1. DESCRIPCIÓN GENERAL

Actualmente, el control del peso se ha vuelto una de las principales preocupaciones y problemas en los programas de salud pública debido al alto índice de mortalidad y enfermedades físicas que conlleva el padecer sobrepeso. Ante esta situación, las mujeres jóvenes se han vuelto la población más propensa, a desarrollar trastornos de la alimentación como forma de controlar el peso, lo que ha llevado a incremento en la insatisfacción corporal y al uso excesivo de rigurosas dietas que se caracterizan de baja ingesta calórica. Las dietas y la restricción a comer se han vuelto un factor de riesgo importante para el desarrollo y conservación de los trastornos alimentarios en jóvenes adultas (Hsu, 1996).

En Estados Unidos, aproximadamente 10 millones de mujeres y un millón de hombres enfrentan una batalla de vida o muerte como consecuencia de padecer trastornos alimentarios como la bulimia nerviosa y la anorexia. Aproximadamente del 1% al 5% de la población mundial padece el trastorno por atracón, de los cuales el 60% corresponde a la población femenina y el 40% a la población masculina. La presencia del trastorno por atracón se estima que es del 1 al 5 por ciento de la población general, siendo las mujeres la población más afectada con un 60% y la población masculina el 40% (Smith, Marcus, Lewis, Fitzgibbon, Schreiner 1998, citado por la Nacional Eating Disorders Assosiation).

No hay duda de que en la sociedad contemporánea, especialmente entre las mujeres; el alimento y el acto de comer conducen a sensaciones ambivalentes. El placer y la necesidad de comer se han vuelto opuestos debido a la actual preocupación

por el aspecto físico, por los efectos que el sobre peso tiene en la salud, y por el riesgo de consumir una dieta no optima para la persona.

La ingesta adecuada de nutrimentos se encuentra afectada porque cada persona tiene una opinión propia de lo que es una dieta sana, por está razón, muchas personas gastan una gran cantidad de tiempo preocupándose por la ingesta de calorías y la grasa que los alimentos pueden tener, como consecuencia, la misma preocupación lleva a una disminución en la calidad de vida (Rozin, Fischler, Imada, Sarubin, y Wrzesniewski, 1999). Para una parte de la población, especialmente las mujeres, estas preocupaciones tienden a dominar su vida, desarrollando algún trastorno de la alimentación.

Los desordenes de la alimentación son problemas de índole psicobiosocial y psiquiátricos que en la actualidad padecen las mujeres adolescentes y jóvenes adultos, presentando el trastorno de forma crónica con frecuentes recaídas y debilitación funcional (Fairburn, Cooper, Doll, Norman, & O´Connor, 2000; Lewinsohn, Striegel-Moore, & Seeley, 2000).

Los desordenes alimentarios están asociados con serias complicaciones médicas que producen un alto índice de hospitalización, así como con intentos de suicidio y mortalidad (Newman el al., 1996; Wilson, Heffernan, & Black, 1996).

A lo anterior se la suma que la patología de los trastornos alimentarios incrementa el riesgo de padecer obesidad, desordenes depresivos, desordenes de ansiedad, abuso de sustancias, intentos de suicidio y problemas de la salud (Johnson, Cohen, Kasen, & Brook, 2002).

Se conoce relativamente poco acerca de cuando inicia la patología de los trastornos de la alimentación. Varios investigadores mantienen la teoría de que los

disturbios de la alimentación inician en la infancia o preadolescencia (Smolak & Levine, 1994), mientras que otros sugieren que la patología de los trastornos alimentarios emerge a mitad de la adolescencia (Lewinsohn el al., 2000; Stice et al., 1998). A la fecha, la preponderancia y naturaleza del trastorno por atracón en la infancia media que comprende de los 6 a los 12 años permanece relativamente inexplorada. Las investigaciones relevantes reportan que en una muestra no clínica de niñas entre los 7 y 13 años de edad, el 10.4% mostraron conductas del trastorno por atracón (Maloney, McGuire, Daniels, & Spencer, 1989) Sorpresivamente, niñas que cursaban el tercer grado mostraron mayor tendencia a presentar episodios de atracones en comparación de las niñas que cursaban el sexto grado (16.5% contra 6.8%).

En un segundo estudio examinaron a niños con sobrepeso con edades entre los 6 y 10 años en los cuales encontraron que el 5.3% de la muestra cumplía el criterio del trastorno de atracón y aquellos que experimentaban perdida de control al momento de comer presentaban mayor sobrepeso en comparación de los niños que no experimentaban pérdida de control al momento de comer (Morgan et al ., 2002). Además, los niños que reportaban perdida de control al momento de comer, también presentaron ansiedad elevada, síntomas depresivos en mayor porcentaje, y aumento de insatisfacción corporal. Sin embargo, el criterio utilizado para determinar la presencia del trastorno de atracón en niños, no fue completamente especificado en el cuestionario y se basaron en las experiencias subjetivas de los niños.

De acuerdo con Heatherton y Baumeister (1991) en el trastorno por atracón las personas hacen uso de la comida para desviar la atención del estímulo estresante y controlar las emociones negativas que desarrollan. Anderson y Smith (2001) sugieren que las expectativas de aliviar las emociones negativas con la comida esta fuertemente

relacionada con el trastorno por atracón entre mujeres que reportan responder ante las situaciones estresantes a través de la comida para reducir la tensión ocasionada por el estrés.

Stice, Presnell y Spangler (2002) en sus investigaciones encontraron que la personas con trastorno por atracón utilizan la comida como forma de afrontamiento ante el estrés, debido a que la comida les provee alivio, confort y distracción ante sus emociones negativas provocadas por sentimientos de depresión e inadecuación al no sentirse valoradas en su propio ambiente social.

El presente estudio tiene como propósito investigar la relación que existe entre los diferentes estilos de afrontamiento y el trastorno por atracón, para poder definir las diferentes situaciones que le provocan mayor estrés a la persona y que lo lleven a afrontarlos a través de los atracones como forma de reducir la tensión originada por las circunstancias. La investigación propone que el trastorno por atracón esta motivado por el deseo de reducir la tensión, como forma de afrontamiento al estrés, provocados por las relaciones interpersonales

La importancia de estudiar las causas del origen del trastorno por atracón es poder prevenir su desarrollo y disminuir la tendencia progresiva a presentar trastornos con mayor severidad de la conducta alimentaria que pueden conducir a la persona a la muerte.

2. Definición de los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Los hábitos alimentarios o de alimentación son el conjunto de conductas, adquiridas por un individuo, por la repetición de actos en cuanto a la selección, la preparación y el consumo de alimentos. Los hábitos alimentarios se relacionan

principalmente con las características sociales, económicas y culturales de una población o región determinada. Los hábitos generalizados de una comunidad suelen llamarse costumbres (Harvey, 1988).

El DSM IV define que los Trastornos Alimentarios se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria. La anorexia nerviosa se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales. La bulimia nerviosa se caracteriza por episodios recurrentes de voracidad seguidos por conductas compensatorias inapropiadas como el vómito provocado, el abuso de fármacos laxantes y diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo. Una característica esencial de la anorexia nerviosa y de la bulimia nerviosa es la alteración de la percepción de la forma y el peso corporales. En esta sección se incluye también la categoría de Trastorno de la Conducta Alimentaria no especificado para codificar los trastornos que no cumplen los criterios para un Trastorno de la Conducta Alimentaria específico. Aunque la obesidad simple está incluida en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) como una enfermedad médica, en el DSM-IV no aparece, ya que no se ha establecido su asociación consistente con síndromes psicológicos o conductuales. Sin embargo, cuando existen pruebas de que los factores psicológicos desempeñan un papel importante en la etiología o en el curso de algún caso específico de obesidad, este hecho puede indicarse anotando la presencia de factores psicológicos que afectan el estado físico.

Barber, Bolaños-Cacho, López-Jensen y Otrosky (1995) consideran que los Trastornos de la Conducta Alimentaria son patologías psicológicas. En donde la alimentación deja de ser instintiva para convertirse en una respuesta condicionada por multifactores como lo son el aspecto social, cultural y psicológico.

Otros autores comentan que existe una relación positiva con la necesidad de la aprobación externa (locus de control externo) y los Trastornos de la Conducta Alimentaria, por tal razón estas mujeres son influenciables por los mensajes sociales (Moulton, Moulton y Roach, 1998).

Los desordenes alimentarios son algunos de los problemas psiquiátricos mas comunes que enfrentan las mujeres y se han caracterizado por presentarse de manera crónica y con continuas recaídas (Fairburn, Cooper, Doll, Norman, & O'Connor, 2000; Lewinsohn, Streigel-Moore, & Seeley, 2000).

La anorexia nerviosa involucra emancipación, miedo a engordar, distorsión de la imagen corporal, influencia indebida de la imagen corporal en la auto evaluación, negación de la seria problemática que conlleva tener bajo peso corporal y amenorrea.

La bulimia nerviosa esta marcada por atracones incontrolables, conductas compensatorias para prever el aumento de peso como consecuencia de los atracones (por ejemplo el vomitar), al igual que en la anorexia nerviosa, existe una indebida influencia de la imagen corporal sobre la auto evaluación. El Trastorno por Atracones exige incontrolables ingestas de grandes cantidades de alimento en ausencia de conductas compensatorias como es el caso de la bulimia (Newman et al., 1996; Wilson, Heffernan, & Black, 1996).

En México, 1 de cada 4 jóvenes estudiantes de secundaria o preparatoria sufre algún trastorno de la alimentación (bulimia, anorexia o comer compulsivamente). De no tomarse medidas inmediatas, el rango de edad disminuirá como sucede en Europa, donde gran porcentaje de casos se presenta entre los 9 y 12 años (Secretaria de salud, 2005).

Con frecuencia, los desordenes de la conducta alimentaria en adolescentes y jóvenes se encuentran vinculados a otros desordenes psiquiátricos (Bulik, Sullivan, Fear, y Joyce, 1997; Devaud, Jeannin, Narring,Ferron, Y Michaud, 1998; Geist, Davis, Y Heinman, 1998;Striegel-Moore, Garvin, Dohm, Y Rosenheck, 1999; Zaider, Johnson, Y Cockell, 2000).

La mayoría de los individuos con Trastornos de la conducta Alimentaria reportan crisis de ansiedad, depresión, rasgos de inadaptación personal y ante acontecimientos estresantes de la vida diaria. (Bulik et al., 1997; Fairburn, Welch, Doll, Davies, & O'Connor, 1997; Telch & Stice, 1998; Welch, Doll, & Fairburn, 1997).

Estudios anteriores han sugerido que las emociones negativas, la imagen corporal negativa, baja autoestima, rasgos obsesivos – compulsivos, perfeccionismo, pobre conciencia introspectiva, pueden estar relacionados con el desarrollo de problemas con el peso corporal y con la alimentación (Greeno, Wing, & Shiffman, 2000; Leon, Fulkerson, Perry, & Early-Zald, 1995; Leon, Fulkerson, Perry, & Klump, 1999; Martin et al., 2000; Pine, Goldstein, Wolk, & Weissman, 2001; Stice, Killen, Hayward, & Taylor, 1998; Vohs, Bardone, Joiner, Abramson, & Heatherton, 1999).

Tales resultados han conducido a los investigadores a crear diversas teorías acerca de que diferentes clases de síntomas psiquiátricos, incluyendo la ansiedad, la depresión, síntomas externalizados, abuso de sustancias, y rasgos inadaptativos de la personalidad tales como impulsividad y dificultad para regular estados afectivos negativos, pueden desempeñar un papel importante en el desarrollo de los desórdenes de la alimentación (Grilo, Devlin, Cachelin, y Yanovski, 1997; Heatherton Y Baumeister, 1991; Leon et al., 1999; Stice, Nemeroff, Y Shaw, 1996).

La revisión de la literatura indica que, hasta la fecha, sólo un estudio longitudinal ha investigado sistemáticamente la asociación entre diversos tipos de desórdenes psiquiátricos y el desarrollo subsiguiente de los desórdenes alimentarios durante adolescencia.

En su investigación, Zaider y colaboradores (2001) reportaron que los resultados sugerían que los desórdenes depresivos pueden desempeñar un papel particularmente importante en el desarrollo de los desórdenes de la alimentación durante la adolescencia.

Heatherton & Baumeister, (1991) han enfocado sus estudios a relacionar el efecto que los síntomas psiquiátricos pueden desempeñar en la etiología de los desórdenes de la conducta alimentaria.

Los resultados señalan que las jóvenes con rasgos perfeccionistas pueden presentar la tendencia a desarrollar los desordenes de la conducta alimentaria, sobretodo el trastorno por atracón como una tentativa de hacer frente a la ansiedad y depresión que se desarrolla cuando las jóvenes no son capaces de resolver sus altas expectativas que aparecen por su auto-idealización.

El perfeccionismo y los rasgos obsesivos pueden también contribuir al inicio los comportamientos enfocados a la pérdida del peso, como es el seguimiento de rigurosas dietas hasta llegar al ayuno, entre otras conductas, que son llevadas a cabo por jóvenes que idealizan la delgadez (Cockell, Goldner, Hewitt, & Remick, 1997; Zubieta, Demitrack, Fenick, & Krahn, 1995).

Las jóvenes que son perfeccionistas, obsesivas, que tiene una imagen corporal negativa o una autoestima baja, pueden estar en riesgo particularmente elevado de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria, sobretodo al inicio de la pubertad el

cual es un periodo que fuerza a las jóvenes a enfrentarse con situaciones estresantes y retos tanto físicos como psicosociales (Graber, Brooks-Gunn, Paikoff, & Warren, 1994). Estos desafíos pueden ser percibidos como abrumadores llevándolas a experimentar síntomas depresivos dando como resultado las fluctuaciones entre el peso y el apetito (Dess, Raizer, & Chapman, 1988; Heilbrun & Worobrow, 1990; Miller, 1988).

3. Factores de riesgo para el mantenimiento y desarrollo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria

Stice (2002) en su artículo nombrado “Los factores de riesgo y mantenimiento de la patología alimentaria: Un resumen Meta – Analítico” propone que la presión sociocultural para ser delgados, el modelamiento, la internalización del ideal de delgadez, la insatisfacción corporal, la realización de dietas, la solución fallida a las emociones negativas, el perfeccionismo, el cambio corporal en la menarquia temprana, la impulsividad y el uso de sustancias son factores de gran importancia para el desarrollo y prevalecía de los trastornos alimenticios:

3.1. Presión sociocultural para ser delgado.

El modelo sociocultural de la patología alimentaria postula que la presión social para ser delgado provoca la internalización de un ideal a obtener un cuerpo extremadamente delgado que genera descontento con el propio cuerpo, lo que con lleva a que las personas utilicen dietas para disminuir su peso corporal, provocando sentimientos de frustración y emociones negativas cuando no se alcanza el ideal de delgadez, de esta forma incrementa el riesgo a padecer trastornos de la alimentación (Pyle, Mitchell, y Eckert, 1981; Striegel-Moore, Silberstein, y Rodin, 1986).Stice (2002)

propone que la presión para ser delgado que ejerce la familia, la pareja o cónyuge, y los medios de comunicación, teóricamente contribuye a la internalización del ideal a la delgadez y una supervaloración generalizada de la importancia de la apariencia física. La elevada presión para ser delgado también, conduce al descontento del propio cuerpo, por ejemplo los repetidos mensajes de que uno no es lo suficientemente delgado como las modelos de las pasarelas.

A lo anterior se le aumenta que la presión para ser más delgado promueve directamente la conducta de hacer dietas, aún en ausencia del descontento corporal porque la gente podría creer que esto reduciría presiones sociales para ser delgado (Cattarin y Thompson, 1994; Field et al., 2001; Stice, 2001; Stice & Bearman, 2001; Stice, Mazotti et al., 1998; Wertheim, Koerner, y Paxton, 2001).

En estudios anteriores se reporto que la presión percibida a ser delgado predice episodios de atracones (Stice et al., 2002), síntomas bulímicos (Stice y Agras, 1998) e incrementa la tendencia a padecer trastornos de la conducta alimentaria (Wertheim et al., 2001;Gardner et al., 2000), obteniendo como conclusión que la presión percibida para ser delgado es un factor importante para el mantenimiento de síntoma bulímico anteriormente predicho (Stice y Agras, 1998).

Numerosos experimentos de laboratorio han examinado los efectos de la exposición a imágenes en los medios de comunicación de mujeres que representan el ideal de delgadez como factor que promueve la presión para ser delgada.

En el estudio realizado por Groez, Levine, y Murnen (2002) se indicó que la exposición a imágenes de mujeres que representan el ideal de delgadez causó aumentos inmediatos de descontento corporal en las mujeres que componían la muestra. Sobretodo, fue considerablemente más fuerte el incremento del descontento

corporal en mujeres que presentaban anteriormente descontento con su cuerpo en comparación con las mujeres que estuvieron satisfechas con su figura corporal. Los individuos con descontento corporal preexistente pueden ser más propensos a desarrollar procesos de comparación sociales con modelos delgadas.

Experimentos realizados con diversas muestras también han proporcionado pruebas de que la exposición a imágenes de mujeres que representan el ideal de delgadez causa aumento en las emociones negativas además del descontento con respecto al cuerpo (Cattarin, Thompson, Thomas, y Williams, 2000; Irving, 1990; Stice y Shaw, 1994).

Stice (2002) propone que la suscripción a revistas de moda conduce a un aumento de emociones negativas, de vulnerabilidad a percibir la presión a ser delgadas, así como a aumentar su descontento corporal, el uso de rigurosas dietas y los síntomas bulímicos, así como la recurrencia a realizar dieta bajas en calorías en adolescentes con déficit en el apoyo social.

En conjunto, investigaciones experimentales anteriores que examinaron los efectos de la exposición de ciertas imágenes en los medios de comunicación sugieren que la presión percibida para ser delgado es un factor de riesgo causal para la insatisfacción corporal, el llevar a cabo dietas de baja ingesta calórica, desarrollar mas emociones negativas, así como mayor tendencia a presentar trastornos alimenticios.

3.2. Modelamiento.

El modelamiento directo de la imagen corporal y perturbaciones al comer, inducidos por los miembros de familia y por las parejas también, aumenta el riesgo que los adolescentes imiten estas actitudes y comportamientos desequilibrados (Attie y

Brooks-Gunn, 1989; Lucio y Rodin, 1991). Además, la imagen corporal y las perturbaciones al comer que se presenten en la familia probablemente refuerzan la búsqueda del ideal de delgadez (Stice, 1998).

3.3. Internalización del ideal de delgadez.

Teóricamente, la internalización del ideal de delgadez y la sobre valoración de la importancia acerca de la apariencia física promueve la insatisfacción corporal, lo cual crea un deseo de llevar a cabo dietas que se caracterizan por ingerir poco alimento y pocos nutrientes, también provoca aumento en las emociones negativas como la frustración y el desarrollo de la patología alimentaria (Garner, Olmsted, y Polivy, 1983). La idea de delgadez y sobre valoración de la apariencia física contribuye a la insatisfacción corporal porque este ideal es difícil de lograr o alcanzar.

El ideal de delgadez internalizado también puede promover la tendencia al uso de dietas en ausencia de la insatisfacción corporal porque la gente puede sentirse motivada a perseguir una forma de cuerpo culturalmente valorada para ganar la aprobación social. La sobre valoración del aspecto físico se muestra como un factor de mantenimiento de la bulimia nerviosa (Fairburn, 1997).

La creencia de que mejorando la apariencia física producirá una amplia variedad de ventajas interpersonales y emocionales, como se piensa, promueve la tendencia a utilizar dietas restrictivas que mantienen los atracones debido a la limitación del acto de comer.

Un tratamiento experimental encontró que debilitar el ideal de delgadez internalizado causa aumento en la satisfacción corporal, disminución del uso de dietas,

reducción de estado emocionales negativos y síntomas bulímicos en relación con la muestra control (Stice, Mazotti, Weibel, y Agras, 2000).

3.4. Insatisfacción corporal.

Teóricamente, la insatisfacción corporal promueve la realización de dietas y las emociones negativas , lo cual, se convierte en un factor de riegos para desarrollar la patología alimentaria (Bruch, 1962; Crisp, 1984). La insatisfacción corporal conduce a la realización de dietas debido a la creencia que esto es una técnica de control de peso eficaz y puede crear emociones negativas porque el aspecto físico es una dimensión central evaluativa para mujeres. Finalmente, la insatisfacción corporal puede directamente promover los comportamientos compensatorios que caracterizan algunos desórdenes de comer (por ejemplo vómitos). De esta manera, los resultados obtenidos por la investigación realizada por Stice (2002) muestran que la satisfacción corporal es una variable considerada como el factor de riesgo más constante en el mantenimiento de los trastornos alimentarios.

3.5. Realización de dietas.

Las dietas se inician excluyendo todos los alimentos con alto contenido calórico, se prolongan limitando o suprimiendo las grasas y acaban en la limitación de proteínas (DSM-IV). la dieta puede consistir en: 1) supresión o restricción de determinados alimentos (altos en calorías o que la persona cree que lo son); 2) ayuno o supresión casi total de la ingesta durante uno o varios días; y 3) reducción de la cantidad que se consume de cualquier tipo de alimento Las personas con trastornos alimentarios pueden utilizar alguna de estas formas o todas a la vez (Raich, 1999).

El modelo de restricción dietética postula que la privación calórica aumenta el riesgo a padecer el trastorno por atracón y bulimia nerviosa (Hawkins y Clemente, 1984; Polivy y Herman, 1985) y que esto contribuye al mantenimiento de ambos trastornos (Fairburn, 1997). Teóricamente, la restricción calórica crea la patología alimentaria porque los individuos pueden recurrir a los atracones para neutralizar los efectos de la privación calórica. Se ha sugerido que el llevar a cabo dietas causa la disminución de serotonina, aumentando la probabilidad de presentar episodios de atracones en los que se ingiera alimentos altos en carbohidratos para restaurar niveles de serotonina (Kaye, Gendall, y Strober, 1998).

El llevar a cabo dietas, también puede promover los episodios de atracones debido a que la violación de reglas dietéticas estrictas puede causar desinhibición al momento de comer de acuerdo con la teoría de efecto de abstinencia – violación (Marlatt y Gordon, 1985). Además, el hacer dietas implica un cambio en la percepción fisiológica y cognitiva de tener el control sobre la conducta al momento de comer, razón por la cual el individuo se siente vulnerable a perder el control sobre la sensación de hambre teniendo como consecuencia cambios en el estado de animo de la persona, mostrándose propensa a presentar aumento en estados emocionales negativos como consecuencia del distress corporal provocando la desinhibición al comer lo que se traduce en episodios de atracón para disminuir el distress.

Compatible con el modelo de restricción dietética, el auto imponerse dietas predice el aumento en de estados negativos (Stice y Bearman, 2001; Stice, Hayward, et al., 2000), síntomas bulímicos (Campo et al., 1999; Killen et al., 1994, 1996; Stice, 2001; Stice y Agras, 1998), y mantenimiento de patologías de la alimentación (León et al., 1999; Patton et al., 1990; Santonastaso, Friederici, y Favaro, 1999).

3.6. Emociones negativas.

Según el modelo de regulación afectiva (Hawkins y Clemente, 1984; McCarthy, 1990), las personas recurren a los atracones y comen en exceso para proporcionarse comodidad y distracción ante las emociones negativas. Los individuos también podrían usar radicales comportamientos compensatorios, como vómitos para reducir la ansiedad e impedir el aumento de peso como consecuencia del comer en exceso, en este caso, el purgarse sirve como catarsis emocional. Williamson (1990) propone que además de lo anterior, las emociones negativas no resueltas afectan la satisfacción corporal.

3.7. Perfeccionismo.

De acuerdo a Bruch (1973) han propuesto que el perfeccionismo es un factor de riesgo para desarrollar la patología alimenticia, ya que este rasgo de personalidad puede promover una búsqueda implacable del ideal de la delgadez.

Además, el perfeccionismo ha sido relacionado como un factor de desarrollo y mantenimiento de la bulimia nerviosa así como de la anorexia nerviosa (Fairburn el al, 1997).

Un estudio previo encontró que el perfeccionismo predijo el inicio del trastorno de la bulimia nerviosa (Killen et al., 1994).

En conjunto, las conclusiones proporcionaron los aciertos de que el perfeccionismo es un factor de riesgo para la patología de bulimia y un factor de mantenimiento para mantener la patología.

Es también significativo lo que las pruebas demuestran, que el perfeccionismo puede actuar recíprocamente con otros factores de riesgo para predecir los trastornos alimenticios.

3.8. Menarquia temprana.

Se ha sugerido que en el inicio de la pubertad se desarrolla la imagen del cuerpo y de las perturbaciones de la conducta alimenticia (Rierdan y Koff, 1991).

En la menarquia temprana se tiende a incrementar el tejido adiposo, esto crea diferencias entre la forma corporal de la premenarca y la forma corporal normativa de las adolescentes, aumenta la atención a un ideal de delgadez, que teóricamente aumenta el descontento con el propio cuerpo y por consiguiente las perturbaciones de los trastornos alimenticios.

3.9. Impulsividad y uso de sustancias.

Los investigadores han sugerido que un déficit general en el control de impulsos es un factor de riesgo para padecer trastornos alimentarios (Hawkins y Clemente, 1984), y como se registra déficit en el control de impulsos en individuos vulnerables a presentar episodios de atracones.

El uso de sustancias, al menos parcialmente, esta relacionado con déficit en el control de los impulsos (Sher y Trull, 1994). El uso de sustancias predijo el aumento de riesgo a desarrollar la patología de bulimia nerviosa (Killen et al., 1996; Stice, Presnell, y Bearman, 2001; Vogeltanz-Holm et al., 2000), estas conclusiones pueden ser interpretadas como el suministro de pruebas indirectas de que la impulsividad es un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos de la alimentación.

De acuerdo con evidencia encontrada en estudios realizados por Bulik (1987), los individuos con bulimia nerviosa muestran que en la historia de su familia se ha presentado trastornos en el uso de sustancias que se relaciona con conductas de poco control de impulsos.

Otra posibilidad es que el uso de sustancias desinhiben los esfuerzos a seguir las dietas rigurosas, lo que lleva a que la personas recurran a episodios de atracones (Polivy y Herman, 1985).

4. Trastorno por Atracón

4.1. Definición de Trastorno por Atracón.

El Trastorno por Atracón es una nueva categoría de trastorno alimentario incluido en el Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Cuarta Ed. (DSM IV) reflejado en el criterio de trastornos no especificados de la conducta alimentaria que son aquellos que no cumplen los criterios para ningún Trastorno de la Conducta Alimentaria específica.

El Trastorno por Atracón se encuentra definido en el DSM IV como el trastorno que se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa. En la American Psychiatric Association (APA), 1994, el trastorno por atracón es definido como la consumición de una cantidad inusualmente grande de alimento con un sentido subjetivo de pérdida de control sobre el acto de comer.

Los criterios de diagnóstico para el trastorno por atracón especificados en el DSM IV son:

A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por las dos condiciones siguientes:

1) ingesta, en un corto período de tiempo (p. ej., en 2 horas), de una cantidad de comida definitivamente superior a la que la mayoría de gente podría con-sumir en el mismo tiempo y bajo circunstancias similares;

2) sensación de pérdida del control sobre la ingesta durante el episodio (p. ej., sensación de que uno no puede parar de comer o controlar qué o cuánto está comiendo).

B. Los episodios de atracón se asocian a tres (o más) de los siguientes síntomas:

1) ingesta mucho más rápida de lo normal;

2) comer hasta sentirse desagradablemente lleno;

3) ingesta de grandes cantidades de comida a pesar de no tener hambre;

4) comer a solas para esconder su voracidad;

5) sentirse a disgusto con uno mismo, depresión, o gran culpabilidad después del atracón.

C. Profundo malestar al recordar los atracones.

D. Los atracones tienen lugar, como media, al menos 2 días a la semana durante 6 meses.

E. El atracón no se asocia a estrategias compensatorias inadecuadas (p. ej., purgas, ayuno, ejercicio físico excesivo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de una anorexia nerviosa o una bulimia nerviosa.

Siegel, Brisman, Weinshel (1988) mencionan que los síntomas y signos en el trastorno por atracón son: a) ganancia de peso corporal; b) sensación de perdida de control ante el acto de comer; c) baja autoestima; d) depresión; e) ansiedad; f)

frecuentes fluctuaciones en el peso corporal; g) perdida del deseo sexual; h) esconder la comida; i) sentimientos de culpa y vergüenza; j) disgusto contra si mismo; k) realización de diferentes dietas; l) creencia de que su vida seria mejor si adelgazara; m) patrones alimentarios secretos; n) evitación de reuniones donde exista comida y ñ) pensamientos suicidas.

El Trastorno por Atracón puede provocar complicaciones físicas y médicas tales como: 1) obesidad; 2) irregularidades en la menstruación; 3) diabetes; 4) alta presión sanguínea; 5) niveles altos de colesterol; 6) osteoartritis; 7) decremento en la movilidad; 8) respiración cortada; 9) enfermedades cardiacas; 10) problemas del hígado y riñón y 11) paro cardiaco.

El clínico debe tener en cuenta el contexto en que se produce el atracón, lo que se calificaría como consumo excesivo en una comida habitual puede considerarse normal si se produce en una celebración o en un aniversario. Los atracones no tienen por qué producirse en un solo lugar; por ejemplo, un individuo puede empezar en un restaurante y continuar después en su casa. No se considera atracón el ir «picando» pequeñas cantidades de comida a lo largo del día. A pesar de que el tipo de comida que se consume en los atracones puede ser variada, generalmente se trata de dulces y alimentos de alto contenido calórico (como helados o pasteles). Sin embargo los atracones se caracterizan más por una cantidad anormal de comida ingerida que por un ansia de comer un alimento determinado, como los hidratos de carbono.

Los atracones se realizan normalmente a escondidas o lo más disimuladamente posible. Los episodios pueden o no haberse planeado con anterioridad y se caracterizan (aunque no siempre) por una rápida ingesta del alimento. Los atracones pueden durar hasta que el individuo ya no pueda más, incluso hasta que llegue a sentir

dolor por la plenitud. Los estados de ánimo disfóricos, las situaciones interpersonales estresantes, el hambre intensa secundaria a una dieta severa o los sentimientos relacionados con el peso, la silueta y los alimentos pueden desencadenar este tipo de conducta. Los atracones pueden reducir la disforia de manera transitoria, pero a continuación suelen provocar sentimientos de autodesprecio y estado de ánimo depresivo.

Los atracones se acompañan también de sensación de falta de control. El individuo puede estar en un estado de excitación cuando se atraca de comida, especialmente en el inicio de la enfermedad. Algunos enfermos describen síntomas de naturaleza disociativa durante o después de los atracones. A medida que la enfermedad progresa, los atracones ya no se caracterizan por una sensación aguda de pérdida de control, sino por conductas de alteración del control, como es la dificultad para evitar los atracones o la dificultad para acabarlos. La alteración del control asociada a los atracones no es absoluta; por ejemplo, un individuo puede continuar comiendo aunque suene el teléfono, pero parar inmediatamente si alguien entra en la habitación.

Definir el Trastorno por Atracón es en varios aspectos desafiante porque la conceptualización utilizada para el trastorno es operacionalmente compleja. Investigadores han documentado la variabilidad en el significado o en lo que se entiende por el término de atracón (Beglin y Fairburn, 1992; Pratt, Niego, & Agras, 1998). Otra complicación es que la naturaleza de atracón es que se realiza generalmente en secreto y de forma solitaria (Grilo, Shiffman, y Carter-Cambell, 1994). Sin embargo, los atracones frecuentemente ocurren en el contexto de emociones negativas (Grilo el al., 1994) e inclusive puede representar un método de afrontamiento

o escapatoria ante el estrés psicológico (Heatherton y Baumeister, 1991), por lo que representa ser difícil para los pacientes proveer de reportes retrospectivos acerca de su recurrencia a los atracones

Por otro lado, se cree que los episodios de atracones representan varios intentos fallidos de controlar el apetito, potencializado por las actitudes y conductas crónicas de sobre controlar o restringir la conducta alimenticia, precipitadas por fuertes afectos negativos, violación de las limitaciones dietéticas auto impuestas, así como otros factores (Polivy y Herman, 1993). De hecho, numerosos estudios realizados acerca de las experiencias de la muestra conducidos en muestras clínicas han encontrado que los episodios bulímicos son precedidos por enojo, ansiedad y depresión (Davis, Freeman, y Garner 1988; C. Jonson & Larson, 1982; Rebert, Stanton, y Shwartz, 1991). Investigaciones realizadas en laboratorios han demostrado que al “herir” la autoestima de forma experimental precipita descontrol en los hábitos alimentarios de personas que se restringen al comer (Heatherton y Baumeister, 1991).

Los atracones provocan varias consecuencias, incluyendo la reducción transitoria de estados de animo negativos (Elmore y de Castro, 1990), pero también provoca exacerbación del estado de animo (Polivy y Herman, 1993) e incrementa la probabilidad de que se incurra a nuevos episodios de atracones (Johnson, Schlundt, Barclay, Carr-Nagle, y Engler, 1995).

Estos descubrimientos llevaron a Polivy y Herman (1993) a argumentar que las consecuencias de las conductas de atracón, por lo general, aumentan las condiciones para que se desarrollen futuros episodios de atracones.

4.2. Causas del Trastorno por Atracón

Las personas con el Trastorno por Atracón usan la comida como una manera de enfrentar el estrés, los conflictos emocionales y los problemas cotidianos. La comida puede anestesiar sentimientos y emociones. Se sienten sin control y están concientes de que sus patrones alimenticios son anormales. Con frecuencia reportan sentirse “atrapados” en el ciclo de atracón-depresión el cual se presenta después de un episodio de comer compulsivamente, surge la decisión de hacer una dieta y dejar de atracarse. Esta decisión no puede mantenerse, por lo que finalmente queda la persona con una gran culpa y depresión, llevándolos a episodios de atracón por impotencia (Vervaet, Audenaert, y Heeringe. ,2003; Dunkley, Zuroff, Blackstein, 2003; Clínica Juvat Ellen West Centro Médico Palmas, 2005).

El factor de riesgo que ha recibido mayor atención para el desarrollo y mantenimiento del trastorno por atracón es el llevar a cabo rigurosas dietas con baja ingesta calórica (Lowe, 1994). El realizar rigurosas dietas aumenta el riesgo de que un individuo coma en exceso para neutralizar los efectos de privación calórica. El hacer dietas también puede promover los episodios de atracones porque la violación de reglas dietéticas estrictas puede causar desinhibición al comer (el efecto de violación de abstinencia). En apoyo de estas aserciones, llevar a cabo dietas predice el inicio de atracones en jóvenes adolescentes (Stice y Agras, 1998; Stice, Killen, Hayward, y Taylor, 1998) y la privación calórica provoca una recurrencia alta de episodios de atracones en mujeres adultas (Agras y Telch, 1998; Telch y Agras, 1996). La teoría de la restricción dietética propone los atracones ocurren como respuesta a la restricción calórica y/o dietética excesiva (Herman y Polivy, 1975). Investigaciones realizadas con adolescentes ha sugerido que la realización de dietas restrictivas es factor de riesgo

para desarrollar el trastorno por atracón (Stice et al., 2002). Individuos con sobrepeso presentan mayor probabilidad a desarrollar comportamientos de restricción alimenticia porque intentan lograr el ideal de delgadez que la sociedad impone (Stice y Agras, 1998; Stice et al., 2002), poniéndose en mayor riesgo a padecer el trastorno por atracón.

Otras variables que pueden ser factores de riesgo para desarrollar el Trastorno por Atracón es presentar elevada masa corporal, insatisfacción corporal, sobre valoración del aspecto, percibir la presión a ser delgadas y estar en contacto con personas que presentan perturbaciones al comer porque las variables anteriores aumentan la probabilidad a realizar rigurosas dietas para disminuir el peso corporal (Stice y Agras, 1998).

Se ha investigado que al presentarse una elevada masa corporal y la insatisfacción con el propio cuerpo motive a los individuos a realizar dietas como respuesta a las creencias de que las dietas son estrategias efectivas para controlar el peso corporal (Vogeltanz-Holm et al., 2000).

La sobrevaloración de la apariencia, así como la creencia de que la delgadez provoca mayor aceptación social, también son tomadas como variables que motivan a los individuos a realizar restrictivas dietas como esfuerzo a igualar el ideal que se tiene de delgadez. Además, la presión a ser delgado ejercida por la familia, los amigos y los medios de comunicación, así como el modelamiento directo de perturbaciones al comer por estos agentes de socialización, puede aumentar la probabilidad de que la persona recurra a comportamientos radicales de control de peso. A lo anterior se aumenta que la masa corporal elevada en mujeres adultas provoca necesidad de comer ante la restricción de alimento que es producida por las dietas (Vogeltanz-Holm et al., 2000).

Investigaciones acerca de los factores de vulnerabilidad para realizar dietas han apoyado la premisa de que el exceso de tejido adiposo en la infancia es un factor de riesgo para desarrollar trastornos alimentarios (Fairburn, Cooper, Doll, y Welch, 1999; Fairburn et al., 1998; Fairburn, Welch, Doll, Davies, y O'Connor, 1997). Sin embargo, también existe evidencia de que el trastorno por atracon en adolescentes incrementa el riesgo a padecer obesidad. (Stice, Cameron, Killen, Hayward, y Taylor, 1999; Stice et al., 2002), apoyada por la hipótesis fisiológica de que el exceso de energía que es adquirida en los atracones causa aumento de peso corporal. Aunque, no se ha podido llegar a la decisión acerca de que ocurre primero ya sea el exceso de peso corporal o el trastorno en la conducta alimenticia o si ocurren al mismo tiempo.

En investigaciones realizadas se ha sugerido que la limitación dietética es la causa principal de recurrir a atracones (Polivy y Herman, 1985; Wardle, 1987a), pero se han encontrado pruebas de que en la mitad de todos los comedores compulsivos, el comportamiento de atracón precedió a comportamientos dietéticos significativos (Brewerton, Dansky, Kilpatrick, y O'Neil, 2000; Bulik, Sullivan, Carter, y Joyce, 1997; Grilo y Masheb, 2000; Haiman y Devlin, 1999; Spurrell, Wilfley, Tanofsky, y Brownell, 1997)

Algunos autores han disputado la conceptualización del trastorno por atracón como una adicción similar al alcoholismo (Wilson, 1993). La hipótesis de que los individuos usan los atracones de igual forma como hay individuos que usan alcohol con el fin de automedicarse cuando el estrés ha aumentado (Peveler y Fairburn, 1990).

En años recientes, nuevas aproximaciones a la examinación de los senderos causales entre el comportamiento de control de peso y los episodios de atracones han sido desarrollados. En apoyo a la teoría de que factores emocionales juegan un rol

importante en la etiología del trastorno por atracon, Wardle, Waller, y Rapoport (2002) encontraron altos niveles del trastorno por atracón en pacientes con obesidad que presentan depresión en comparación de pacientes con obesidad que no presentaban depresión, y sobre el curso del tratamiento, se reporto disminución de episodios de atracon, lo cual fue asociado a la disminución de rasgos depresivos en los pacientes que los presentaron en la primera investigación.

Entre los factores que causan el trastorno por atracón esta el uso del atracón como una forma de esconderse y de huir de sus emociones, para llenar un vacío interno y para manejar y evadir el diario estrés, la angustia y el dolor. El atracón también es utilizado, para edificar una barrera entre quienes sufren este desorden y las demás personas, su apariencia es el medio inconsciente de alejar a otros con base en el estigma social " Soy gordo/a, a nadie le gusto". Igualmente se encuentran necesitados de amor y cariño, y como en la Bulimia, el atracón se utiliza como un castigo por hacer cosas "malas", o por el simple hecho de sentirse mal sobre lo que son (Siegel, Brisman, Weinshel, 1988**).**

Investigaciones acerca de los factores de riesgo para desarrollar bulimia nerviosa y el trastorno por atracón también se han enfocado en la impulsividad. Existe evidencia que sugiere que la “urgencia” es el tipo de impulsividad que sirve como factor de riesgo para desarrollar el trastorno por atracón. Heatherton y Baumeister (1991) desarrollaron un modelo de regulación emocional del trastorno por atracón, teniendo como hipótesis principal que el trastorno por atracón es utilizado para aliviar emociones negativas, desviando el foco de atención del individuo del estimulo angustiante o concreto.

La evidencia de que el trastorno por atracón sirve para aliviar las emociones negativas (Arnow, Kenardy, y Agras, 1995), y que los individuos que padecen el

trastorno por atracón tiene niveles mas altos de emociones negativas en comparación con otros (Pryor y Wiederman, 1996; Stice, Killen, Hayward, y Taylor, 1998; Tylka y Subich, 1999), es sugestivo. Se ha encontrado que la “urgencia – impulsiva” esta positivamente asociada con el trastorno por atracón en dos diferentes muestras (Fischer, Smith, y Anderson, 2003; Fischer, Smith, Anderson, y Flory, 2003) y que otro tipo de impulsividad como la planeada, no esta asociada al trastorno (Anderson y Smith, 2001; Fischer, Smith, Anderson, y Flory, 2003).

Las expectativas de aliviar las emociones negativas con la comida esta relacionada fuertemente con el trastorno por atracón entre mujeres que presentan elevada “urgencia”, esto es mujeres que reportan responder ante la situaciones estresante utilizando la comida para reducir la tensión ocasionada por el estrés. Hohlstein, Smith, y Atlas (1998) aplicaron la teoría de la expectativa en los desordenes alimentarios.

Expectativas de que el comer alivia las emociones negativas, enojo y estrés, diferencian a mujeres con bulimia nerviosa de mujeres con anorexia nerviosa y a la muestra control de la muestra clínica (Hohlstein et al., 1998) y entre la muestra de niñas de secundaria con las de preparatoria (Simmons, Smith, y Hill, 2002).

Se ha encontrado que la “urgencia” modera la influencia de las expectativas en los síntomas bulímicos y de atracón. Mujeres con elevada “urgencia” y que presentan expectativas positivas de que la comida diminuirá su emoción negativa exhiben elevadas conductas de atracones. Estos descubrimientos han sido encontrados en dos muestras diferentes de mujeres universitarias (Fischer, Smith, y Anderson, 2003; Fischer, Smith, Anderson, y Flory, 2003).

También existe evidencia de que entre personas adultas que estaban realizando dietas , las emociones negativas inducidas provocaron ingesta de fuertes cantidades de calorías (Cools, Schotte, y McNally, 1992; Schotte, Cools, y McNally, 1990).

A esto se le aumenta, que estados negativos de humor preceden los episodios de atracones entre individuos con el trastorno bulimia nerviosa y trastorno por atracón. (Davis, Freeman, y Garner, 1988; Greeno, Wing, y Shiffman, 2000), lo que sugiere que estados anímicos adversos es un factor de alto riesgo para el mantenimiento del trastorno por atracón.

Se ha sugerido que el apoyo social disminuye el riesgo a presentar depresión (Cohen y Wills, 1985), por lo tanto, la percepción de ser una persona valorada su propio ambiente social puede disminuir el deseo de compararse con el actual ideal de delgadez como un esfuerzo para ganar aceptación social y de esta forma disminuir la tendencia a presentar el trastorno por atracón (Stice et al., 2002)

Stice, Presnell y Spangler (2002) se enfocaron en estudiar varias facetas de las emociones negativas proponiendo de que los individuos solo comen como respuesta ante ciertas emociones. Por ejemplo, los individuos pueden comer como esfuerzo de calmar la depresión pero no la ansiedad. Los resultados que obtuvieron sugieren que elevados síntomas depresivos y baja autoestima, pero no ansiedad ni enojo, predicen episodios de atracón.

El trastorno por atracón, teóricamente, provee confort y distrae a la persona de sus emociones negativas. Sin embargo, los resultados implicaron que los sentimientos de depresión e inadecuación pueden jugar un rol más importante en el desarrollo del trastorno por atracón a diferencia de la ansiedad y del enojo.

5. Trastornos asociados al Trastorno por Atracón

5.1. Trastorno por Atracón y Obesidad.

La obesidad en adolescentes esta asociada a serios problemas médicos, incluyendo elevada presión sanguínea, dañino perfil de lipoproteínas, diabetes mielitus, padecimientos de arterosclerosis cerebrovascular, padecimientos coronarios, cáncer colonrectal, y muerte por varias causas (Dietz, 1998; Pietrobelli et al., 1998). La obesidad en la etapa de la adolescencia también incrementa dramáticamente el riesgo a padecer obesidad en la adultez (Whitaker, Wright, Pepe, Seidel, y Dietz, 1997), lo cual es alarmante porque la obesidad es la causa de 400,000 muertes anuales en Estados Unidos (Mokdad, Marks, Stroup, y Gerberding, 2004). La prevalecía de la obesidad en adolescentes ha incrementado al doble en las últimas tres décadas (Troiano, Flegal, Kuczmarski, Campbell, y Johnson, 1995).

A pesar de los conocimientos que se tienen acerca de los factores de riesgo que predicen la obesidad, el autor sugiere que existen variables específicas que predicen el desarrollo futuro de la obesidad. Las conductas para controlar el peso corporal incrementan el riesgo a padecer el trastorno por atracón, lo cual tiene como resultado el incremento de peso corporal. La importancia de comprender los factores de riesgo del trastorno por atracón es la evidencia de que el trastorno por atracón precede la obesidad (Stice et al., 1999),

El trastorno por atracón juega un papel insidioso en particular en la promoción de la obesidad porque conduce a los cambios fisiológicos que aumentan la probabilidad que los episodios de atracones persistan con el tiempo. Diversos investigadores sugieren que los episodios de atracones provocan aumento en la capacidad del

estómago (Geliebter et al., 1992), lo que puede aumentar la probabilidad de que en un futuro se desarrolle el trastorno por atracón debido a dos mecanismos. Primero, porque la distensión de estómago activa receptores de extensión gástricos y receptores que transmiten señales de saciedad (Goldfein, Walsh, LaChausee, Kissileff, y Devin, 1993), un individuo con mayor capacidad estomacal consumirá mas calorías antes de que su cuerpo inicie las señales de saciedad para terminar de comer. Segundo, el aumento de la capacidad estomacal parece también disminuir la digestión y la liberación de la misma lo cual retraza las señales de saciedad (Gibbs, Young, y Smith, 1973). El trastorno por atracón predice una aumento de peso corporal (Stice et al., 1999) y el inicio de la obesidad (Stice, Presnell, y Spangler, 2002) en jóvenes adolescentes (Field et al., 2003). El trastorno por atracón también predice aumento de peso corporal consecuente en adultos (McGuire et al., 1999).

5.2. Trastorno por Atracón y Bulimia Nerviosa.

La persona que padece bulimia nerviosa sufre de episodios repetitivos de apetito voraz que satisface con abundantes comidas, tras lo cual recurre a prácticas anormales que buscan prevenir el aumento de peso, como vómito provocado, práctica de rutinas excesivas de ejercicio, uso sin prescripción de laxantes (productos que estimulan la expulsión de materia fecal) y/o diuréticos (fármacos que promueven la eliminación de líquidos a través de la orina), así como ayunos o dietas muy rigurosas.

El criterio del DSM IV engloba los cinco rasgos más importantes de la bulimia nerviosa, los cuales siguen un curso que puede continuar hasta la muerte sino se previene a la persona de la inanición.

A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón está caracterizado por lo que se describe a continuación:

   1) Consumo rápido de una cantidad grande de comida en un periodo de tiempo menos a dos horas;
   2) Una sensación de pérdida de control de lo que se consume durante los episodios.

B. El sujeto regularmente hace uso del vomito autoinducido, de laxantes, diuréticos, pastillas para adelgazar o de dietas rigurosas para contrarrestar el efecto de los atracones.

C. La presencia episodios de atracones seguidos de la purgación como un mínimo de dos veces a la semana durante tres meses.

D. La autoevaluación es influenciada por el peso y la forma corporal.

E. El disturbio no ocurre exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

Existen, de acuerdo al DSM IV, tipos específicos de bulimia nerviosa dependiendo de las conductas purgativas que persisten:

a) Tipo purgativo: Durante el episodio de bulimia nerviosa la persona regularmente recurre en autoinducirse el vomito o por medio del mal uso de laxantes, diuréticos o enemas;

b) Tipo no purgativo: Durante los actuales episodios de bulimia nerviosa, la persona ha usado otras conductas compensatorias inapropiadas, así como practicar ejercicio de forma excesiva, pero no ha recurrido a autoinducirse el vomito o al mal uso de laxantes, diuréticos o enemas.

Los factores que conducen al desarrollo de la bulimia nerviosa en mujeres han sido comprendidos pobremente y el progreso en esta área es en parte impedido por la heterogeneidad del trastorno (Beumont, 1988).

Además de las tres características importantes que definen la bulimia nerviosa (episodios de atracones, la búsqueda de los métodos extremos de pérdida de peso, y la presencia de ideas supervaloradas sobre la forma y el peso), hay muchos otros rasgos clínicos que pueden o no estar presentes (Fairburn, 1991; Vitousek y Manke, 1994). Un acercamiento para realzar el entendimiento del desarrollo de bulimia nerviosa es de desmontar el síndrome en dos etapas: el desarrollo de los atracones y la transición a bulimia nerviosa.

Este acercamiento requiere una exploración del modelo de patrones y precursores del trastorno por atracón seguido de una comparación con el modelo de patrones y precursores de la aparición consecuente de la bulimia nerviosa.

Este acercamiento esta justificado sobre la base de la investigación que ha examinado la historia natural del desarrollo de bulimia nerviosa. Primero, el trastorno por atracón es un precursor obligatorio al desarrollo de bulimia nerviosa. Segundo, el hecho de que la mayor parte de individuos con bulimia nerviosa comienzan con los episodios de atracones, por regla general, 2 años antes del desarrollo de comportamientos compensatorios purgativos (Stice, Killen, Hayward, y Barr Taylor, 1998) y apoya la conceptualización de que el trastorno por atracón como un paso de iniciación en el síndrome. Sólo es una minoría de mujeres las que comienzan a purgarse antes de la etapa de atracones (Bulik, Sullivan, Carter, y Joyce, 1997; Mussell et al., 1997).

5.3. Trastorno por Atracón y Anorexia Nerviosa.

Diferentes autores concluyen que el rasgo principal en las personas que padecen anorexia nerviosa es el intensificado miedo a engordar o “fobia al peso corporal que es el deliberado deseo de adelgazar (Selvini-Palazzoli 1974, Crisp 1977).

De acuerdo al DSM IV los criterios para el diagnostico de la anorexia nerviosa son:

1) Rechazo a mantener un peso mínimo normal para su edad y estatura;
2) Temor intenso de convertirse en obesos, el cual no disminuye con la perdida de peso progresiva;
3) Visión deformada del peso corporal, talla o forma, afirman estar gordas incluso cuando están demacradas. El autoconcepto es influenciado por el peso y forma corporal, o niegan la seriedad de su actual perdida de peso;
4) Perdida de al menos el 15% del peso original;
5) Ausencia de enfermedad física que sea la causante de esa pérdida extrema de peso;
6) En adición, las adolescentes premenarcas con este desorden sufren de amenorrea;

En un apartado del DSM IV se señalan cuatro puntos importantes para el diagnóstico de la anorexia nerviosa:

a) Rechazo contundente a mantener el peso corporal por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla. Por ejemplo, pérdida de peso hasta un 15% por debajo del peso teórico, o fracaso para conseguir aumento de peso esperado en el periodo de crecimiento, resultando un peso corporal un 15% por debajo de su peso teórico;
b) Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, inclusive estando por debajo del peso normal;

c) Alteración en la percepción del peso, la talla o la silueta corporal, por ejemplo, la persona se queja de que “se encuentra obesa” aún estando delgada; o bien cree que alguna parte de su cuerpo resulta “desproporcionada, estando incluso por debajo de su peso normal;

d) En las mujeres, ausencia por lo menos de tres ciclos menstruales consecutivos.

Existen tipos específicos de anorexia nerviosa dependiendo de las conductas purgativas que se presenten:

a) Tipo restrictivo: durante los actuales episodios de anorexia nerviosa no ha recurrido con conductas purgativas o atracones;

b) Tipo de atracones/purgas: durante los actuales episodios de anorexia nerviosa la persona regularmente recurre a los atracones o a las conductas purgativas.

Se ha estimado que el 10% de la población femenina en los países occidentales padecerán algún trastorno alimenticio diagnosticado. (American Psychiatric Association [APA], 1994).

La anorexia nerviosa tiene una prevalecía aproximada del 1% entre las mujeres, es resistente a tratamientos, muestra síntomas crónicos, las consecuencias alcanzan serias complicaciones medicas que pueden llevar a la muerte y está asociado a rasgos psiquiátricos como ansiedad y trastornos de la personalidad.

Las mujeres jóvenes que presentan anorexia nerviosa tienen distinguidas características de personalidad. Muestran rasgos de tensión, hiperactividad, frecuentes estados de alerta y rigidez. Usualmente caminan, comen hablan y piensan rápidamente. Son ambiciosas, son extremadamente autocríticas con una marcada hipersensibilidad emocional y sentimientos obvios de inseguridad.

Una conciencia severa e inmadura guía sus acciones como la frecuente meticulosidad, exageración y terquedad que se ajustan a rangos de perfeccionismo. Usualmente son introvertidas, serias y en sus relaciones hay falta de espontaneidad y expresiones físicas de afecto. (Vitousek y Manke, 1994)

Mientras que las personas que padecen de la anorexia clásica muestran rigidez y coacción, las personas con bulimia manifiestan un modelo errático de consumación en el cual la restricción y desinhibición se alternan, sugiriendo como base la combinación de características obsesivas, impulsividad e inestabilidad afectiva.

En diversas teorías acerca de la bulimia nerviosa, se sugiere que el ciclo de atracones y conductas purgativas también tiene una base funcional en el contexto para proveer regulación afectiva (Vitousek y Manke, 1994)

Finalmente en el análisis teórico no se encontró investigaciones experimentales donde demuestran la relación directa entre las conductas mostradas por las personas que padecen anorexia nerviosa y personas que padecen el trastorno por atracón.

A través de la revisión exhaustiva se concluye que ambos trastornos presentan criterios de diagnostico opuestos. Sin embargo, si hay evidencia de que los factores de riesgo para su desarrollo y mantenimiento son similares como lo define el DSM IV a través del subtipo de anorexia nerviosa denominado tipo compulsivo/purgativo.

Este subtipo se utiliza cuando el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (o ambos). La mayoría de los individuos que pasan por los episodios de atracones también recurren a purgas, provocándose el vómito o utilizando diuréticos, laxantes o enemas de una manera excesiva.

6. Tipos de tratamiento

Santanucci (2000) en su articulo “A Brief Overview of Therapies Used in the Treatment of EatingDisorders- *a consumer's guide*” publicado en la página de National Association of Anorexia Nervosa and Associated Disorders el tratamiento para los desordenes de la conducta alimentaria más efectivo y con efectos a largo plazo debe incluir psicoterapia o asesoramiento psicológico, atención medica especializada y asesoramiento nutricional. El tratamiento debe estar enfocado a los problemas, necesidades y fortalezas particulares del paciente.

A) El asesoramiento psicológico debe estar dirigido al tratamiento de la sintomatología del trastorno y a las limitaciones psicológicas, interpersonales y culturales que han contribuido al desarrollo del trastorno de la conducta alimentaria;

B) varias personas con desordenes de la conducta alimentaria responden positivamente a la terapia individual, grupal y familiar combinado con el cuidado medico profesional. Grupos de soporte, asesoramiento nutricional y medicamentos psiquiátricos recetados bajo la supervisión medica de un especialista provee de gran ayuda para algunos individuos;

C) cuando el trastorno de la conducta alimentaria a desarrollado problemas físicos irrevocables o cuando esta asociado a diversos problemas psicológicos o conductuales es necesario que la persona sea internalizada en un hospital especializado en el tratamiento de los desordenes de la conducta alimentaria;

D) las necesidades exactas de cada individuo pueden variar. Es importante para las personas que están en tratamiento encontrar profesionales de la salud en los cuales puedan confiar su salud y les ayude a coordinar su tratamiento.

Existen más de 400 escuelas de psicoterapia en las cuales se desarrollan distintas teóricas y técnicas de tratamiento. La terapia psicodinámica y la cognitivo conductual son las que se utilizan con mayor frecuencia. No existe una terapia definitiva recomendada para el tratamiento de los desordenes de la conducta alimentaria.

A pesar de lo anterior, una de las cosas más importantes en la terapia es lo que se denomina la alianza terapéutica, siendo la pauta a cualquier terapia acertada. La relación terapéutica es tan importante como la técnica específica en la determinación del resultado. La relación de respeto y de confianza mutua sirve como una fundación para el tratamiento.

6.1. El Modelo biopsicosocial.

De acuerdo al modelo biopsicosocial las causas de los trastornos de la conducta alimentaria es multifactorial, la aproximación filosófica a los desordenes de la conducta alimentaria como un proceso interactivo involucra: a) factores genéticos y biológicos; b) factores psicológicos; y c) factores socioculturales y familiares. Este modelo permite al terapeuta utilizar diferentes teorías al tratamiento.

6.2. Modelo médico.

Los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad son comunes en los trastornos de la conducta alimentaria. Los ayunos, los atracones y las conductas

purgativas en sujetos alteran el balance bioquímico de su organismo, en sujetos con predisposición, precipita el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria. La necesidad de nutriologos y médicos para estabilizar a los sujetos es importante durante la primera etapa del tratamiento

En la anorexia, la evaluación para suministrar medicamentos antidepresivos es a menudo realizada después de que el sujeto ha aumentado su peso corporal porque la administración de los fármacos puede empeorar los síntomas de depresión si su ingesta no es asesorada.

El uso de medicamentos también debe ser considerado para prevenir recaídas en los pacientes que continúan mostrando los signos de depresión u obsesivos compulsivos.

En la bulimia nerviosa, los medicamentes antidepresivos han mostrado resultados efectivos en pacientes que los combinan con psicoterapia. Los medicamentos ayudan a disminuir algunos síntomas psicológicos y diminuye el ciclo de atracón/purga.

Existen varios medicamentos que son útiles en el tratamiento de los desordenes alimentarios, sin embargo el tratamiento no puede consistir únicamente en el tratamiento médico.

6.3. Terapia cognitivo conductual.

El uso de la terapia cognitivo conductual a aumentado en la actualidad. Es una terapia directiva y con tiempo limitado. El terapeuta y paciente trabajan juntos en la identificación de patrones de creencias e ideas irracionales que están asociadas a la imagen y peso corporal, a la comida y al perfeccionismo.

Se enfocan a estudiar los componentes conductuales de la enfermedad como son los atracones, las conductas purgativas, los ayunos y los rituales de ejercicios.

6.4. Terapia psicodinámica.

Esta terapia esta basada en que las personas pueden obtener un gran entendimiento acerca de las fuerzas psicológicas que motivan sus acciones. El realizar una exploración psicológica permite la posibilidad de cambio en la personalidad y en el comportamiento a través de la afirmación que el presente es moldeado y gobernado por el pasado.

6.5. Psicoterapia psicodinámica feminista.

El modelo feminista esta basado en la afirmación de que condicionamientos sociales acerca del rol de la mujer resultan represivos a ciertas necesidades y aspectos. El terapeuta motiva al paciente en un dialogo que lo alienta a encontrar su propia verdad y tener su propia "voz". La importancia de la relación interpresonal y la intimidad de la misma es el foco principal de la terapia. El terapeuta actúa como un recurso de información sin asegurar tener todas las respuestas para animar al cambio abierto de ideas y al desarrollo del yo.

6.6. Terapia interpersonal.

La terapia interpersonal es una terapia a corto plazo que al principio fue usada para tratar la depresión y modificado para tratar los desórdenes de la conducta alimentaria. La terapia se basa en enseñar a los individuos a evaluar sus interacciones con otros, con un entendimiento de que los conflictos interpersonales no podrían haber

causado el desorden de la conducta alimentaria en sí, pero si influyen en su mantenimiento. Las áreas problemáticas, además del desorden de la conducta alimentaria, son identificadas y se formula un contrato de tratamiento. El foco de la terapia está en el aquí y ahora con menos atención hacia el comportamiento del desorden de la conducta alimentaria y síntomas**.**

El terapeuta no enfoca la terapia a los detalles del comportamiento desequilibrado de comer, sino, a la importancia del entendimiento de las causas relacionándolo con una de las áreas interpersonales problemáticas ya identificadas. La expectativa consiste en que al mejorar la función interpersonal, habrá mejoría del desorden de la conducta alimentaria.

7. Estrés

7.1. Definición de Estrés.

El uso del término estrés se ha popularizado sin que la mayoría de las personas tengan claro en qué consiste el mismo. Al revisar la amplia literatura sobre el tema, se encuentran multitud de definiciones, algunas de las cuales lo abordan indistintamente desde la perspectiva del estrés como estímulo, como respuesta o como consecuencia. Selye (1975), describe el concepto de estrés como síndrome o conjunto de reacciones fisiológicas no especificas del organismo a diferentes agentes nocivos del ambiente de naturaleza física o química.

Selye (1975) define al estrés como “aquella respuesta no específica del organismo ante cualquier demanda”. Para Selye la característica que convierte un estímulo en estresante es su capacidad de ser nocivo a los tejidos. Esta definición la amplió proponiendo que el estrés es cualquier demanda, buena o mala, que provoca

una respuesta biológica del organismo, idéntica y estereotipada. Miller (1953) define el estrés como “cualquier estimulación vigorosa, extrema o inusual que, representando una amenaza, cause algún cambio significativo en la conducta” y Basowitz, Persky, Korchin y Grinker (1955) lo definen como “ los estímulos con mayor probabilidad de producir trastornos”.

En la actualidad han cobrado auge las teorías interaccionistas del estrés que plantean que la respuesta de estrés es el resultado de la interacción entre las características de la persona y las demandas del medio. Se considera que una persona está en una situación estresante o bajo un estresor cuando ha de hacer frente a situaciones que conllevan demandas conductuales que le resulta difícil poner en práctica o satisfacer.

Es decir, depende tanto de las demandas del medio como de sus propios recursos para enfrentarse a él (Lazarus y Folkman, 1985), o avanzando un poco más, de las discrepancias entre las demandas del medio externo o interno, y la manera en que el sujeto percibe que puede dar respuesta a esas demandas (Folkman, 1984). La respuesta de estrés es una respuesta automática del organismo a cualquier cambio ambiental, externo o interno, mediante la cual se prepara para hacer frente a las posibles demandas que se generan como consecuencia de la nueva situación, (Billings y Moos 1981).

Dos son las principales afirmaciones en las cuales se han basado las investigaciones acerca del estrés, la primera es que el proceso de estrés es iniciado por los estresantes de la vida cotidiana, y estos estresantes causan la angustia psicológica y física (Hammen 1991).

El estrés es causado por las sensaciones de placer, lo que permite estar en armonía con uno mismo, con el medio ambiente y con la propia capacidad de adaptación. La tensión es provocado por todo aquello que disgusta, lo que se encuentra en contradicción con uno mismo y con la capacidad de adaptación. La tristeza, la pena, el fracaso, la enfermedad, la falta de libertad son fuentes de desequilibrio (Bensabat, 1987).

7.2. Estrés psicológico.

El estrés psicológico es una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por este como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar (Lazarus y Folkman, 1984). Se debe tomar en cuenta que la conducta y la emoción que produce estrés psicológico están matizadas por la persona, por su relación con el ambiente y sus características individuales (Elliot, y Eisdorfer, 1982)

Schultz, (1994) describe que la vulnerabilidad al estrés depende de las diferencias individuales. Los factores que influyen en esta son: el apoyo social, él cual se relaciona con los vínculos familiares y comunitarios. El estado físico, ya que en buenas condiciones físicas el sujeto siente menos estrés; la capacidad de ejecutar tarea, las personas que tienen las habilidades necesarias para desempeñar el trabajo tendrá menos tensión hacia éste.

La resistencia al estrés depende de la capacidad de adaptación a las diferentes agresiones que se sufren. La capacidad de adaptación depende en sí de las cualidades de la respuesta física y biológica. Un individuo sometido a agresiones psicoemocionales y a cambios demasiado frecuentes, o coaccionado a realizar toda su vida un trabajo que

no es de su gusto, se agotará con más rapidez que otro individuo de la misma edad que realice un trabajo creador y que le parezca agradable (Bensabat, 1987).

Las emociones y las cogniciones juegan un papel muy importante dentro de las reacciones ante el estrés. Esta reacciones están parcialmente en función del medio ambiente, pero también particularmente en la relación con características internas de individuos (Aldwin, 2000).

Cox (1978) muestra una taxonomía de las consecuencias del estrés, donde se encuentran los efectos subjetivos, los efectos conductuales, los efectos cognoscitivos y los efectos organizacionales. Dentro de estos efectos subjetivos se encuentran: la ansiedad, agresión, apatía aburrimiento, depresión, fatiga frustración, culpabilidad, irritabilidad, melancolía, poca autoestima, amenaza y tensión, nerviosismo y soledad. Los efectos conductuales incluyen; una propensión a sufrir accidentes, drogadicción, arranques emocionales, consumo excesivo de alcohol o cigarros, excitabilidad, conducta impulsiva, risa nerviosa, inquietud y temblor. Los efectos cognoscitivos son la incapacidad de tomar decisiones y concentrarse, olvidos frecuentes, hipersensibilidad a la crítica y bloqueo mental.

7.3. Estímulos que causan el estrés.

A pesar de casi un siglo de investigación sobre diversos aspectos del estrés, los investigadores todavía encuentran difícil de desarrollar una definición satisfactoria del concepto general de estrés. La mayor parte de los estudios que contribuyen a esta revisión simplemente definen el estrés como circunstancias que la mayoría de la gente encontraría como estímulos provocadores de tensión, es decir estresores. Elliot y

Eisdorfer's (1982) describen la taxonomía de los estresares haciendo la distinción sobre dos dimensiones importantes: duración y curso.

La taxonomía incluye cinco categorías de estresores. El **estresor limitado en tiempo preciso** implica desafíos de laboratorio como la oratoria en público o el cálculo mental.

Los **estresores naturales cortos**, como exámenes académicos, implica a una persona que enfrenta un desafío de la vida cotidiana corto plazo.

La secuencia de eventos estresantes son acontecimientos focales, como la pérdida de un esposo o una catástrofe natural, da lugar a una serie de desafíos relacionados. Aunque los individuos afectados por lo general no sepan exactamente cuando estos desafíos se disminuirán, ellos tienen un sentido claro que en algún punto en el futuro terminarán.

Los estresores crónicos, a diferencia de otras demandas que descritas, por lo general penetran en la vida de una persona, forzándolo reestructurar su identidad o papeles sociales.

Otra característica de los estresores crónicos es su estabilidad, la persona no sabe cuando terminará el desafío o puede ser cierto que nunca terminará. Los ejemplos de estresores crónicos incluyen sufrir una herida traumática que lleva a la incapacidad física, el cuidado de un esposo con demencia severa, o ser un refugiado forzado por la guerra.

Los estresores lejanos son las experiencias traumáticas que ocurrieron en el pasado y tienen el potencial para continuar la función del sistema inmunológico que se modifica a causa de la secuela cognoscitiva y emocional (Baum, Cohen, & Hall, 1993).

Lazarus y Folkman (1986) describe como características formales de las situaciones que originan la posibilidad de amenaza, daño o desafío son:

a) que el evento sea novedoso;
b) la duración que tenga;
c) la incertidumbre que provoque el acontecimiento;

Una situación completamente nueva sería capaz de provocar amenaza, solo si ciertos aspectos de ella se han relacionado alguna vez con el daño. El concepto de duración hace referencia al tiempo durante el cual tiene lugar el acontecimiento. La incertidumbre temporal se refiere al desconocimiento del momento en el que el acontecimiento ocurrirá.

Huber-Krist, Wagner y Schlubach (1986) en su libro stress y conflictos: Métodos de Separación explican que el estrés es también y sobre todo un proceso fisiológico normal de estimulación y de respuesta del organismo, indispensable para la adaptación, para el desarrollo y para el funcionamiento del organismo. Debido al estrés el hombre se adapta y progresa.

Lo que resulta nocivo son las demandas y las reacciones excesivas de adaptación, es decir el distress, que hay que combatir con un mejor estrés. Los factores del estrés nocivo, son los que exigen un exceso de adaptación física, psicológica o biológica y son responsables de una respuesta que va más allá de la respuesta fisiológica normal.

a) Factores Psicoemocionales: 1) la frustración; 2) todos los factores de contrariedad y de coacción; 3) la insatisfacción, el tedio, el miedo, el agotamiento por cansancio; 4) la decepción; 5) los celos y la envidia, la timidez; 6) la impresión de no haber logrado éxito; 7) el “darle vueltas a un asunto” que mantiene psicológicamente el

estrés; 8) las emociones intensas, buenas o malas; 9) la muerte, la enfermedad de un pariente cercano; 10) el fracaso, la quiebra y también el éxito brusco; 11) las preocupaciones materiales y profesionales; 12) los problemas afectivos y conyugales; 13) el divorcio.; 14) los cambios frecuentes de medio ambiente, el trasplante, la mudanza de domicilio, la promoción profesional, el traslado y; 15) el insomnio.

b) Los factores físicos son: 1) el hambre y la enfermedad; 2) el agotamiento por cansancio físico, la fatiga; 3) el frío, los grandes calores; 4) los cambios climáticos producidos; 5) la polución; 6) el ruido y 7) el trabajo de noche.

c) Los factores biológicos

Son los factores alimentarios:

1) La subalimentación y también la superalimentación.
2) La malnutrición y el desequilibrio alimentario: a) exceso de azúcar, sobre todo azúcares refinados; b) exceso de grasas, sobre todo grasas animales; c) exceso o insuficiencia de proteínas; d) exceso de sal y f) exceso de café, tabaco y de alcohol.
3) Alimentación pobre en minerales y proteínas.

7.4. Las relaciones interpersonales como factores causantes de estrés.

La adolescencia es un período del desarrollo caracterizado por cambios importantes de relaciones interpersonales. La red de relaciones fuera de la familia se ensancha para que los adolescentes sean expuestos a una amplia gama de situaciones sociales nuevas donde ellos entran en el contacto con desconocidos o conocidos (De Armas y Kelley, 1989; Feiring y Lewis, 1989; Flores y Díaz, 1995).

El independizarse de los adultos por lo general esta acompañada por una intensificación de amistades en grupos (Buhrmester y Furman, 1987; Mayseless, Wiseman, y Hai, 1998) y hacia el principio de relaciones románticas (Bracken y Crain, 1994; Furman y Buhrmester, 1992; Hansen, Nangle, y Meyer, 1998). El grupo social juega un papel crítico en el desarrollo de habilidades sociales y sentimientos personales esenciales para el crecimiento personal y el ajuste de toda la vida (Hansen et al., 1998; La Greca y López, 1998).

Los factores que inhiben o interfieren con el comportamiento social de adolescentes, por lo tanto, representan un área importante para la investigación clínica y del desarrollo.

Los cambios de relaciones interpersonales y el riesgo consiguiente del inicio de dificultades y la inquietud pueden explicar por qué la ansiedad y miedos sociales aumentan con la adolescencia, y por qué la fobia social primero aparece en la preadolescencia, que alcanza su punto máximo entre los años de 14 a 16 años (Essau, Conradt, y Petermann, 1999; Schneier, Johnson, Horning, Liebowitz, y Weissman, 1992; Thyer, Parrish, Curtis, Nesse, y Cameron, 1985; Wittchen, Essau, von Zerssen, Krieg, y Zaudig, 1992).

Las dificultades interpersonales tienen consecuencias negativas para los adolescentes. Por ejemplo, la carencia de participación y la renuencia para hacer preguntas en el aula puede contribuir a una disminución en el logro académico (Beidel, 1991; Francis y Radka, 1995; Last y Strauss, 1990; Lawrence y Bennet, 1992).

Asimismo la anulación de relaciones grupales puede generar el aislamiento y los sentimientos de soledad (Inderbitzen, Clark, y Solano, 1992; Inderbitzen, Walters, y Bukowski, 1997; Walters y Inderbitzen, 1998), la disminución de refuerzo social puede

jugar un papel en el desarrollo de depresión (Francis, Last, y Strauss, 1992; Vaughn y Lancelotta, 1990).

Finalmente, el déficit en la comunicación, problemas en la solución de relaciones interpersonales, en la negociación y en las habilidades sociales pueden conducir a relaciones disfuncionales con padres (Openshaw, Mills, Adams, y Durso, 1992) y aumentar el riesgo al abuso de sustancias (Clark y Kirisci, 1996; Clark y Sayette, 1993).

Méndez y sus colaboradores (Inglés, Méndez, y Hidalgo, 2001; Méndez, Inglés, y Hidalgo, 2001; Méndez y Olivares, 2003) han desarrollado un modelo explicativo de la génesis y el mantenimiento de las dificultades interpersonales.

Las situaciones sociales se diferencian en sus demandas, las características de otra persona/gente, y en el contexto de la relación interpersonal.

La mayor parte de adolescentes relatan que ellos encuentran más difícil el pedir a un adulto desconocido que se encuentra en el transporte público que apague su cigarrillo porque esto les molesta, que agradecer a un compañero de clase por ayudarles con el trabajo escolar.

Las dificultades interpersonales son mayores cuando la situación social requiere negativa o comportamientos de oposición, como quejas o confrontaciones.

Sumado al grado de dificultad asociada con la situación social, debido a que existen diferencias individuales relacionadas con la probabilidad de sufrir dificultades interpersonales, provocando que sea mayor para algunos adolescentes debido a deficiencias físicas, variables de personalidad (por ejemplo, la introversión), y repertorios de comportamientos básicos pobres (por ejemplo, el déficit asertivo).

Las variables circunstanciales y personales actúan recíprocamente vía procesos de aprendizaje de comportamiento interpersonales, ambos directos (por ejemplo,

instrucciones verbales como " no hablar con la boca llena, " seguido del refuerzo positivo " me gusta verte tener buenos modales en la mesa ") e indirectos (por ejemplo, el modelamiento paternal de modales buenos en la mesa).

La tendencia de los sujetos introvertidos de sufrir la inhibición social conduce a una carencia de experiencias en el estudio interpersonal, y la labilidad de sujetos neuróticos aumenta el riesgo de experiencias aversivas.

La predisposición individual presenta mayor desarrollo en las situaciones de aislamiento y el rechazamiento social (por ejemplo, comunidades rurales, minorías étnicas, la inmigración, etc.), y en los ambientes que no son favorables al desarrollo social (por ejemplo, el autoritario y métodos punitivos educativos, compañeros agresivos, etc.).

En los casos más serios, dificultades interpersonales son asociadas con un nivel alto de preocupación, incomodidad intensa, y frecuente anulación, que constituye un factor de riesgo para la fobia social y promueve el rechazamiento social y el aislamiento. (Inglés, Hidalgo y Méndez, 2005)

8. Afrontamiento

Cohen y Wills (1985) definen las estrategias de afrontamiento como: los esfuerzos, tanto intrapsíquicos como orientados hacia la acción, para manejar las demandas ambientales e internas, y los conflictos entre ambas. Desde este punto de vista el estrés es la condición que resulta cuando las transacciones entre una persona y su ambiente la conducen a percibir una discrepancia entre las demandas de la situación y sus recursos biológicos, psicológicos o sociales.

Estos pensamientos y actos pueden ser dirigidos al cambio de la transacción

del ambiente de la persona con distress (adaptación enfocada al problema) y la regulación emociones que surgen con el distress (adaptación enfocada por emoción). Estudios anteriores han mostrado que la gente usa ambas formas de adaptación en prácticamente cada tipo de encuentro estresante (Folkman y Lazarus, 1980 , 1985 ; Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis, y Gruen, 1986).

En estudios anteriores se han encontrado diferencias entre grupos de personas jóvenes y adultas respecto a la elección de las estrategias de afrontamiento. La elección de éstas últimas depende no solo de la edad sino también de rasgos de personalidad, la valoración del estímulo estresor, el género, afectividad, la ansiedad, entre otros (Clark y Kirisci 1996). O bien a factores biofísicos -salud, energía, resistencia, condiciones del medio ambiente-, psicosociales -intelecto, autoestima, nivel de independencia, sentido de control-; culturales -creencias- y sociales -apoyo social y emocional, roles- (Rodríguez, 1995).

Finalmente, de acuerdo con Tomaka, Blascovich, Kibler, y Ernst (1997) la selección de una respuesta de afrontamiento en particular pude depender de varios factores. Un primer determinante de la conducta de afrontamiento es la *gravedad percibida del estresor*.

De forma que cuando los estresores son más graves y más directamente relevantes para los objetivos o metas de una persona, se puede predecir que evocara una mayor variedad de respuestas de afrontamiento. Un segundo factor determinante es la *mutabilidad percibida del estresor*.

El afrontamiento incluye mucho más que la resolución de un problema y que su desarrollo efectivo sirve también a otras funciones. Las funciones no se definen en términos de resultados, aunque cabe esperar que determinadas funciones tendrán

determinados resultados. Lazarus y Folkman (1985) hacen una diferenciación de tipos de afrontamiento.

A) Afrontamiento dirigido a la emoción: tienen más probabilidades de aparecer cuando ha habido una evaluación de que no se puede hacer nada para modificar las condiciones lesivas, amenazantes o desafiantes del entorno. Un considerable grupo está constituido por los procesos cognitivos encargados de disminuir el grado de trastorno emocional e incluyen estrategias como la evitación, la minimización, el distanciamiento, la atención selectiva, las comparaciones positivas y la extracción de valores positivos a los acontecimientos negativos. Otro grupo más pequeño de estrategias cognitivas incluyen aquellas dirigidas para aumentar el grado de trastorno emocional; algunos individuos necesitan sentirse verdaderamente mal antes de pasar a sentirse mejor y para encontrar consuelo necesitan experimentar primero un trastorno intenso para pasar luego al autorreproche o a cualquier otra forma de autocastigo;

B) Afrontamiento dirigido al problema: son más susceptibles a aparecer cuando tales condiciones resultan evaluadas como susceptibles de cambio. Generalmente están dirigidas a la definición del problema, a la búsqueda de soluciones alternativas, a la consideración de tales alternativas en vaso a su costo y a su beneficio y a su elección y aplicación. El afrontamiento dirigido al problema engloba un conjunto de estrategias amplio; la resolución de problema implica un objetivo, un proceso analítico dirigido principalmente al entorno, mientras que en el afrontamiento dirigido al problema también se incluyen las estrategias que hacen referencia al interior del sujeto.

En años recientes han sido propuestos una variedad de estilos de afrontamiento para describir métodos y técnicas que las personas utilizan para lidiar con las situaciones estresantes. La mayoría de los modelos siguen el esquema conceptual propuesto por Lazarus y Folkman (1984) en el cual definen las estrategias de afrontamiento como las representaciones de los esfuerzos cognitivo conductuales para lidiar con las situaciones o estímulos estresantes.

De esta manera se puede agregar que la función de las estrategias de afrontamiento es lidiar con problema y con sus respectivos resultado emocionales y fisiológicos (DeLongis, Coyne, Dakof, Folkman & Lazarus 1982)

Lazarus y Folkman (1984) enfatizan que el afrontamiento circunstancial esta basado en un proceso dinámico que implica evaluaciones y nuevas evaluaciones de la interacción entre el individuo y el ambiente.

Las estrategias de afrontamiento circunstanciales son correlacionadas con resultados. Así, la estrategia de afrontamiento enfocada a la emoción es altamente correlacionada con el malestar subjetivo (Ben-Zur, Gilbar, y Lev, 2001; Carver & Scheier, 1993; Zeidner y Ben-Zur, 1993), altos niveles de depresión (Li, Seltzer, y Greenberg, 1999), y emociones negativas (Ben-Zur, 2002; Ntoumanis y Biddle, 1998). Incluso, a pesar de que las estrategias enfocadas al problema no se presentan en los estados de ansiedad (Zeidner y Ben-Zur, 1993), se presentan en bajos niveles de depresión (Li et al., 1999) y emociones positivas (Ben-Zur, 2002; Ntoumanis y Biddle, 1998), y , en investigaciones acerca del desempeño, se ha encontrado que esta relacionado a un desempeño mejor (Baggett, Saab, y Carver, 1996; Zeidner, 1995). En el estudio meta – analítico realizado por Penley, Tomaka, y Wiebe (2002) se encontro que la salud mental esta altamente relacionada de forma positiva con las estrategias de

afrontamiento enfocadas a la emoción, estas asociaciones son débiles con la estrategia enfocada al problema.

Frydenberg y Lewis describen dieciocho estrategias de afrontamiento:

1. Buscar apoyo social. Estrategia que consiste en una inclinación a compartir el problema con otros y buscar apoyo en su resolución. Ejemplo: " Hablar con otros sobre mi problema para que me ayuden a salir de él";
2. Concentrarse en resolver el problema. Es una estrategia dirigida a resolver el problema que lo estudia sistemáticamente y analiza los diferentes puntos de vista u opciones. Ejemplo: "Dedicarme a resolver el problema poniendo en juego todas mis capacidades";
3. Esforzarse y tener éxito. Es la estrategia que describe compromiso, ambición y dedicación. Ejemplo " Trabajar intensamente";
4. Preocuparse. Se caracteriza por elementos que indican temor por el futuro en términos generales o, más en concreto, preocupación por la felicidad futura. Ejemplo: "Preocuparme por lo que está pasando";
5. Invertir en amigos íntimos. Se refiere a la búsqueda de relaciones personales íntimas. Ejemplo: "Pasar más tiempo con el chico y chica con que suelo salir";
6. Buscar pertenencia. Indica la preocupación e interés del sujeto por sus relaciones con los demás en general y, más concretamente, preocupación por lo que los otros piensan. Ejemplo: " Mejorar mi relación persona con los demás";
7. Hacerse ilusiones. Es la estrategia expresada por elementos basados en la esperanza y en la anticipación de una salida positiva. Ejemplo: "Esperar que ocurra lo mejor";

8. La estrategia de Falta de afrontamiento. Consiste en elementos que reflejan la incapacidad personal para tratar el problema y el desarrollo de los síntomas psicosomáticos. Ejemplo: “No tengo forma de afrontar la situación”
9. Reducción de la tensión. Se caracteriza por elementos que reflejan un intento de sentirse mejor y relajar la tensión. Ejemplo “ Intentar sentirme mejor bebiendo alcohol, fumando o tomando otras drogas”.
10. Acción social. Se refiere al hecho de dejar que otros conozcan el problema y tratar de conseguir ayuda escribiendo peticiones u organizando actividades. Ejemplo: “Unirme a gente que tiene el mismo problema”;
11. Ignorar el problema. Es la estrategia de rechazar conscientemente la existencia del problema. Ejemplo: “ Ignorar el problema”;
12. Autoinculparse. Indica que ciertos sujetos se ven como responsables de los problemas y preocupaciones que tienen. Ejemplo: “Sentirme culpable”;
13. Reservarlo para sí. Es la estrategia expresada por elementos que reflejan que el sujeto huye de los demás y no desea que conozcan sus problemas. Ejemplo “ Guardar mis sentimientos para mí sólo”;
14. Buscar apoyo espiritual. Se trata de elementos que reflejan el empleo de la oración la creencia en la ayuda de un líder o de Dios. Ejemplo: “ Deja que Dios se ocupe de mi problema.”;
15. Fijarse en lo positivo. Es la estrategia que trata de buscar atentamente el aspecto positivo de la situación. Incluye el ver el lado bueno de las cosas y considerarse afortunado. Ejemplo “Fijarme en el aspecto positivo de las cosas y pensar en las cosas buenas”;

16. Buscar ayuda profesional. Esta estrategia consiste en buscar la opinión de profesionales, como maestros y otros consejeros. Ejemplo: “pedir consejo a una persona competente”;
17. Buscar diversiones relajantes. Se caracteriza por elementos que describen actividades de ocio como leer o pintar. Ejemplo : “Encontrar una forma de relajarme; por ejemplo, oír música, leer un libro, tocar un instrumento musical, ver la televisión”;
18. Distracción física. Se trata de elementos que se refieren a hacer deporte, mantenerse en forma, etc. Ejemplo: “Mantenerme en forma y con buena salud”.

9. Relación entre la alimentación y el estrés

Frecuentemente el estrés ha sido asociado con el desarrollo de los trastornos alimentarios (Lacey, Coker, y Birchnell, 1986; Schmidt, Tiller, Andrews, Blanchard, y Treasure, 1997). Además, las personas con desordenes de la conducta alimentaria reportan mayor grado de estrés en comparación de las personas que no presentan los desordenes (Soukup, Beiler, y Terrell, 1990). Varios investigadores han argumentado que la preocupación por el peso corporal y el realizar dietas de forma crónica puede ser precursor de desordenes clínicos de la alimentación más severos (Killen et al., 1994; Striegel-Moore,Silberstein,Frensch,yRodin,1986)

Diferentes teorías e investigaciones se han enfocado en los procesos de afrontamiento como posibles reguladores entre eventos estresantes de la vida diaria y conductas que afectan negativamente la salud (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter , Gruen, y DeLongis, 1986).

Incluso, entre individuos que no muestran los signos de perturbación alimenticia significativa, han sido identificadas asociaciones entre la realización de dietas

restringidas y estrés psicológico. Estudios de correlación han mostrado que las personas con tendencia a realizar dietas restrictivas presentan niveles más altos de emociones y autoconcepto negativo en comparación de las personas que no recurren frecuentemente a las dietas (Dykens y Gerard, 1986).

El interés sobre el estrés psicológico experimentado por las personas que frecuentemente realizan dietas, ha conducido a algunos investigadores a buscar formas para impedir que las jóvenes se involucren en conductas enfocadas a realizar dietas, asumiendo que una reducción de las conductas de control de peso causará una reducción del estrés psicológico. Sin embargo, uno de los pocos estudios longitudinales que ha examinado la relación entre “hacer dietas” y el estrés psicológico encontró que el estar bajo un régimen dietético aumenta el estrés, pero no el estrés psicológico general (Rosen y Leitenberg, 1982).

El modelo espiral de las asociaciones entre la restricción dietética y el estrés psicológico (Heatherton y Polivy, 1992) postula que experiencias repetidas de fracaso en la realización de las dietas tiene un impacto negativo en la adaptación psicológica que conduce a disminuir la autoestima, que con el tiempo se generaliza en depresión y emociones negativas. De ahí, nace la hipótesis de que la realización de dietas restrictivas se relaciona con el estrés psicológico por los sentimientos de ineficacia y fracaso incitado por la inhabilidad de sostener el régimen de reducción de peso. Hubo poco trabajo para probar este modelo directamente, sin embargo, y esto deja una posibilidad que algún otro factor como el descontento con el peso corporal puede ser responsable, tanto como para motivar las conductas dirigidas a realizar dietas, promoviendo las emociones negativas y la baja autoestima.

Denisoff y Endler (2000) en un estudio realizado acerca de las experiencias de vida y los procesos de afrontamiento obtuvieron indicadores de que lo más importante no es la simple presencia del estrés relacionado con la preocupación acerca del peso corporal, lo que es importante es como la persona afronta al estrés y esto eventualmente impacta a la salud. De acuerdo con estos resultados, los eventos de la vida diaria que pueden resultar estresantes no están relacionados con la preocupación corporal, sin embargo los eventos estresantes están asociados con la estrategia de afrontamiento enfocada a la emoción, la cual está asociada con la preocupación por el peso corporal.

10. Planteamiento del problema

Diversas investigaciones continúan estudiando los aspectos biológicos, psicológicos y sociales como factores de riesgo y preventivos en el desarrollo de los trastornos alimentarios. El estrés es asociado con la aparición de los síntomas de los desordenes de la conducta alimentaria (Lacey,Coker, & Birchnell, 1986; Schmidt, Tiller, Andrews, Blanchard, & Treasure, 1997).En estudios previos se encontró que las mujeres que presentan desordenes alimentarios reportan padecer mayor estrés en comparación de las personas que no presentan desordenes alimentarios (Soukup, Beiler, & Terrell, 1990). Son escasas las investigaciones que se han hecho acerca de la relación entre los estilos de afrontamiento, trastornos alimentarios y sus precursores.

En muestras no clínicas, diversos investigadores han reportado una relación positiva entre las estrategias de afrontamiento orientadas a la emoción (incluyen respuestas personales orientadas a respuestas emocionales, auto preocupación y fantasear) y problemas alimentarios (Denisoff & Endler,1995; Janzen, Kelly, &

Saklofske, 1992; Koff & Sangani,1997; Mayhew & Edelmann, 1989; Shatford & Evans,1986).

Heatherthon y Baumeister (1991) sugieren que las personas que padece el trastorno por atracón sufren de altas expectativas y normas, especialmente, presentan una sensibilidad aguda frente a las difíciles demandas percibidas por parte de los demás. Cuando no alcanzan de estas normas, desarrollan un patrón aversivo de alta autoconciencia, caracterizada por una desagradable visión de si mismas y una alta preocupación de como son percibidas por otros estas auto percepciones aversivas están acompañadas por estrés psicológico que incluye ansiedad y depresión. Para escapar del estado desagradable, las personas que presentan el trastorno por atracón intentan una respuesta cognitiva de reducir la atención ante el estimulo ambiental inmediato y así la evitación del pensamiento aversivo ampliamente significativo. Esta reducción de atención desengancha las inhibiciones normales acerca de la conducta de comer y promueve una aceptación indiscriminada de creencias y pensamientos irracionales.

Otro aspecto, es que el trastorno por atracón es más común entre mujeres que entre hombres. Las mujeres generalmente presentan mayor probabilidad sufrir desordenes de la alimentación en comparación con los hombres (Gross y Rosen, 1988). Las personas con el trastorno por atracón típicamente están muy preocupados sobre su atractivo físico y activamente tratan de modificar su forma de cuerpo (APA, 1987).

A pesar de la preocupación por su aspecto, estos individuos con mayor probabilidad comen en exceso en comparación con los individuos que están menos preocupados por el aspecto de su cuerpo (Heatherthon y Baumeister 1991) En muchos casos, la acción de comer en exceso puede ser consecuencia de la restricción calórica, incluyendo el

realizar dietas (Abraham y Beumont, 1982; Polivy & Herman, 1985, 1987; Ruderman, 1986; Williamson, 1990). Perder peso corporal es la motivación más común de realizar dietas, a pesar de las dietas son raramente exitosas para conseguir una perdida de peso duradera. Muchos fracasos dietéticos ocurren porque las personas ante algún estimulo estresante desinhiben la conducta de comer y cancelan los esfuerzos enfocados a la restricción calórica (Heatherton, Polivy, y Herman, 1991; Polivy y Herman, 1983; Stunkard y Pennick, 1979; Wilson y Brownell, 1980).

A pesar del aumentado énfasis sobre la realización de dietas restringidas en calorías, el porcentaje de los que son obesos ha aumentado a partir de 1960 hasta 1980 (Foreyt, 1987). Parte del problema puede ser que las personas con tendencia a realizar dietas tan rigurosas demuestran desinhibición al comer, lo que conlleva a episodios de atracones (Polivy y Herman, 1987).

En estudios de laboratorio, las personas de llevan a cabo dietas de manera crónica han mostrado desinhibición alimenticia como respuesta a diferentes factores (Heatherton et al., 1990; Ruderman, 1986).

Es necesario considerar el notable aspecto común tanto en la bulimia como en la realización crónica de dietas de que los individuos que intentan no comer en lo absoluto, o comer sólo un mínimo necesario, tienden a desarrollar el trastorno por atracón que frustra sus esfuerzos para refrenar su conducta alimenticia. Como se comento anteriormente, el trastorno por atracón parece ser uno de los primeros síntomas para desarrollar el ciclo de atracón, seguido de conductas purgativas

característico en la bulimia nerviosa y también uno de los principales factores para desarrollar obesidad.

De acuerdo a la revisión teórica, el objetivo principal es investigar el trastorno por atracón para conocer y predecir los factores que desencadenan este tipo de trastorno de la conducta alimentaria, sobre todo porque es antecesor de dos trastornos que pueden producir consecuencias realmente graves, tales como la muerte. Los trastornos mencionados son la bulimia nerviosa y la obesidad, en ambas encontramos recurrentes episodios de atracones, una vez entendidos los episodios, podrán ser controlados y de esta manera evitar a que se desarrollen en trastornos de mayor gravedad.

Con lo anterior, podemos resumir la importancia por la cual es necesario profundizar en la presente investigación acerca de ¿Cuál es la relación entre el trastorno por atracón y el estilo de afrontamiento que consta en reducir la tensión por medio de la comida?, y, ¿Cuáles son las situación que provocan mayor estrés en las personas para recurrir al estilo de afrontamiento asociado a la sintomatología del trastorno?

10.1. Hipótesis.

Las personas con alta recurrencia a episodios de atracón utilizan la comida como forma de afrontamiento ante el estrés para reducir la tensión originada por las situaciones interpersonales estresantes.

La hipótesis central de la presente investigación es estudiar si el trastorno por atracón se presenta como una forma de afrontamiento para reducir la tensión ante situaciones interpersonales estresantes.

De la hipótesis central se derivan las siguientes afirmaciones:

H1: El estilo de afrontamiento de reducción de la tensión esta relacionado positivamente a la sintomatología del trastorno por atracón.

H2: El estilo de afrontamiento asociado con la sintomatología del trastorno por atracón se relaciona positivamente con las situaciones estresantes originadas por las relaciones interpersonales.

La hipótesis central de la presente investigación pretende demostrar que el trastorno por atracón se presenta como una forma de afrontamiento para reducir la tensión ante estímulos estresantes de las relaciones interpersonales.

10.2. Objetivo Principal.

El objetivo principal de este trabajo es examinar la evidencia que demuestra que la sintomatología del trastorno por atracón puede ser considerada como estilo de afrontamiento al estrés e investigar cuales son las principales situaciones interpersonales causantes de este estilo de afrontamiento.

10.3. Objetivos Específicos.

De este objetivo se desprenden los siguientes objetivos específicos:

a) Analizar el tipo de estrategia de afrontamiento que utilizan las personas con sintomatología del trastorno por atracón.
b) Buscar la relación entre la sintomatología del trastorno por atracón y las estrategias de afrontamiento al estrés.
c) Investigar que situaciones estresantes desencadenan el estilo de afrontamiento asociado a la sintomatología del trastorno por atracón