su investigación en la etiología de la enfermedad, siendo de interés para la presente investigación puesto que gracias a esto se logró localizar los factores de riesgo, y con respecto a la psicología de la salud, ésta se ha dado a la tarea de explicar cómo es que el ser humano mantiene y conserva la salud, así pudiendo obtener elementos para la localización de factores protectores con respecto al trastorno; puesto que éstos no son siempre el opuesto de los de riesgo.

CAPITULO V. FACTORES PROTECTORES Y ANOREXIA NERVOSA

El objetivo del presente capítulo es dar a conocer el concepto de factor protector según diversos autores, así como ubicar los factores protectores que se localizaron en los modelos de la psicología de la salud (ya expuestos en el capítulo anterior). Como ya se explicó al final del pasado capítulo estos factores se encuentran documentados de la misma manera que los factores de riesgo: en factores psicológicos /individuales, factores familiares y factores sociales.

El factor protector se refiere a los rasgos individuales, elementos socioculturales, y/o familiares que previenen, eliminan, disminuyen y/o neutralizan el riesgo de que un individuo o población inicie o continúe con alguna enfermedad o conductas de riesgo (Ortega, 1999). El concepto de factor protector alude a las influencias que modifican, mejoran o alteran la respuesta de una persona a algún peligro que predispone a un resultado no adaptativo. Sin embargo, esto no significa en absoluto que ellos tengan que constituir experiencias positivas o benéficas (Rutter, 1985, citado en Silva, 2004, p. 85). Estos han sido definidos por Jessor (1977) como, aquellos recursos personales, sociales e institucionales que promueven el desarrollo exitoso del adolescente, en este caso, o que disminuyen el riesgo de que surja un desarrollo alterado.

Rutter (1989) ha insistido en que un factor protector, para serlo, debe diferenciarse entre grupos con respuestas adaptativas y mal adaptativas con relación a una conducta dada. Para definir a los factores protectores, se comenzará con algunos conceptos psicoanalíticos como el de " *fuerza del Yo* ", que se refiere a la capacidad interna de enfrentar situaciones estresantes; William Hollister, ya en la década de los años 50 habló de " *strens* ", como antónimo de " *stress* ", refiriéndose a aquellas experiencias que promovían el crecimiento y desarrollo personal (Antonovsky, 1987, citado en Curso Salud y Desarrollo del Adolescente, 2005, p.4).

Se han demostrado, como especialmente útiles los conceptos riesgo y protección en el terreno de los problemas de salud. Como ya se había mencionado en el capítulo anterior, éstos constituyen un conjunto amplio en su desarrollo del ambiente sociocultural, familiar y los factores individuales, conformando al ser humano como un ser biopsicosocial.

El foco de la atención científica se ha centrado en el concepto de factores protectores puesto que la secuencia: factores - conductas - consecuencias del riesgo corresponde a los tres niveles clásicos de prevención en salud pública: 1) prevención primaria, 2) prevención secundaria, y 3) prevención terciaria.

Dentro de la teoría y la práctica de la prevención se habla acerca de si un individuo, grupo o comunidad son más o menos vulnerables a un determinado problema de salud. Fernández Ríos (1994) en su libro "Manual de psicología preventiva" expone el modelo de **competencia** el cual contempla un aspecto importante de los factores de riesgo y protectores, que es el de la "*vulnerabilidad*", ya sea a la enfermedad o a la salud, este modelo propone que un individuo o un grupo de individuos confluyen un conjunto de factores de riesgo o protectores que, aumenta la probabilidad de que los sujetos lleguen a presentar o anular una determinada patología. Los indicadores de riesgo se suelen denominar "marcadores de vulnerabilidad" (1994). La vulnerabilidad a la salud es un concepto que se refiere a las "posibilidades que tiene una persona o grupo de llegar a tener una buena salud a pesar de las adversidades" (Backett, Davies y Barvazian, 1985, citado en Fernández, 1994, p. 122).

Desde el enfoque protector como promoción de la salud, es donde surge uno de los conceptos más importantes de dicho movimiento: el de "*resiliencia*", entendiéndose como la inmunización de las conductas de riesgo y sus consecuencias. Dicho concepto surgió de la observación de niños provenientes de ambientes altamente carenciados, ya sea por motivos socio-económicos y/o por situaciones familiares estresantes, que presentaban un desarrollo plenamente satisfactorio. La analogía con las vacunaciones es interesante: lo que se logra al inmunizar no es eliminar la exposición al agente patógeno, sino obtener una

protección que hace improbable que el factor de riesgo provoque daños (Curso y desarrollo adolescente, 2005). En términos de la situación de los adolescentes hoy, es difícil esperar que nunca entren en contacto con factores riesgos a la salud, por ejemplo los trastornos de la alimentación, pero sí es viable pensar que tengan destrezas para rechazarlos o inmunizarlos, de tal forma que no entren en un camino de “auto-destrucción”.

5.1 FACTORES PSICOLÓGICOS

Los factores protectores psicológicos incluyen aspectos fisiológicos, tales como los biológicos y neurológicos; los aspectos de crianza y emotividad conformando una estructura de la personalidad, sin embargo el presente apartado se centra específicamente en dos modelos de la psicología de la salud, como protectores contra la anorexia nervosa, esto es por que se requiere de modelos concretos y realistas para lograr instaurar herramientas de protección a todo tipo de adolescentes con diversos factores fisiológicos y culturales y que a pesar de estas enormes diferencias haya un adecuado y viable trabajo de prevención. Por ello, es que el objetivo de la investigación fué localizar los factores protectores más sólidos, comunes y eficaces en la muestra. Gracias a las investigaciones previas se puede llegar a la conclusión de que habilidades como asertividad y locus de control sobre todo interno, fungen como factores protectores en el sujeto para no enfermar de anorexia nervosa, aún viviendo en ambientes de alto riesgo. Con respecto a las habilidades sociales los sujetos que desarrollan la mayor parte de las que a continuación se exponen son sujetos que presentan resiliencia a dicho trastorno de la alimentación, Refugio Ríos (2003) las divide en seis grupos (ver cuadro 1).

Aunque parezcan sencillas y hasta obvias en el actuar cotidiano, los sujetos que sufren de anorexia nervosa no poseen la mayor parte de estas habilidades sociales, no disponen de herramientas para hacerle frente a su ambiente de manera natural y no traumática; es por ello que la anorexia nervosa surge como

signo y síntoma, de un conflicto que el sujeto no puede entender, y mucho menos expresar, así que el trastorno se encarga de expresarlo por él.

CUADRO No 1 “HABILIDADES SOCIALES SEGÚN REFUGIO RÍOS” (2003):

GRUPO I: Primeras habilidades sociales	GRUPO II. Habilidades sociales avanzadas	GRUPO III. Habilidades relacionadas con los sentimientos	GRUPO IV. Habilidades alternativas a la agresión	GRUPO V. Habilidades frente al estrés	GRUPO VI. Habilidades de planificación
Escuchar.	Pedir ayuda.	Conocer los propios sentimientos.	Pedir permiso.	Formular una queja.	Tomar iniciativas.
Iniciar una conversación.	Participar.	Expresar los sentimientos.	Compartir algo.	Responder a una queja.	Discernir sobre la causa de un problema.
Mantener una conversación.	Dar instrucciones.	Comprender los sentimientos de los demás.	Ayudar a los demás.	Demostrar deportividad después del juego.	Establecer un objetivo.
Formular una pregunta.	Seguir instrucciones.	Enfrentarse con el enfado del otro.	Negociar.	Resolver la vergüenza.	Recoger información.
Dar las gracias.	Disculparse.	Expresar afecto.	Emplear el autocontrol.	Arreglárselas cuando le dejan de lado.	Resolver los problemas según su importancia.
Presentarse.	Convencer a los demás.	Resolver el miedo.	Defender los propios derechos.	Defender a un amigo.	Tomar una decisión.
Presentar a otras personas.		Auto-recompensarse.	Responder a las bromas.	Responder a la persuasión.	Concentrarse en una tarea.
Hacer un cumplido.			Evitar los problemas con los demás.	Responder al fracaso.	
			No entrar en peleas, sino más bien saber discutir.	Enfrentarse a los mensajes contradictorios	
				Responder a una acusación.	
				Prepararse para una conversación difícil.	

Fuente: Ríos Saldaña M. R. (2003) **Proyecto: Investigación de interacciones sociales.** México: UIICSE.

El entrenamiento en habilidades sociales resulta muy eficaz en los adolescentes que se encuentran en un ambiente de riesgo; dicho entrenamiento ha mostrado resultados satisfactorios (ver capítulo IV, del presente documento). De las habilidades sociales que aparentemente son sencillas gran parte de la población mexicana actual carece de su manejo adecuado.

La propuesta con respecto a las ya mencionadas habilidades sociales sería, inducir o incrementar el entrenamiento de éstas a partir de la educación preescolar o maternal.

Ahora bien, en el caso del manejo del locus de control las investigaciones como la de Huon y Brown (1984) y la del INSP (2001) ,anteriormente mencionadas en el capítulo anterior, han encontrado que los sujetos que presentan el trastorno poseen un locus de control externo donde la salud y algunos aspectos de su vida dependen de los otros con poder; y los sujetos “normales”, como se refiere en las investigaciones, poseen un locus de control interno donde la salud y otros aspectos y resultados de la vida propia dependen de ellos mismos puesto que son resultado de su conducta (véase la p.81, del presente documento). Una de las características de los sujetos que presentan anorexia nervosa es que en su mayoría no se apropian de las decisiones importantes de su vida puesto que los “otros con poder” toman esas decisiones; es por ello que se apropian del control de su ingesta alimenticia substituyendo así la falta de control que presentan en algunos aspectos personales. Obteniendo de esta manera la conclusión de que el locus de control interno es un factor protector del individuo que logra resiliencia con respecto a este trastorno de la conducta alimenticia.

5.2 FACTORES FAMILIARES

Se ha dicho que la familia es el sistema donde el sujeto se va desarrollando y formando, por lo tanto uno de los factores protectores generales para cualquier conducta destructiva es la calidad de la interacción familiar. Esta interacción influye en el rendimiento escolar, la competencia social y las relaciones interpersonales de sus miembros. Los problemas conductuales en el período escolar, parecen variar proporcionalmente al grado de disponibilidad emocional de los padres con relación a las necesidades de sus hijos (Ríos, 2003).

Rutter (1989) ha mostrado que los padres adecuados son generalmente sensibles a las claves conductuales emitidas por sus hijos con respecto a sus necesidades

específicas. Uno de los principales factores (y por lo tanto protector para la anorexia nervosa) es la interacción familiar, por ejemplo: padres que promueven la seguridad e independencia de sus hijos, padres que manejan comunicación, límites y/o reglas claras dentro del sistema, padres que no sobrevaloran la apariencia física, que apoyan decisiones y promueven que el niño o adolescente sea capaz de tomar sus propias responsabilidades, como un acto natural de crecimiento sin infundir temor, estos son padres que están educando con factores protectores familiares. Emde (1989) ha sugerido que este factor incluye una integración del padre con los sistemas de regulación tanto fisiológicos, como psicológicos del hijo o hija. La capacidad de empatía de los padres facilita al hijo (a) el mostrar sus emociones, y la aparición de conductas sociales positivas; como ya se ha mencionado a lo largo del documento sujetos que pueden expresar sus sentimientos y mantener relaciones sociales productivas y sanas son sujetos menos vulnerables que otros a padecer anorexia nervosa.

Otra función reguladora provista por los padres es el control y la disciplina, padres que enseñan a sus hijos (as) a controlar la propia vida, logran hijos (as) que no tendrán la necesidad obsesiva de controlar sus alimentos y peso corporal puesto que serán personas satisfechas y responsables de su salud y actos.

Bowlby (1988) ha demostrado cuán importante es la relación cercana entre padres e hijos, especialmente en los primeros cinco años de vida, que es el período en el que se adquieren y consolidan las relaciones interpersonales primarias, los niños que no pueden cristalizar estas relaciones primarias serán mucho más vulnerables hacia el futuro.

Así bien el rol central de la familia es sin lugar a duda uno de los elementos protectores más funcionales y viables. Ésta lleva a cabo un conjunto de funciones importantes para proteger el desarrollo, funciones que han sido estudiadas y resumidas por Alvy (1987) en cinco categorías interrelacionadas, a saber:

1) Satisfacer las necesidades básicas del adolescente: Esta función incluye el obtener y dar al joven los recursos necesarios para su sobrevivencia básica, lo

que incluye alimentación, techo y acceso a servicios educacionales y de salud. La capacidad parental de cumplir con esta función está estrechamente ligada al nivel de ingresos y educación de los padres. La sobrevivencia y crecimiento de los adolescentes depende de la prioridad que le den éstos a cumplir la función: cuando no lo hacen, los jóvenes deben en forma prematura procurar su propia subsistencia.

2) Función protectora: Los padres habitualmente se hacen responsables de proteger la integridad física, psicológica, espiritual y cultural de su progenie, alejándolos de amenazas externas provenientes del medio natural, grupos o instituciones que representan peligro. Lentamente, y a lo largo de la adolescencia, los jóvenes van asumiendo estas funciones de auto-cuidado. El modo concreto de cumplir con esta función parental es el monitoreo de las actividades del adolescente, supervisando y colocando límites al joven. El cumplimiento de la función se correlaciona con una menor frecuencia de conductas de riesgo; su implementación es compleja y variable, ya que debe lograrse un equilibrio entre la supervisión y la actitud controladora e intrusiva en diferentes áreas del desarrollo personal del adolescente.

3) Apoyo y guía para el crecimiento y desarrollo: Esta función involucra el promover todos los aspectos del desarrollo infantil, incluyendo aspectos, de estimulación, cognitivos, sociales, emocionales, morales, espirituales, sexuales, culturales y educacionales. En la práctica, esto se realiza proporcionando información, fijando límites, manteniendo un sistema de recompensas y castigos claro y continuo, comunicándose verbal y no-verbalmente con el adolescente y modelando los valores y conductas importantes para los padres. Esta función de guía del desarrollo sigue siendo importante a lo largo de toda la adolescencia, a pesar del rol progresivamente importante de los padres y de la escuela.

La capacidad de los padres de hacerlo en forma afectuosa, colocando exigencias lo suficientemente elevadas pero no imposibles de cumplir, con una aproximación participativa, con capacidad adecuada de comunicación, modelando roles positivos para el joven, y transmitiendo una actitud de resolución de problemas

adecuada. Lo anterior, resumido bajo el nombre de “*estilos de crianza*”, permite el mantener una actitud de apego cariñoso, y al mismo tiempo poder colocar estándares de expectativas claros con respecto a conductas maduras por parte del adolescente. En la medida que los puntos de vista de éste sean tomados en cuenta en el proceso familiar de toma de decisiones, y de que el nivel de comunicación sea adecuado, se puede llevar al adolescente hacia una capacidad de resolver conflictos autónomamente. El ejemplo de los padres es más importante que la mera transmisión de discursos verbales acerca de cómo hay que comportarse: la transmisión de principios y valores se hace mucho más de modo no verbal que verbal, a través de la observación del niño de como se comporta el padre en diversas circunstancias (Alvy, 1987, citado en, Curso y desarrollo adolescente, 2005, p.13).

Función de apoyo con relación al medio externo. La capacidad del padre de conectar al hijo con expertos, grupos, e instituciones que también pueden ayudar en su desarrollo. El confiar en las elecciones del adolescente y apoyarlo a implementar sus planes, es uno de los modos más efectivos de mejorar la autoestima de los adolescentes y la autoestima se considera como un factor de protección no solo para los trastornos alimenticios si no para todo tipo de trastorno emocional.

5.3 FACTORES SOCIALES

Una historia de aprendizaje rica en interacciones socialmente funcionales, aumenta la probabilidad de un desarrollo integral más armónico y saludable y, contrariamente, cuando éstas son disfuncionales pueden afectarlo, con lamentables consecuencias tanto para el individuo como para la familia, y el grupo social al que pertenece; el estudio de las interacciones sociales conforma un campo de constante actualidad, debido a la naturaleza social del ser humano y a que éstas son influidas por diversidad de factores cuya influencia no siempre es aquella socialmente esperada, o idónea para la conservación y mantenimiento de la salud; y en ocasiones, tampoco es reconocida como factor de riesgo.

La asertividad, es un acto que no genera ansiedad, es espontánea, segura; pero sin embargo, pudiera implicar cierto riesgo social, al no tomar en cuenta la opinión del otro, sin embargo posee gran tendencia al reforzamiento social y por tanto es un potencializador del desarrollo del individuo, favoreciendo una adecuada formación del autoconcepto y la valoración de sí mismo.

El proceso de socialización se inicia con la familia, apoyando el proceso para la formación de habilidades sociales, lo continua la escuela quien enfatiza y obliga a desarrollar habilidades más complejas y específicas, simultáneamente a ésta actúa el propio desarrollo o etapas de la vida de un individuo, lo cual le va proporcionando ciertas exigencias, donde ocupan un lugar importante las relaciones que se establecen con el grupo de amigos (Ríos, 2003).

Culturalmente, se ha ido haciendo más difícil monitorear en forma cercana al joven actual, en la medida de que ambos padres tienden a pasar menos tiempo en casa, y de que los propios adolescentes tienen mayor movilidad geográfica que antes. Por esto, otra función en éste plano es la enseñanza de destrezas de autocuidado, que implica el preparar a los adolescentes para velar por la propia seguridad, física y psicológica, dentro de una determinada cultura y sociedad. Algunos ejemplos se encuentran en el saber que hacer en caso de emergencias en casa o en la calle, si se encuentran solos, o el saber rechazar la presión de las parejas o amigos con relación al consumo de drogas, del sexo temprano, en el caso de la bulimia y anorexia con respecto al vomito, laxantes, diuréticos y/o evitación a la ingesta de los alimentos, entre otros.

El grupo de amistades es lo que posee más peso y valor en el adolescente. Una de las características de esta etapa de la vida es la consolidación de la propia identidad, explorando y adquiriendo nuevas experiencias, nuevas sensaciones y sobre todo buscando la aceptación de uno o varios grupos de jóvenes de la misma edad, a veces se busca el rechazo de los adultos como símbolo de independencia, sin embargo cuando esto se logra el adolescente puede llegar a sentirse poco amado, frustrado e inseguro. Sin duda esta es una etapa difícil y vulnerable con respecto a los riesgos, ya que en esa búsqueda de aceptación e identidad se

pueden realizar conductas de riesgo a la salud tanto física como emocional, como es el caso de la anorexia nervosa donde las jóvenes por presentar una apariencia socialmente aceptada desarrollan una enfermedad que daña su emocionalidad, vida social, vida familiar y el propio cuerpo.

Los medios de comunicación hoy en día son uno de los mayores factores de riesgo con respecto al trastorno, ya que se vive en una época de adoración al cuerpo, sobretodo el femenino puesto que éste ha sido el elegido para vender productos de todo tipo. Uno de los factores protectores que pudieran inmunizar a las personas del bombardeo constante al “culto a la delgadez” sin duda alguna es el “conocimiento” siendo, uno de los factores protectores mas funcionales en la época presente, pudiendo llegar a inmunizar no solo los trastornos alimenticios si no también el consumo de drogas, depresión y suicidio. Logrando acercar a los niños, jóvenes y adultos a un conocimiento que tenga que ver con las modificaciones que se han ejercido sobre el cuerpo humano dependiendo de las necesidades sociales de la época. La supervisión de los padres y maestros se hace necesaria para que los adolescentes y niños asimilen positivamente la información.

Como se ha expuesto a lo largo de la presente investigación documental es un hecho que la anorexia nervosa presenta una etiología multifactorial. Por esta razón existen diferentes y variados factores tanto de riesgo como protección. Diversas son las esferas en las que el hombre se desarrolla física, cognitiva, emocional y socialmente, interaccionando con otros seres humano y ambientes, siendo esta la causa de que el humano sea concebido como un ser bío-psíco-social. Éste obtiene y conserva tanto la propia salud como la propia enfermedad en cada una de las esferas, entendiendo por esferas lo social, lo familiar y lo individual; donde si una de éstas no está en adecuado funcionamiento logrará dañar a otra, por ejemplo: si el sistema familiar no es el más adecuado y sano para una joven adolescente éste podría desarrollar el trastorno de la anorexia nervosa y ser como un síntoma de la problemática familiar, entendiendo que una situación disfuncional de familia se convierte en una situación disfuncional individual.

CAPÍTULO VI. MÉTODO

En el presente capítulo se expone la metodología con la cual fue realizada la investigación de campo con respecto a los factores de riesgo y protectores de la anorexia nervosa; en primer lugar se encuentran los objetivos de la investigación, tanto el general como los particulares; en segundo lugar se presenta el planeamiento del problema donde se explica la importancia de conocer los factores de riesgo y los factores protectores de la misma, en población de riesgo como lo es la adolescencia; en el tercer apartado se plantea la unificación de conceptos entre autores, se presentan las variables definidas operacionalmente y conceptualmente; en el siguiente apartado se describe el diseño y el tipo de investigación; posteriormente se describe a la población y muestra, así como el tipo de muestreo que fue utilizado; también se describen los instrumentos diseñados exprofeso para obtener los factores de riesgo y protectores del trastorno de tipo alimenticio y los datos socio-demográficos de la muestra, los criterios para calificar y el procesamiento respecto a la confiabilidad y validación que se llevó a cabo por medio del programa estadístico Statistical Program for Social Sciences (SPSS, por sus siglas en inglés); en el último apartado del capítulo se expone el procedimiento paso a paso para la realización del trabajo de campo.

6.1 OBJETIVOS:

6.1.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar los factores de riesgo y los factores protectores para la anorexia nervosa presentes en una muestra de adolescentes estudiantes de preparatoria.

6.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Desarrollar un instrumento válido y confiable que detecte factores tanto protectores, como de riesgo para la anorexia nervosa; considerando además datos socio-demográficos, factores disparadores y criterios fisiológicos de la misma.

Conocer las variables socio-demográficas asociadas a la intensidad con respecto al factor riesgo y al factor protector.

Comparar sujetos por grupos “de riesgo” y “sin riesgo” y establecer diferencias entre estos.

6.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La anorexia nervosa es un trastorno grave de la conducta alimentaria, donde el nódulo de la enfermedad es una disminución total de la ingesta de alimento y no una ausencia total de hambre (DSM- IV-TR, 2004).

Se estima que uno de cada 200 adolescentes de edades entre los 12 y los 18 años, grupo de alto riesgo, desarrolla la enfermedad y el 90% son mujeres. En México existen datos estadísticos que demuestran la presencia de prácticas alimenticias de riesgo y conductas dirigidas a la pérdida de peso, ésto como una preocupación exagerada por el peso y la figura corporal. Estudios reportan que el 60% de mujeres adolescentes alumnas de escuelas privadas llevan al cabo dietas para bajar de peso y entre el 2.5 y el 12% utilizan el vómito autoinducido, laxantes y diuréticos con el mismo fin (Unikel, 2000).

Las personas que presentan anorexia nervosa se ven inmersas en complicaciones tanto físicas, como psicológicas, familiares y sociales, esta enfermedad no solo disminuye la calidad de vida del sujeto que la padece, sino también de las personas que lo rodean. Los seres cercanos pueden presentar frustración, temor y culpa. Una vez que la anorexia nervosa se convierte en crónica la persona puede llegar a la muerte ya sea por medio del suicidio o paro cardio-respiratorio. Es por ello que desde un enfoque preventivo el interés principal de la presente investigación fue determinar:

¿Cuáles son los factores de riesgo y factores protectores para la anorexia nervosa presentes en una población compuesta tanto de hombres como de mujeres adolescentes, edad de riesgo, de entre los 14 a los 18 años?

Así se propuso obtener las diferencias estadísticas entre los grupos sin riesgo y con riesgo. Para el estudio de este trastorno alimentario se considera de suma importancia conocer y detectar dichos factores, puesto que los resultados podrán ser de ayuda y apoyo para la realización de posteriores programas de prevención logrando ser eficaces y funcionales en población hidalguense, específicamente Pachuca, donde no se ha intervenido con investigaciones ni campañas preventivas.

6.3 SUPUESTO TEÓRICO

El supuesto de la presente investigación de campo es que tanto el factor riesgo como el factor protector de la anorexia nervosa, están íntimamente enlazados con las variables de tipo socio-demográfico de los sujetos.

6.4 DEFINICIÓN DE CATEGORIAS

Para investigar el problema planteado, donde la temática principal a evaluar son los factores de riesgo y los factores protectores para la anorexia nervosa presentes en una $n = 95$ hombres y mujeres adolescentes, se consideraron las siguientes categorías y subcategorías. Cabe mencionar que las categorías se encuentran en los dos instrumentos creados y validados con dicho objetivo, donde estos obtuvieron un alfa mayor a nueve. El primero es el "*Cuestionario de actitudes hacia las conductas alimentarias*" donde se presentan los factores de riesgo y protectores divididos en: a) individuales, b) sociales y c) familiares (ver cuadro no. 2); y el segundo instrumento es el de "*Datos socio-demográficos*" (ver cuadro no 2.1) que a su vez contiene factores disparadores y criterios fisiológicos del trastorno.

6.4.1 DEFINICIÓN OPERACIONAL

Para su mejor control y manejo se muestran dichas categorías con sus definiciones en el cuadro No 2.

CUADRO No 2. Categorías de factores de riesgo y de protección estudiadas.

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	No DE PREGUNTA correspondiente al "Cuestionario de las actitudes alimenticias"
Factores de riesgo psicosociales	Riesgo individual o psicológico	Problemas para comunicar emociones, ideas irracionales, conductas de riesgo para perder peso, baja autoestima, conflictos con el propio desarrollo corporal.	8 14, 20, 26, 32, 36, 38, 50, 56.
	Riesgo familiar	Padres impositivos, sobre protectores y/o dominantes, familias que sobre valoran la apariencia física, familias que evaden los conflictos ignorándolos o culpando a otros.	4, 16, 22, 34, 40, 46, 52.
	Riesgo social	Influencia ejercida por los medios de comunicación con respecto a la extrema delgadez de algunas partes o todo el cuerpo, amistades que sobre valoran la delgadez, amistades que realizan conductas de riesgo para adelgazar o mantenerse bajo el peso ideal, amistades con ideas irracionales con respecto a la belleza y la popularidad escolar.	6, 12, 18, 24, 48, 54, 55
Factores de protección psicosociales	Protección individual o psicológica	Autoestima adecuada, autoconocimiento, autorreconocimiento, tolerancia a la frustración, capacidad de comunicar emociones, realización de los proyectos deseados.	3, 7, 9, 15, 21, 31, 33, 39, 51.
	Protección familiar	Comunicación clara a favor de la resolución de conflictos, padres que promueven el desarrollo emocional, familias expresivas de afecto, familias con límites bien definidos.	5, 11, 17, 23, 29, 35, 41, 47, 53, 59.
	Protección social	Grupos de amigos que no sobre valoran el físico, relaciones afectivas placenteras entre estos, grupo social estable.	19, 37, 55, 60.

Como ya se ha señalado, también se estudiaron factores socio-demográficos relacionados con la problemática, a continuación en el cuadro 2.1 se describen.

CUADRO 2.1 Datos Socio-demográficos

CATEGORIA	SUBCATEGORIA
Factores Socio-demográficos	Edad, Sexo, Peso, Estatura, IMC, Escolaridad, Estado civil, Tiene hijos, Número de hijo en su familia, Hábitos nocivos, Enfermedades padecidas, Tipo de familia por su estructura, Nivel socioeconómico, Enfermedades familiares
Factores disparadores	Divorcio o separación de los padres, Mudanza, Accidentes, Operaciones, Muertes cercanas, Realizar ejercicio excesivo, Inicio de vida sexual a temprana
Criterios Fisiológicos de la anorexia nervosa	Mareos, Desmayos, Dolor estomacal, Calambres, Caída de cabello, Dificultad para concentrarse, Frío, Dolor de cabeza, Dificultad para escuchar, Mal humor

Ahora bien, a continuación se definen conceptualmente a las categorías y subcategorías antes descritas, cabe señalar que las definiciones conceptuales se encuentran, así mismo, en el marco teórico de la presente investigación documental, así que se resumirán de manera breve.

6.4.2 DEFINICIONES CONCEPTUALES DE LAS CATEGORÍAS Y SUB-CATEGORÍAS ESTUDIADAS CORRESPONDIENTE AL "CUESTIONARIO DE LAS ACTITUDES ALIMENTICIAS"

Los factores a investigar son los ya mencionados a lo largo de la investigación documental; dichos factores poseen la cualidad de presentar riesgo o protección según la experiencia de cada sujeto. A continuación dichos factores serán definidos por si solos sin carga positiva o negativa para posteriormente definirlos como factor protector y como factor de riesgo a cada uno de ellos (Ortega, 1999).

1) Factor Psicológico: Determinadas características de la personalidad que incrementan o anulan el riesgo de adquirir trastornos alimenticios de tipo restrictivo.

2) Factor Familiar: Patrones interactivos entre los miembros de la familia que favorezcan o limiten el desarrollo de conductas alimentarias patológicas.

3) Factor Social y/o escolar: Características del entorno que influyen, favorecen o discriminan la adquisición o mantenimiento del trastorno.

6.4.2.1 FACTOR DE RIESGO PSICOSOCIAL

Se define al factor riesgo como la exposición de una población o individuo que está asociada a una probabilidad mayor de caer en el trastorno y a su vez se encuentra estrechamente relacionada con los rasgos individuales del sujeto o población (Ortega, 1999). Según Costa y López (1998) los riesgos y peligros para la salud del hombre provienen en lo fundamental de dos factores: a) la variedad de opciones de consumo y prácticas de vida, y b) la vulnerabilidad del proceso individual de tomar decisiones para elegir entre aquellas.

6.4.2.2 FACTOR DE PROTECCIÓN PSICOSOCIAL

Particularmente los factores de protección psicosociales se refieren a los rasgos individuales y elementos socioculturales, que eliminan, disminuyen o neutralizan el riesgo de que un individuo inicie o continúe con el trastorno (Ortega, 1999). Estos han sido definidos por Jessor (1977) como aquellos recursos personales, sociales e institucionales que promueven el desarrollo exitoso del adolescente, en este caso, o que disminuyen el riesgo de que surja un desarrollo alterado. Rutter (1989) ha insistido en que un factor protector, para serlo, debe diferenciarse entre grupos con respuestas adaptativas y mal adaptativas con relación a una conducta dada.

6.4.2.3 FACTOR PSICOLÓGICO DE RIESGO

Las personas que sufren desórdenes en la alimentación de tipo Anorexia Nervosa tienden a ser perfeccionistas. Pueden tener expectativas poco reales de ellos mismos y de otros. El rencor que genera sus escasos logros, los hace sentirse incómodos, con defectos y devaluados. Además, ellos presentan pensamiento de tipo dicotómico, negro o blanco, sin matices de gris. Cada cosa es o mala o buena, un éxito o un fracaso, delgado o gordo (Toro, 1987).

Algunas personas con anorexia nervosa usan estos comportamientos para evitar la expresión de la sexualidad. Otras los usan para tratar de tomar el control de ellas mismas y de sus vidas. Son fuertes, y usualmente ganan en batallas de poder donde se hallan a sí mismas, pero dentro de rigidez, pérdida del poder, siendo víctimas, derrotadas, y resentidas, su personalidad es de tipo obsesiva compulsiva (Sours, 1973).

6.4.2.4 FACTOR PSICOLÓGICO DE PROTECCIÓN

Los factores protectores individuales incluyen aspectos fisiológicos, tales como los biológicos y neurológicos, así como aspectos de crianza y emotividad conformando la estructura de personalidad del sujeto (Rutter, 1985).

6.4.2.5 FACTOR SOCIAL DE RIESGO

El valor de más relevancia en la adolescencia es el de la amistad y pertenencia a un grupo, en esta búsqueda de identidad y pertenencia podrían llegar a imitar patrones nocivos para su salud mental y física, una historia de aprendizaje pobre en interacciones socialmente funcionales, aumenta la probabilidad de un desarrollo limitado y patológico, con lamentables consecuencias tanto para el individuo como para la familia, y el grupo social al que pertenece (Ríos, 2003).

6.4.2.6 FACTOR SOCIAL DE PROTECCIÓN

La sociedad es el lugar donde se desarrolla y se desenvuelve el individuo, del cual retoma sus valores, hábitos, costumbres y patrones de interacción (Toro, 1996). El estudio de las interacciones sociales conforma un campo de constante actualidad, debido a la naturaleza social del ser humano, y a que éstas son influidas por diversidad de factores cuya influencia no siempre es aquella socialmente esperada, o idónea para la conservación y mantenimiento de la salud; y en ocasiones, tampoco es reconocida como factor de riesgo (Ríos 2003).

6.4.2.7 FACTOR FAMILIAR DE RIESGO

La familia es la unidad básica de desarrollo y experiencia, de realización y fracaso. Es también la unidad básica de la enfermedad y salud (Ackerman, 1986). Comprender el síntoma (trastorno mental), desde el concepto de unidad supone entenderlo dentro del marco ecológico de conductas en que se halla inmerso. El síntoma aparece como una necesidad del sistema en conjunto, no de los individuos en particular (Navarro, 1992). El síntoma aparece de manera insidiosa y procesual del ciclo familiar. En la evolución de la familia las alteraciones del mundo externo la llevan a adoptar posiciones adaptativas, ya que es una de sus funciones y de no hacerlo se puede dar una respuesta potencialmente patológica

6.4.2.8 FACTOR FAMILIAR DE PROTECCIÓN

La familia es el sistema donde el sujeto se va desarrollando y formando, por lo tanto uno de los factores protectores generales para cualquier conducta de riesgo es, la calidad de la interacción familiar. Esta interacción afecta o favorece el rendimiento escolar, la competencia social y las relaciones interpersonales del sujeto. Los problemas conductuales, en el período escolar, parecen variar proporcionalmente al grado de disponibilidad emocional de los padres en relación a las necesidades de sus hijos. Los padres adecuados son, generalmente sensibles a las claves conductuales emitidas por sus hijos con respecto a sus necesidades específicas (Rutter, 1989).

6.4.3 DEFINICIONES CONCEPTUALES DE LAS CATEGORÍAS Y SUB-CATEGORÍAS ESTUDIADAS CORRESPONDIENTE AL "CUESTIONARIO DE DATOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS"

6.4.3.1 FACTORES SOCIO-DEMOGRÁFICOS

Son aquellos datos que brindan información con respecto a la vida social y personal del individuo; estos datos son de suma importancia puesto que arrojan aspectos relevantes de la historia de vida de cada sujeto; como ya quedo claro, la

anorexia nervosa posee una etiología multifactorial, así que el conocer dichos datos personales es de importancia para poder determinar los factores de riesgo y protectores que el sujeto posee. Para fines de la investigación se utilizaron los siguientes datos socio-demográficos:

6.4.3.1.2 EDAD: Se estima que 1 de cada 200 adolescentes de edades entre los 12 y los 18 años, grupo de alto riesgo, desarrolla la enfermedad y el 90% son mujeres. (Romeo, 1994). La incidencia de anorexia nervosa en población general en países occidentales en mujeres de entre 12 y 25 años de edad, se estima en un rango que fluctúa entre 1.43/100,000/a, lo que significa que 1430, aproximadamente, de cada 100, 000 jóvenes desarrollan el trastorno, hasta 50/100,000/a en mujeres de 18 años (Hsu, 1996, citado en Unikel, 1998, p. 6).

6.4.3.1.3 SEXO: Se ha encontrado que los desórdenes alimentarios afectan principalmente a mujeres jóvenes, y su incidencia parece ir en aumento, éstos desórdenes se encuentran entre los padecimientos psiquiátricos más comunes en dicha población (Unikel, 1998). La prevalencia de la anorexia nervosa reportada en la bibliografía varía entre el 0.5% y 1% y se dice que de estos solo el 5% al 10% de los casos son hombres (Margo, 1987).

6.4.3.1.4 ESCOLARIDAD: Es importante conocer el grado o semestre que los sujetos están cursando, puesto que así se logra identificar con más claridad la etapa de vida con respecto a las necesidades sociales, exigencias y tipo de responsabilidades escolares que el sujeto puede presentar.

6.4.3.1.5 INDICE DE MASA CORPORAL (IMC): El IMC es uno de los indicadores del trastorno. WHO Expert Committe propuso la siguiente clasificación: casos de delgadez; o casos de emaciación cuando el individuo está por debajo del percentil “5” siendo éste un promedio de “16” puntos de IMC y el percentil “85” en caso de sobre peso u obesidad, siendo este un promedio de “26” puntos de IMC (Gibson, 1990, citado en Ortiz, 2002, p. 157).

6.4.3.1.6 ESTADO CIVIL E HIJOS PROPIOS: La población elegida fue de adolescentes, por las razones ya mencionadas, si los sujetos están casados y/o

tienen hijos podría ser este un factor de riesgo, ya que por las características de su etapa de vida se presentaría ansiedad, frustración y estrés ante este hecho.

6.4.3.1.7 TIPO DE FAMILIA: La familia y sus patrones de crianza es un de los principales factores de riesgo y/o protectores que cada sujeto llega a presentar a lo largo de su vida, es por ello de gran importancia para esta investigación saber como se conforma en su estructura, esto es padres divorciados o separados y la edad que el sujeto tenía cuando esto sucedió, padres casados, padres solteros y padres con pareja.

6.4.3.1.8 LUGAR QUE OCUPA ENTRE HERMANOS: El lugar que el sujeto ubica dentro de los hermanos puede llegar hablar acerca de la manera en que se relaciona o negocia sus necesidades y deseos, así mismo puede arrojar datos cercanos de cómo los padres llevan la relación con el sujeto y como es que éste mismo se vive en sociedad.

6.4.3.1.9 NIVEL SOCIO-ECONÓMICO: Uno de los principales criterios de la anorexia nervosa es el pertenecer a nivel socioeconómico medio, medio alto y/o alto, convirtiendo la delgadez en un status social. Con respecto a la presente investigación de campo, está diseñada para jóvenes adolescentes de la ciudad de Pachuca Hidalgo que presenten niveles socioeconómicos medio, medio alto y alto. Por dichos intereses en la muestra se cuidó con detalle que la institución donde los jóvenes asisten para su educación perteneciera a los estatus socioeconómicos ya mencionados. Siendo una escuela de paga mensual e inscripciones anuales, se considera una de las escuelas con cuotas de las más elevadas de la ciudad. Se les pidió a los alumnos que conforme a su estilo de vida, lugar de residencia y pertenencias materiales definieran su nivel socioeconómico a criterio personal; puesto que el estatus social no solo es una vivencia monetaria, si no también un estilo de vida social, donde los sujetos obedecen a reglas implícitas las cuales tienen que ver en gran parte con la apariencia física y la dictadura de la moda (Toro, 1996).

6.4.3.1.10 HÁBITOS NOCIVOS: El consumo de drogas juega un papel al parecer de importancia en el riesgo o desarrollo del trastorno alimenticio (Unikel, 2000).

6.4.3.1.11 ENFERMEDADES PADECIDAS: Existe la teoría de que la anorexia nervosa tiene su etiología en factores biológicos (Crispo, Figueroa, y Guelar, 1998). Las recientes investigaciones sugieren, que niveles anormales de sustancias químicas predisponen a algunas personas a tener estados de ansiedad perfeccionismo, actos y pensamientos obsesivo-compulsivos. Estas personas parecen tener un perfil más propenso a algún trastorno alimentario como lo es la anorexia nervosa (Toro, 1987).

6.4.3.1.12 ENFERMEDADES FAMILIARES: Las madres que sufren de obesidad, de atracones y de anorexia o bulimia nervosa, tienden a utilizar patrones de crianza, con respecto a la nutrición de sus hijas, más rígidos y controladores, así mismo las hijas de padres alcohólicos poseen una tendencia a desarrollar algún trastorno de la alimentación (Olvera, Powell y Cousins, 1990, citado en Saucedo, 1998, p. 34).

6.4.4 FACTORES DISPARADORES

Los factores disparadores son cambios en la vida los cuales se salen del propio control, un disparador es un factor que marca el momento del inicio de la enfermedad (Toro, 1987).

6.4.4.1 DIVORCIO O SEPARACIÓN DE LOS PADRES: El divorcio es una de los fenómenos sociales que hoy en día esta presentando gran auge; este puede ser un cambio repentino y no deseado por los hijos convirtiéndose en una situación traumática y un disparador para el trastorno.

6.4.4.2 MUDANZAS: La mudanza de una familia representa cambios drásticos y en algunos casos duelos para los integrantes de ésta.

6.4.4.3 ACCIDENTES Y OPERACIONES: Damlouji y Ferguson (1985) encontraron tres casos de anorexia que habían iniciado después de accidentes automovilísticos.

6.4.4.4 MUERTES CERCANAS: Este es uno de los acontecimientos desencadenantes considerado como vital para el desarrollo del trastorno, la muerte de un ser querido puede ser manifestada por el sujeto que la sufre por medio de la depresión y en esta situación los individuos tienden a disminuir la ingesta de alimento y bebida diaria, o al contrario aumentarla.

6.4.4.5 EJERCICIO EXCESIVO: Joseph Toro reporta su estudio de cinco anoréxicos, de los cuales cuatro practicaban un deporte, de estos, tres iniciaron su enfermedad después de que sus respectivos entrenadores los criticaron por algún kilo de más (1987). El ejercicio altera sustancias activadoras del cerebro como la serotonina y esta a su vez logra que el sujeto se sienta satisfecho y alegre; esto puede ayudar a que el trastorno se mantenga o se dispare (Caparros, 1997).

6.4.4.6 INICIO TEMPRANO DE VIDA SEXUAL: Para los adolescentes el inicio del contacto sexual puede ser específicamente estresante ya que suponen nuevos esfuerzos de adaptación y nuevas exigencias sociales. Sobre todo los cambios presentados con respecto a la intimidad, el sexo y el romance, inherentemente el reconocer el cuerpo y ser reconocido por el otro. Este hecho puede estar asociado también a la tendencia de un porcentaje elevado de anorexia a evitar y rechazar el contacto sexual. Los compañeros ocupan un lugar sumamente importante dado que ellos aceptan, objetiva o subjetivamente, a sus pares (Toro, 1987).

6.4.5 CRITERIOS FISIOLÓGICOS DE LA ANOREXIA NERVOSA

Existen criterios fisiológicos que presentan los pacientes con anorexia nervosa como piel seca y envejecida, lanugo, hipotermia, manos y pies color amarillento, uñas quebradizas, caída de cabello, trastornos estomacales, calambres en piernas y espalda, mareos, desmayos, dolor de cabeza, mal humor, dificultad para escuchar y concentrarse (Crispo, Figueroa, Guelar, 1998; Toro, 1987; Ducker, 1995)

6.5 DISPOSITIVO METODOLÓGICO

6.5.1 OBJETIVO DE LA ESTRATEGIA METODOLÓGICA

Se utilizó para el presente estudio el enfoque cuantitativo, ya que ofrece la posibilidad de generalizar los resultados, además de replicar y enfocarse sobre puntos específicos de tales fenómenos, así mismo, facilita la comparación entre estudios similares (Hernández, Fernández y Baptista, 2003).

6.5.2 DISEÑO

En la presente investigación se utilizó un diseño **no experimental transversal**, de tipo **descriptivo, comparativo** de campo, con las siguientes características: por su temporalidad es **retrospectivo**, ya que se buscó establecer cuales son los factores relacionados a un evento que ya sucedió, se hace referencia a los factores de riesgo y protectores que la muestra ya posee por su experiencia individual y colectiva de vida; es **transversal** pues se realizó una sola medición de las variables con el propósito de analizar su incidencia e interrelación en un momento dado; es un estudio **descriptivo** ya que estos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles importantes de las personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis (Danhke, 1989, citado en Hernández, Fernández y Baptista, 2003, p.117). Es **Comparativo** ya que se pretende comparar las variables demográficas con los factores de riesgo y protección así como encontrar entre los grupos de “con” y “sin” **riesgo** diferencias estadísticamente significativas; es un estudio **observacional** puesto que no se realizaron modificaciones en ninguno de los factores intervinientes.

6.5.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

El muestreo se realizó de una manera **no probabilística intencional por cuota**, por las características de la investigación, la selección fue realizada por parte de los directivos escolares, donde ellos indicaron a que grupos se les podía aplicar

los instrumentos. La población de alumnos en total fue de 570 de los cuales 253 fueron hombres y 317 mujeres, la muestra la conformaron 95 alumnos de ambos sexos de primer, tercer y quinto semestre (este último del área de sociales y conformado por mujeres en su mayoría).

Para la realización de esta investigación se eligió una escuela preparatoria privada de Pachuca, Hidalgo; esta escuela fué fundada en 1961, posteriormente se realizó un convenio con la institución actual y se logró incorporar al sistema de dicha institución, el tipo de educación que se les da a los jóvenes es de carácter católico, dicha institución está reconocida y avalada por la Secretaría de Educación Pública (SEP). Los criterios que se siguieron para la selección de esta población fueron los siguientes:

- a. Es una escuela en la que se paga una colegiatura donde la mayoría de los estudiantes pertenecen a un nivel socioeconómico medio, medio alto y alto, las investigaciones previas nos muestran que la incidencia de la anorexia nervosa se da principalmente en escuelas del tipo de la seleccionada por el nivel socioeconómico al que pertenecen los adolescentes
- b. En la adolescencia se le da a la popularidad escolar un valor de importancia, comúnmente la popularidad se logra cumpliendo con los estándares de belleza que la moda dicta; la competencia en esta etapa de la vida es reforzada por el contexto social en el que la escuela se desenvuelve y mantiene.
- c. En esta escuela los alumnos no utilizan uniforme de ningún tipo, la presión por presentar la ropa y el cuerpo adecuado podría ser mayor que en escuelas que utilizan uniforme, los alumnos cuentan con los recursos económicos para poder adquirir y seguir la dictadura de la moda.

De acuerdo a las ya mencionadas características de la población se pudieron observar los factores tanto protectores como de riesgo, psicológico, familiar y social.

En el cuadro No. 3 se presenta el número de alumnos tanto de hombres, como de mujeres con los que la preparatoria cuenta.

Cuadro No 3. Número de alumnos en la institución.

Alumnos inscritos en Preparatoria Ciclo Escolar Agosto2003 – Enero2004			
Semestre	No. de alumnos	No. de Hombres	No. de Mujeres
Primer semestre	206	100	106
Segundo semestre	22	16	6
Tercer semestre	160	57	103
Cuarto semestre	27	14	13
Quinto semestre	155	66	89
TOTAL GENERAL	570	253	317

Los datos fueron proporcionados por la misma institución; la muestra se conformó con los sujetos del primer, tercer y quinto semestre (área de sociales), como ya se había mencionado.

Una vez que ya se justificó el por qué se escogió dicha población se expondrá la manera en que se trabajó con la muestra:

a) Criterios de exclusión

- Menores de 14 años o mayores de 18 años de edad
- Los instrumentos mal contestados o los que no contestaron
- Que no acepten contestar el instrumento
- Nivel socioeconómico bajo

b) Criterios de inclusión

- Adolescentes hombres y mujeres
- De los 14 a los 18 años de edad
- Estudiantes de la escuela preparatoria donde se aplicó el instrumento
- Nivel socioeconómico medio y alto, sujetos que reporten pertenecer a los niveles socioeconómicos ya mencionados.

6.5.4 INSTRUMENTOS

Se realizó una investigación documental acerca de los instrumentos que midieran factores de riesgo y protectores para la anorexia nervosa, y no se encontró uno como tal, así que por medio de la investigación bibliográfica e instrumentos ya

creados y validados para otro tipo de investigaciones con respecto a los trastornos de la alimentación se crearon y validaron dos instrumentos para la recopilación de la información requerida. El primero está relacionado con los factores de riesgo que exponen las tres aproximaciones psicológicas que más han ahondado en el tema de la anorexia nervosa las cuales son: 1) la Psicoanalítica, 2) Cognitivo-Conductual y 3) Sistémica, así como los factores protectores que algunos modelos de psicología de la salud exponen como lo son: 1) el modelo de Creencias en Salud, 2) el modelo de Locus de Control y 3) el modelo de Competencia Social (en específico) Habilidades Sociales; se realizó una división de factores psicológicos, familiares y sociales, tanto protectores como de riesgo. En el segundo instrumento se encuentran los datos demográficos y los factores que podrían fungir como disparadores del trastorno, así como los criterios fisiológicos de la anorexia nervosa.

A continuación se describen dichos instrumentos para la obtención de los datos correspondientes a la investigación.

6.5.4.1 “Cuestionario de actitudes hacia las conductas alimenticias”.

Consta de 60 reactivos donde su tiempo de aplicación es de 15 a 20 minutos, las respuestas de este instrumento se evalúan con una escala de respuestas tipo Likert que va desde siempre, frecuentemente, a veces, casi nunca, hasta, nunca.

a) El Objetivo que tiene el instrumento es detectar los factores de riesgo y los factores protectores de la Anorexia Nervosa que presenta el sujeto que responde al cuestionario.

b) Descripción del instrumento: los factores de riesgo y los factores protectores a considerar, son los señalados por los autores que se encuentran en el Marco Teórico, como ya se señaló principalmente de las corrientes de la psicología como el Psicoanálisis, Cognitivo-Conductual y Sistémica; así como los modelos de la psicología de la salud como el de Creencias en salud, el Locus de control interno y externo y el modelo de Competencia social, Habilidades sociales.

Se realizó una búsqueda de instrumentos que midieran dichos factores con respecto al trastorno alimenticio de la Anorexia Nervosa y no se encontró ninguno, así que se tomó la decisión de crear dos instrumentos que lograran una válida medición del objetivo de la presente investigación, localizar los factores protectores y de riesgo de la Anorexia Nervosa, después de una investigación documental al respecto se creó el “**Cuestionario de las actitudes alimenticias**” que aborda desde lo psicológico, social y familiar ambos factores el protector y el de riesgo.

Se consideraron tres áreas de incidencia a evaluar:

1) Psicológica: determinadas características de la personalidad que incrementan o anulan el riesgo de adquirir trastornos alimenticios de tipo restrictivo.

2) Familiar: patrones interactivos entre los miembros de la familia que favorezcan o limiten el desarrollo de conductas alimentarias patológicas.

3) Social y escolar: características del entorno que influyen, favorecen o discriminan la adquisición o mantenimiento del trastorno.

c) Criterios Diagnósticos o evaluación: en el caso de los reactivos negativos que consideran a los **factores de riesgo**, la respuesta de “siempre” indica el valor más alto que es de 4, “frecuentemente” tiene valor de 3, “a veces” 2, “casi nunca” 1 y “nunca” 0, en este caso el puntaje menor representa a los factores protectores. Con relación a los **factores protectores**, los valores son “frecuentemente” 1, “a veces” 2, “casi nunca” 3 y “nunca” 4.

Para la obtención de los rangos de factor de riesgo se sumaron todos los reactivos y se dividieron entre tres, puesto que el instrumento está diseñado con tres áreas de incidencia a evaluar (familiar, social e individual) y el resultado obtenido fue de que los instrumentos que arrojan como resultado menor de 80 se encuentran en el rango de “factor protector”; de 81 a 160 el factor es “moderado” e indica la presencia de riesgo; de 161 a 240 se está hablando de un nivel severo, en este caso ya no existe el factor riesgo sino más bien el trastorno ya desarrollado; cabe

destacar que para los fines que de acuerdo al objetivo de esta investigación solo se consideran los datos obtenidos respecto a medidas de factores protectores y de riesgo, “leve” y “moderado”.

Por otro lado, con relación al “acomodamiento” de los reactivos según las áreas que evalúa, como parte de los objetivos del instrumento su construcción considera que los factores protectores no “vicien” las conductas o cogniciones de los jóvenes al momento de contestar los reactivos. Así mismo, con los resultados obtenidos se plantea que la detección de los factores protectores facilite la generación de un programa de prevención de la anorexia nervosa fiable y válido (una de las principales formas en que la Psicología de la Salud trabaja es con la prevención y esto se logra por medio de los factores protectores).

Los instrumentos se encuentran en los anexos “1 y 2” en su presentación para aplicación y en los anexos “3 y 4” divididos por factores y áreas de incidencia.

El análisis de confiabilidad del instrumento se realizó a través del programa SPSS, para Windows versión 11.0, cuyos resultados se presentan a continuación.

La primera fase del análisis estadístico consistió en obtener el “índice de consistencia interna”, con el propósito de obtener un instrumento confiable. Para tal fin se realizaron los procesos de eliminación de reactivos a través de sesgo y poder discriminante (utilizando el “análisis de frecuencias” y la “t de Student”), concluyendo con el “Alpha de Crombach” (a través de la prueba Reliability) que permite obtener la consistencia o correlación de los reactivos entre sí, obteniendo un puntaje Alpha de = 0.9074 (considerando que los puntajes con un Alpha por arriba de 0.80 son estadísticamente confiables).

Como parte del proceso de confiabilidad el instrumento se redujo de 60 a 48 ítems, y se eliminaron los reactivos 1, 2, 13, 27, 28, 30, 43, 44, 45, 49, 57, 58 del instrumento original; ya que presentaron un sesgo (más del 75% de los sujetos respondiendo en la misma opción) y no superaron la prueba de poder discriminante de reactivos, en la cual se comparan (a través de la prueba “t de Student”) el grupo con la puntuación más alta contra el grupo con la puntuación

más baja (obtenidos a través de los percentiles 25 y 75), y se comprueba que cada reactivo es capaz de ser respondido de manera distinta entre dichos grupos.

6.5.4.2 El segundo instrumento se refiere a los "Datos Socio-Demográficos, factores disparadores y criterios Fisiológicos de la Anorexia Nervosa"

Consta de 59 reactivos, donde su tiempo de aplicación es de 15 a 20 minutos, por el tipo de información que se desea obtener.

a) Objetivo: ubicar datos que pudiesen contribuir con el factor riesgo o protector, conocer los datos socio-demográficos de la muestra, conocer si la muestra presenta experiencias que fungieran como factores disparadores y por último, valorar si se presentan síntomas de la anorexia nervosa en la "n", el instrumento fue creado para apoyar, complementar y comparar los resultados que se obtuvieron del primer cuestionario.

b) Descripción del instrumento: la característica del instrumento es que los reactivos son abiertos esto es, que el sujeto o los sujetos logren extenderse lo suficiente en sus respuestas, así no se llegará a omitir información relevante para la investigación de campo. Está dividido en tres partes: 1) la primera parte, busca obtener información acerca de los datos socio-demográficos de la muestra; 2) la segunda parte, hace alusión a los que pudieran ser factores disparadores de la anorexia nervosa, describiendo de una manera breve y clara cual fue la experiencia y que edad tenía el sujeto cuando la vivió; 3) la tercera y última parte, expone algunos de los síntomas más comunes de la anorexia nervosa, de igual manera se busca conocer la intensidad y duración de estos. Una de las principales funciones de estos datos es de compararlos con el grupo de riesgo que se ubicó dentro de la muestra.

c) Criterios Diagnósticos o evaluación: por medio del programa estadístico "SPSS" a cada respuesta remitida por la muestra se le asignó un valor numérico, como los reactivos son abiertos el instrumento tiene la característica de arrojar una gran cantidad de respuestas diferentes variando de un sujeto a otro y de un reactivo a otro por esta gran variedad de información es necesario categorizar las

respuestas por medio de un valor, así las respuestas que son iguales poseen el mismo valor. Dicho programa estadístico trabaja con los valores asignados de las variables con respecto a sus reactivos al momento de realizar el análisis por frecuencias. Una vez ya asignado el valor a todas las respuestas con respecto a: 1) datos socio-demográficos; 2) factores disparadores; y 3) criterios fisiológicos de la anorexia nervosa, se procedió al análisis descriptivo de dicha muestra para posteriormente comparar los resultados del primer instrumento con los resultados de éste.

6.5.5 MATERIALES:

Únicamente fueron necesarios 95 instrumentos, fotocopiados, los alumnos ya contaban con lápiz y pluma para su aplicación, así como butacas y las condiciones adecuadas, puesto que los instrumentos fueron aplicados en sus aulas de clase.

6.5.6 PROCEDIMIENTO:

Principalmente se entregó un oficio dirigido al director y a la subdirectora de la institución pidiendo su apoyo para la realización de la investigación, se realizaron dos citas para platicar con la subdirectora acerca del motivo y la relevancia de llevar a cabo este tipo de investigaciones en la ciudad. Se integró dicha muestra de manera no probabilística, intencional por cuota, donde los dos instrumentos se aplicaron a los grupos, se comenzó con el quinto semestre área de sociales, la cantidad de alumnos fue de 32, el tiempo de aplicación fue de 30 minutos, posteriormente se aplicaron los instrumentos en el tercer semestre donde la cantidad de alumnos fue de 30 y el tiempo de aplicación fue de 30 minutos y por último se aplicaron los instrumentos en el primer semestre donde la cantidad de alumnos fue de 33 y el tiempo de aplicación fue de 40 minutos, así obteniendo una $n= 95$ alumnos y alumnas.

En las indicaciones por grupo, se les explicó el contenido de cada instrumento y la manera de contestarlos, se les solicitó que fueran completamente honestos en sus respuestas, ya que los instrumentos no contenían el nombre de quien lo contestaba y la institución no tenía acceso a las respuestas individuales; así

mismo se les pidió que las dudas las comentaran antes de contestar los reactivos, por esta razón era necesario leer bien cada instrumento y después responderlos. Al finalizar con la aplicación se les dio las gracias a cada grupo y posteriormente a los directivos de la institución.

Una vez ya expuesta la metodología con la cual se trabajó en la presente investigación de campo con respecto a los factores de riesgo y protectores para la anorexia nervosa que presenta una muestra compuesta por adolescentes de ambos sexos, estudiantes de bachillerado, se abre paso al siguiente capítulo (Capítulo VII) donde el análisis de resultados es expuesto (como ya se menciona con anterioridad) de manera descriptiva con respecto a los resultados que la muestra arroja acerca de los datos Socio-demográficos, para posteriormente observar comparaciones con respecto a los resultados de los factores tanto de riesgo y protección, entre sí y con los datos Sociodemográficos resultantes, finalmente y concretando el próximo capítulo, se realizara una descripción acerca de los resultados obtenidos del grupo de riesgo de acuerdo a sus datos sociodemográficos, factores disparadores y sintomatología.

CAPÍTULO VII. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Como se mencionó en el capítulo I en el apartado de epidemiología con respecto a la anorexia nervosa, en México existen datos estadísticos que demuestran la presencia de prácticas alimenticias de riesgo y conductas dirigidas a la pérdida de peso, éstas como una preocupación exagerada por el peso y la figura corporal. Algunos estudios reportan que el 60% de mujeres adolescentes estudiantes de escuelas privadas llevan acabo dietas para bajar de peso y entre el 2.5% y el 12% utilizan el vómito autoinducido, los laxantes y los diuréticos con el mismo fin (Unikel, 2000).

Se estima que uno de cada 200 adolescentes con edad entre los 12 y los 18 años, (*grupo de alto riesgo*), desarrolla la enfermedad y de éstos el 90% son mujeres. Inclusive en un estudio se encontró una preadolescente de 8 años con este problema; así como 4% de la población adolescente masculina con serios síntomas de Anorexia Nervosa (Romeo, 1994).

Sin duda alguna, esto representa un aumento del riesgo de mortalidad, de hecho diferentes estudios indican que la mortalidad por anorexia y bulimia a aumentado del 4% al 18% (Garner, 1993).

Es por ello que la presente investigación profundiza en detectar cuáles son los factores tanto de riesgo como protectores que se puedan presentar en esta población de adolescentes hombres y mujeres, del tal manera que se brinde una colaboración con la Psicología de la Salud que permita desarrollar programas preventivos (prevención primaria), ayudando a disminuir la incidencia de este grave trastorno de la conducta alimenticia.

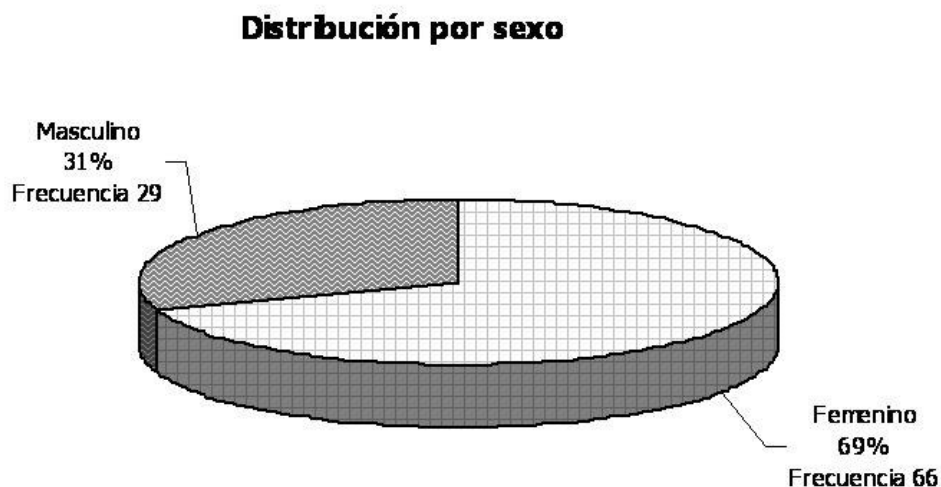
A continuación se presenta el análisis descriptivo de los datos remitidos por la muestra de una manera breve, clara y concisa, organizados de la siguiente manera: Datos Demográficos y Estado de Salud de la Muestra; Datos Generales y Estado de Salud de la Familia.

7.1 DATOS DEMOGRAFICOS DE LA MUESTRA

7.1.1 Distribución por sexo

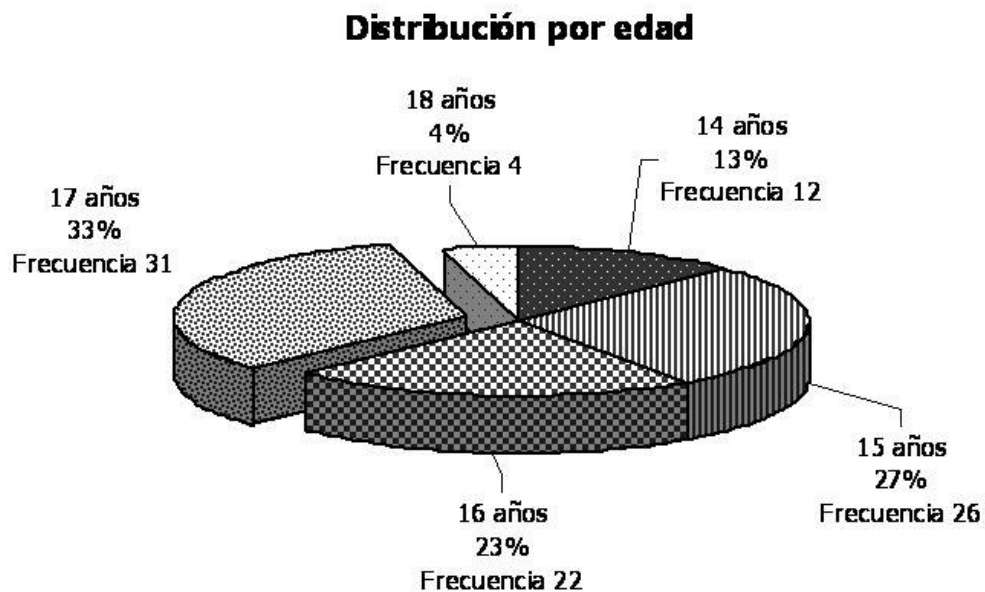
Se trabajó con una $n = 95$ sujetos de ambos sexos, de los cuales la mayor proporción (69%) correspondió a las mujeres (Ver gráfica no. 1).

Gráfica No 1



7.1.2 Distribución por edad

Gráfica No 2

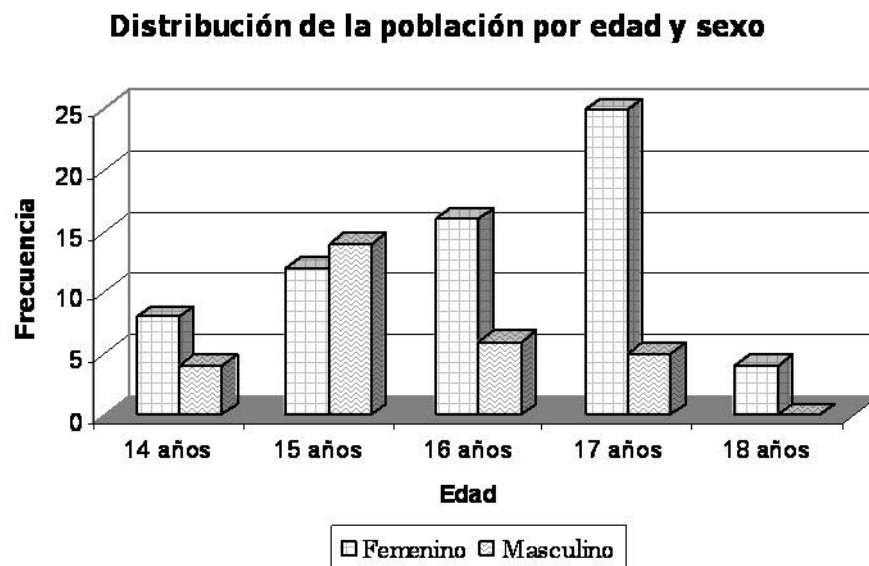


Tal y como se describió en el marco metodológico, uno de los criterios de inclusión fue el rango de edad poblacional, definiendo que fuera entre los 14 y los 18 años, al respecto el grupo con el cual se realizó la presente investigación se distribuyó dentro del rango previsto presentando la mayor distribución (33%) el grupo de 17 años, como puede observarse en la grafica No 2.

7.1.3 Distribución por edad y sexo

Como se puede observar en la gráfica 3 “Distribución por edad y sexo”, en el grupo de 18 años no se presentan hombres (las mujeres de ésta edad representan el 4% de la población), en el caso del grupo de 17 años las mujeres se disparan muy por encima de los hombres en cantidad siendo 26 mujeres (27%) y 5 hombres (5.2%), a su vez se puede observar como en el grupo de 15 años los varones presentan 2 sujetos más (14.2%) que las mujeres (12.1%), éste es el único grupo donde hay más hombres que mujeres, en los cuatro restantes la población mayor es la femenina, asimismo el grupo de 14 años se conforma por 6 mujeres (6.5%) y 4 hombres (4.5%) .

Grafica No 3



7.1.4 Distribución por semestre

Con respecto a la distribución por semestre, la muestra se ubicó en los semestres 1º, 3º y 5º con proporciones similares entre sí, donde el quinto semestre presentó 32 siendo el 33.7% de la muestra, alumnos de los cuales únicamente 2 eran varones, el tercer semestre reportó 30 alumnos siendo el 31.6% de la muestra y el primer semestre 33 alumnos hombres y mujeres siendo el 34.7% de la muestra.

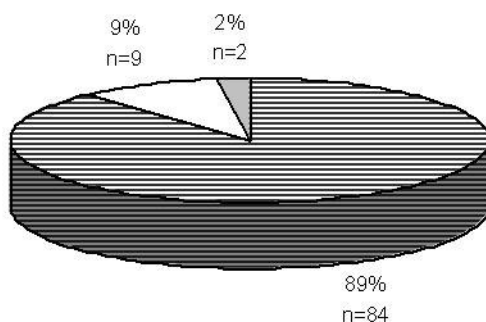
7.1.5 Estado civil

Con respecto al estado civil de la muestra el 100% siendo los 95 sujetos reportan ser solteros y solo un sujeto reporta tener un hijo.

7.1.6 Nivel Socioeconómico

Gráfica No 4

Distribución de la población por nivel socioeconómico



Como se mencionó con anterioridad uno de los criterios de inclusión de la población y por lo tanto de la muestra fue que los sujetos pertenecieran a un nivel socioeconómico medio, medio alto y /o alto, siendo así, la “n” se distribuyó de la

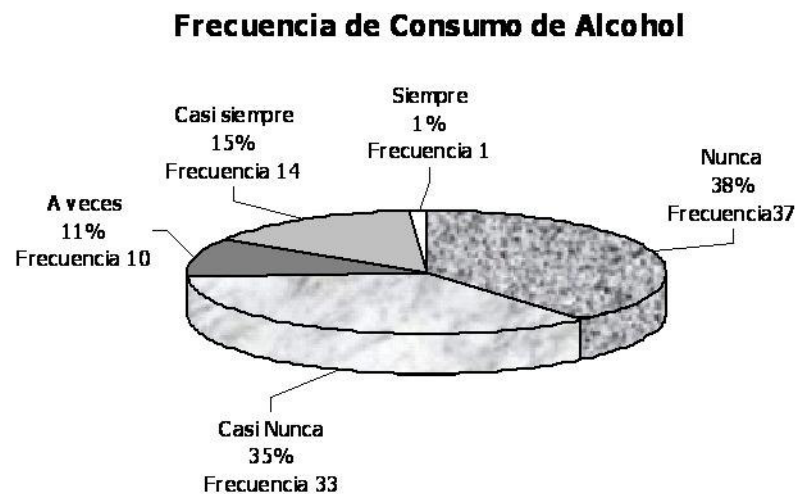
siguiente manera. El 88.4% (siendo 84 sujetos) reportaron pertenecer a un nivel socioeconómico medio, el 9.5% (9 sujetos) reportaron pertenecer a un nivel socioeconómico medio alto y el 2.1% (2 sujetos de la muestra) restante reportó pertenecer a un nivel socioeconómico alto, ver grafica 4.

7.2 ESTATUS DE SALUD Y ENFERMEDAD

7.2.1 Actividad deportiva

Uno de los criterios de la anorexia nervosa es, que los sujetos realizan actividad deportiva en exceso para lograr disminuir su peso, de igual manera hay ciertos deportes que exigen al sujeto que lo practica presente un peso por debajo de su ideal, como la danza, la gimnasia y natación entre otros. Por esta razón se consideró importante para la investigación valorar si los sujetos realizan algún tipo de ejercicio y el nivel con el que lo realizan, al respecto se pudo observar que solo el 42.1% de los sujetos (esto es 40 sujetos) realizan ejercicio y de éstos, el 37.9%, siendo 36 sujetos realizan ejercicio de tipo aeróbico, mientras que el 4.2% o sea 4 sujetos, realizan ejercicio anaeróbico, en promedio realizan 3 horas por semana de ejercicio aeróbico y 1 hora de ejercicio anaeróbico.

Gráfica No 5



7.2.2 Adicciones

7.2.2.1. En relación al **consumo de alcohol** el 35% de la muestra (siendo 33 sujetos), reporta casi nunca y nunca haber consumido alcohol, el resto se distribuye en nunca 38% (37 sujetos); casi siempre el 15% (14 sujetos); a veces el 11% (10 sujetos) siempre el 1% (un sujeto) obsérvese grafico No 5.

7.2.2.2 En lo referente al **consumo de drogas** el 91.6% (87 sujetos) reportan no haber consumido ningún tipo de droga a lo largo de su vida, mientras que el 8.4% (8 sujetos) reportan si haberlo hecho, de los cuales 6 sujetos han utilizado marihuana y 2 sujetos algún tipo de ácido. De entre estos dos sujetos, siendo el 2.1% de la población que ha consumido algún tipo de droga, reportan aún seguir consumiéndola ocasionalmente.

7.2.2.3 Con respecto al **consumo de tabaco**, El 60% (57 sujetos) informa nunca haber fumado, mientras que el 15.8% (15 sujetos) lo ha hecho al menos alguna vez, y el 23.1% restante (22 sujetos) fuma casi siempre o siempre.

7.2.3 Accidentes

El 24.2% (23 sujetos) reportan haber sufrido algún tipo de **accidente**, siendo más recurrentes los ocurridos por caídas con el 12.6% (12 sujetos); accidentes automovilísticos se presentaron en el 9.5% (9 sujetos) y solo el 2.1% (2 sujetos) reportaron quemaduras de primer grado.

7.2.4 Procesos quirúrgicos

Con respecto a **procesos quirúrgicos**, 76 sujetos (el 80%) de la muestra reporta no haber tenido ninguno hasta el momento, mientras que en el caso de los que sí han experimentado algún tipo de cirugía, las mayores incidencias corresponden a

las amígdalas 6 sujetos (6.3%) y a las cirugías reconstructivas 4 sujetos (4.2%), el resto de los casos se distribuye entre apendicitis con 3 sujetos (3.2%), cirugías estéticas 3 sujetos (3.2%) y de tipo ocular 2 sujetos (2.1%).

7.2.5 Vida sexual

En relación a la **vida sexual activa**, 15 sujetos (el 15.8%) sostienen relaciones sexuales en la actualidad, con un promedio de edad de inicio de entre los 15 años (4 sujetos, siendo el 4.8%) y los 16 años (8 sujetos siendo el 9%), observándose que la mayoría aún no tiene vida sexual activa.

7.2.6 Complicaciones Ginecológicas

En el caso de las mujeres el 84.6% (55 mujeres) no han presentado ningún tipo de **complicación ginecológica**; mientras que el 6.2% (6 mujeres) han presentado quistes o periodos menstruales irregulares; y un menor porcentaje del 3.1% (3 mujeres) ha presentado algún tipo de infección.

7.2.3 Índice de Masa Corporal

Uno de los indicadores importantes en la detección de trastornos alimentarios es el Índice de Masa Corporal (IMC) el cual se obtiene de dividir el peso, entre la estatura elevada al cuadrado (Ortiz, 2002). De cuyos puntajes y en relación al tema de la presente investigación, se considera que si se obtienen resultados inferiores a los 16 puntos es uno de los indicadores de anorexia.

Al respecto del IMC en la población adolescente estudiada, se pudo observar que la mayor proporción 57 sujetos el 63.9% de la muestra se ubica en rango comprendido entre los “19 y 22” puntos, esto es un rango saludable y solo el 14.7% esto es 14 sujetos mostraron resultados inferiores al rango patológico de “16” puntos. Sin embargo, este rango se sitúa en el primer semestre con los

jóvenes varones de 15 años donde por cuestiones de desarrollo su estatura no es proporcional a su peso, siendo sujetos altos con cuerpos muy esbeltos, puesto que presentan lo que comúnmente la sociedad le llama “el estirón”.

7.2.4 SINTOMATOLOGÍA RELACIONADA CON TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

Tal y como se describió en el capítulo de “Aproximación Médica”, existen diversos síntomas asociados con la presencia de anorexia y bulimia en los sujetos, es por ello que se procedió a analizar la incidencia de dichos síntomas.

En la tabla 6 se incluye un análisis de los factores, en los cuales se resaltan las proporciones más importantes en lo que respecta a su ocurrencia.

Tal y como puede observarse en la tabla, si bien la gran mayoría de los síntomas (excepto dificultad para concentrarse y caída del cabello) tienen mayor proporción en la no ocurrencia, cabe señalar que los calambres, el dolor estomacal, la dificultad para escuchar, el frío y el mal humor se presentan con relativa frecuencia entre el rango de “A veces” y “Casi Siempre”. La adolescencia es una etapa de cambios apresurados tanto fisiológicos como psicológicos es común que los jóvenes presenten calambres por el mismo crecimiento acelerado, así mismo la falta de concentración y mal humor son características de la adolescencia. El cuestionario se aplicó a principios de invierno esta podría ser una razón por la cual los jóvenes reportaran frío, concluyendo, por estas razones no se considera dicha sintomatología como presencia o riesgo de anorexia nervosa en la muestra. Con respecto a las razones del mal humor que la muestra remitió fueron distribuidas de la siguiente manera: 4 sujetos lo atribuyeron a problemas familiares; 3 a que se sienten nerviosos; 2 sujetos atribuyeron su mal humor a la insatisfacción corporal; y 4 sujetos se distribuyeron entre la escuela, preocupaciones, tensiones con el padre y sentimiento de soledad, un caso por sujeto.

Tabla No 6 Sintomatología y Ocurrencia de la Anorexia Nervosa, tabla de porcentajes

Sintomatología	Ocurrencia				
	Siempre	Casi Siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
Mareos	2.1%	5.3%	9.5%	3.2%	80%
Desmayos	0%	1.1%	1.1%	0%	97.9%
Dolor estomacal	0%	3.2%	25.3%	5.3%	66.3%
Calambres	4.2%	3.2%	16.8%	5.3%	70.5%
Caída del cabello	0%	0%	56.8%	0%	42.1%
Dificultad concentrarse	0%	0%	53.7%	0%	46.3%
Frío	1.1%	22.3%	8.5%	2.1%	66%
Dolor cabeza	3.2%	8.4%	9.5%	5.3%	73.7%
Dificultad escuchar	0%	0%	34.2%	0%	75.8%
Mal humor	0%	0%	19.1%	0%	82.1%

7.3 CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA FAMILIA

7.3.1 Miembros que viven en casa

La distribución de miembros compartiendo la vivienda se situó en un promedio de cuatro personas y con respecto a compartir la habitación se obtuvo un promedio de dos personas. En su mayoría; el 75%, 70 sujetos viven con sus dos padres y en el mayor de los casos con entre uno y dos hermanos.

7.3.2 Lugar que el sujeto ocupa en su familia

En cuanto a características demográficas asociadas a la distribución familiar se pudo observar que en promedio los sujetos ocupan entre el 2do y 3er lugar entre los hijos de la familia. Siendo en su mayor parte familias de 3 a 5 integrantes, 78 sujetos el 80% de la muestra remitieron este dato.

7.3.3 Estado civil de los padres

Con respecto al estado civil de sus padres, el 23% siendo 22 sujetos informan tener padres divorciados, con un promedio de edad en el momento del divorcio de 8 años, el resto de los adolescentes reporta que sus padres permanecen casados y/o juntos, tal y como se puede observar a continuación, obsérvese grafico No 6.

Gráfica 6



7.3.4 Cambios de residencia de la familia: Revisando cuidadosamente otros cambios presentados en el núcleo familiar se encontró que 48 sujetos el 48.9% de los sujetos participantes se ha mudado de domicilio al menos una vez.

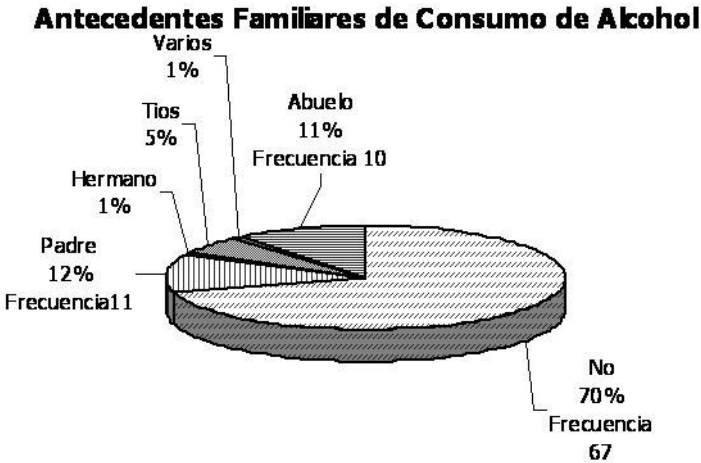
7.4 ESTATUS DE SALUD-ENFERMEDAD FAMILIAR

7.4.1 Enfermedades

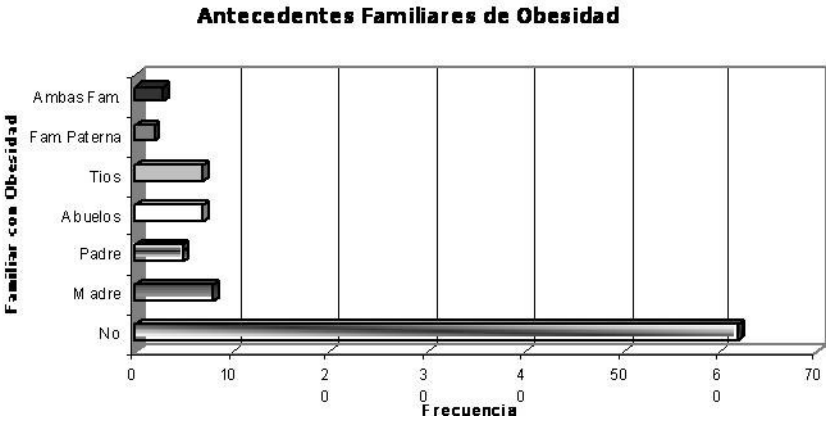
7.4.1.2 Antecedentes de alcoholismo: Al respecto, el 70.5% 67 sujetos informan que en su familia no existen antecedentes de alcoholismo, y que en los

casos en los que se presenta la incidencia recae en el padre y en el abuelo con una frecuencia de 11 sujetos 12% y 10 11%, a continuación se presenta la distribución relacionada con dicho aspecto en el gráfico No 7.

Gráfica No 7



Gráfica No 8



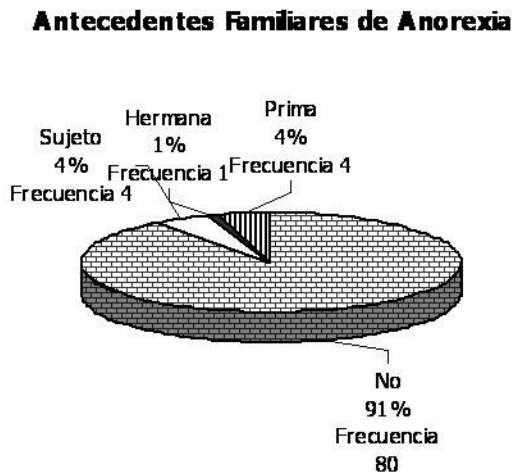
7.4.1.3 Antecedentes de Obesidad: Con respecto a la Obesidad se observa una mayor proporción de casos presentes las madres con una frecuencia de 8 sujetos siendo el 8.4% de la población; los abuelos y tíos con una frecuencia de 7

o sea el 7.4% de cada caso; y los padres con una frecuencia de 5 sujetos siendo el 5.3%. Como se puede observar en la gráfica No 8.

7.4.1.4 Antecedentes de Anorexia: Con respecto a los antecedentes de anorexia en la familia, los sujetos reportan en un 89.9% (80 sujetos) que dicha patología no se ha presentado en sus núcleos familiares, mientras que 4.5% (4 sujetos) informa que ha sido el propio sujeto quien lo ha presentado, en todos los casos mujeres, al igual que alguna prima el 1.1% (1 sujeto) de igual manera en el 1.1% restante se ha presentado en alguna hermana.

En el caso de seis sujetos no contestaron esa pregunta de los cuales cuatro son varones, obsérvese el gráfico No 9.

Gráfica No 9



7.4.1.5 Morbilidad y Mortalidad en los familiares de la muestra

Otro de los factores que se consideró importante evaluar fue el estado de salud familiar y el índice de mortandad relacionado, al respecto 33 sujetos reportaron que en sus familias los decesos han ocurrido básicamente entre los familiares de mayor edad (abuelos) y en casos poco frecuentes 3 casos padres, hermanos 2 casos y entre tíos y primos existen 9 casos. Con respecto a la causa de la muerte el primer lugar 86.1% lo ocupan enfermedades que no fueron definidas, mientras que causas como el suicidio, el alcoholismo, cirugías o accidentes ocupan entre el

2.8% y el 5%. La edad en que se distribuye la muestra cuando sucedió la muerte en su mayoría es a los 15 y 14 años con una frecuencia de 10 y 6 sujetos y un porcentaje de 10.5% y 6.3% respectivamente.

Una vez concluido el análisis descriptivo tanto de elementos socio-demográficos, como sintomáticos de la población, se procedió a realizar el análisis estadístico relacionado con los factores de riesgo y protectores a través **del “Cuestionario del las Actitudes Alimentarias”**.

7.5 FACTORES DE RIESGO Y PROTECTORES OBSERVADOS A TRAVÉS DEL “CUESTIONARIO DE ACTITUDES ALIMENTARIAS”.

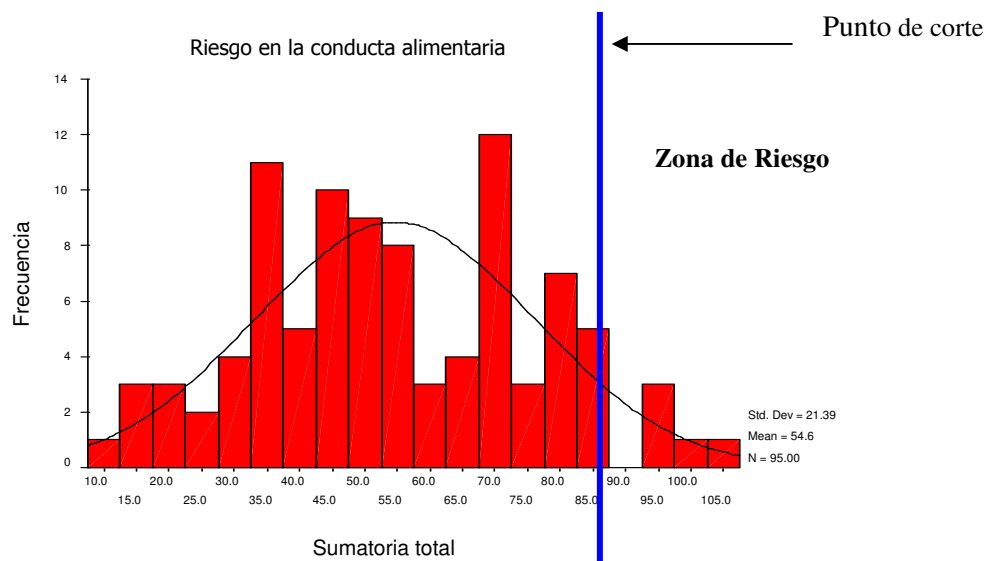
Para el análisis de las respuestas que se obtuvieron de la muestra con respecto al instrumento creado para detección de los factores de riesgo y factores protectores de dicho trastorno de la conducta alimenticia se siguieron seis fases:

- a. Análisis de **puntaje total**, en cuya clasificación se considera que aquellos sujetos que puntúan por encima de 80 se encuentran en **“riesgo”**, el cual es el punto de corte de la muestra.
- b. División de la muestra por grupo de factor de **riesgo** y por grupo de factor de **protección**.
- c. Análisis **comparativo por frecuencias** que evalúan elementos **protectores** analizados por factor social, familiar y psicológico.
- d. Análisis **comparativo por frecuencias** que evalúan elementos de **riesgo** analizados por factor social, familiar y psicológico.
- e. Factores **socio-demográficos** relacionados con factores de **riesgo** y **protectores**.
- f. Descripción del **grupo riesgo** en relación con sus variables sociodemográficas.

7.5.1 FASE a), análisis del punto de corte del total de la muestra, detección de riesgo.

Para tal efecto se realizó una sumatoria de todos los reactivos, teniendo en cuenta que los reactivos fueron recodificados de tal manera que los puntajes más altos indican mayor riesgo (en el caso de los reactivos positivos “protectores” se otorgó el valor más alto a la menor ocurrencia de protección, mientras que en el caso de los reactivos negativos “riesgo”, se otorgó el valor más alto a la mayor ocurrencia de riesgo).

Gráfica 10



Con respecto a la gráfica No 10 se pudo observar que 14% una frecuencia de 13 sujetos que componen la muestra se encuentran por encima del rango establecido como punto de corte o límite de riesgo (81 puntos) que indica la presencia de riesgo; sin embargo ninguno de los sujetos se encuentra por encima del límite de los 160 puntos, que se considera presencia del trastorno y/o riesgo severo.

En la curva de distribución se pudo apreciar la marca o punto de corte a partir de la cual, se considera que los sujetos se encuentran en riesgo y sobre los cuales se analizaron los factores asociados con dicho factor, cuyos resultados se presentarán posteriormente.

7.5.2 FASE b): División de la muestra por grupo de riesgo y grupo de protección.

Para fines de la comprensión del lector y la organización de la investigación de campo, cabe recordar la definición de lo que un **factor de riesgo** y un **factor protector** son. Se define al **factor riesgo** como la exposición de una población o individuo que está asociada a una probabilidad mayor de caer en el trastorno y esta a su vez esta estrechamente relacionada con los rasgos individuales del sujeto o población (Ortega, 1999). Según Costa y López (1998) los riesgos y peligros para la salud del hombre provienen en lo fundamental de dos factores: a) la variedad de opciones de consumo y prácticas de vida, y b) la vulnerabilidad del proceso individual de tomar decisiones para elegir entre aquellas.

Particularmente los **factores de protección** psicosociales se refieren a los rasgos individuales y elementos socioculturales, que eliminan, disminuyen o neutralizan el riesgo de que un individuo inicie o continúe con el trastorno (Ortega, 1999). Estos han sido definidos por Jessor (1977) como aquellos recursos personales, sociales e institucionales que promueven el desarrollo exitoso del adolescente, en este caso, o que disminuyen el riesgo de que surja un desarrollo alterado.

A continuación se presentan los resultados obtenidos del análisis correspondiente al instrumento de evaluación con respecto a factores protectores y factores de riesgo de anorexia nervosa para adolescentes. Ahora bien el análisis de los resultados se realizó utilizando “**análisis de frecuencias**”, como ya se mencionó con anterioridad, por medio del programa estadístico “SPSS” (por sus siglas en inglés) lográndose una efectiva comparación entre frecuencias las cuales a continuación se describe.

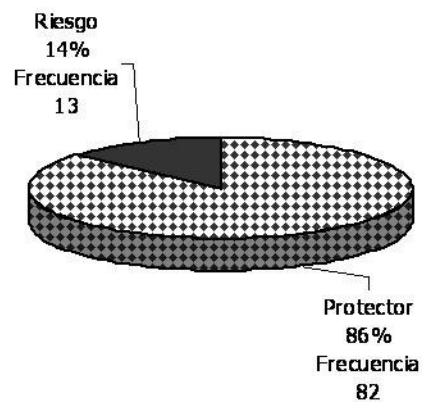
7.5.2.1 Incidencia en el factor Protector y Riesgo

Una vez que se pudo observar que la distribución fluctuó entre los 11 y los 106 puntos, con una **media de 54.6**, se procedió a dividir a la población en dos grupos (con y sin riesgo) a partir del punto de corte, obteniendo una distribución que ubica al 86.3%, 82 sujetos de la población dentro del rango de factores protectores (o sin

riesgo) y al 13.7%, 13 sujetos en los factores de riesgo, tal y como se observa en el gráfico No 11.

Gráfica No 11

Incidencia de Factores Protectores y de Riesgo



7.5.3 FASE c) y d) Incidencia con respecto al factor psicológico, familiar y social, de protección y riesgo

7.5.4 Diferencias en factores de riesgo y protección en ambos grupos

En una fase previa al análisis se dividió al grupo en dos secciones a partir del punto de corte (81 puntos) recordando que la muestra podía dividirse de acuerdo al puntaje obtenido en tres niveles (0 a 80 puntos sin riesgo, 81 a 160 puntos con riesgo, 161 puntos o más patológico). Cabe destacar que no se presentaron puntajes correspondientes a lo “patológico”; por lo que se presentan datos de grupos de comparación: *con riesgo y sin riesgo*.

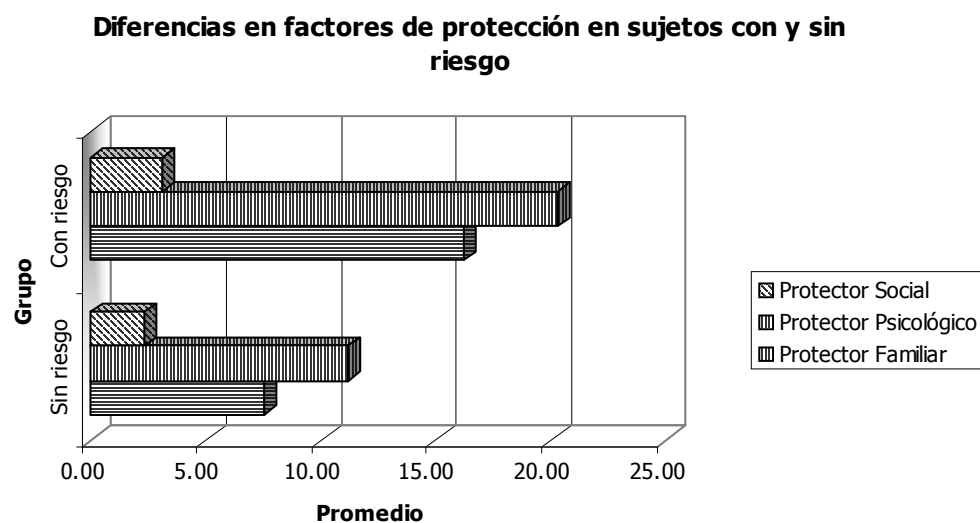
A partir de dicha división se realizó un análisis de media por factor, para lo cual se sumaron los reactivos por cada factor (social, familiar y psicológico) tanto de riesgo, como de protección.

Al respecto cabe mencionar que aún después de haber separado a los grupos, se sostuvo la tendencia que en los **factores protectores predominaron el social y el familiar** y en el **riesgo el psicológico y el social**. Sin embargo, es importante puntualizar, que para evitar confusiones en la interpretación, *la muestra solo se ubica en puntajes bajos de riesgo, y respecto a los factores protectores no alcanzan puntajes altos*.

Es importante recordar antes de visualizar la distribución gráfica obtenida a través de los análisis estadísticos, que en el caso de los **factores protectores las barras altas significan menor protección** (dado que el instrumento global está enfocado a evaluar el riesgo), mientras que en el caso de los **factores de riesgo la interpretación corresponde en forma directa: a mayor puntaje, barras altas, mayor riesgo**.

7.5.4.1 Diferencia en factores de protección en sujetos con y sin riesgo

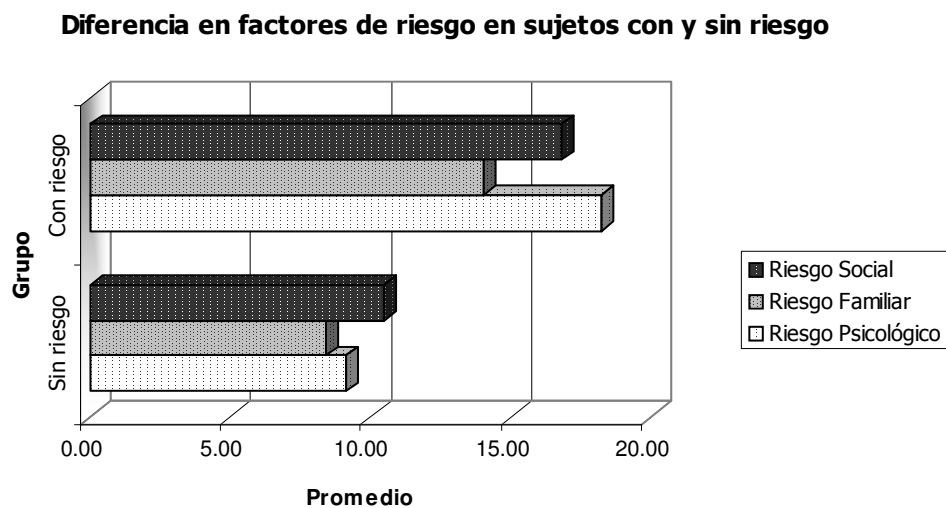
Gráfica 12



Se presenta la comparación gráfica referente a los factores de protección entre el grupo que se ubica por debajo del punto de corte al que se denominó **sin riesgo** y el grupo que se encuentra por encima del punto de corte al que se denominó **con riesgo**. Al respecto se pudo observar que en proporciones ligeramente distintas en ambos grupos, los factores de protección son el social y el familiar, destacando que en el caso del grupo sin riesgo el factor familiar de protección es más importante, mientras que el factor social se distribuye de manera similar en ambos grupos, obsérvese el gráfico No 12.

7.5.4.2 Diferencia en factores de riesgo en sujetos con y sin riesgo

Gráfica 13



Los resultados obtenidos del conjunto de análisis gráficos permiten observar que los sujetos que se encuentran por encima del punto de corte, tienen mayor riesgo psicológico y social, a pesar de contar con proporciones similares de riesgo y protección en el área social. Mientras que el grupo que se ubica por debajo del punto de corte, cuenta con mayor protección psicológica y familiar, y por lo tanto menor riesgo en dichas áreas; aunque al igual que el grupo de riesgo, mantiene una tendencia equilibrada en el aspecto social, en donde se presenta un puntaje

alto de riesgo, pero también una proporción importante de protección, ver gráfico 13

7.5.5 Comparación por factor entre los grupos con y sin riesgo

Tabla No 7. Comparación por factor en grupos con y sin riesgo

Variable	Grupo	Media	Desv. Estándar	Grados de Libertad	t	Significancia
Riesgo Psicológico	Sin Riesgo	9.16	4.39	93	-6.72	0.00
	Con Riesgo	18.23	5.33			
Riesgo Familiar	Sin Riesgo	8.43	4.25	93	-4.57	0.00
	Con Riesgo	14.08	3.35			
Riesgo Social	Sin Riesgo	10.50	4.93	93	-4.28	0.00
	Con Riesgo	16.85	5.19			
Protector Psicológico	Sin Riesgo	7.59	5.52	93	-5.31	0.00
	Con Riesgo	16.23	4.94			
Protector Familiar	Sin Riesgo	11.18	5.03	93	-6.29	0.00
	Con Riesgo	20.31	3.47			
Protector Social	Sin Riesgo	2.37	1.80	93	-1.45	0.15
	Con Riesgo	3.15	1.95			

Con la finalidad de determinar si la diferencia a pesar de resultar sutil entre ambos grupos resulta estadísticamente significativa, tanto en el riesgo como en la protección, se realizó un análisis de comparación de medias entre los dos grupos (con y sin riesgo) en cada uno de los factores anteriormente descritos, encontrando resultados significativos en todos los factores, con excepción del factor de protección social, el cual como se ha señalado de manera reiterada presenta una tendencia poco clara en ambos grupos y en ambos factores. Como se pudo observar en la tabla No. 7 se muestran los resultados obtenidos del análisis estadístico realizado a través de la prueba de comparación de medias utilizando la prueba “t de Student”.

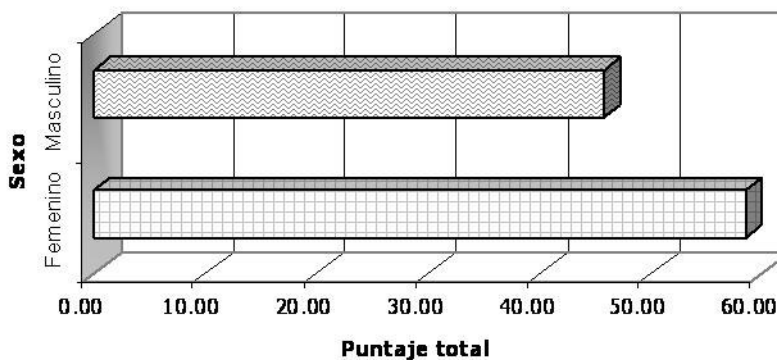
7.6 FASE e): FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN COMPARADOS CON DATOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS

Es importante mencionar que con respecto a los factores de riesgo el puntaje máximo de riesgo es de “32” en las tres áreas de incidencia (factor de riesgo psicológico /individual, social y familiar) y en el caso de los factores protectores los valores varían dependiendo del área de incidencia: en el caso del factor protector familiar “40” puntos es el rango máximo para la *menor protección*; en el factor protector psicológico “44” puntos es el máximo para obtener menor protección; en el protector social la puntuación máxima es de “12”. Recordando que los factores protectores se consideran a partir de puntuaciones bajas puesto que si son altas quiere decir que están protegiendo poco. Ahora bien una vez que se concluyó el análisis estadístico que permitió determinar cuáles son los factores de riesgo predominantes en la muestra de adolescentes, así como cuáles son los factores protectores con los que cuentan, se procedió a elaborar los perfiles descriptivos de los factores de *riesgo y protección*, con relación a las variables demográficas, encontrando los siguientes resultados.

7.6.1 Riesgo y protección en la conducta alimentaria comparativo por sexo

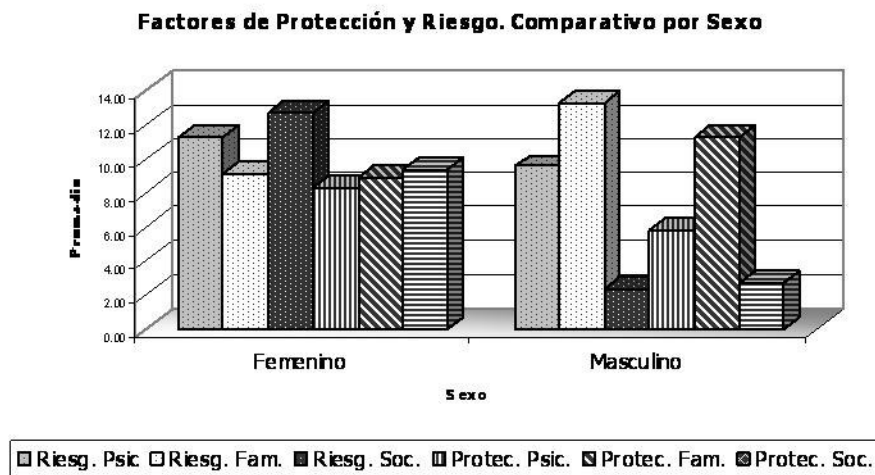
Gráfica No 14

Riesgo en la conducta alimentaria. Comparativo por sexo

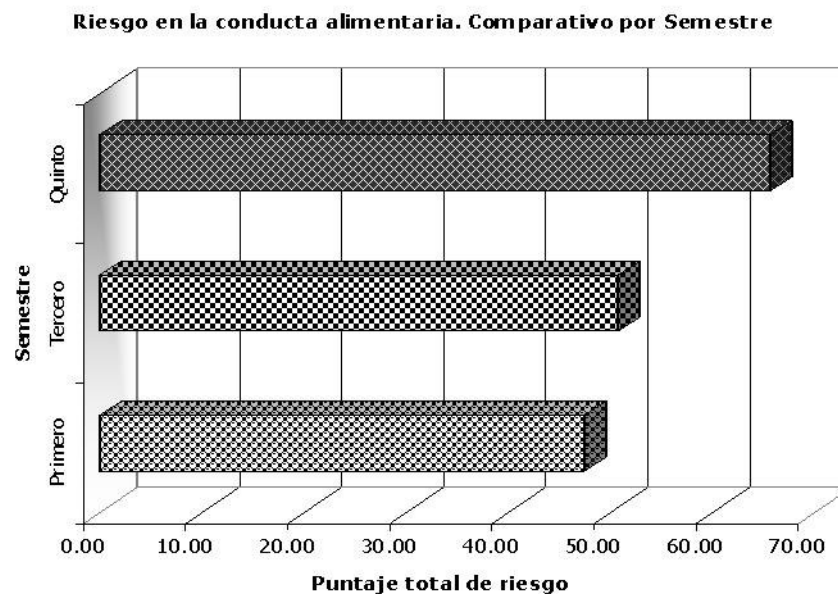


El primer factor descriptivo demográfico analizado fue el sexo, al respecto se pudo observar que las mujeres presentan puntajes promedio general de riesgo más alto que los hombres (ver gráfico No. 14), pero no tan altos como para considerarse un riesgo severo, donde la media que obtuvieron las mujeres fue de **58.52** y los hombres de **45.83**. Respecto al riesgo en general la puntuación más alta es de **96** y su media de **45.3**.

Gráfica No 15



Gráfica 16



Con respecto a las tres áreas de incidencia de riesgo y protección se encontró que las mujeres presentan riesgo particularmente de tipo social con un puntaje de 12.71 y psicológico con un puntaje de 11.26, y en el área familiar se obtuvo un puntaje 9.18, mientras que en términos de factores protectores los hombres tienen más soporte en las áreas psicológica y familiar con puntajes de 11.33 y 5.79, y en términos de riesgo lo presentan más alto en el área social que las mujeres. Como se puede observar, los puntajes no poseen una gran diferencia con respecto a la comparación entre géneros, así mismo con respecto al puntaje máximo de cada área de incidencia el riesgo en cada grupo es mínimo, obsérvese grafico No 15

7.6.2 Riesgo y protección en la conducta alimentaria comparativo por semestre

Factores de protección y riesgo. Comparativo por semestre

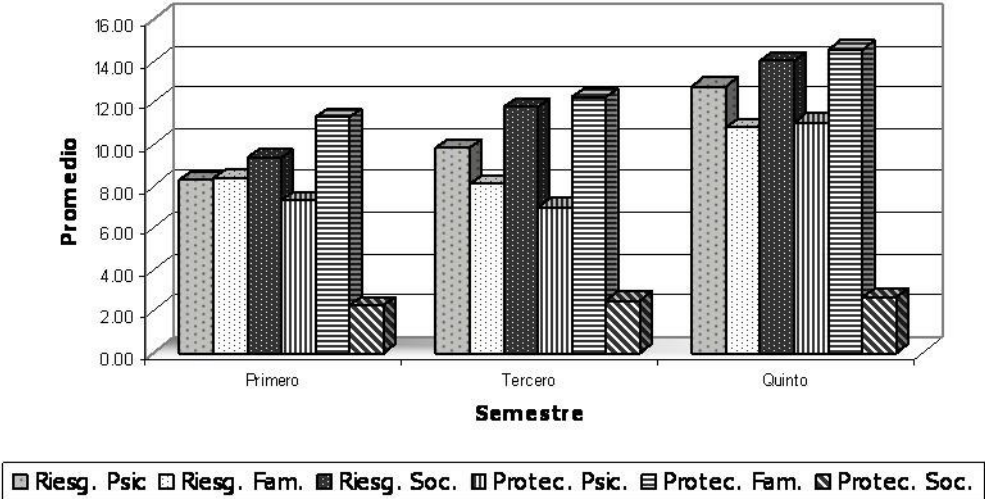


Grafico No 17

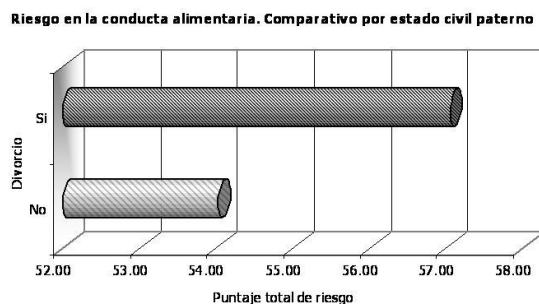
Al respecto se pudo observar una interacción directa entre semestre y nivel de riesgo (tanto psicológico, como familiar y social) de tal manera que se presenta un mayor puntaje de riesgo entre mayor es el semestre del alumno. Relación que se

sostiene en el riesgo general, en donde los alumnos de quinto semestre, (que en su gran mayoría son mujeres), son los que presentan el puntaje promedio de riesgo en la conducta alimentaria más alto con 12 puntos en el factor de riesgo psicológico, 10 en el factor de riesgo familiar y 14 puntos en el social; el tercer semestre presenta mayor protección en el área familiar con una puntuación de 7; y el primer semestre presenta mejor protección psicológica y social con una puntuación de 11.29 y 2.27 respectivamente. Son ciertamente los alumnos de primer semestre, (más varones que mujeres) los que tienen los puntajes que indican mayor protección, recordando que son los alumnos que presentan menor índice de masa corporal (IMC), donde ya se explico con anterioridad que esto se debe a factores de desarrollo. Observe las gráficas 16 y 17 respectivamente.

7.6.3 Riesgo y protección en la conducta alimentaria comparativo por estado civil paterno

Continuando con el análisis de interacción entre los factores estudiados y las diversas variables socio-demográficas, se consideró importante incluir un análisis que permitiera diferenciar el efecto que ejerce la situación de divorcio de las figuras paternas, dados las implicaciones de tipo psicológico, emocional, económico, de comunicación y convivencia que adquiere en la vida de los adolescentes, ver gráfico No 18. Al respecto se pudo observar que los jóvenes cuyos padres se han divorciado que son el 23.4% de la muestra (22 sujetos) presentan un mayor riesgo que el resto, tanto a nivel general, como en cada uno de los factores (social, psicológico y familiar).

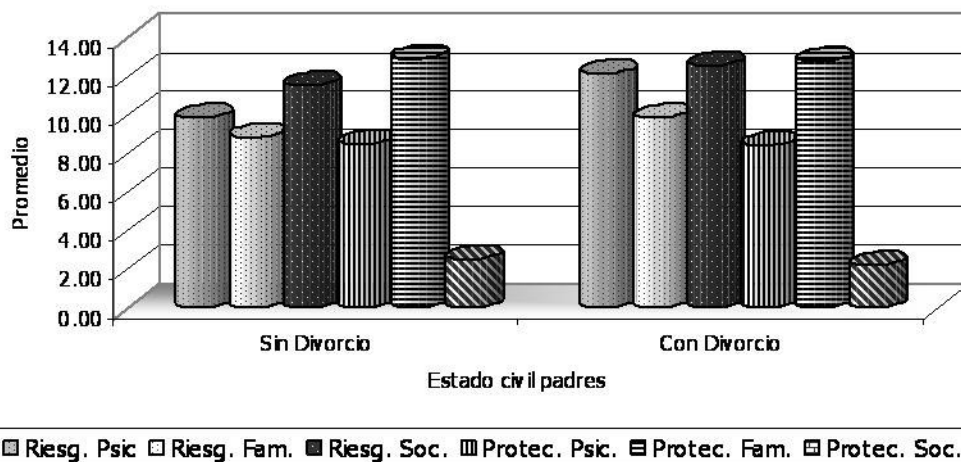
Gráfica No 18



En el gráfico No 19 se puede observar el riesgo y la protección de los jóvenes de padres sin divorcio y con divorcio observando que, los jóvenes con padres divorciados efectivamente presentan, ligeramente, riesgo más elevado en todas las áreas, que los que presentan padres sin divorcio. Donde los puntajes que más destacaron con respecto al riesgo y el divorcio de los padres fueron los siguientes: psicológico con 12.14 puntos; familiar con 9.85 puntos; y social con 12.57 puntos. Cabe mencionar que el factor social tanto de riesgo como de protección se mantiene casi igual en ambos grupos, obteniendo un ligero puntaje mayor en protección y mayor en riesgo con respecto a los adolescentes con padres divorciados. Con respecto a los factores de protección, éstos mantienen una similar tendencia tanto en adolescentes con padres divorciados y casados o juntos.

Grafica No 19

Factores de protección y riesgo. Comparativo por Estado civil paterno

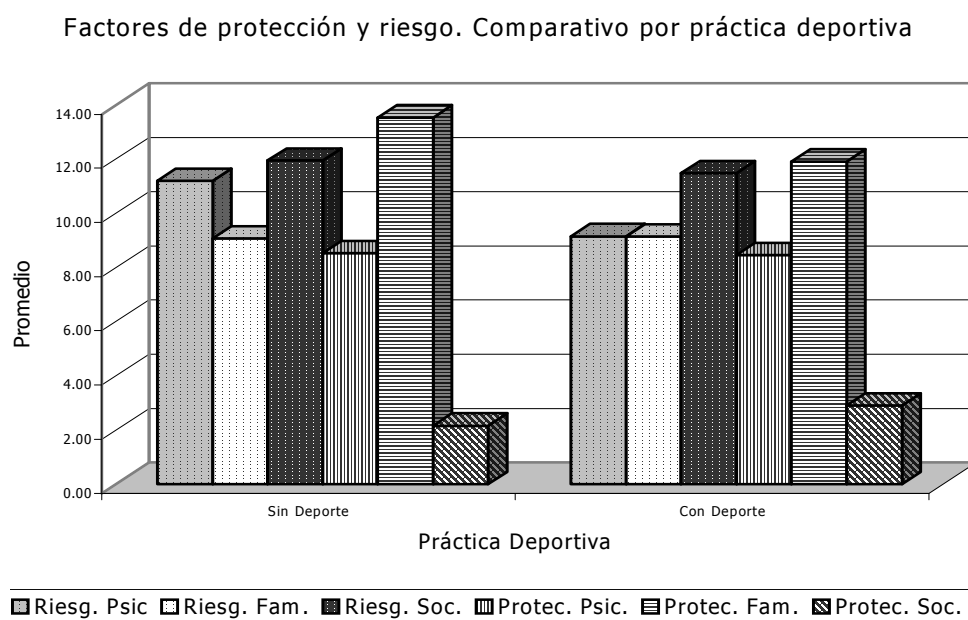


7.6.4 Riesgo y protección de la conducta alimentaria y práctica deportiva

Dado que la presente investigación se aboca a la identificación de los factores asociados de la anorexia nervosa, se ha considerado de importancia establecer el perfil de riesgo y protección que presentan los adolescentes, el cual puede en su

momento (cuando la práctica se lleva al extremo) convertirse en un medio encubierto de disminuir de peso y reforzador del riesgo. Al respecto se pudo observar que en las tres áreas de riesgo los jóvenes que realizan ejercicio obtuvieron puntajes más bajos que los jóvenes que no realizan ningún tipo de ejercicio, con respecto a los factores protectores los jóvenes que si realizan actividad deportiva obtuvieron menor protección social a los jóvenes que no la realizan. Ver gráfico No 20.

Gráfica No 20



En términos de puntajes la diferencia entre los grupos que realizan o no ejercicio fue de uno a dos puntos. Con respecto a los puntajes obtenidos en al área social que fue la única que presento mayor protección para los jóvenes que no realizan ningún tipo de actividad deportiva fue de 2.16 y para los jóvenes que si realizan algún deporte fue de 2.90, recordando que en este rubro la menor protección la obtienen los puntajes que se acercan más a 12. Se puede observar una diferencia mínima entre ambos grupos con respecto al factor social.

7.7 COMPARACIÓN ESTADÍSTICA POR FACTORES Y DATOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS

7.7.1 Comparación estadística por sexo.

Con la finalidad de determinar si las diferencias encontradas entre los factores de riesgo y los factores de protección dependiendo de diversas variables de tipo socio-demográfico, resultaban estadísticamente significativas, se utilizaron las pruebas de comparación de medias “t de Student” y “análisis de varianza” de una sola vía, obteniendo los siguientes resultados. Recordando que el puntaje de “significancia” debe ser de “0.0” para que la diferencia sea estadísticamente significativa. Tal y como se puede observar en la tabla No 8, el factor de riesgo familiar, protector familiar y protector social no presentaron diferencias estadísticamente significativas con respecto al sexo de la muestra, sin embargo las diferencias se observaron en el riesgo total, los factores psicológico de riesgo, sociales de riesgo, y protector psicológico.

Tabla 8. Comparación por factor en hombres y mujeres

Variable	Grupo	Media	Desv. Estándar	Grados de Libertad	t	Significancia
RIESGO TOTAL	Femenino	58.52	21.75	93	2.75	0.007
	Masculino	45.83	17.93			
Riesgo Psicológico	Femenino	11.26	5.90	91	2.46	0.015
	Masculino	8.31	3.81			
Riesgo Familiar	Femenino	9.18	4.60	82	.28	0.775
	Masculino	8.88	4.28			
Riesgo Social	Femenino	12.71	5.41	87	2.80	0.006
	Masculino	9.38	4.15			
Protector Psicológico	Femenino	9.55	6.54	83	2.55	0.013
	Masculino	5.79	4.86			
Protector Familiar	Femenino	13.30	5.57	56	1.04	0.299
	Masculino	11.33	6.66			
Protector Social	Femenino	2.37	1.68	93	-.76	0.449
	Masculino	2.68	2.15			

7.7.1 Comparación estadística por práctica deportiva

Con respecto a lo que se observa en la tabla No. 9 se pudo determinar que únicamente los factores de riesgo psicológico y protector social, mostraron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la práctica o no práctica de algún deporte, siendo el factor psicológico de riesgo más alto en los jóvenes que si realizan deporte y a su vez el factor protector social más alto en los jóvenes que no realizan ningún tipo de deporte.

Tabla 9. Comparación por factor por práctica deportiva

Variable	Grupo	Media	Desv. Estándar	Grados de Libertad	t	Significancia
RIESGO TOTAL	Sin Deporte	56.15	21.71	93	0.80	0.42
	Con Deporte	52.58	21.04			
Riesgo Psicológico	Sin Deporte	11.20	6.02	91	1.80	0.05
	Con Deporte	9.15	4.48			
Riesgo Familiar	Sin Deporte	9.06	4.52	82	-0.08	0.94
	Con Deporte	9.14	4.51			
Riesgo Social	Sin Deporte	11.94	5.36	87	0.41	0.68
	Con Deporte	11.47	5.22			
Protector Psicológico	Sin Deporte	8.53	5.67	83	0.06	0.95
	Con Deporte	8.45	7.12			
Protector Familiar	Sin Deporte	13.54	6.07	56	1.05	0.30
	Con Deporte	11.91	5.37			
Protector Social	Sin Deporte	2.16	1.66	93	-1.96	0.05
	Con Deporte	2.90	1.98			

7.7.1 Comparación estadística por estado civil de los padres

Finalmente con respecto al estado civil de los padres, se pudo observar que a pesar de las tendencias mostradas y descritas en la sección previa de perfiles de comparación, dichas diferencias no resultaron estadísticamente significativas, ni a nivel de riesgo general, ni a nivel de los factores, tal y como se puede observar en la tabla No 10. A continuación se presenta la última fase del análisis correspondiente a los resultados encontrados en el grupo de riesgo, con respecto a los factores tanto protectores como de riesgo y su comparación con las variables socio-demográficas más relevantes de la presente investigación de campo.

Tabla 10. Comparación por factor por estado civil paterno

Variable	Grupo	Media	Desv. Estándar	Grados de Libertad	t	Significancia
RIESGO TOTAL	Divorciados	54.03	22.29	92	-.57	0.56
	Sin Divorcio	57.05	18.93			
Riesgo Psicológico	Divorciados	9.87	5.39	90	-1.67	0.05
	Sin Divorcio	12.14	5.66			
Riesgo Familiar	Divorciados	8.84	4.37	82	-.89	0.37
	Sin Divorcio	9.86	4.84			
Riesgo Social	Divorciados	11.55	5.44	86	-.74	0.45
	Sin Divorcio	12.58	4.81			
Protector Psicológico	Divorciados	8.51	6.38	83	.03	0.97
	Sin Divorcio	8.45	6.30			
Protector Familiar	Divorciados	12.93	5.67	56	.06	0.94
	Sin Divorcio	12.81	6.36			
Protector Social	Divorciados	2.53	1.99	92	.77	0.43
	Sin Divorcio	2.18	1.10			

7.8 FASE g): Descripción del grupo de riesgo en comparación con las variables sociodemográficas.

7.8.1 Descripción del grupo de riesgo por factores Sociodemográficos

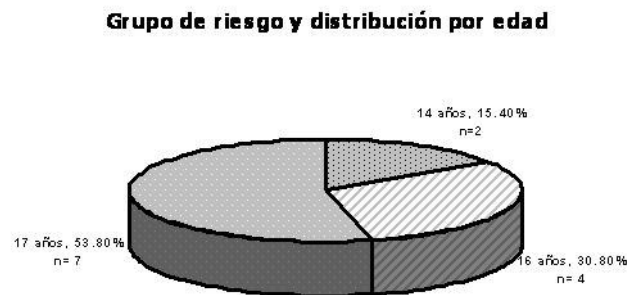
7.8.1.1 Grupo de riesgo y distribución por sexo

Con respecto al grupo de riesgo conformado por trece sujetos, cabe mencionar que los 13 pertenecen al sexo femenino, apoyando cada vez más la teoría de que los trastornos alimenticios, en este caso la anorexia nervosa, presentan mayor incidencia con respecto al riesgo en mujeres que en hombres.

7.8.1.2 Grupo de riesgo y distribución por edad

En el gráfico 21 se puede observar la distribución por edades con respecto al grupo de riesgo, existe una distribución mayor en las jóvenes de 17 años, con una $n = 7$ y un porcentaje de 53.80%, en segundo lugar las jóvenes de 16 años con una $n = 4$ y un porcentaje de 30.80%; y en el lugar de menos incidencia se encuentran las jóvenes de 14 años con una $n = 2$ y un porcentaje de 15.40%. Observándose una inclinación del riesgo hacia la jóvenes de mayor edad.

Gráfico No 21

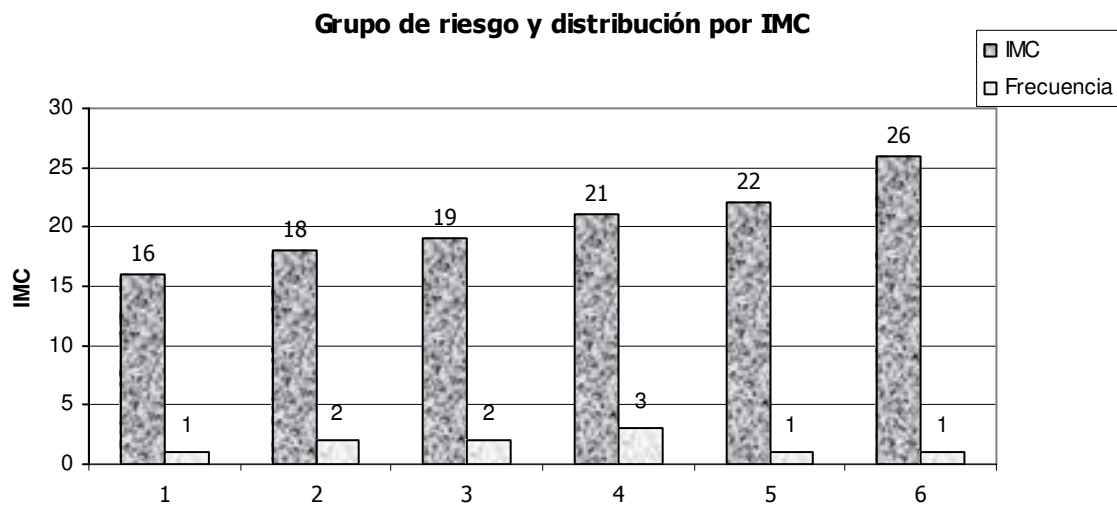


7.8.1.3 Grupo de riesgo y distribución por Índice de Masa Corporal (IMC)

Recordando que según los criterios de la anorexia nervosa un IMC menor a 16 se considera como patológico, se considero de importancia analizar el rango en el que el grupo de riesgo se distribuye. Como se observa en el gráfico No 22 solo

una joven se encuentra con un IMC patológico de 16 representando el 7.70% de la muestra, cuatro de las jóvenes se encuentran por debajo del ideal con un IMC de 18 y 19 respectivamente siendo el 30.80% de la muestra, cuatro jóvenes se encuentran en el rango ideal con puntuaciones de 21 y 22 siendo el 30.80%, y solo una joven se encuentra en un rango mayor al ideal que tiene que ver con el sobre peso presentando un puntaje de 26 en su IMC. Es de importancia destacar el hecho de que las 6 adolescentes restantes no proporcionaron datos ni de peso, ni de talla. Ambos factores son estresantes con respecto a los trastornos de la alimentación y por parte de las jóvenes se puede mostrar resistencia, puesto que son estas jóvenes las que pertenecen al grupo de riesgo con respecto a la anorexia nervosa.

Gráfico No 22



7.8.2 Grupo de riesgo y distribución por enfermedades en la Familia

7.8.2.1 Grupo de riesgo y distribución por Obesidad familiar

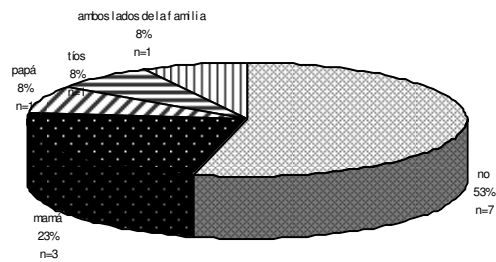
Con respecto a la distribución por obesidad en la familia que el grupo de riesgo refiere, se observa en el gráfico No 23 que el 53%, siendo la mayoría del grupo, reportan no tener parientes que presenten esta enfermedad con una n de 7, el 23% reporta que su mamá presenta obesidad, con una n de 3, y en 42% se distribuye entre el padre el tío y el abuelo con un 8% y una n de 1 en cada caso.

7.8.2.2 Grupo de riesgo y distribución por Alcoholismo familiar

Con respecto al alcoholismo en la distribución familiar, el 61% (8 jóvenes) del grupo de riesgo reportó que ningún integrante de su familia presentaba alcoholismo, el 23% (3 jóvenes) reportó que su padre presenta alcoholismo y el 16% (2 jóvenes) se distribuyeron entre el abuelo y el tío respectivamente.

Gráfico No 23

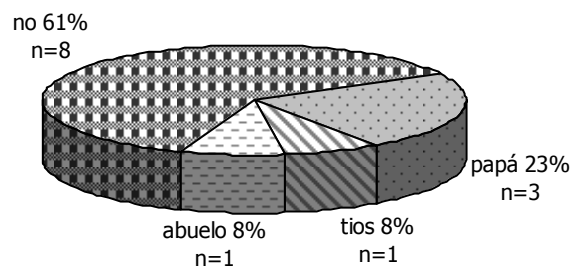
Grupo de riesgo y distribución por obesidad en la familia



7.8.2.2 Grupo de riesgo y distribución por Alcoholismo familiar

Gráfico No 24

Grupo de riesgo y distribución por alcoholismo familiar



7.8.2.3 Grupo de riesgo y distribución por Anorexia Nervosa familiar

Los datos reportados de anorexia nervosa en la familia se remiten a un 76.9% del grupo donde no hay anorexia en la familia (11 jóvenes), el 15% de la muestra remite padecer la enfermedad ellas mismas, siendo una n de 2 adolescentes.

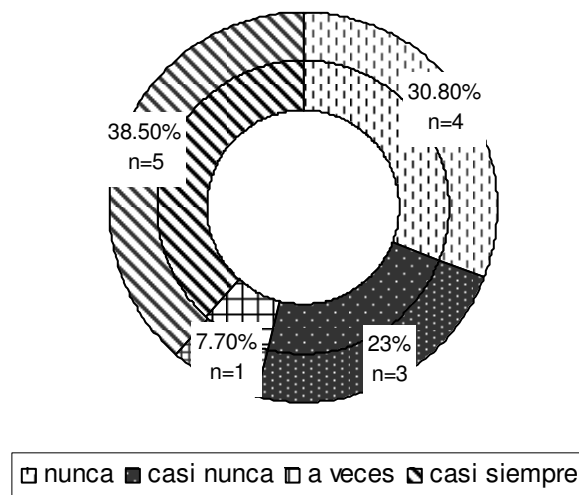
7.8.3 Grupo de riesgo y distribución por Hábitos Nocivos

7.8.3.1 Grupo de riesgo y consumo de droga

De los 13 sujetos en riesgo solo uno remitió hacer uso de la droga, ocupando este el 7.7% del grupo.

Gráfico No 25

Grupo de riesgo y consumo de cigarro



7.8.3.2 Grupo de riesgo y consumo de alcohol

Con respecto al consumo de alcohol el 38.5% del grupo reportó “nunca” consumirlo, logrando una n de 5 jóvenes; el 53.8% reportó “casi nunca” consumir alcohol (n = 7); y solo un caso reportó consumirlo “siempre” siendo el 7.7% del grupo.

7.8.3.3 Grupo de riesgo y consumo de cigarro

En la gráfica No 25 se puede observar la distribución por consumo de tabaco donde el 30.8% remitió “nunca” consumirlo siendo un grupo de 4 jóvenes, el 23%, siendo 3 jóvenes, reportaron “casi nunca” consumirlo, una joven refirió a veces hacerlo y 5 de ellas o sea el 38.5% refirieron hacerlo “casi siempre”.

7.8.4 Grupo de riesgo y sintomatología de la Anorexia Nervosa

Se tomó la sintomatología de la anorexia nervosa más relevante que la muestra, aunque en poco porcentaje, reporto tener, esto para realizar un nuevo análisis comparativo únicamente con el grupo de riesgo. El estatus de sintomatología requiere de un análisis más minucioso, por tratarse del grupo de riesgo que arrojó la muestra.

Lo que se pudo observar fue que al igual que con la muestra completa el valor “nunca” obtuvo los mayores porcentajes y el valor “siempre” se situó en el porcentaje cero. Con respecto a los calambres solo 2 adolescentes (15.4%) remitieron tenerlos “casi siempre”; 3 adolescentes (23.1%) remitieron tenerlos “a veces”; solo una joven (7.7%) remitió “casi nunca” tenerlos y con mayor ocurrencia 6 adolescentes (46.2%) remitieron “nunca” tener calambres. Con respecto a la dificultad para concentrarse el grupo se dividió en dos, los de “a veces” con 8 adolescentes (61.5%) y los de “nunca” con 5 adolescentes (38.5%). Con respecto al dolor de cabeza fueron 5 jóvenes (38.5%) las que reportaron “nunca” sufrirlo; una (7.7%) a la que “casi nunca” le duele; 4 (30.8%) se situaron en el “a veces” y por último 3 (23.1%) reportaron que “casi siempre” les duele. Con respecto al mal humor el grupo se volvió a dividir en dos respuestas, 6 (46.2%) reportaron que “a veces” están de mal humor y 7 (53.8%) reportaron que “nunca”. Conforme a las respuestas obtenidas se puede concluir que no existe sintomatología relevante con respecto a la anorexia nervosa. Obsérvese tabla No 11

Tabla No 11 Sintomatología de la Anorexia Nervosa por porcentajes en el grupo de riesgo

Sintomatología	Ocurrencia				
	Siempre	Casi Siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
Calambres	0%	15.4%	23.1%	7.7%	46.2%
Dificultad concentrarse	0%	0%	61.5%	0%	38.5%
Dolor cabeza	0%	23.1%	30.8%	7.7%	38.5%
Mal humor	0%	0%	46.2%	0%	53.8%

A continuación, con el objetivo de concluir el presente capítulo, se presenta un resumen claro y conciso con respecto de los datos más relevantes obtenidos tanto del grupo de protección o sin riesgo como del grupo con riesgo.

Es importante recordar que la muestra se situó en puntajes bajos tanto de riesgo como de protección, presentando en la mayoría de las variables sutiles diferencias estadísticas entre ambos grupos, con excepción del área social, tanto de riesgo como de protección, puesto que en esta área no se presentó diferencia estadísticamente significativa alguna entre los grupos. La muestra en general fue integrada por una **n** de **95** sujetos, de los cuales **66** fueron mujeres y **29** fueron hombres, de edades entre los 14 a los 18 años (criterio de inclusión). Ahora bien con respecto a los datos más relevantes encontrados a través del instrumento de factores de riesgo y de protección para la anorexia nervosa, fue que el grupo de riesgo presentó mayor riesgo en el área “psicológica y social” y presentó mayor protección en el área “familiar”, siendo que con respecto al grupo de protección, los resultados más relevantes fueron riesgo en el área “social” y protección en el área “psicológica y familiar”. Así mismo se observó que el área donde se encuentra la mayor diferencia estadística entre los factores es el “psicológico”, tanto de riesgo como de protección.

Con respecto a los factores de riesgo y protección en comparación con los datos socio-demográficos de la muestra, uno de los resultados mas relevantes fue que el

quinto semestre obtuvo el porcentaje más alto en riesgo general y que el primer semestre fue el que presentó el mayor porcentaje en los factores protectores; con respecto al estado civil paterno se encontró que los hijos de padres divorciados obtienen sutilmente, mayor riesgo general que los hijos de padres casados, sin embargo en la aplicación de prueba “t de student” para obtener diferencias estadísticamente significativas no se encontró diferencia entre los grupos de divorcio o separación y no divorcio o no separación; donde si se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas fue en la practica deportiva, donde se observó que los sujetos que realizan algún tipo de deporte obtuvieron mayor protección en todos los factores, menos en el social puesto éste se situó en riesgo, así mismo los sujetos que no realizan ningún tipo de deporte obtuvieron mayor riesgo en todos los factores menos en el social, que obtuvo mayor puntuación en la protección. Pues bien ahora, con respecto al grupo de riesgo los datos obtenidos mas relevantes fueron que este está conformado por 13 sujetos y todos pertenecen al sexo femenino donde la mayor parte tiene de 16 a 17 años y en su mayoría son integrantes de quinto semestre. Con respecto a los hábitos nocivos, como el consumo de droga, alcohol y tabaco se encontró que en los dos primeros rubros el grupo se sitúa en un bajo promedio de consumo y con respecto al cigarro el mayor porcentaje lo obtuvieron las respuestas de “casi nunca” y “casi siempre”. Con respecto a la sintomatología y ocurrencia de la anorexia nervosa, los resultados obtenidos fueron los mismos que en la muestra general, donde la respuesta “nunca” obtuvo el mayor porcentaje en todos los síntomas, concluyendo con que no se encontraron datos relevantes con respecto a este rubro de la investigación.

Una vez ya expuestos los resultados arrojados por la muestra de adolescentes y analizados en sus diferentes fases, se dará paso al último capítulo de la presente investigación, el cual consta de las conclusiones y sugerencias.

CAPITULO VIII. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo principal de la presente investigación, que consistió en la localización de factores tanto de riesgo como de protección para la anorexia nervosa se cumplió de manera satisfactoria, ubicando dichos factores en la muestra estudiada, además de que han sido frecuentemente documentados en la literatura especializada. Debe hacerse hincapié en que aunque los resultados aportan información valiosa respecto a la posibilidad de generar intervenciones de prevención primaria, además de permitir describir la evolución de dichos factores, la explicación de los mismos está fuera de dichos alcances.

A continuación se abrirá paso a las conclusiones a las que se llegó a través del análisis de los resultados arrojados por la muestra y los enfoques y autores de la psicología tanto clínica, como de la salud que han ahondado en la investigación del trastorno de la anorexia nervosa.

Uno de los puntos principales de la investigación, que inclusive fungió como criterio de inclusión, fue que la edad de la muestra oscilara entre los 14 a los 18 años, y que la población fuese compuesta tanto de hombres como de mujeres, puesto que cómo ya se ha indicado uno de cada 200 adolescentes con edad entre los 12 y los 18 años se puede considerar como grupo de alto riesgo, ya que puede desarrollar la enfermedad y de éstos el 90% son mujeres. También se ha reportado que 4% de la población adolescente masculina puede presentar serios síntomas de anorexia nervosa (Romeo, 1994). Es por esta razón que la muestra con la que se llevó a cabo la investigación, más del 50% eran mujeres. Otro de los criterios de inclusión poblacional fue el que los integrantes pertenecieran a un nivel socioeconómico medio y alto, donde el 89% de estos remitieron pertenecer a un nivel socioeconómico medio y los demás sujetos se distribuyeron entre medio alto y alto, Claudia Unikel (1998) realizó una investigación acerca de las prácticas de riesgo con respecto a los trastornos de la alimentación bulimia y anorexia nervosa; encontrando que fue en las escuelas privadas, donde dichas practicas obtuvieron porcentajes mucho mayores a las de los adolescentes en escuelas de gobierno; el nivel socioeconómico no solo representa estilo de vida con respecto a la economía

en el hogar, si no que representa un estatus social, donde si se pertenece a uno determinado implícitamente las conductas y la apariencia estarán determinadas también, la anorexia nervosa no es enfermedad que tenga su mayor incidencia en la clase socioeconómica baja, por que las personas que pertenecen a dicha clase trabajan para poder comer, sin embargo en la clase socioeconómica media y alta la comida no falta y la presión social por lucir de una manera ya establecida como lo es la delgadez se encuentra latente en todo momento. Esta fue una de las razones por las cuales se consideró la realización de ejercicio físico como una variable a investigar, ya que se ha confirmado que los medios de comunicación promueven un culto al cuerpo esbelto y es también por medio del cuerpo que en la sociedad actual se logra obtener un estatus elevado y deseado por hombres y mujeres, siendo esto un poderoso factor de riesgo social.

Como se pudo observar en la muestra con respecto al grupo que sí realizaba actividad deportiva el único factor que no fue de protección y por lo tanto se mantuvo en riesgo fue el “factor social”. Considerando que como lo menciona Martínez-Fornés (1995) “el éxito, la modernidad y la inteligencia son cualidades que sirven para que muchas mujeres y hombres legitimen su culto a la delgadez ya que se ha convertido en un ideal a alcanzar, puesto que así se mide la calidad de vida y la buena salud actualmente” (p. 37). Un cuerpo perfecto, es aquel que se conserva ejercitándose la mayor parte del tiempo y presenta extrema delgadez, ya que además por lo mismo se tiene la ganancia de ser atractiva, espiritual y competitiva (Cardaci, 1990, Le Breton, 1990, Wiseman, 1992, De Morandé, 1992, Toro, 1996 y Unikel, 1998).

Sin embargo, también es verdad que el ejercicio promueve a la competencia y al perfeccionamiento personal, tanto en la salud física como psicológica, si esto es bien canalizado por los supervisores o entrenadores, dichos aspectos pueden apoyar al crecimiento y desarrollo óptimo del individuo; pero por otro lado, si no está bien supervisado y canalizado puede llegar a convertirse en una obsesión por la perfección, control y competencia social desmedida. De manera interesante con respecto al factor familiar, el puntaje más alto de riesgo (a pesar de que la

diferencia fue muy poco considerable) lo obtienen aquellos adolescentes que no realizan ningún tipo de ejercicio, esto es por que el ejercicio ayuda a reducir la neurosis y contribuye con la segregación de serotonina en el cerebro, que ésta a su vez ayuda a que la persona se sienta más feliz y plena consigo misma (Caparros, 1997), la realización de actividades físicas ofrece al sujeto un conocimiento pleno de su cuerpo y resistencia, elevando la autoestima y la tolerancia a la frustración para consigo mismo y los demás; la realización de ejercicio puede contribuir de manera positiva o negativa dependiendo de su enseñanza, personalidad, calidad e historia de vida en cada sujeto, el ejercicio físico como factor protector para las adicciones, y sin la adecuada supervisión como factor de riesgo o disparador para los trastornos de la alimentación.

Otro de los factores que se evaluó fue el estado de salud y el índice de mortandad familiar. Considerando este tipo de información relevante de acuerdo a los factores disparadores de la enfermedad, ya que se ha indicado que acontecimientos potencialmente estresantes, como aquellos eventos dentro de la vida los cuales salen del propio control en una época determinada de la vida, pueden marcar el momento del inicio de la enfermedad (Toro, 1987 y Raich, 1998). Además de puntualizar en aspectos específicos de salud en la familia, se incluyeron como factores importantes los antecedentes relacionados con el alcoholismo, la obesidad y la anorexia.

Encontrando, que los decesos han ocurrido básicamente entre los familiares de mayor edad (abuelos) y en casos poco frecuentes padres, hermanos u otro tipo de familiares, así como los antecedentes relacionados con el alcoholismo la incidencia recae en el padre o el abuelo, con respecto a la obesidad en su mayoría recae sobre la madre, más adelante se detallaran dichos resultados. Otro de los factores de importancia con respecto a la salud familiar fue sobre la anorexia, donde la mayoría indicó que dicho trastorno no se ha presentado en la familia (91%), sobresale un 9% de los participantes que afirman que alguna prima o hermana si presenta el trastorno de la anorexia nervosa, dos casos reportan

tenerlo ellas mismas, cabe mencionar que ambos sujetos son mujeres y forman parte del grupo de riesgo.

Como se describió en el capítulo anterior (capítulo VII) a través de una tabla de análisis de sintomatología con respecto a la anorexia nervosa (tabla no. 6), en los cuales se resaltan las proporciones más importantes en lo que respecta a ocurrencia, se encontró que los calambres, el dolor estomacal, la dificultad para escuchar, el frío y el mal humor, se presentan con relativa frecuencia entre el rango de “a veces” y “casi siempre”. Sin embargo, con respecto a la muestra no se encontró que la sintomatología fuese relevante como para considerar un riesgo severo con respecto al trastorno, puesto que por las características de crecimiento y cambios psicosociales a los que la muestra se enfrenta, la sintomatología reportada es justificada y hasta cierto punto común dentro de este rango de edad, así mismo, el instrumento fue aplicado al comienzo de la época de invierno, como se reporta en el análisis de los resultados es así como se justifica el frío que la muestra reportó. El estudio se encontró con una situación similar al evaluar el estado del Índice de Masa Corporal (IMC) de la muestra, donde los jóvenes varones de primer semestre presentaron los rangos más bajos en éste, recordando que un rango menor de 16 en el IMC es patológico y junto con los demás criterios ya mencionados en el cuadro clínico es indicador de anorexia nervosa (Ortiz, 2002). Sin embargo, dichos jóvenes por las mismas características de desarrollo, presentan en su crecimiento una rápida y elevada modificación siendo conocido por la sociedad mexicana como el “estirón”, es por esta razón que el IMC no fue utilizado por la presente investigación como uno de los factores de más relevancia para detectar el grado de riesgo con respecto a la enfermedad.

Es importante mencionar que la muestra se manejó en puntajes muy bajos de riesgo y de protección, donde con respecto a este factor en sus tres áreas de incidencia el puntaje máximo es de “32” en cada una de ellas y la muestra oscilaba entre los “8” y los “15” puntos acercándose apenas a la media general del puntaje máximo de riesgo; así mismo las diferencias entre los puntajes del factor protector y factor riesgo arrojaron una mínima diferencia de puntos o décimas en casi todas

las áreas, menos en la social que casi siempre se encontraba con el mismo puntaje en factor riesgo y protector.

Con respecto al análisis acerca de los factores de riesgo y de protección con más incidencia, lo que se encontró fue que los factores de **riesgo** poseen mayor **incidencia** en las áreas **psicológica** y **social**, y por lo tanto ocuparon el menor porcentaje comparado con los protectores, con respecto a los factores **protectores** estos poseen mayor **incidencia** en el área **familiar** y **social**, en los grupos de riesgo y de protección y es que, la adolescencia como ya se expuso en la investigación documental, es una etapa de crecimiento y aprendizaje acelerado, donde los cambios son repentinos y las emociones fuertes, la manera de actuar muchas veces es impulsiva apoyada por la revolución hormonal que el adolescente sufre, es una etapa de búsqueda de independencia, aceptación social, identidad, confirmación sexual y más. La posibilidad de presentar conductas de riesgo por la necesidad de la misma búsqueda es latente, por esta razón se presenta un mayor porcentaje en el riesgo psicológico en ambos grupos (el de protección y el de riesgo), en esta etapa los jóvenes desean experimentar para aprender. La “*resiliencia*”, entendiéndose como la inmunización de las conductas de riesgo y sus consecuencias, lo que logra al inmunizar no es la exposición al agente patógeno, sino obtener una protección que hace improbable que el factor de riesgo provoque daños (Curso Desarrollo Adolescente, 2005).

En términos de la situación de los adolescentes por sus mismas características y por las de la época actual, es difícil esperar que nunca entren en contacto con factores riesgos a la salud, pero sí es viable pensar que tengan destrezas para rechazarlos o inmunizarlos, de tal forma que no entren en un camino de “auto-destrucción”, estas destrezas hacen la función de factores protectores a la salud.

Uno de estos factores más sólidos e importantes es el familiar puesto como se ha señalado, la familia es el sistema donde el sujeto se va desarrollando y formando, por lo tanto uno de los factores protectores generales para cualquier conducta destructiva es la calidad de la interacción familiar. Esta interacción influye en el rendimiento escolar, la competencia social y las relaciones interpersonales de sus

miembros. Los problemas conductuales en el período escolar, parecen variar proporcionalmente al grado de disponibilidad emocional de los padres con relación a las necesidades de sus hijos (Ríos, 2003). Donde al respecto en la muestra se pudo observar que en proporciones ligeramente distintas en ambos grupos el factor de **protección** más relevante fue el “**familiar**”, sin embargo el grupo de protección obtuvo ligeramente un mayor puntaje en éste factor que el grupo de riesgo.

Con respecto al factor social de igual manera ambos grupos, con y sin riesgo, obtuvieron un puntaje muy similar, inclusive en el análisis estadístico realizado por medio de la prueba “T de Student” el único factor que no presento diferencia estadísticamente significativa fue éste y es que, la actualidad por un lado es proveedora de innumerables formas de comunicación gracias a la ciencia y la tecnología, por medio de los medios de comunicación existe información basta acerca de la temática que sea, los jóvenes actualmente manejan temas que en el pasado no manejaban, incrementan sus conocimientos y por lo tanto su capacidad de elección y análisis sin embargo, también son los medios de comunicación un reforzador del “culto al cuerpo delgado”, haciendo uso de la ciencia y tecnología para lograr cuerpos socialmente aceptados y admirados, reforzando constantemente dicha obsesión.

Existe en la actual sociedad una contradicción entre lo sano y lo enfermizo con respecto a la delgadez, también existe una ambivalencia entre la capacidad de análisis de los jóvenes que promueve la basta información que los medios de comunicación y las instituciones escolares aportan y la promoción social apoyada por dichos medios a lo superficial, como la posesión de bienes materiales, la competencia desmedida laboral y/o escolar y poseer una figura en extremo esbelta. Es por esta razón que en el análisis de los resultados con respecto al factor social tanto de riesgo como de protección, no se encuentra una diferencia significativa que permita vislumbrar a la muestra favoreciendo a uno de los dos factores, en la muestra de adolescentes se puede observar la ambivalencia social en la que el mundo occidental se encuentra.

Como ya se había explicado con anterioridad, en la segunda fase del análisis estadístico se situó a la muestra en dos grupos: el de riesgo y el de protección o sin riesgo, para posteriormente analizar los factores más relevantes que cada uno de los grupos presentó. Siendo así, el grupo de protección fue conformado por 82 sujetos; 56 mujeres y 31 hombres, donde la puntuación más alta en protección la obtuvieron **el factor psicológico y el factor familiar**. Recordando que según Ortiz (1999), el factor protector se refiere a los rasgos individuales, elementos socioculturales, y/o familiares que previenen, eliminan, disminuyen y/o neutralizan el riesgo de que un individuo o población inicie o continúe con alguna enfermedad o conductas de riesgo, en este caso la anorexia nervosa. Con respecto al factor psicológico, los rasgos del grupo se situaron de la siguiente manera:

1. Sujetos asertivos,
2. poseen una autoestima adecuada,
3. poseen autoconocimiento,
4. autorreconocimiento,
5. autorregulación,
6. tolerancia a la frustración,
7. capacidad de comunicar emociones,
8. capacidad de reconocer triunfos propios y ajenos,
9. posibilidad de realizar proyectos deseados, y
10. realización de proyectos deseados.

Definitivamente los sujetos que poseen estas capacidades son sujetos que de igual forma presentan “resiliencia” con respecto no solo a los trastornos de la alimentación como lo es la anorexia nervosa, sino también a la posibilidad de realizar conductas de riesgo; por diferentes causas, la personalidad de los sujetos en gran parte está constituida por el sistema familiar en el que se desarrollan, con esto se hace hincapié en el estilo de crianza tan particular que presenta cada familia, así como el factor psicológico puntuó alto en el grupo de protección o no

riesgo el factor familiar también; esto era de esperarse ya que los factores se relacionan íntimamente entre sí, por su naturaleza bio-psico-social.

Las características de los patrones familiares que dicho grupo reportó fueron las siguientes:

1. Comunicación clara a favor de la resolución de conflictos,
2. comunicación clara a favor de emociones y sentimientos,
3. reglas claras y concisas,
4. familias flexibles,
5. padres que promueven el desarrollo emocional,
6. padres que promueven el desarrollo de autonomía y seguridad en los hijos,
7. familias expresivas de afecto, y
8. familias con límites bien definidos.

Emde (1989) ha planteado que existe una integración del padre con los sistemas de regulación tanto fisiológicos, como psicológicos del hijo o hija. La capacidad de empatía de los padres facilita al hijo (a) el mostrar sus emociones, y así mismo poder empatizar con otros, como también facilita la aparición de conductas sociales positivas; ya se ha mencionado a lo largo del documento, que los sujetos que pueden expresar sus sentimientos y mantener relaciones sociales productivas y sanas son personas menos vulnerables que otros a padecer anorexia nervosa. Así mismo, otra función reguladora provista por los padres es el control y la disciplina, padres que enseñan a sus hijos (as) a controlar la propia vida, logran hijos (as) que no tendrán la necesidad obsesiva de controlar sus alimentos y peso corporal puesto que serán personas satisfechas y responsables de su salud y actos. Bowlby (1988) demostró cuán importante es la relación cercana entre padres e hijos, especialmente en los primeros cinco años de vida, que es el período en el que se adquieren y consolidan las relaciones interpersonales primarias, los niños que no pueden cristalizar estas relaciones primarias serán mucho más vulnerables hacia el futuro.

Ahora bien con respecto a los factores de riesgo, el grupo de protección se situó principalmente en menor riesgo familiar, posteriormente en menor riesgo psicológico (comparado con el grupo de riesgo), y con respecto al factor social en puntuaciones con muy poca diferencia también se presentó menor riesgo.

Como se pudo observar gráficamente en el capítulo de análisis de resultados, el punto de corte, con respecto al grado de riesgo, en la muestra se situó a partir del puntaje “81” del instrumento “Cuestionario de las actitudes hacia las conductas alimentarias” donde 13 de los 95 sujetos que integraron la muestra, se ubicaron en el **grupo de riesgo**, cabe mencionar que una de las principales y más llamativas características de este grupo de riesgo es que todas son mujeres. Con respecto a las enfermedades y hábitos nocivos familiares, se observó que en su mayoría no consumían alcohol, pero el caso de los que sí consumían, fue en el padre el que se situó en esta categoría. Minuchin en 1985, propone ciertos elementos subyacentes en las familias de mujeres que padecen anorexia, los cuales son hostilidad, entrometimiento, pocos límites demarcados, sobreprotectoras, extrema rigidez en sus jerarquías, lo que provoca el establecimiento del “status quo”, evasiva de conflictos y con pocas habilidades de afrontamiento ante estos. Padres alcohólicos podrían propiciar estos elementos en la dinámica familiar; así mismo la obesidad presente en la familia recae sobre las madres (obteniendo porcentajes bajos de presencia), ahora bien, existen investigaciones acerca de madres obesas y la manera de nutrir a sus hijos; en las cuales se ha observado que dichas madres presentan mucho más control en la comida de sus hijas que de sus hijos varones (Olvera, Powell, y Cousins, 1990, citado en Saucedo, 1998, p. 34), pudiendo ocasionar en el futuro de las niñas problemas de hábitos de alimentación o hasta trastornos en la misma área; recordando que dos de las jóvenes del grupo de riesgo remitieron presentar anorexia nerviosa.

En general las jóvenes presentaron un moderado consumo de alcohol y solo una joven refirió utilizar marihuana; sin embargo, con respecto al consumo de cigarro el grupo se situó en porcentajes más altos, donde 9 de las 13 jóvenes lo consumen.

Haciendo alusión a la teoría psicoanalítica, el consumo del cigarro habla de una fijación oral y como la estructura general del síndrome, la anorexia nervosa es la expresión de un conflicto intrapsíquico a través de la vía oro-alimentaria. Desde que el niño comienza a succionar, sea el pecho materno, sea el biberón, el alimento deja de ser exclusivamente una aportación calórica. Para el pequeño, alimentarse es una de las principales formas de socializarse, de entrar en contacto con otros seres humanos, principalmente con la madre. La relación con ella se encuentra mediatizada por la alimentación del niño, de tal manera que esta acción queda asociada con las características de estas tempranas relaciones madre-hijo (Saucedo, 1996). En la anorexia nervosa, el rechazo al alimento por parte de las jóvenes es la representación del conflicto en la identificación sexual, que se manifiesta en miedo al embarazo y rechazo a la madre, por medio de la comida (Chinchilla, 1994). El mantener algo en la boca habla de una fijación oral en el sentido del deseo de lograr esta socialización pero al mismo tiempo rechazar la necesidad que de la madre se tiene; en otras palabras, de auto destrucción para destruir el vínculo materno. En el sentido social, mantener practicas de consumo de tabaco en grupo involucra un mensaje implícito de que se es independiente y lo suficientemente “maduro” y “libre” para hacerlo, de una manera u otra lo que se busca con este tipo de consumo es, la independencia familiar y el rechazo a las reglas paternas. Se está en desacuerdo con el control paterno ejercido sobre los hijos adolescentes.

Con respecto a los factores de riesgo más sobresalientes del “cuestionario de las actitudes alimentarias” a considerar fueron el **social** y el **psicológico**, y el factor protector con mayor puntuación en dicho grupo fue el **familiar**, aunque con puntajes poco más bajos que el grupo de protección. El grupo presentó características de riesgo psicológico tales como:

1. Problemas para comunicar emociones,
2. ideas irracionales con respecto a sus cuerpos,
3. obsesión por el peso y la figura corporal,
4. relaciones sociales insatisfactorias,

5. conductas de riesgo para perder peso,
6. dificultad en la solución de problemas,
7. baja autoestima, y
8. conflictos con el propio desarrollo corporal.

De igual forma se pudo observar que la mayor distribución por edad de las jóvenes se situó en los 17 años y en el quinto semestre de preparatoria. Se pudo observar que mientras es menor la edad y el grado escolar el riesgo también es menor, con respecto a la muestra. En lo concerniente al factor de riesgo social que de igual forma se situó un poco más alto que en grupo de protección, recordando que la diferencia de puntuación fue mínima, se pudo observar lo siguiente:

1. Interés por la moda y las modelos,
2. interés por los cuerpos de las modelos y actrices,
3. interés en los productos para adelgazar que se anuncian en TV,
4. amistades que se interesan en dietas para bajar de peso y las realizan, y
5. amistades que se angustian por las formas de sus cuerpos.

Como se ha mencionado con anterioridad uno de los grandes problemas de los trastornos de la alimentación es que son implícitamente reforzados por los medios de comunicación y las relaciones sociales, la extrema delgadez ha pasado de ser un problema de percepción individual a un problema de percepción social, donde el fin es poseer cuerpos esbeltos y atléticos para ser admirados y deseados por los otros. La etiología de dicha enfermedad puede situarse en una o varias de las áreas ya abordadas, psicológica, familiar y/o social, sin embargo lo cierto es que el aspecto social siempre esta recurrente a promover el riesgo en la población apoyado por los medios y ésta en su mayoría no cuenta con las herramientas suficientes para combatirlo o simplemente ignorarlo, por ejemplo con respecto a la educación nutricional que posee la población mexicana en general es pobre y mucho se basa en tradiciones generacionales, como el hecho de que si se

necesita adelgazar se tiene que dejar de comer o solamente comer una cosa por determinado tiempo, siendo esto una conducta riesgosa para el desarrollo de la anorexia nervosa y lo más alarmante es que es parte de una costumbre y una respuesta social, es por ésta razón que el presente estudio se enfocó a los factores de riesgo de la enfermedad y no a la patología propiamente dicha, para poder aportar el conocimiento de que existen practicas de riesgo en la población adolescente de la ciudad de Pachuca Hidalgo, congruente con los resultados, se encontró en la investigación en el punto de corte, la presencia de riesgo y la ausencia del mismo.

Ahora bien una vez ya expuestas las conclusiones obtenidas por medio de la investigación, se propone en futuros proyectos, hacer uso de los factores tanto protectores como de riesgo encontrados en la muestra para el diseño de talleres vivenciales, con sujetos en edad escolar, tanto de primaria como de secundaria y preparatoria, así mismo la capacitación de los profesionales (maestros, trabajadoras sociales, psicólogos, enfermeras, médicos, etc.) así como otras personas que mantienen un contacto cercano con esta población. La tarea preventiva, se dirigirá al conocimiento del cuerpo para lograr una aceptación de éste como parte fundamental de la identidad humana, fortalecido la autoestima y los valores al interior de la familia y la escuela que son la base de la formación, todo esto apoyándose con entrenamientos en asatividad dentro de casa y escuela, habilidades sociales y locus de control interno, entre otros. De esta manera se puede lograr un abordaje preventivo de dicho trastorno de la conducta alimenticia con resultados benéficos y concretos. Es importante trabajar dichos talleres desde edades tempranas, como la primaria, puesto que ya es bien sabido que la presencia del trastorno posee una etiología multifactorial y es en dicha etapa de la vida donde la prevención resultaría más poderosa y eficaz, ayudando a los niños y niñas a desarrollar una “resiliencia” a la enfermedad, así mismo los beneficios no solo se ubicarían con respecto a la anorexia nervosa, sino también con respecto a otros trastornos como las adicciones y las prácticas nocivas a lo largo de su desarrollo. Se sugiere investigaciones en población pre-púbere, púbere y

adolescente, con el fin de ubicar nuevos factores protectores y de riesgo de dicho trastorno.

Se requiere de nuevas investigaciones en las que se observen y analicen conjuntamente no solo las frecuencias, sino también la magnitud de las conductas, con el propósito de afinar los puntos de corte en la detección de factores de riesgo. Así mismo se sugiere ampliar la muestra hacia otro tipo de poblaciones, con el fin de hacer del instrumento una herramienta general en la detección de factores tanto de riesgo como de protección con respecto al trastorno.

Es importante recordar que en la base teórica se generó el instrumento, y que arrojó datos de consistencia interna aceptables y una adecuada validez discriminante. Así pues los resultados del presente primer estudio con el “Cuestionario de actitudes alimentarias” son alentadores para la realización de nuevas investigaciones.

REFERENCIAS

- Abraham, S., y Llewellyn, J. (1997). *Eating disorders, the facts*. Oxford: Oxford University Press.
- Ackerman, N. (1969). *Psicoterapia de la familia neurótica*. Buenos Aires: Hormé.
- Ackerman, N. (1981). *Grupo terapia de la familia*. (2th ed). Buenos Aires: Hormé.
- Alvy, K., y Parent, T. (1987). *A social necessity*. Studio City, Ca: Center for the Improvement of Child Caring, citado en: Curso y desarrollo adolescente Modulo 4 lección 16 (2005). *Conductas de riesgo y factores protectores*. Recuperado en Febrero 2006, en, <http://escuela.med.puc.cl/paginas/OPS/curso/lecciones/lección16/>. p. 13.
- Andersen, A., Bowens, W., y Evans, K. (1997). *Impatient treatment of anorexia nervosa, citado en: Garner, D., Garfinkel, P. (1997). Handbook of treatment for eating disorders. (2nd edition)*, Nueva York.
- Andred, J., (2000). *Anorexia nervosa and related eating disorders*. Recuperado en noviembre del 2002, de <http://www.andred.com>.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass. Citado en Curso y desarrollo adolescente, Modulo 4 lección 1 (2005). *Conductas de riesgo y factores protectores*. Recuperado en Febrero 2006, de <http://escuela.med.puc.cl/paginas/OPS/curso/lecciones/lección16/>.
- Arrivillaga, M., Salazar, I., y Correa, D. (2003, diciembre). *Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios*. Recuperado en mayo del 2005, en <http://colombiamedica/modelodecreenciasobresalud.com>.
- Averill, J. (1973). *Personal control over aversive stimuli and its relation to stress. Psychological bulletin, 80 (4), 286-303*, citado en Fernández, C. Edo, I. (1994). *¿Cómo influye el control percibido en el impacto que tienen las emociones sobre la salud?* Unidad de psicología básica, Universidad Autónoma de Barcelona: Anales de psicología, p. 5.
- Backett, E., Davies, A., y Petros-Barvazian, (1985). Citado en Fernández Ríos, L, (1994) *Manual de psicología preventiva*. Teoría y América: Siglo veintiuno, p. 122.
- Bandura, A., (1978). *Aprendizaje Social y desarrollo de la personalidad*. México: Alianza.
- Beavour, S., (1998). *El segundo sexo. Tomo 2: la experiencia vivida*. México: Alianza editorial Siglo XX; novena reimpresión.

- Beck, R., y Hollon, E., (1996). *Cognitive Therapy for Depression. The clinical psychologist*. 48 (3), 3-5. Citado en Bravender, V., y Fallon, A., (1993). *Models of impatient group psychotherapy*. Washington Dc: American Association. p. 43.
- Becker, M. (1974). *The Health belief model and person, health behavior. Health education monographs*; 2 (4), 234-508, citado en Cabrera, G., Tascón, J., y Lucumí, D. (2001). *Creencias en salud: Historia, constructo y aportes del modelo. Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 19 (1), 91-101.
- Becker, M. (1974). *The Health belief model and person, health behavior. Health education monographs*; 2. 10-24, citado en Arrivillaga, M., Salazar, I., y Correa, D. (2003, diciembre). *Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios*. Recuperado en mayo del 2005, en <http://colombiamedica/modelodecreenciasobresalud.com>. p. 37.
- Bell, R. (1985). *Holv Anorexia*, citado en Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito*. España: Ariel, p. 16.
- Blanke J. (1992). *Instruments Measuring Maternal Factors in obese Preschool Children*. Citado en Saucedo, T. (1996). *Factores de crianza e interacción familiar predictores de trastornos Alimentarios*. Tesis de maestría no publicada, UNAM. México, p. 34.
- Bleger, J. (1971). *Temas de Psicología entrevista y grupos*. México: Nueva Visión.
- Bleichmar, N., y Liberman, C. (1989). *El psicoanálisis después de Freud*. México: Eleia.
- Blos, P. (1979). *La transición adolescente*. México: Paidós.
- Bowlby, J., Secure, B., (1988). *Clínical Applications of Attachment Theory*. London, Rutledge Citado en Curso y desarrollo adolescente, Modulo 4 lección 16 (2005). *Conductas de riesgo y factores protectores*. Recuperado en febrero del 2006, en <http://escuela.med.puc.cl/paginas/OPS/curso/lecciones/lección16/>. p. 13.
- Bravalle, J. (1993). *Anorexia, teoría y clínica psicoanalítica*. España: Paidós.
- Cabrera, G., Tascón, J., y Lucumí, D. (2001). *Creencias en salud: Historia, constructo y aportes del modelo. Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 19 (1), 91-101.
- Bravender, V., y Fallon, A., (1993). *Models of impatient group psychotherapy*. Washington Dc: American Association
- Bruch, H. (1982) "Anorexia nervosa: Therapy and theory", *The American Journal of Psychiatry*, 139, 1531-1538. Citado en, Gismero, M., (2002) *Habilidades*

sociales, autoconcepto y satisfacción con el propio cuerpo en anorexia y bulimia nerviosas Universidad pontífica, comillas, Madrid, p.12

- Caparros, N. (1997). *La anorexia: una locura del cuerpo*. España: Biblioteca Nueva Madrid.
- Carlson J., Sperry L. y Lewis J. (1999). *Family therapy, Ensuring treatment efficacy*. California U.S.A: Brooks/Cole publishing Company.
- Castillo, R. (1999). *Anorexia Nervosa*. México, DF: Mc Graw- Hill Interamericana.
- Castro. F. (1988). *¿Cuándo empieza la obesidad?* Cuadernos de nutrición11. Citado en Saucedo, T. (1996). *Factores de crianza e interacción familiar predictores de trastornos Alimentarios*. Tesis de Maestría no publicada, Universidad Autónoma de México, México D.F., p.31.
- Charlin de Grote, V. (2005). *¿Por qué evaluar el estado nutricional en los pacientes adultos hospitalizados?*. Recuperado en febrero 2006, de <http://universidaddechile/nutrición/>.
- Chernin, K., (1986). *The Hungry Self*. Harper and Row, EU. Citado en Costin, C., (2002). *Anorexia, bulimia y otros trastornos de la alimentación: Diagnóstico, tratamiento y prevención de los trastornos alimentarios*. México: Diana, p. 59.
- Chinchilla, A. (1994). *Anorexia y Bulimia Nerviosas*. España: Ergon S.A.
- Ciesá, M. (1994). *Radical behaviorism. The philosophy and the science*. Boston: Authors Cooperative.
- Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE – 10), Organización Panamericana de la Salud, O.M.S.
- Costa, M. y López, E. (1998). *Salud Comunitaria*. Madrid España: Martínez Roca.
- Costin, C. (2002). *Anorexia, bulimia y otros trastornos de la alimentación: Diagnóstico, tratamiento y prevención de los trastornos alimentarios*. México: Diana.
- Crispo, R., Figueroa, E. y Guelar, D. (1998). *Anorexia y bulimia: lo que hay que saber*. España: Gedisa.
- Curso y desarrollo adolescente, Modulo 4 lección 1 (2005). *Conductas de riesgo y factores protectores*. Recuperado en Febrero 2006, de <http://escuela.med.puc.cl/paginas/OPS/curso/lecciones/lección16/>.
- Dare, Ch., y Eisler, I. (1997). *Family therapy for anorexia nervosa*. Citado en, Garner, D., y Garfinkel, P. (1997). *Handbook of treatment for eating*

disorders, (2th ed.). Nueva York: Editado por Garner, D., y Garfinkel, P. p. 38.

De Morandé, G. (1999). *La anorexia*. México: Vivir mejor.

Dettwiler, A. (1989). *Stiles of infant feeding*. Citado en Saucedo, T. (1996). *Factores de crianza e interacción familiar predictores de trastornos alimentarios*. Tesis de Maestría no publicada, Universidad Autónoma de México, México D.F., p.34.

Devereux, G. (1999). *De la ansiedad al método de las ciencias del comportamiento*. México: Siglo XXI.

Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, DSM – IV-TR, (2004). México: Limusa.

Duker M. (1995). *Anorexia nerviosa y bulimia: un tratamiento integrado*. México: Limusa.

Emde, R., y Sameroff, A. (1989). *Relationships Disturbances in Early Childhood: A Developmental Approach*. Nueva Cork: Basic Books, Citado en Curso y desarrollo adolescente, Modulo 4 lección 16 (2005). *Conductas de riesgo y factores protectores*. Recuperado en Febrero 2006 en <http://escuela.med.puc.cl/paginas/OPS/curso/lecciones/lección16/>. p. 13.

Feixas, G. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia: Una introducción*. México: Paidós.

Fernández, C. y Edo, I. (1994). ¿Cómo influye el control percibido en el impacto que tienen las emociones sobre la salud?. *Anales de psicología*, 10(2), 127-133.

Fernández, R. (1994). *Manual de psicología preventiva*. Teoría y América: Siglo veintiuno.

Garfinkel, P., Brown, C., y Darby, P. (1981). *The psycho-endocrinology of anorexia nervosa*. *Int J Mental Health*, 9, 162-193. Citado en Lugli-Rivero, Z y Vivas, E. (2001, Jun/Feb). *Trastornos de alimentación y control personal de la conducta*. Retomado Junio, 2005, de <http://www.scielos.org/scielos.php?>, p, 3

Garner, D., y Garfinkel, P. (1997). *Handbook of treatment for eating disorders*, (2th ed.). Nueva York: Editado por Garner, D., y Garfinkel, P.

Garmezy, N. (1980). *Stressors of Childhood*, Nueva York: Mc Graw Hill. Citado en Garmezy, N., y Rutter, M. (1983). *Stress, Coping and Development in Childhood*. Nueva York: Mc Graw Hill.

Garner, D., Vitousek, K., y Pike, K. (1997). Cognitive-behavioral therapy for anorexia nervosa. Citado en Garner, D., y Garfinkel, P. (1997). *Handbook of*

- treatment for eating disorders*, (2th ed.). Nueva York: Editado por Garner, D., y Garfinkel, P. p 67.
- Gibson, R. (1990). *Principes of nutritional assessment*. Nueva York: Oxford. Citado en Ortiz, H. (2002, febrero). México: Evaluación nutricional de adolescentes. Segundo Crecimiento. *Revista Médica del IMSS*, 40 (2), 155.
- Gómez, M., (1995). Peso real, peso imaginario y distorsión de la imagen corporal. *Revista Mexicana de Psicología*. 10 (2), 185-197 citado en Saucedo. T., (1998). Factores de crianza e interacción familiar predictores de trastornos Alimentarios. Tesis de Maestría no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México. México, DF.
- Gull, W., (1874). *Anorexia Nervosa (apepsia histérica, anorexia histérica*. Transactions of the clinical Society of London. Citado en Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito*. España: Ariel, p. 33.
- Gismero, M., (2002) *Habilidades sociales, autoconcepto y satisfacción con el propio cuerpo en anorexia y bulimia nerviosas* Universidad pontífica, comillas, Madrid.
- Guzmán Saldaña, R. M. E., (2000). Programa de entrenamiento en habilidades sociales, en adolescentes con problemas de conducta. *Revista científica electrónica de psicología*, 1, 8-14. Retomado en Enero de: <http://dgsa.reduaeh.mx/revista/psicologia/>. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
- Habermans, J. (1992). *Futher evidence on early case descriptions of anorexia nervosa and bulimia nervosa*. Citado en Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito*. España: Ariel, p. 37.
- Hsu, L., (1987), *Are the eating disorders becoming more more common in blacks?* International Journal of Eaiting disorders, 6: 113-125. Citado en Unikel, C. (1998). *Desordenes de alimentación en estudiantes de ballet*. Tesis de Maestría no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México. México DF. p. 6-8).
- Hoffman, L. (1987). *Fundamentos de la terapia familiar. Un marco conceptual para el cambio de sistemas*. México: FCE.
- Jahoda, M. (1953). The meaning of psychological health. Citado en Urbain, E. S., y Kendall, P. C. Review of social- cognitive problem solving interventions whith children. *Psycological bulletin*, 88 (1). Citado en Guzmán Saldaña, R. M. E. (2000). Programa de entrenamiento en habilidades sociales, en habilidades sociales, en adolescentes con problemas de conducta. *Revista científica electrónica de psicología*, 1, 8-14. Retomado en Enero de: <http://dgsa.reduaeh.mx/revista/psicologia/>. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

- Jessor, R., & Jessor, S.L., (1977). *Problem Behavior and Psychosocial Development: A Longitudinal Study of Youth*. Nueva York: Académic Press.
- Kar, S. (1989). *Health promotion indicators and actions*. New Cork: Springer. Citado en Cabrera, G., Tascón, J., y Lucumí, D. (2001). Creencias en salud: Historia, constructo y aportes del modelo. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 19 (1): 91-101.
- Le Breton, D., (1990). *Antropología del cuerpo y modernidad. (2th edición)* Buenos Aires Argentina.
- Laségue, C., (1873). *De l'anorexie hystérique*. Archives générales de Medicine. Citado en Toro, J., (1996) *El cuerpo como delito*. España: Ariel, p. 32.
- Lugli-Rivero, M., y Vivas, E. (2001, Jun/Feb) *Trastornos de alimentación y control personal de la conducta*. Retomado Junio, 2005, de <http://www.scielos.org/scielos.php?>
- Malson, H. (1998). *The thin woman: feminism, poststructuralism and the social psychology of anorexia nervosa*. EU: Routledge.
- Martínez Fornés, S. (1995). *La obsesión por adelgazar*. México: Espasa Calpe.
- Martínez, D., (2005 mayo) *Las habilidades sociales*. Retomado en febrero del 2006, de <http://www.monografías.com/trabajos13/mapro/mapro.shtml>.
- Martínez, D y Sanz, Y., (2001): Trabajo de diploma, Entrenamiento en Habilidades Sociales aplicada a jóvenes tímidos. Universidad de Oriente. Cuba. Citado en, Martínez, D., (2005 mayo) *Las habilidades sociales*. Retomado en febrero del 2006, de <http://www.monografías.com/trabajos13/mapro/mapro.shtml>. p.13.
- Méndez, L. (1994). *Recetario mágico- científico al servicio de la delgadez: Cuerpos de mujeres, cuerpos de hombres*. Citado en *Anorexia. Dieta, estética, creanzas. Actas do seminario*. Santiago de Compostela: Museo do Palo Galego, p. 42.
- Minuchin, S. (1985). *Calidoscopio Familiar: imágenes de violencia y curación*. España: Paidós.
- Montilla, D. (2001). *Terapia cognitivo-conductual en pacientes con Anorexia Nervosa*. Tesis de maestría no publicada, Universidad Autónoma de México. México, DF.
- Naidoo, J., y Willis, J. (1996). *Helad promotion: fundation for practice*. Londres: Bailliere Tiridal. Citado en Cabrera, G., Tascón, J., y Lucumí, D. (2001). Creencias en salud: Historia, constructo y aportes del modelo. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 19 (1): 91-101.

- Nasio, J. (1995). *Cinco lecciones sobre la teoría de Jaques Lacan*. México: Gedisa.
- Nathan, S. (2001). *Mi hijo Adolescente ¿no come! ¿Qué hago?*. México: Edesa.
- Navarro, G. J. (1992). *Técnicas y programas en terapia familiar*. España: Paidós.
- Olvera- Ezzell, N. Power, T. y Coussins, J. (1990). *Maternal Socialization of children's eating habits*. Citado en Saucedo, T. (1996). *Factores de crianza e interacción familiar predictores de trastornos alimentarios*. Tesis de Maestría no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México. México, D.F., p. 34.
- Ortiz, H. (2002, Febrero). Evaluación nutricional de adolescentes. 2 Crecimiento. *Rev. Med. IMSS; 40 (2)*.
- Ortega, (1999). *Instrumento Actitudinal hacia las adicciones*. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. México.
- Palma, M. (1997). Trastornos de la conducta alimentaria. *Cuadernos de Nutrición; 20 (5, 21-28)*.
- Pullen, C., Noble, S., y Fiant, K. (2001). *Determinants of helad promotion lifestyle behaviors in rural older women. Family and comuniti heald, 24, 49- 73*. Citado en Arrivillaga, M., Salazar, I., y Correa, D. (2003, diciembre). Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios. Recuperado mayo 2005, de: <http://colombiamedica/modelodecreenciasobresalud.com>.
- Raich, R. (1998). *Anorexia y bulimia: Trastornos alimentarios*. España: Pirámide.
- Rodríguez, J., (1995). *Psicología Social de la salud*. Madrid España: Síntesis.
- Romeo, F. (1994, septiembre). Adolescents boys and Anorexia Nerviosa. *Adolescente, 29 (115), 643-647*.
- Roth, U. (1986). *Competencia social: El cambio del comportamiento individual en la comunidad*. México: Trillas. Citado en Guzmán Saldaña, R. M. E. (2000). Programa de entrenamiento en habilidades sociales, en habilidades sociales, en adolescentes con problemas de conducta. *Revista científica electrónica de psicología, 1, 8-14*. Retomado en Enero de: <http://dgsa.reduaeh.mx/revista/psicologia/>. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
- Ríos, R. (2003, mayo). *Proyecto: Investigación de interacciones sociales*. Recuperado en abril del 2005, de <http://www.cipaj.org>.
- Rutter, M. (1989). Pathways from Childhood to Adult Life. *Journal of Child Pscychology and Psychiatry, 30, 23-51*.

- Sampieri, H., Fernández, C., y Baptista, P., (2003). *Metodología de la Investigación*. (3 a. ed.) México: Mc Graw Hill.
- Sánchez Gutiérrez, D., (2000). *Terapia familiar modelos y técnicas*. México: Manual Moderno.
- Sandbek T., (1993). *The deadly diet*. Oakland: New Harbinger Publications. Citado en Lugli-Rivero, M. y Vivas, E., (2001, jun/feb). *Trastornos de alimentación y control personal de la conducta*. Retomado junio del 2005, de: <http://www.scielos.org/scielos.php?>, p.2
- Saucedo. T., (1996). *Factores de crianza e interacción familiar predictores de trastornos Alimentarios*. Tesis de Maestría no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México. México, DF.
- Segal, H. (1975). *Introducción a la obra de Melanie Klein*. Buenos Aires: Paidós.
- Selvini, M. (1990). *Crónica de una Investigación*. España: Paidós.
- Shetty, P., y James, W. (1994). *Body Mass Index: a measur of cronic energy dieficiency in adults*. Food and nutrition paper No 56. Rome: Food and Agriculture Organization of the United Nations, citado en Ortiz, H. (2002, febrero). México: *Evaluación nutricional de adolescentes. 2 Crecimiento*. *Rev. Med. IMSS*, 40, (2), 155.
- Silva, P. (2004). *La Diabetes Melitus tipo II y su descripción Biopsicosocial desde la perspectiva de la psicología de la salud*. Monografía no publicada. Universidad Autónoma de Hidalgo.
- Silva, C. (2001). *Caracterización de un grupo de pacientes con trastornos de la alimentación: Estudio Descriptivo*. Tesis de maestría no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México. México DF.
- Silverman, J. (1986). *Anorexia nervosa in seventeenth century England as viewed by physian, phylosopher and pedagogue: and essay*. Citado en Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito*. España: Ariel, p. 29-31.
- Steiner, H., y Lock, J. (1998 abril). Anorexia nervosa and bulimia nervosa in children and adolescents: a rewev of the past ten years. *Psychiatry*, 37, 4, 352-359.
- Step toe, A., (1989). *The significance of personal control in health and disease*. Citado en Lugli-Rivero, M., y Vivas, E. (2001, jun/feb) *Trastornos de alimentación y control personal de la conducta*. Retomado junio de 2005, de: <http://www.scielos.org/scielos.php?> p. 4.
- Strober , M., (1997). *Consultation and therapeutic engagement in severe anorexia nervosa*. Citado en Garner, D.,Garfinkel, P. (1997). *Handbook of treatment for eating disorder.*, (2th ed.) Nueva York:Editado por Garner, D y Garfinkel, P., p. 28.

- Tascón, J. y Lucumí, D. (2001). Creencias en salud: Historia, constructo y aportes del modelo. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 19 (1), 91-101.
- Toro, J. (1989). Factores socioculturales en los trastornos de la ingesta. *Anuario de Psicología*, 38. Citado en Saucedo, T., (1996). *Factores de crianza e interacción familiar predictores de trastornos Alimentarios*. Tesis de Maestría no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México. México D.F., p.31
- Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito*. España: Ariel.
- Toro, J., y Vilardell, E. (1987). *Anorexia nervosa*. España: Martínez Roca.
- Unikel, C. (1998). *Desordenes de alimentación en estudiantes de ballet*. Tesis de Maestría no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México. México DF.
- Unikel, C., Villatoro J., Medina- Mora, Feliz, C., Alcántar E., Hernandez S., (2000). México. Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos. Datos en población estudiantil del Distrito Federal. *La Revista de Investigación Clínica*; 52, (2), 140-147.
- Wadsworth, B. J. (1989). *Teoría de Piaget del Desarrollo Cognoscitivo y Afectivo*. México: Diana.
- Waller G. (1998). *Perceived control in eating disorders Relationship with reported sexual abuse*, citado en: Lugli-Rivero, M., & Vivas, E. (2001, jun/feb) *Trastornos de alimentación y control personal de la conducta*. Retomado junio, 2005, de <http://www.scielos.org/scielos.php>? p.3.
- Wallston K., Wallston B., y De Vellis R., (1978). Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scale. *Health education Monography*, 6: 160-170. Citado en Zdanowlaz, Janne, Reynaert (2004). ¿Juega el Locus de control de la salud un papel importante clave en la salud durante la adolescencia? *Eur. J. Psychiat*, 18, (2), 117-124.
- Weinberg, J., Greene, Y., y Mamlin, J. (1981). *Developing a new model for crosscultural research: synthesizing the health belief model and the theory of reasoned action*. *Ady. Nrs. Sci*; 23:1-15. Citado en Arrivillaga, M., Salazar, I., y Correa, D. (2003, diciembre). *Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios*. Recuperado en mayo del 2005, de <http://colombiamedica/modelodecreenciasobresalud.com>, p.13.
- Winnicott, D., (1957). *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. España: Gedisa.
- Woodside, B., (1993). *Eating disorders: The couple in focus*. Nueva Cork: Brunner/ Mazel.

Zdanowicz, N., Janne, P., y Reynaert, CH. (2004). ¿Juega el Locus de control de la salud un papel importante clave en la salud durante la adolescencia?.
Eur. J. Psychiat., 18, (2), 117-124.

Zerubavel, E., (1977). *Social Mindscapes*. U.S.A: Harvard University Press.