

Revista Mexicana de
Medicina Física y Rehabilitación

Volumen **16**
Volume

Número **1**
Number

Enero-Marzo **2004**
January-March

Artículo:




Trastornos alimentarios en hombres y mujeres adolescentes deportistas y no deportistas pertenecientes al Servicio de Rehabilitación Ortopédica del Centro Nacional de Rehabilitación

Derechos reservados, Copyright © 2004:
Sociedad Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación, AC

**Otras secciones de
este sitio:**

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

*Others sections in
this web site:*

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)

Trastornos alimentarios en hombres y mujeres adolescentes deportistas y no deportistas pertenecientes al Servicio de Rehabilitación Ortopédica del Centro Nacional de Rehabilitación

Psic. Tanya Elizabeth Ruiz Cervantes,* Psic. José Esteban Vaquero Cázares,** Dr. Alberto Vargas Ramírez,*** Dra. Ma. del Pilar Díez****

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo detectar si la práctica deportiva aeróbica es un factor de riesgo en la presencia de trastornos alimentarios (anorexia, bulimia y conducta alimentaria no especificada) en hombres y mujeres adolescentes pertenecientes al Centro Nacional de Rehabilitación. Se les aplicó la escala MD de treinta y tres reactivos cada uno; sobre los trastornos alimentarios. Los resultados fueron analizados con la prueba Chi Cuadrada, no encontrándose diferencias significativas $p > 0.05$.

Palabras clave: Trastornos alimentarios, anorexia, bulimia, conducta alimentaria no especificada, adolescentes, práctica deportiva aeróbica.

ABSTRACT

The investigation present has like objective detect if the sporting practice aerobic is a factor of risk in the presence of alimentary disorders (anorexia, bulimia and non specified alimentary behavior) in adolescents men and women, to belong to Centro Nacional de Rehabilitación. Was applied to them the MD scale, of alimentary disorders of thirty three reactive every one. The results was analyzed with the test chi-square not find significative differences , $p > 0.05$.

Key words: Alimentary disorders, anorexia, bulimia, non specified alimentary behavior, adolescents, sporting practice aerobic.

INTRODUCCIÓN

Una de las necesidades primarias y fundamentales que el hombre ha tenido que satisfacer para poder vivir es la alimentación. El desarrollo pleno del ser humano sólo puede darse cuando recibe diariamente las cantidades y combinaciones adecuadas de nutrimentos, ya que cuando esto no sucede da como resultado los malos hábitos alimentarios, que ponen en peligro el bienestar físico y emocional del individuo. Al respecto, se debe distinguir entre la alimentación y la nutrición, términos que frecuentemente y de manera errónea son usados como sinónimos. Higashida (1991) distingue entre estos dos términos, estableciendo que la alimentación es una acción voluntaria mediante la cual se ingieren comestibles, y está mediada por aspectos como la cultura, la situación económi-

ca, la disponibilidad de alimentos, las preferencias, los contextos sociales, e incluso los estados de ánimo; mientras que la nutrición es el conjunto de procesos químicos que realiza el organismo con dichos insumos¹. De tal modo, se puede observar que si el proceso fisiológico denominado nutrición es semejante entre un individuo y otro, el proceso llamado alimentación tiene variaciones en un mismo sujeto de acuerdo al contexto situacional en el que se encuentre (Álvarez, Mancilla, Martínez y López, 1998)². Álvarez, López (1998) refieren que en el caso de los trastornos alimentarios parecen estar disociados, tenemos una "mente" que pretende saber mejor que el "cuerpo" lo que éste requiere o no, sin aparentemente hacer caso de su demanda, que bajo estas condiciones puede ser sobrecolmada, ignorada e incluso castigada. La motivación biológica (ciclo hambre- saciedad) se enfrenta a la psicológica (compensación-autocontrol), con las demandas y motivaciones que éstas implican. En base a lo señalado anteriormente, se puede reconocer que en el origen de los trastornos alimentarios puede haber diversas causas, desde fisiológicas (por ejemplo, trastornos metabólicos), psicológicas (por ejemplo, rasgos de personalidad), sociales, culturales (por ejemplo, cultura de la "esbeltez"), familias (ciertas características

* Psicóloga del Departamento de Rehabilitación del Norte, Centro Nacional de Rehabilitación (CNR).

** Psicólogo del Departamento de Medicina del Deporte CNR.

*** Jefe del Servicio de Rehabilitación en el Deporte CNR.

**** Jefe del Servicio de Rehabilitación Osteoarticular del CNR.

en familias determinadas, por ejemplo situación familiar conflictiva en bulimia y sobreprotectora en anorexia), hasta determinantes relativos a la profesión (por ejemplo, la danza o modelaje), (Holtz, 1992)³. Por otro lado, la investigación de los trastornos alimentarios en México ha ido aumentando, y también, en lo que respecta específicamente a estudiantes de danza aunque cabe mencionar que la investigación en este tópico aún es escasa (Unikel y Gómez-Peresmitiré, 1996; Unikel, 1998; Ocampo, López, Álvarez y Mancilla, 1999; Vázquez, López, Álvarez, Ocampo y Mancilla, 2000), y de ahí que una de las principales aportaciones de este estudio, en tanto habiendo poca información antecedente al respecto, es que fundamenta la necesidad e importancia de investigar estos trastornos en grupos identificados como de alto riesgo en México, y específicamente en poblaciones vulnerables como los adolescentes. En los adolescentes las actividades deportivas les permiten poner a prueba su potencia, resistencia, habilidad, ajustar movimientos y ritmo, explorar y manejar sus deseos, fantasías y desafíos conjunción con los significados y modelos que su cultura otorga al cuerpo, al ser varón o mujer. A continuación se mencionará la historia y definición, de dichos trastornos alimentarios. Santa Catarina en el siglo XIV, el manifestar el amor a Jesús lo realizaban a través de la sumisión renunciando a los placeres del mundo como el ayunar durante meses. Richard Monton en 1689, descubre el primer caso de anorexia. En nuestro país y Europa en el siglo XIX, la mujer tenía que proyectar espiritualidad y dominar los placeres carnales; sometiendo a ayunos prolongados lo que generaba un bajo peso corporal. En 1870 Lasange, a través de los estudios ya realizados por Richard Monton la define como anorexia histérica considerando que la familia juega un papel muy importante para el tratamiento de éstos. William Gue y Simonds en 1872, explican que la anorexia histérica consiste en una atrofia del lóbulo anterior de la hipófisis. Pero no es hasta 1969 que Gutting, define a tal enfermedad como anorexia nerviosa⁴. La anorexia es una palabra griega que designa la pérdida de apetito; también se emplea como una forma abreviada para designar a la anorexia nerviosa. La anorexia nerviosa, es definida en el DSMIV como: el rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considera la edad y la talla (por ejemplo; pérdida de peso que da lugar inferior al 85% del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el periodo de crecimiento dando como resultado un peso inferior al 85% de peso esperable). Miedo intenso a ganar o perder peso a convertirse en obeso (a), incluso por debajo del peso normal. Existen dos tipos de anorexia: la de tipo restrictiva o nerviosa y la no restrictiva⁵. Uno de los neurotransmisores que participan en la anorexia es la serotonina, ya que regula cambios físicos, como la reacción emocional del joven hacia ellos. De esta manera puede entrar a trastornos depresivos. Para Duker y Slade (1999), las personas anoréxicas se caracterizan por los siguientes rasgos:

Comen como si estuvieran a dieta, a pesar de estar muy delgadas, por lo que siempre están vigilando el tamaño de las raciones o el número de calorías, saltándose comidas o cortando la comida en trozos pequeños y moviéndolos de un lado del plato a otro. Suelen usar ropas muy holgadas o demasiado grandes, ocultando su precaria condición física, caracterizada por una excesiva delgadez. Ante esto, debe señalarse que si bien es cierto que los adolescentes suelen preocuparse por su aspecto y su peso, por lo que tienden a realizar diferentes dietas y ejercicio excesivo, no es normal que esto se convierta en el centro de atención de su vida. Experimentan graduales cambios de personalidad, volviéndose reservadas, desconfiadas, nada serviciales, protegen celosamente sus rituales de ingesta y desaniman a cualquiera que trate de ayudarles (esto es típico de una anoréxica ya claramente establecida). Presentan un intenso miedo a aumentar de peso o engordar, aunque su peso sea anormalmente bajo, y se obsesionan con la decisión de mantenerlo a cualquier precio. Presentan disminución de interés sexual. Presentan algunas resultantes de la inanición, como son: piel fría, dolor al sentarse, desarrollo de vello muy fino por todo el cuerpo (lanugo), caída de vello, hipotensión (presión arterial anormalmente baja), bradicardia (latido del corazón anormalmente lento).

Desgaste y erosión de la dentadura, hipertrofia de las glándulas parótidas, desgarras esofágicos, leucopenia, osteoporosis, síndrome de la inmovilidad prolongada, alteraciones al deambular, alteraciones dermatológicas, incontinencia de vías urinarias y la muerte.

Así mismo, se manifiesta la negación, depresión, autoimagen deteriorada, pensamientos obsesivos y compulsivos por el deseo de disminuir de peso, dificultad para las relaciones interpersonales, cambios de carácter que van de enfados a la alegría, se aíslan de la familia, amigos y pareja, perfeccionistas y personalidad Boderline-Límite⁷.

La presencia de las sintomatologías físicas, psicológicas y cambios en los patrones conductuales tanto en la anorexia como en la bulimia, se detectan cuando ya hay condiciones muy deplorables en el paciente y requiere de la hospitalización⁸.

La edad comienzo de la anorexia nerviosa se sitúa en la adolescencia, aunque puede extenderse también desde la pubertad hasta el inicio de la tercera década (Margo, 1985); así mismo, el trastorno aparece de forma predominante en las mujeres (95%).

Existen características principales en la familia donde se desarrolla un miembro con anorexia:

1. Rigidez.
2. Límites confusos e intrusivos.
3. Sobreprotectores.
4. Con falta de relaciones objetales y empatía.
5. Falta de privacidad, independencia y autonomía.

6. Poca o nula resolución de conflicto.
7. Triangulación.
8. Lealtad al grupo.
9. Demandantes y controladores.
10. Ni los deseos ni los conflictos se expresan abiertamente.
11. Manifestaciones fóbicas.
12. Alianzas secretas entre los miembros de la familia⁹.

Los grupos de riesgo en que es frecuente la anorexia se encuentran en: las gimnastas, bailarinas, el salto al trampolín, patinaje artístico, caminata, atletismo, box de peso pluma, gimnasia reductiva, aerobics, modelaje, promotores de productos de belleza, o artículos de primera necesidad, actuación, etc. En cuanto al término de bulimia nerviosa se deriva de "Bulimy" en griego y se traduce como hambre excesiva o "hambre de buey" (Kaplan y Garfinkel, 1984), denota a las palabras latinas "Kynos-orexia" o "hambre canina". La bulimia nerviosa se caracteriza por la ingestión episódica, descontrolada y compulsiva de grandes cantidades de alimento en un corto periodo de tiempo. En relación a la bulimia, los antiguos romanos ante el placer de lo que degustaban lo aprobaban consumiendo grandes cantidades de alimento. Una vez finalizada la aprobación de los alimentos era a través del eructo y expulsando por medio de vómito¹⁰. Pero no fue hasta el año de 1979 que se da el primer caso de bulimia en los Estados Unidos. Actualmente el número de ambos trastornos han incrementado, cinco de cada 100 adolescentes los padecen. Para el DMIV la bulimia consiste en la presencia de atracones que se caracterizan por la ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (por ejemplo: un periodo de 2 horas) en cantidad superior a la mayoría de las personas que ingieren en el mismo lapso de tiempo. Sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimento. Conductas compensatorias inapropiadas, tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un periodo de 3 meses. Llegando a consumir de 6,000 a 8,000 kilocalorías diarias. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporal: Existen dos tipos de bulimia: La de tipo purgatorio y no purgatorio¹¹. Para Rosen y Leitenberg (1988) algunas de las características que presentan las personas bulímicas son: Tienen atracones regulares (lo que suelen ocultar muy bien). Comen, por lo general, comida con alto valor calórico, preferentemente de sabor dulce y consistencia blanda. Se purgan regularmente (uso excesivo de laxantes y diuréticos de venta libre) y pasan largos periodos en el baño después de las comidas. Siguen sus atracones con episodios de vómito o de ejercicio intenso. Aparentan ser personas que siempre están contando las calorías que consumen pero nunca parecen perder peso, o alguien que parece "comer bien" pero hace ejercicio excesivo y sólo está ligeramente delgado. Entre los rasgos de personalidad se encuentran: Frecuentes estados de depresión,

neurosis de angustia, vergüenza, conductas regresivas, inestabilidad emocional, labilidad afectiva, vulnerabilidad y deseo de aceptación. Y entre la sintomatología física se presentan; hinchazón de las mejillas o de las glándulas del cuello, ya que el vómito frecuente y/o prolongado a menudo causa que las glándulas salivales se hinchen, e incluso, se ulceren. Probablemente está forzándose a vomitar, introduciéndose la mano o los dedos en la garganta. Presentan una sensación de pérdida de autodominio o autocontrol sobre el impulso alimentario, lo que desemboca en la presencia de los atracones. La bulimia nerviosa suele ser difícil de identificar a simple vista, ya que estas pacientes presentan diversidad de formas y tamaños corporales; hay bulímicas que de hecho se ven emaciadas, otras son obesas, cuyo tamaño refleja su lucha contra la comida. Entre los grupos de riesgos donde se desencadena bulimia se encuentran: Luchadores, levantadores de pesas, fisicoculturismo, jugadores de fútbol americano y luchadores de sumo.

Entre las características principales de las familias en donde se desarrolla un miembro con bulimia tenemos:

1. Impulsiva, caótica.
2. Indirecta y crónica expresión de conflicto.
3. Yuxtaposición de límites caracterizada por hostilidad, enojo, manipulación y devaluación.
4. Oscilación de ambivalencia como parte de la rigidez.
5. Sentimiento de soledad vs lealtad al grupo.
6. Conciencia de apariencias.
7. Atribución de significado especial al comer y a los alimentos.
8. A pesar del aislamiento de sus miembros, dependencia y falta de asertividad.
9. Pocos límites y confusos.
10. Orientación hacia el éxito, perfeccionismo.
11. Ambiente hostil, desorganizado, separatista.
12. Falta de compromiso, menos contingentes.

Conducta alimentaria no especificada: Se refiere a los trastornos de la conducta alimentaria que no cumple con todos los criterios de los trastornos alimentarios mencionados. Algunos ejemplos son:

1. Los periodos menstruales son normales.
2. Se cumplen todos los criterios de la anorexia nerviosa excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativo, el peso del individuo se encuentran dentro de los límites de la normalidad.
3. Se cumplen todos los criterios diagnosticados para la bulimia nerviosa con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de dos veces por semana o durante menos de 3 meses.

4. Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal⁵.

En base a lo señalado anteriormente, se han realizado diversos estudios sobre trastornos alimentarios entre los que destacan: Nasser (1988) hace un interesante repaso a diferentes estudios epidemiológicos llevados a cabo en la India, Sudán, Egipto y Malasia; observando que este tipo de trastorno casi no aparece en estos países, y además, los pocos casos que se describen parecen estar más relacionados con otras alteraciones como la histeria¹². En México Gómez-Parresmitiré (1993), realizaron un estudio sobre trastornos alimentarios, cuyo objetivo fue detectar algunos indicadores de anomalías de la conducta alimentaria en población mexicana. Su muestra estuvo compuesta por estudiantes, hombres y mujeres, que se encontraban cursando la preparatoria, licenciatura o postgrado. Sus resultados reportaron una práctica inexistente del problema de obesidad (2%), mientras que un 41% presentó sobrepeso; por otro lado, detectó la presencia de ciertos patrones y prácticas alimentarias que pueden considerarse como factores de riesgo para el surgimiento y desarrollo de problemas como la bulimia y la anorexia¹³. Otro estudio realizado en México es de Martínez, Medina y Quiroz (1997), cuyo objetivo fue realizar un estudio exploratorio de la ocurrencia de sintomatología de trastornos alimentarios en una población de jóvenes mexicanas, su muestra fue no probabilística de tipo intencional conformada por 960 jóvenes del sexo femenino (con un rango de edad entre los 15 a los 25 años) de instituciones educativas estatales (420 de nivel profesional y 164 de nivel bachillerato). Los resultados que se obtuvieron muestran significancia estadística para anorexia en las instituciones públicas y bulimia en las privadas¹⁴.

Otro estudio al respecto fue el realizado, por Escarria, Haro, López, Álvarez y Vázquez (2000), cuyo objetivo fue identificar la ocurrencia de trastorno alimentario en una muestra de estudiantes residentes de una universidad privada de la ciudad de Monterrey y de algunos factores de riesgo; los resultados que obtuvieron fueron que el 31.6% de la muestra elevada presentó algún grado de sintomatología de trastorno alimentario reportándose 14 casos con sintomatología de anorexia (4.1%), 54 casos de sintomatología bulímica (15.9%) y 39 casos con ambos tipos de sintomatología (11.5%). La sintomatología de trastorno alimentario estuvo más presente en el rango de edad de 21 a 26 años (8.0%)¹⁵. En la actualidad la gente conoce las consecuencias sobre los beneficios que genera el deporte y en cada país hay más adaptados a éste, una de las actividades que ha incrementado su popularidad en Estados Unidos y en nuestro país en las últimas décadas es sin duda la gimnasia aeróbica o mejor conocido como: Aerobics. En 1968

el Dr. Kenneth Cooper utilizó el término aerobics en su libro "Aerobics", para describir ejercicios que utilizaban oxígeno para mantener los grupos musculares mayores en continuo movimiento por lo menos 20 minutos¹⁶. Jane Fonda y Richard Simmons ayudaron a popularizar a los aerobics en los Estados Unidos en la época de los 80 mediante videos y programas de TV. Esto se logra con movimientos rítmicos de los grupos musculares mayores, los cuales se realizan al compás de la música, estos movimientos pueden ser movimientos atléticos que se ejecutan respetando los planos y ejes corporales, o con movimientos que parten de la danza, (los cuales son más sueltos). En los dos casos se obtienen los objetivos deseados, ya que cualquier actividad rítmica de los grupos musculares mayores por un tiempo prolongado y a una intensidad moderada (más de 20 minutos entre el 60% y el 80% del ritmo cardíaco de reserva) mejora en general, el rendimiento del sistema cardio-respiratorio. Por lo tanto, el planteamiento del presente trabajo es: ¿La práctica deportiva aeróbica es un factor de riesgo en la presencia de los trastornos alimentarios (anorexia, bulimia y conducta alimentaria no especificada) en mujeres y hombres adolescentes mexicanos. De tal planteamiento el objetivo consiste en detectar si la práctica deportiva aeróbica es un factor de riesgo en la presencia de los trastornos alimentarios (anorexia, bulimia y conducta alimentaria no especificada) en mujeres y hombres adolescentes pertenecientes al Centro Nacional de Rehabilitación.

MATERIAL Y MÉTODOS

La investigación fue de tipo transversal y descriptiva. Cuya población de estudio fue de 100 adolescentes hombres y mujeres entre los 15 a los 20 años de edad. De los cuales 50, son 25 hombres y 25 mujeres que realizan la práctica deportiva aeróbica pertenecientes al Servicio de Rehabilitación del Deporte del Centro Nacional de Rehabilitación y 25 hombres y 25 mujeres que no realizan la práctica deportiva aeróbica pertenecientes a dicho servicio. Se le aplicaron 100 inventarios de trastornos de la alimentación de MD de 33 reactivos cada uno. El inventario fue diseñado para ser contestado por el o la propia adolescente y puede aplicarse de manera individual o colectiva. Antes de aplicar los inventarios, les fue explicado la finalidad indicándoles que es de carácter anónimo, agradeciéndoles su participación. Posteriormente, se codificaron las respuestas de cada uno de los sujetos encuestados en diversas modalidades.

- a) Codificación de los datos, asignándoles un número a cada respuesta.
- b) Categorizando, los reactivos en los siguientes aspectos: Trastornos alimentarios (anorexia, bulimia y conducta alimentaria no especificada).

Ya codificados los datos se llevó a cabo un análisis objetivo del trabajo. Finalmente, el análisis se llevó a cabo mediante el programa de cómputo Spss. 10 en el que se introdujeron las respuestas codificadas. En base a las diferentes modalidades, pudiendo obtener así las frecuencias de las respuestas y el análisis de la prueba estadística de la Chi cuadrada (χ^2). RESULTADOS. Los resultados se obtuvieron de acuerdo a tres categorías: a) La práctica del trastorno alimentario sobre anorexia en adolescentes que practican el aerobics, deportistas y no deportistas en las que se consideran los siguientes reactivos: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13, en donde se encuentra sintomatología física como vértigos, desmayos, pérdida del conocimiento, dificultad para concentrarse, disminución del interés sexual, piel fría, inanición, lanugo, hipotensión, bradicardia, leucopenia, síndrome de inmovilidad prolongada e incontinencia en vías urinarias. Los psicológicos encontramos: Negación, depresión, autoimagen deteriorada, ansiedad, deseo de disminuir de peso, dificultad para relaciones interpersonales, aislamiento familiar y personalidad límite.

Como se observa en la *figura 1*, la mayoría de hombres y mujeres deportistas y no deportistas no presentan diferencias significativas; $p > 0.05$. b) En cuanto al trastorno alimentario de bulimia nerviosa y purgatoria su sintomatología física, psicológica y emocional se encuentran los reactivos 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27 y 28. En cuanto a la sintomatología física está la hinchazón de mejillas, vómito frecuente, glándulas salivales dañadas,

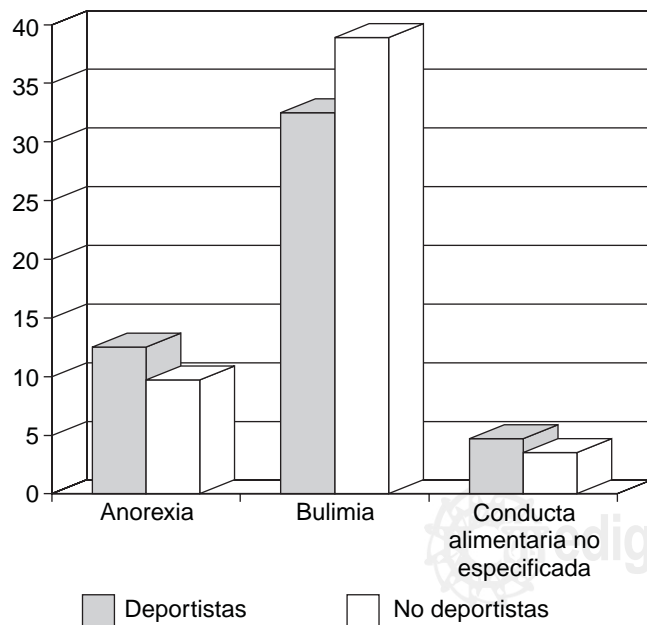


Figura 1. Puntajes obtenidos de anorexia, bulimia y conducta alimentaria no especificada de hombres y mujeres adolescentes deportistas y no deportistas.

dedos y muñecas con presencia de llagas. Los psicológicos están: depresión, angustia, vergüenza, conductas regresivas, inestabilidad emocional, labilidad afectiva, vulnerabilidad, deseo de aceptación, uso de vestimenta ropas holgadas, pensamientos mágicos, uso de laxantes, diuréticos, ejercicio excesivo e introducción de dedos en la garganta. Como se señala en la *figura 1* el grupo de hombres y mujeres adolescentes deportistas y no deportistas no presentan diferencias significativas; $p > 0.05$. c) En cuanto al trastorno alimentario conocido como conducta alimentaria que nos da el conocimiento que cumple con todas las características de la anorexia, excepto la pérdida o cese de la menstruación. Asimismo, cumple con los criterios de la bulimia nerviosa con excepción de los atracones y las conductas compensatorias/purga, aparecen por lo menos dos veces a la semana entre cuyos reactivos se encuentran el 29, 30, 31, 32 y 33. Como se observa en la *figura 1*, no se encontraron diferencias significativas en el grupo de hombres y mujeres adolescentes deportistas y no deportistas; $p > 0.05$.

DISCUSIÓN

En base a los resultados obtenidos en la presente investigación, según Ocampo y Mancilla (2000) ha ido aumentando la investigación sobre los trastornos alimentarios en nuestro país y en otros; pero específicamente en poblaciones de alto riesgo entre las que destacan deportistas, en la danza clásica o en actividades como el modelaje.

Sin embargo, existen otros sectores de la población altamente vulnerables que no son detectados tan fácilmente, debido a que en nuestra cultura existe poca información al respecto.

Así mismo, como señala Bruch en (1992), los casos de trastornos alimentarios no son detectados a tiempo por familiares o cualquier persona cercana al paciente debido a que no son tan fácilmente percibidos los cambios fisiológicos y psicológicos, ya que son considerados como patrones conductuales propios en el caso de la adolescencia y por cuestiones psicoculturales.

Es importante que en nuestro país existan programas de prevención y tratamiento de los trastornos alimentarios ya que no es un padecimiento nuevo, los primeros casos de anorexia y bulimia fueron detectados a finales del siglo XVII y actualmente tiene una clasificación internacional en el DSM-IV de 1994.

Debido a las pocas publicaciones de artículos e investigaciones sobre el tema, existen escalas o inventarios para la evaluación, siendo criticados por ser susceptibles de distorsión, hay que tener en cuenta que existen otros métodos de valuación entre los que se incluye la entrevista siendo éstos no vulnerables a la negación, la ocultación de los síntomas o falta de sinceridad. Algunos pacientes reconocen que se sienten

ten más cómodos y son más sinceros al describir sus síntomas en un contexto interpersonal.

La entrevista personal puede facilitar la apertura y la veracidad de algunos sujetos, pero puede ser la causa de otros que inhiben el franco reconocimiento.

Es importante contar con la práctica de ambos métodos para la evaluación y detección de dichos trastornos, contando con una entrevista y adecuada historia clínica que nos ayude a detectar cuál de los métodos señalados se adecua a cada paciente, de acuerdo a los rasgos de personalidad. Por lo tanto, para realizar estudios de investigación completos sobre los trastornos alimentarios es importante aterrizar a conjuntar los aspectos que forman su etiología de estudio entre los que destacan: los socioculturales, circunstanciales, etapas del desarrollo, historia de vida, dinámica familiar, sexualidad, biología-genética y situaciones como actividades deportivas y recreativas, ya que trabajos realizados por autores de la talla de Ocampo y Mancilla (2000), Martínez, Medina y Quiroz (1997).

Escarria, Haro, Álvarez y Vázquez (2000), entre otros sólo se han dedicado a investigar por separado los diversos aspectos de los trastornos alimentarios y no en conjunto, esto permitiría crear escalas, inventarios y el conocimiento de la etiología de una cultura a otra. Esto daría como consecuencia un gran beneficio, en la elaboración de planes y programas de tratamiento y detección para el tratamiento de tipo ambulatorio y hospitalización de dichos trastornos; beneficiando económicamente al país siendo menos costoso.

CONCLUSIONES

Para poder realizar trabajos completos sobre la conducta alimentaria (anorexia, bulimia y conducta alimentaria no especificada), es importante conjuntar la etiología de estudio, es decir, aspectos: socioculturales, circunstanciales, etapas de desarrollo, historia de vida, dinámica familiar, sexualidad, biología-genética y situaciones de actividades deportivas, lo que permitirá conocer cómo de cultura a cultura son los aspectos que tienen un mayor peso para desencadenarlos.

REFERENCIAS

1. Hisgada HB. *Ciencias de la Salud*. México: Mc Graw-Hill. 1991.
2. Álvarez RG, Mancilla DJM, Martínez MM, López AX. Aspectos Psicosociales de la alimentación. *Psicología y Ciencia Social*. 1998; 2(1): 50-58.
3. Holtz V. Factores biopsicosociales de los desórdenes de la alimentación: Estudio piloto en una preparatoria. *Tesis de Licenciatura. Universidad Iberoamericana*. México. 1992.
4. Crispo R, Figueroa E, Guelar D. *Anorexia nerviosa y bulimia, lo que hay que saber: Un mapa para recorrer un territorio trastornado*. Barcelona: Gedisa. 1999.
5. American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSMIV)*. Barcelona: Masson. 1994.
6. Duker M, Slade R. *Anorexia nerviosa y bulimia: Un tratamiento integrado*. México: Limusa. 1999.
7. Selvin-Palazzoli. 1974.
8. Bruch H. Anorexia nervosa: Therapy and theory. *American Journal of Psychiatry* 1982; 139(12): 1531-1538.
9. Margo. 1985.
10. Kaplan AS, Garfinkel PE. Bulimia in the Talmud. *American Journal of Psychiatry* 1984; 14(5): 721-727.
11. Lodewig K. Reflexiones sobre la anorexia y bulimia en adolescentes: Enfoque sistemático del problema psicosomático ejemplificado en la anorexia nerviosa juvenil. *Estudios Psicológicos* 1991; (1): 1-21.
12. Nasser M. Comparative study of the prevalence of abnormal eating attitudes among females students at both London and Cairo Universities. *Psychological Medicine* 1996; 16: 621-625.
13. Gómez-Peresmitiré G. Detección de anomalías de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios: Obesidad, bulimia y anorexia nerviosa. *Revista Mexicana de Psicología* 1993; 1(10): 17-27.
14. Martínez M, Medina A, Quiroz. Identificación de los trastornos alimentarios en una población de alto riesgo. *Tesis de Licenciatura. UNAM*. México. 1997.
15. Escarria RA, Haro, López CLM, Álvarez RGL, Vázquez AR. *Anorexia y bulimia factores de riesgo en residentes de una universidad*. Trabajo presentado en el XVIII Congreso Nacional de Investigación Biomédica, Octubre 2000, Monterrey, NL.
16. González R. *Medicina del Deporte*. Grijalbo. 1996.

Domicilio para correspondencia:
Centro Nacional de Rehabilitación
Calzada México - Xochimilco 289
Col. Arenal de Guadalupe
Tlalpan, delegación Tlalpan
México, D.F. 07270.
pdiez2002@yahoo.com

