

320825
47
24

UNIVERSIDAD DEL VALLE DE MEXICO

PLANTEL TLALPAN

ESCUELA DE PSICOLOGIA

CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

AUTOCONCEPTO EN PACIENTES CON BULIMAREXIA

TESIS QUE PRESENTA: ANGELICA PULIDO VELAZQUEZ

PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

ASESOR DE TESIS: LIC. ANA CAROLINA FONTES MARTINEZ

MEXICO, D.F. 1993

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

INTRODUCCION

CAPITULO I TRASTORNOS DE LA ALIMENTACION

ANOREXIA NERVOSA Y BULIMIA NERVOSA

1.1. Diagnóstico	2
1.2. Síntomas y signos	4
1.3. Bulimarexia	10
1.4. Complicaciones médicas asociadas	14
1.5. Evolución natural	17
1.6. Diagnóstico diferencial	18
1.7. Pronóstico	21
1.8. Etiología y patogenia	22
1.8.1. Factores biológicos	22
1.8.2. Factores psicosociales	24
1.8.3. Aportaciones psicoanalíticas	26
1.9. Tratamiento	35

CAPITULO II AUTOCONCEPTO

2.1. Desarrollo histórico del concepto	44
2.2. Formación del autoconcepto	53
2.3. Medición del autoconcepto	57
2.4. Antecedentes de investigaciones relacionadas con el autoconcepto en pacientes con bulimarexia	58

CAPITULO III METODOLOGIA

3.1. Planteamiento del problema	61
3.2. Objetivo general	61
3.3. Objetivos específicos	62
3.4. Hipótesis	63
3.5. Definición de variables	64
3.6. Población y muestra	65
3.7. Criterios de inclusión y exclusión	67
3.8. Instrumento	68
3.8.1. Escala de autoconcepto	68
3.8.2. Cuestionario de datos demográficos y clínicos	73

3.9. Diseño de investigación	74
3.10. Procedimiento	74
3.10.1. Selección de pacientes	74
3.10.2. Selección de controles	75
3.10.3. Aplicación de los instrumentos al grupo experimental	75
3.10.4. Aplicación de los instrumentos al grupo control	76
3.11. Análisis estadístico	76
3.12. Facilidades disponibles	77

CAPITULO IV RESULTADOS Y CONCLUSIONES

4.1. Análisis de las variables demográficas y clínicas	78
4.2. Análisis de los puntajes totales de autoconcepto de los grupos	82
4.3. Análisis entre grupos para cada una de las dimensiones del autoconcepto	85
4.4. Discusión	88
4.5. Conclusiones	95

4.6. Alcances y limitaciones

99

4.7. Sugerencias y aportaciones

101

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

INTRODUCCION

La presente investigación aborda la relación que existe entre la bulimarexia con el autoconcepto de las pacientes que la padecen.

El autoconcepto puede ser definido como la percepción que cada individuo tiene de sí mismo, las actitudes, sentimientos y conocimientos respecto a las capacidades propias, habilidades, apariencia y aceptabilidad social.

Quizá de todas las razones existentes para el estudio del comportamiento humano, ninguna sea tan importante como el deseo de las personas de saber más acerca de sí mismas. Gran número de psicólogos contemporáneos asignan al autoconcepto una función preponderante en la integración de la personalidad, la motivación del comportamiento y el desarrollo de la salud mental.

La bulimarexia es un trastorno de la alimentación que se caracteriza por un rechazo contundente a mantener el peso corporal en el valor teórico esperado, con miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, alteración en la imagen corporal, ausencia de por lo menos tres ciclos menstruales y posibles episodios de voracidad, seguidos de vómitos inducidos y abuso de laxantes y diuréticos.

Los especialistas concuerdan en el hecho de que en los últimos años han aumentado los casos de bulimarexia entre la población femenina. Aunque actualmente es ya considerable el número de aportaciones teóricas y clínicas en el tema, los trastornos de la alimentación siguen siendo un reto para los investigadores que han tratado de aclarar su etiología con el fin de establecer abordajes terapéuticos eficaces.

La relación que este padecimiento guarda con una serie de factores que se gestan y tienen lugar en el vínculo familiar de las pacientes, especialmente en la relación con sus padres, constituye un motivo de interés para la psicología clínica.

Es también sabido que la atención en estos casos debe ser multidisciplinaria, con la colaboración de ciencias tales como la psiquiatría, la psicología, el psicoanálisis, la nutrición y la biología de la reproducción, entre otras.

La bulimarexia es considerada, como se anota en el capítulo primero, como un trastorno del self, más específicamente como una falla en el proceso de separación-individuación. Su tratamiento terapéutico debe contemplar los déficits psicológicos, así como los conflictos dinámicos. Dentro de los posibles déficits psicológicos, se pensó que podría existir un deterioro en el autoconcepto de las pacientes que la padecen. De este supuesto surge la idea de realizar la presente investigación, planteándose como objetivo general determinar si existen diferencias significativas entre el autoconcepto de las pacientes bulimaréxicas que asisten a la Clínica de

Anorexia Nervosa del Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán" y el autoconcepto de mujeres que no cursan con este trastorno.

Los resultados confirman la hipótesis principal que establece la existencia de diferencias entre las pacientes y los controles, siendo el autoconcepto de las primeras menor que el de las mujeres sanas. Se espera que la presente investigación aporte evidencias que ayuden a caracterizar este padecimiento.

El trabajo consta de cinco capítulos. Con el fin de proporcionar un panorama general de la bulimarexia, en el Capítulo I se presentan los criterios diagnósticos, los síntomas y signos característicos, su posible etiología desde varios enfoques, así como el diagnóstico diferencial y las aportaciones terapéuticas más utilizadas en su tratamiento.

En el Capítulo II se hace una reseña histórica del término autoconcepto, la manera como éste se genera en el individuo, los diferentes instrumentos de medición que se han creado para medirlo y algunos antecedentes de investigaciones que de alguna forma están relacionadas con el autoconcepto de pacientes con bulimarexia.

La metodología utilizada en el presente trabajo se expone en el Capítulo III, donde se plantea el problema a tratar, los objetivos de la investigación con las hipótesis respectivas, los criterios para conformar los grupos estudiados, el

instrumento de medición utilizado y el procedimiento, así como el análisis estadístico de los datos obtenidos.

En el Capítulo IV se muestran los resultados del análisis estadístico; en algunos casos, se incluyen cuadros y figuras para esclarecer la exposición. Se presentan también en esta parte, la discusión y conclusiones a las que se llegaron al término de la investigación, así como las limitaciones y sugerencias derivadas de esta tesis.

CAPITULO I

TRASTORNOS DE LA ALIMENTACION ANOREXIA NERVOSA Y BULIMIA NERVOSA

El acto de comer constituye un aspecto característico de la vida familiar y reproduce la primera relación con el seno materno. Por ello es un comportamiento sumamente alterable, ya que está íntimamente relacionado con el afecto (Ey, Bernard y Brisset, 1987).

La anorexia nervosa y la bulimia nervosa son trastornos de la conducta alimenticia que afectan predominantemente al sexo femenino, ya que el 95% de las pacientes son mujeres (American Psychiatric Association, 1987).

La anorexia y la bulimia muestran, como muchas otras enfermedades psicosomáticas, que la imbricación entre los síntomas somáticos funcionales y los rasgos psicológicos es profunda e intensa. La palabra psicosomático se aplica a todo síntoma o síndrome funcional que presenta como unidad patológica una expresión fisiológica y una expresión psicológica manifiestamente coordinadas (Ey et al, 1987). Este término hace referencia a una concepción de la mente y el cuerpo como dos aspectos inseparables del ser humano (Lipowski, 1989). Ello implica que las personas

funcionan, reaccionan y actúan como una unidad integrada, aunque en el campo de la investigación se requiera dividirla en áreas para su observación, descripción y estudio (Lipowski, 1985).

La anorexia y la bulimia nervosa son trastornos capaces de conducir lentamente pero de forma directa hacia la muerte.

1.1. Diagnóstico

Las personas con trastornos de la alimentación no son clasificadas fácilmente dentro de grupos definidos rígidamente, los criterios diagnósticos para cada categoría son por necesidad algo arbitrarios. Los clínicos pueden encontrar individuos que presentan algunos o todos los síntomas asociados con varios grupos diagnósticos. La enfermedad puede variar en intensidad con el tiempo, cambiar de patrón, e incluso cambiar de un síndrome a otro. Los criterios que se utilizan para su diagnóstico según el DSMIII-R (A.P.A., 1987) son:

ANOREXIA NERVOSA

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 el aumento de peso esperado en el

período de crecimiento, resultando un peso corporal un 15% por debajo del peso teórico.

B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso 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" aun estando emaciada o cree que alguna parte de su cuerpo resulta "desproporcionada", incluso estando por debajo del peso normal.

D. En las mujeres, ausencia de por lo menos tres ciclos menstruales consecutivos (amenorrea primaria o secundaria). (Se considera que una mujer sufre amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales; por ejemplo, con la administración de estrógenos).

BULIMIA NERVOSA

A. Episodios recurrentes de ingesta voraz (consumo rápido de gran cantidad de comida en un período reducido de tiempo).

B. Sentimiento de falta de control sobre la conducta alimenticia durante los episodios de voracidad.

C. La persona se empeña regularmente en provocarse el vómito, usar fármacos laxantes y diuréticos, practicar dietas estrictas o ayunos, o hacer mucho ejercicio para prevenir el aumento de peso.

D. Un promedio mínimo de dos episodios de voracidad a la semana por lo menos durante tres meses.

E. Preocupación persistente por la silueta y el peso.

Estos dos trastornos coinciden en cierta sintomatología: inquietud intensa por la silueta y el peso corporal, abuso de laxantes y diuréticos, vómito inducido, dietas estrictas o ayunos y rutinas intensas de ejercicio.

1.2. Síntomas y signos

Tanto para la mujer anoréxica como para la bulímica, el alimento constituye un factor determinante, ya sea por consumirlo en exceso o por reducir su ingestión hasta implicar, incluso, un ayuno total (Casper, 1986). Las mujeres anoréxicas piensan

constantemente en comida, aunque puedan negarlo. Prueba de ello es su pasión por coleccionar recetas y por preparar comidas elaboradas para otras personas, pero rehusándose a comer ellas mismas. La comida no es valorada como algo nutritivo y placentero, es sólo relevante por estar relacionada con el peso y por lo tanto con las medidas del cuerpo, es decir, la talla corporal (Toro, 1989).

Así mismo, las mujeres bulímicas pasan buena parte el día pensando en comida y planeando el momento y el lugar para llevar a cabo sus episodios de voracidad (Yates y Sielini, 1987).

Todas las pacientes anoréxicas presentan un miedo intenso a ganar peso y a estar obesas aunque en realidad se encuentren delgadas; contemplarse a menudo en el espejo es una conducta común en ellas. Este temor contribuye al desinterés y resistencia al tratamiento. Perder peso llega a ser el principal objetivo en su vida. Por lo tanto, se encuentran pensando constantemente en cómo reducir el consumo de calorías. El tipo de comida ingerida depende del conocimiento que las pacientes tengan acerca de los valores nutricionales de los distintos alimentos (Casper, 1986).

Estas pacientes pueden llegar a extremos increíbles con objeto de perder peso. Empiezan por reducir drásticamente su ingesta calórica, los alimentos ricos en carbohidratos y los que contienen grasas. Hacen ejercicio de manera incesante, como correr, nadar, caminar, montar bicicleta y bailar. La hiperactividad es intensa y persiste

aunque la pérdida de peso haya dado por resultado caquexia. Algunas pacientes alternan el ayuno con la bulimia, que son crisis de glotonería no controlada sin percatarse del hambre o la saciedad. Estas comilonas van seguidas a menudo por vómitos inducidos por la propia persona. No es raro el consumo de laxantes. En su esfuerzo por perder peso, la persona víctima de anorexia puede abusar de anorexigénicos, diuréticos y otras sustancias.

Las conductas alimentarias son a menudo peculiares. A veces la dieta es demasiado monótona o muy excéntrica, pudiendo atesorar cantidades grandes o pequeñas de alimentos. Aunque coman muy poco, se preocupan de manera excesiva por las artes culinarias. Los alimentos suelen guardarse, prepararse, servirse, comerse y eliminarse de una manera ritualista y consideran que cada bocado deglutido o rehusado, cada ejercicio completado o no, puede tener consecuencias profundas para su bienestar futuro. Las pacientes suelen guardar muchos secretos y a menudo mienten con objeto de proteger la intimidad de sus hábitos y creencias con respecto a la alimentación. A veces este trastorno se acompaña de cleptomanía y robo, sobre todo entre personas que tienen crisis de bulimia.

También la paciente bulímica muestra una preocupación intensa por el peso corporal. Después de la ingestión exagerada de alimento, experimenta culpa y depresión (Teusch, 1988). El método más común para eliminar el exceso de calorías es el vómito inducido. Otro método de control frecuentemente utilizado es el abuso

de laxantes; algunas prefieren días de ayuno o dietas estrictas. Cuando se incrementa la frecuencia de los episodios de voracidad, se hace necesario el uso de varios de estos métodos (Yates et al, 1987).

Aunque las características de la anorexia nervosa que se han mencionado pueden observarse en personas con diversas estructuras y rasgos de personalidad premórbidos, se ha descrito un perfil bastante sostenido de manifestaciones emocionales y psicológicas común a todas las pacientes con este trastorno. En general, los clínicos concuerdan en que la búsqueda irrefrenable de la delgadez manifiesta una lucha psicológica subyacente por conservar un sentido de autonomía y de autocontrol personales. En la superficie las pacientes pueden adoptar una conducta de desafío e independencia, aunque se encuentren abrumadas por una sensación paralizante de desamparo e ineficacia, siendo el control de la alimentación y el tamaño del cuerpo los únicos mecanismos por los que puede conservar su sentido de autonomía y dominio.

Bruch (1985), quien insistió por primera vez en esta introspección importante en la psicología de la anorexia nervosa, describió otros dos rasgos esenciales del trastorno: una percepción errónea de los indicios corporales internos, cuyo ejemplo más claro es la incapacidad para reconocer las manifestaciones de la privación de alimento y un trastorno de la imagen corporal, que hace que las pacientes se consideren gordas aunque estén excesivamente delgadas. Estas deformaciones

cognoscitivas y de percepción intensifican el sentido de ineficacia personal y refuerzan la necesidad de seguir buscando la delgadez con objeto de conservar el sentido del control.

Los investigadores coinciden en que estas distorsiones les son necesarias a las pacientes, ya que les permiten desarrollar una organización psicológica que da sentido y propósito a sus vidas. El miedo asociado a la amenaza percibida (estar obesas) las motiva a evitar esa amenaza. Si ellas aceptaran que están delgadas, entonces se perderían el propósito y la motivación. Esencialmente, ellas necesitan creer que están gordas para preservar el sistema psicológico que han creado.

Por la falta de confianza en el auto-control básico las pacientes temen que cederán a sus impulsos abrumadores y, en lo que se refiere a comida, se atiborarán hasta ser obesas. Estas mujeres tienden a considerarse a sí mismas en términos absolutos, la conducta es totalmente buena o totalmente mala, cualquier decisión es correcta o incorrecta por completo y se encuentran bajo control absoluto o totalmente fuera de control. Por lo tanto, las pacientes pueden reaccionar al aumento de medio kilogramo de peso con el mismo horror que si hubieran aumentado 50 kilogramos. Así mismo, manifiestan dificultad para tomar decisiones y alteración de la capacidad para concentrarse. Estos síntomas son especialmente importantes puesto que incrementan la sensación de ineficacia personal y el miedo a quedar fuera de control y, por lo tanto,

confluyen urgencia a la necesidad de ayunar con objeto de conservar la sensación de dominio de sí.

Frecuentemente se describe un ajuste sexual pobre en pacientes anoréxicas y bulímicas. Muchas de ellas detienen su desarrollo psicosexual y las pacientes adultas presentan un marcado decremento en el interés por el sexo durante la enfermedad. Las pacientes con anorexia expresan a menudo miedo a convertirse en adultas, puesto que esto significaría hacerse responsables de las relaciones interpersonales y sexuales, las cuales prefieren evitar. Cuando se enfrasan en la actividad sexual por lo general no la disfrutan.

Herzog, Keller y Lavori (1988) revisaron 33 estudios longitudinales de anorexia nervosa y siete estudios de bulimia nervosa, publicados entre 1954 y 1986. Los datos evaluados fueron: peso, mortalidad, menstruación, alimentación, funcionamiento psicológico y psicosexual. De los 33 estudios sobre anorexia, 11 no reportaron el funcionamiento psicosexual y 15 lo describen en términos del estado civil de las pacientes, sin mencionar su comportamiento o actitudes sexuales. Estos datos no permiten conocer realmente el grado de ajuste sexual. Siete estudios mencionan: temor y evitación de relaciones sexuales, aversión a contactos heterosexuales, decremento libidinal, satisfacción por la presencia de amenorrea o disgusto por el retorno de los períodos menstruales, frigidez, ausencia de sentimientos sexuales,

deseos y objetivos difusos e inciertos. Ninguno de los estudios de bulimia reportó el funcionamiento psicosexual de las pacientes.

Lesser y Katz (1988) realizaron un estudio sobre la madurez sexual y social versus la conformidad social en mujeres anoréxicas, bulímicas y con trastorno límite de la personalidad. Las pacientes con trastorno en la conducta alimenticia manifestaron una mayor negatividad hacia las cuestiones sexuales y menor disfrute de la actividad sexual, presentando grandes limitaciones en su madurez sexual y un pobre desarrollo social; la mayoría de sus amistades eran mujeres, teniendo un número mínimo de amigos varones. Tuvieron su primera relación sexual a una edad más avanzada que las pacientes con personalidad límite y veían su problema psicológico como inhibidor de su deseo sexual.

1.3. Bulimarexia

Estos dos trastornos, bulimia y anorexia, no son mutuamente excluyentes, pueden presentarse alternadamente en una misma persona (Garfinkel, Moldofsky y Garner, 1980). Holmgren, Humble y Norring (1983) llevaron a cabo un estudio longitudinal en pacientes con trastornos de la conducta alimenticia. De un total de 69 sujetos, 16 obtuvieron el diagnóstico de anorexia nervosa y 43 de bulimia nervosa. Siete pacientes llenaron todos los criterios para ambos trastornos, de acuerdo al DSM-

III. Las trece restantes cumplían con los criterios diagnósticos para anorexia, sin alcanzar el límite crítico en la pérdida de peso (25%). Una inspección más detenida de la muestra total mostró un traslape importante entre los síndromes: 50% de las pacientes que cubrieron todos los criterios de la anorexia, excepto el porcentaje de pérdida de peso, reportaron frecuentes episodios de bulimia. El otro 50% reportaron impulsos bulímicos los cuales, sin embargo, fueron capaces de controlar en el tiempo en que se realizó el estudio. Así mismo, las 43 pacientes bulímicas mostraron un comportamiento anoréxico pronunciado entre los episodios de bulimia. Finalmente, aquellas pacientes que inicialmente fueron diagnosticadas con anorexia, posteriormente presentaron los criterios para el diagnóstico de bulimia.

Holmgren et al (1983) concluyen que la división en dos síndromes separados, anorexia y bulimia, parece ofrecer poca utilidad en el plan de tratamiento y predicción del curso de la enfermedad.

En otro estudio realizado con 50 mujeres anoréxicas, el 10% de los casos presentó diagnóstico de bulimia durante el periodo de seguimiento (Hall, Slim, Hawker y Salmond, 1984).

Morgan, Purgold y Welbourne (1983), reportaron que un 37% de las pacientes anoréxicas incluidas en su investigación eran bulímicas al comienzo de la misma y un 27% adicional presentaron el diagnóstico de bulimia durante el seguimiento, es decir,

un 64% de las pacientes anoréxicas obtuvieron diagnóstico de bulimia en el curso de la investigación.

Hsu, Crisp y Harding (1979), así como Steinhausen y Granville (1983), reportaron, respectivamente, que el 20% y 38% de las pacientes anoréxicas incluidas en sus estudios longitudinales manifestaron trastorno de bulimia. Sin embargo, en estas investigaciones no se especifica si las pacientes detectadas con bulimia durante el seguimiento, ameritaban este diagnóstico al comienzo de las investigaciones.

Hsu y Holder (1986) y Lacey (1983), realizaron estudios con pacientes bulímicas, encontrando que el 50% y el 21% de los sujetos, respectivamente, habían sido diagnosticadas con anorexia antes de presentar el trastorno de bulimia.

Garner y Fairburn (1988) afirman que las similitudes entre estos dos trastornos son mucho mayores de lo que se conoce. Aunque el peso corporal ha sido un criterio básico para distinguir la anorexia nervosa de la bulimia, un examen más profundo de estos aspectos revela paralelismos importantes entre ambas. Estos autores aclaran que las pacientes con bulimia pueden presentar un peso corporal normal dentro de parámetros estadísticos, pero la historia de su peso corporal indica que muchas han tenido, en alguna época de su vida, tanta pérdida de peso como la experimentada por pacientes con anorexia, aunque nunca hayan estado desnutridas, debido a que partieron de niveles absolutos de peso corporal más elevados.

Por otra parte, algunas pacientes con anorexia han logrado un restablecimiento del peso corporal a niveles saludables, pero continúan presentando la psicopatología de este trastorno. Podría argumentarse que estas pacientes deben recibir el diagnóstico de anorexia nervosa aunque no cumplan con el criterio referente al peso corporal. Por lo tanto, no parece apropiado establecer una distinción diagnóstica entre estos desórdenes, basándose en un umbral de peso absoluto relativamente arbitrario.

A pesar de las similitudes entre la anorexia nervosa y la bulimia, sería prematuro concluir que ambas son, simplemente, diferentes manifestaciones de un mismo desorden fundamental. Lo que resulta inminente es la presencia de los dos trastornos en un mismo sujeto, circunstancia que ha sido observada por diversos grupos de investigación en un gran número de pacientes.

En opinión de Fenichel (1989), dado que una represión puede manifestarse tanto en una inhibición como en la exageración compensatoria de una tendencia opuesta, los estados antitéticos de anorexia-bulimia son afines entre sí.

Algunos autores han sugerido nuevas designaciones para un desorden que abarque ambos comportamientos. Ehrensing y Weitzman (1970) pensaron que el término anorexia bulimia nervosa sería adecuado. Posteriormente Boskind-Lodahl (1983) propuso el nombre de bulimarexia, el cual es utilizado actualmente.

1.4. Complicaciones médicas asociadas

A continuación se presenta un panorama general de las principales complicaciones médicas mencionadas en algunas publicaciones que hacen referencia a este punto del trastorno (Mitchell, Pyle y Miner, 1982), (Harris, 1983), (Goode, 1985).

La anorexia nervosa con inicio premenárquico a menudo resulta en una corta estatura y un retraso en el desarrollo de las mamas. Se presentan alteraciones endócrinas tales como retardo en el crecimiento, pubertad tardía, útero infantil, niveles elevados de la hormona del crecimiento, amenorrea y anomalías en el eje hipotalámico-pituitario-gonadal. Las concentraciones bajas de testosterona frecuentemente no se normalizan hasta tiempo después de recuperar el nivel adecuado de peso.

Además de la demacración, las manifestaciones físicas pueden incluir: dolores de cabeza, trastornos del sueño, edema, baja presión sanguínea, bradicardia, arritmias y masa cardíaca disminuida.

Se presentan también problemas dermatológicos, tales como pérdida de cabello, lanugo, piel reseca, cabello y uñas quebradizos, entre otros.

Las anomalías hematológicas pueden incluir leucopenia con una linfocitosis relativa, trombocitopenia y anemia.

Dentro de las anomalías musculoesqueléticas se pueden mencionar: pérdida de fuerza y de masa muscular, mayor incidencia de fracturas y lesiones así como curvatura de la columna vertebral, astillas óseas, osteoporosis, hipocalcemia y dolor muscular.

Los vómitos inducidos por la propia persona pueden culminar en alcalosis metabólica hipopotasémica. Al vomitar se drenan los ácidos estomacales y los electrolitos, que son básicos para mantener la integridad de varios sistemas en el cuerpo. Los desequilibrios resultantes de la pérdida de sodio, potasio y cloro pueden provocar debilidad muscular y constipación, así como arritmias cardíacas que pueden incluso llevar a la muerte del sujeto.

Tanto la acidez del vómito como los instrumentos que se introducen en la boca para inducirlo, provocan laceraciones en la parte interna y externa de la cavidad bucal, en los labios y en la piel que los rodea, así como en el esófago. El esmalte dental se erosiona, los dientes se decoloran y la caries dental es más frecuente. Si se utilizan los dedos para provocarlo es posible observar laceraciones y llagas en ellos. La fuerza del vómito puede provocar hemorragias en los vasos sanguíneos de los ojos.

El vómito frecuente puede ocasionar desgarres de la garganta, irritaciones e infecciones de los ganglios linfáticos, úlceras en el esófago, esofagitis y gastritis. Esta esofagitis es en ocasiones tan severa, que puede causar que el tracto se angoste y sea difícil el paso del alimento. Se puede dar la pérdida del reflejo del vago, a consecuencia de la estimulación mecánica frecuente, así como una baja relajación esofágica y vómitos reflejos. Las pacientes se quejan también de malestar epigástrico y el tiempo de vaciamiento gástrico es en efecto prolongado.

Complicaciones pulmonares ocurren cuando el vómito auto-inducido lleva partículas de alimentos, ácido gástrico y bacteria estomacal a los pulmones, produciendo neumonía.

Las complicaciones renales son generalmente severas, por la pérdida de fluidos y minerales básicos para el cuerpo.

Por otra parte, el uso frecuente de laxantes provoca deshidratación, malabsorción, dolores abdominales, desequilibrio de electrolitos y calambres musculares. Heridas al intestino, particularmente al colon, resultan comunmente de este abuso. El daño al lineamiento intestinal puede causar úlceras y evacuaciones sanguinolentas.

1.5. Evolución natural

El inicio de los trastornos de la alimentación a menudo sigue a las nuevas situaciones de la vida, en las que la paciente se siente inadecuada o incapaz de afrontarlas. Estos cambios pueden ser biológicos, como la iniciación de la pubertad; psicológicos, como los cambios de la adolescencia; o sociales, como el ingreso a una escuela superior. La iniciación del padecimiento puede ocurrir también después de terminar una relación importante, o de la muerte de un pariente o amigo.

De manera típica, la anorexia se inicia en mujeres que tienen un peso normal o un moderado sobrepeso. La familia, las amistades y en muchos casos los profesores de danza o los entrenadores deportivos fomentan la dieta. La paciente recibe elogios y se encuentra complacida por su logro, sin embargo, una vez que consigue la reducción original establece de inmediato un nuevo límite. De esta manera, la pérdida de peso en búsqueda de la delgadez pronto se vuelve un objetivo por sí mismo.

Estas personas suelen llegar a la atención médica no por el peso perdido, sino por manifestaciones como amenorrea, edema, estreñimiento y dolor abdominal. Pueden presentarse también como urgencias médicas, puesto que a veces son graves las complicaciones de la dieta o el vómito, como el desequilibrio de líquidos y electrolitos. En ocasiones son llevadas por sus padres, quienes se preocupan cuando

la pérdida de peso es extrema y se alarman por los hábitos alimenticios extraños y los cambios en la personalidad.

La evolución de la anorexia y la bulimia es variable. Puede haber crisis que se extiendan durante varios años o una sola crisis que sea crónica e irremisible. Tanto las crisis únicas como las evoluciones fluctuantes pueden progresar hasta causar la muerte de la persona (Norman, 1989).

1.6. Diagnóstico diferencial

Es indispensable distinguir entre anorexia nervosa y pérdida de peso por enfermedades médicas como neoplasias, tuberculosis, enfermedad hipotalámica y endocrinopatías primarias (insuficiencia de la hipófisis anterior, enfermedad de Addison, hipertiroidismo y diabetes sacarina). Por lo general se pueden diagnosticar basándose en historia clínica y exploración física cuidadosas y en estudios de laboratorio. Los pacientes que experimentan estas enfermedades médicas no manifiestan el temor a la gordura, la búsqueda incansable de la delgadez y la hiperactividad que caracterizan a las víctimas de anorexia.

A menudo ocurre pérdida de peso en los pacientes deprimidos o con ciertos trastornos esquizofrénicos que se presentan con hábitos alimenticios peculiares,

precipitados por los delirios sobre los alimentos. Sin embargo estos pacientes también carecen de preocupación por la ingestión calórica, no tienen obsesiones por la forma y el tamaño del cuerpo ni hiperactividad (A.P.A., 1987).

Los pacientes con trastorno por somatización pueden manifestar fluctuaciones del peso, vómitos y hábitos alimenticios peculiares, pero su pérdida de peso no suele ser grave y es rara la amenorrea que dura más de tres meses.

Algunos autores opinan que la anorexia nervosa es una variante de los trastornos afectivos, como la depresión mayor, ya que en los dos padecimientos es posible observar pérdida de peso, pérdida de apetito y disminución de la libido. Sin embargo, en las pacientes con anorexia no se presenta el autorreproche propio de la otra patología. Lo que ocurre es que algunas pacientes con anorexia presentan un trastorno distímico, por lo tanto, los rasgos depresivos son caracterológicos, es decir, no son una cuestión transitoria, adaptativa.

Existen otros argumentos que refutan el hecho de que la anorexia nervosa y la depresión mayor compartan sus orígenes (Kenneth, Altshuler y Weiner, 1985). Estos son: la distribución socioeconómica, ya que la anorexia tiende a presentarse en jóvenes pertenecientes a familias de elevados recursos económicos, mientras que para la depresión mayor no existen datos que refieran predominancia en determinada clase social.

La distribución por sexos es otro parámetro que marca una diferencia importante entre los dos trastornos; la depresión mayor tiene una distribución de dos mujeres por un hombre, mientras que en la anorexia la distribución es de 20 mujeres por un hombre.

La inteligencia es un factor que también debe ser mencionado, ya que las mujeres afectadas con anorexia nervosa poseen generalmente un cociente intelectual normal o superior a la norma, cosa que no ocurre en la población de pacientes con un trastorno depresivo mayor.

Por otra parte, el hecho de que algunas pacientes con anorexia se vean beneficiadas con un tratamiento a base de antidepresivos no parece ser una prueba de que la anorexia sea una variable de los trastornos afectivos, ya que algunos otros padecimientos tales como la enuresis, el trastorno de pánico, la narcolepsia y el dolor crónico encuentran mejoría con este tipo de tratamiento.

1.7. Pronóstico

Entre los aspectos indicadores de pronóstico favorable están un buen nivel premórbido de adaptación psicosocial, inicio del padecimiento a edad temprana, pérdida menos extrema de peso y menor negación de la existencia de enfermedad cuando ésta se presenta.

Los factores pronósticos desfavorables consisten en nivel premórbido pobre de adaptación psicosocial, pérdida extrema de peso, mayor negación de la enfermedad y presencia de bulimia, vómitos y abuso de laxantes (Crisp, Hsu y Stonehill, 1979).

Establecer el grado de distorsión en la imagen corporal resulta importante, ya que algunas investigaciones indican que aquellas pacientes que mantienen persistentemente la distorsión cognitiva de estar terriblemente obesas, a pesar de su condición real, muestran los peores avances en el tratamiento (Garfinkel, Moldofsky y Garner, 1977).

Estos indicadores son relativos, puesto que ningún rasgo aislado o grupo de factores pueden predecir de manera confiable el pronóstico en una persona determinada.

1.8. Etiología y patogenia

1.8.1. Factores biológicos

Diversos cambios hormonales durante la anorexia nervosa sugieren un origen hipotalámico endócrino. Estos datos, simultáneamente con el reconocimiento de que apetito, termorregulación y función neuroendócrina se encuentran bajo control hipotalámico, han hecho que algunos investigadores supongan que la anorexia es causada por algún trastorno del hipotálamo. Sin embargo, todos los cambios parecen ser secundarios a los efectos de la inanición, la pérdida de peso, la desnutrición y el estrés y no se ha aducido una prueba de disfunción hipotalámica primaria en ninguno de los casos (Norman, 1989).

Aunque existe un incremento del riesgo de presentar este trastorno en los gemelos de pacientes con anorexia nervosa, los estudios de gemelos y hermanos adoptivos no han demostrado un patrón claro de transmisión genética. Se han informado casos de pares de gemelos idénticos, concordantes y discordantes, en números aproximadamente iguales. Además, el hecho de que la anorexia tiende a ocurrir principalmente en personas de las clases socioeconómicas superior y media, se inclina a refutar el origen biológico exclusivo. Sin embargo, como los cambios fisiológicos contribuyen de manera definitiva a su patogenia, debe considerarse que

los aspectos clínicos son resultado de la interacción de factores biológicos y psicológicos.

Se ha diagnosticado anorexia por lo menos en doce mujeres que experimentaron síndrome de Turner. Sin embargo, como los pacientes de este síndrome tienen a menudo las mismas características psicológicas que se observan en mujeres normales desde el punto de vista cromosómico que presentan anorexia, el factor psicológico podría ser igualmente causante de esta relación, como cualquier otra de las consecuencias biológicas de este trastorno cromosómico. En este caso también la causa de la presentación clínica de la anorexia podría ser la interacción entre los factores biológicos y psicológicos.

Es elevada la frecuencia de depresión entre los parientes de las personas que sufren anorexia y entre ellas mismas. Estos datos han hecho que algunos autores postulen que la anorexia podría representar una variante de enfermedad afectiva de base biológica, transmitida de manera genética (Swift, Andrews y Barklage, 1986). Sin embargo, como ya se ha visto en el diagnóstico diferencial, no hay evidencias que lo confirmen.

1.8.2. Factores psicosociales

Como la anorexia nervosa ocurre predominantemente en familias de clase media y superior, se ha supuesto que el trastorno representa una exageración o una caricatura de los valores de clase que ponen de relieve el logro de un aspecto delgado y juvenil como virtud principal. Estos valores pueden ser más característicos de las clases acomodadas porque los alimentos nutritivos y bajos en calorías, los auxiliares de belleza y el tiempo disponible para los ejercicios son costosos y no están fácilmente al acceso de la clase baja.

Se han propuesto diversas teorías psicológicas para explicar la etiología de la anorexia. Algunos autores como Beumont, Abraham y Simpson (1981), han encontrado que el comienzo de la enfermedad es precedido por la primera experiencia sexual de la paciente.

En algunos estudios se enfatiza la influencia del entorno familiar. Sperling y Massing (1970) reportan que en el 25% de las familias de pacientes anoréxicas estudiadas, los padres eran enfermos crónicos, mientras esto sólo ocurría en el 2.4% de las familias de los sujetos control. Las experiencias de pérdida o separación favorecen la aparición de este trastorno; en general, eventos estresantes de la vida juegan un rol importante en el desarrollo de la anorexia.

En los últimos años, los teóricos de los sistemas familiares sostienen que la anorexia y la bulimia nervosa son resultado de una disfunción en las interacciones familiares. Se considera que la chica que desarrolla anorexia es el miembro encargado de preservar a la familia entrelazada, comprometida, rígida, sobreprotectora e incapaz de afrontar los conflictos de manera abierta. La enfermedad de la niña puede brindar también un vehículo por medio del cual los padres buscarán la satisfacción de sus propias necesidades de dependencia no resueltas. Por una parte, la atención a la hija parece ser excelente, se le provee de todo lo indispensable, sin embargo se presta poca atención a la expresión de necesidades, deseos y sentimientos. Se generan problemas en el proceso de separación y la hija permanece atada a sus padres, privada de la posibilidad de desarrollar su autonomía y de la habilidad de tomar decisiones propias. La obediencia y la conformidad caracterizan el comportamiento en la niñez de las pacientes anoréxicas.

La expresión de los afectos es también poco promovida en estas familias y las pacientes pueden identificar tan sólo un estrecho rango de reacciones emocionales. Tener sentimientos propios y aprender que estos cuentan es, para muchas de ellas, un gran descubrimiento.

Crisp, Harding y Mc Guinness (1974), así como Palazzoli (1970), han enfatizado que los efectos terapéuticos están influenciados por cambios en los factores psicosociales, como es la dinámica familiar o la estructura familiar de las pacientes.

1.8.3. Aportaciones psicoanalíticas

Los teóricos del psicoanálisis afirman que los déficits en el desarrollo temprano contribuyen significativamente al origen de los trastornos de la alimentación. Brenner (1983) habla de una falla en la internalización de funciones maternas.

Así mismo, Casper, Eckert, Halmi, Golberg y Davis (1980) visualizan la sintomatología bulímica como un esfuerzo fallido por consolidar un self defectuoso. Sugarman y Kurash (1982) apoyan la idea de una falla en el proceso de separación-individuación, la cual interfiere en la capacidad de la persona para internalizar representaciones de objeto y autorrepresentaciones.

Goodsitt (1983) ha encontrado, en su trabajo con anoréxicas, algunos factores importantes que impiden que el proceso de separación-individuación sea adecuado. Ellas sufren una profunda culpa por el deseo de separarse y por cualquier acto que implique este objetivo. Esta culpa se manifiesta de manera muy distinta a la expresada por cualquier otra persona neurótica, que se preocupa por algún conflicto más específico en todo este contexto. La culpa de la anoréxica es una sensación más general de inconformidad por ser o existir. Sienten un temor constante de agobiar o estorbar a otros, reprimen el hacer peticiones o expresar deseos o necesidades, considerándose egoístas. Se sienten temerosas y culpables por crecer y tener la posibilidad de abandonar a sus padres, percibiéndose desleales por tener sentimientos,

necesidades, deseos, valores, intereses y objetivos diferentes a los de sus progenitores.

Lunn (1990) opina que la sintomatología expresa la falta de habilidad en el yo para manejar estados internos de tensión que no son verbalizados y con los que se lidia a través de actividad física excesiva y falta de alimentación.

Lerner (1986) enfatiza un deterioro en la capacidad para simbolizar debido a fallas por parte de la madre en las tempranas relaciones madre-hija. Swift y Letven (1984) hacen una formulación psicoanalítica, basándose en el trabajo de Balint y Kohut, sugiriendo que estas pacientes muestran una falta básica en su estructura yóica, específicamente un deterioro en ciertas funciones yóicas reguladoras de tensión.

Bruch (1982) señala que la enfermedad comienza a manifestarse alrededor de la pubertad, cuando las pacientes se enfrentan a nuevas experiencias y expectativas para las cuales ellas sienten que no están preparadas. Se presentan cambios marcados en el comportamiento, negativismo, enojos y desconfianza. Esta autora afirma que la constante escasez de respuestas parentales a los indicios de desarrollo del niño, parece estar relacionada con el déficit en el autoconcepto de estas pacientes y la ignorancia del apetito; las pacientes utilizan el acto de comer o no comer como una

pseudosolución a las dificultades que les aquejan. Es posible observar problemas de personalidad y deficiencias en la autonomía, identidad y maduración sexual.

Mucho antes de que se manifieste la enfermedad, estas muchachas se sienten incapaces para tomar decisiones propias y conducir su vida; la disciplina severa que ejercen sobre su cuerpo representa un esfuerzo desesperado por no quedarse sin ningún control o poder. Existe la necesidad de rechazar el cuerpo para rechazar de hecho a la madre, a la cual pertenece ese cuerpo.

La educación cotidiana permite al niño condicionarse para distinguir el hambre de otras necesidades. Esto no sucede en la relación anoréxica, en la cual la madre programa a su hijo de acuerdo con sus propias exigencias, que por lo común son neuróticas. Son las emociones corporales las que prevalecen sobre las del niño, ocasionando la malformación y el desconocimiento de los límites de su yo, del sentido de la identidad y de la imagen corporal.

En la terapia es fácil observar que estas pacientes se perciben a sí mismas actuando únicamente en respuesta a demandas venidas de otros, sin que intervenga su deseo. Las percepciones sobre su cuerpo y las sensaciones emocionales son a menudo inexactas y no confían en sí mismas para identificar sus propias necesidades y sentimientos.

Existe una falla en la percepción del cuerpo como propio, mirándolo más bien como algo extraño, separado de su ser psicológico, o como siendo una posesión de sus padres. Esta separación entre el cuerpo y el self es un punto básico que evoluciona lentamente, después de esfuerzos terapéuticos. La disciplina rígida sobre su alimentación, con la visible pérdida de peso, les da la experiencia de ser efectivas en el control de, por lo menos, un área de su vida. Las defensas desplegadas no son expresión de vigor e independencia, sino una defensa contra el sentimiento de no tener una personalidad propia, de ser débil e incompetente.

Los psicoanalistas clásicos insisten en la evitación de la sexualidad. Consideran al hecho de rehusarse a comer como una reacción de la conducta a las fantasías de la fecundación bucal. La amenorrea se ha considerado una manifestación simbólica del deseo de estar embarazada, o rechazo a la feminidad. El problema puede centrarse a veces en un plano mucho más primitivo: incorporación del seno, objeto ambivalente benéfico y maléfico. En esta lucha entre la incorporación y el rechazo se encuentran a veces las bases primitivas de la anorexia, implicando "el comer" la asimilación y la destrucción simultáneamente (Dolto, 1984).

Fenichel (1989) opina que la anorexia y la bulimia pueden entenderse como una lucha que la paciente libra con su sexualidad, siendo ésta de orientación pregenital. La satisfacción sexual es percibida como una "comida sucia". Los períodos en que

se atiborran de comida (o de bebida) y se sienten "gordas", "hinchadas", "sucias" o embarazadas, alternan con períodos en los que se comportan en forma ascética.

El psicoanálisis revela que el contenido inconsciente de estos trastornos es un conflicto preedípico con la madre, que puede estar encubierto por un complejo de edipo sádico-oral. Las pacientes tienen un intenso odio inconsciente contra la madre y contra la femineidad. Ser gorda significa para ellas criar grandes pechos, carecer de autocontrol e incluso estar embarazada. De acuerdo con Fenichel (1989), el impulso urgente de comer tiene el significado inconsciente de reincorporar un objeto cuya pérdida ha conducido a la paciente a sentirse hambrienta, constipada, castrada, femenina, gorda. Es decir, que el alimento significa leche, pene, niño y suministros narcisistas que aplaquen la angustia.

Más recientemente los teóricos han insistido en la alteración de las relaciones entre madre e hija como la causa primaria de los trastornos de la alimentación, afirmando que los déficits en el desarrollo temprano contribuyen significativamente al origen de los mismos. Estos teóricos consideran la lucha característica por la autonomía como manifestación de la incapacidad para dominar los conflictos que acompañan al proceso de separación-individuación.

Dolto (1987) considera que la anorexia en el momento de la pubertad se produce alrededor de problemas de la investidura de las vías genitales, en muchachas

que deberfan cambiar radicalmente la relación con el padre. Se da el caso en que el padre no ha sido distinguido como objeto de pulsiones sensuales, por el hecho de que la prohibición del incesto no ha sido significada claramente, y que la preferencia del padre por su esposa o por otras mujeres no se ha marcado suficientemente respecto a la hija.

Esta distinción se efectúa en la edad adulta, en el momento de las primeras relaciones sexuales de la joven. La no distinción de las pulsiones genitales y de las pulsiones orales, debido al hecho de que no renuncian al deseo edipiano hacia el padre, las protege del deseo de los muchachos y de la rivalidad genital con las muchachas de su edad. Esto se produce cuando el padre no se inviste de su función paterna; es como un hermano mayor a los ojos de su hija, o como un doble de la madre; no se hace presente como amante en los pensamientos de la hija, ausente también de los pensamientos de su esposa; resulta casi inimaginable para la muchacha que el deseo de su padre haya desempeñado un papel en su concepción.

Este padre, por otro lado, puede tener una función superyóica muy exigente respecto a los estudios de su hija, de cómo emplea su tiempo, de sus idas y venidas, o de sus lecturas; no ve en ella a la joven que ven los demás; no soporta que intente integrarse a la sociedad como mujer deseable, creativa y liberada de la tutela paterna. A estos padres se les podría llamar abusivos, aunque no lleguen a violar a sus hijas;

culpabilizan con sus prohibiciones y su vigilancia celosa toda expresión genital de la muchacha.

Las pulsiones eróticas genitales reprimidas provocan entonces la inflación de una búsqueda de placer oral, de gula. Su deseo refluye hacia la pulsión de comer, ya que no pueden atraer hacia su vagina el pene de los muchachos. Al no haber conocido la renuncia al padre, estas jóvenes no están genitalizadas:

No han conocido las características del Edipo ni las reviviscencias de la pubertad, sobre todo la angustia de violación, este fantasma estructurante de la adolescencia de la joven. No existe más que sumisión a la palabra sombría y desvitalizada de un padre-patrón" ¹.

El rechazo de la alimentación adquiere para los padres un cariz de gravedad y de catástrofe, frente al cual, agredidos e inquietos, se reorganizan cada uno en la célula familiar. Se instaura en la familia un *modus vivendi* hecho de exigencias recíprocas de la niña y de los padres, encontrándose todos ellos en un juego

(1) DOLTO, Françoise. Seminario de psicoanálisis de niños. Tomo 2. Ed. S. XXI, 1987, p. 207.

manipulativo, sin que sea fácil dilucidar con precisión cómo ha empezado y quién lo ha inducido (Dolto, 1984).

Siguiendo a Dolto (1987), estas muchachas con anorexia se encuentran desbordadas por las pulsiones orales y anales activas. Generalmente son trabajadoras, pero su objetivo no es experimentar placer; sin embargo esta actividad compulsiva parece proporcionarles una gran satisfacción.

La anoréxica no solo teme incorporar por vía oral, sino incluso rehuye la proximidad emocional, la ternura, el contacto físico y cuanto significa tomar y recibir. El cuerpo es el objeto de tendencias agresivas y eróticas a un tiempo y las cualidades femeninas son incompatibles con el ideal del Yo (Dolto, 1984).

A priori, las anoréxicas tienen más dificultades con la madre que con el padre, en cuanto la madre es la primera responsable de la identificación femenina fallida; aunque el padre sea el causante, la anorexia es una lucha entre la hija, y la madre, sentida como mortífera.

Dolto (1987) afirma que la denegación del deseo genital femenino entra en resonancia con la necesidad oral, la cual se encuentra denegada por la represión del placer de la zona vaginal y por el desplazamiento a la zona oral; pues estas dos zonas

erógenas son, con relación al objeto parcial de satisfacción, el lugar de pulsiones centrípetas (deseo de la boca por el alimento, que vale como objeto parcial del exterior, objeto a ingerir; deseo de la vagina por el objeto parcial: el pene del hombre deseado). No se logra la identificación del Yo con el objeto total, el Yo ideal de la infancia edípica.

En la anorexia todo transcurre como si el sujeto del deseo, falto de coherencia con respecto a las pulsiones genitales, claramente sexuadas, gracias a un Yo representado por el cuerpo, estuviera obstaculizado por deseos imposibles de decir o insuficientemente expresables. Así pues, intenta recurrir a medios regresivos, mediante los cuales puede ser comprendido por los demás, cuando es niño; sin embargo, puesto que estos se revelan ineficaces, no aptos para representar su deseo o para hacerlo soportable, el sujeto resuelve, según parece, ceder a las pulsiones de muerte, disociándolas de las pulsiones de vida. La coalición Yo-Superyó se encuentra de repente burlada. Cuando más fuerte es el deseo de vida, más fuerte es la culpa edípica.

La abundancia de teorías refleja la naturaleza multidimensional de los trastornos de la alimentación. Ninguna teoría por sí sola ofrece una explicación satisfactoria al origen de los mismos. Cada una ha contribuido con una perspectiva valiosa para tratar de aclarar su etiología y dar aportes para su tratamiento.

1.9. Tratamiento

El tratamiento de los trastornos de la alimentación ha constituido desde hace más de un siglo un enigma y un gran reto, tanto para psicólogos como para psiquiatras, médicos, endocrinólogos y especialistas en nutrición, por su gran complejidad.

La finalidad inicial del tratamiento es contrarrestar los efectos de la inanición al promover el aumento de peso y restablecer el equilibrio nutricional. En los casos leves esto se puede lograr con la persona bajo tratamiento en consulta externa; en los casos graves suele requerirse un periodo inicial de hospitalización.

Se puede lograr aumento de peso mediante hiperalimentación o nutrición parenteral total. Sin embargo, los clínicos saben que la recuperación de peso muy rápida puede causar dilatación gástrica peligrosa o precipitar una insuficiencia cardíaca congestiva. Es por esto que en la mayor parte de los programas se utilizan técnicas de modificación conductual basadas en los principios del condicionamiento operante.

Si bien es cierto que la modificación de la conducta es eficaz para promover el aumento inicial de peso, la mayor parte de los estudios que valoran los resultados de su utilización, concluyen que esta estrategia no basta por sí sola como tratamiento. Ocurre recuperación duradera sólo cuando se emplean estos métodos en conjunto con

psicoterapia centrada en los conflictos psicológicos subyacentes (Szmukler, 1989; Stoylen y Laberg, 1990; Steiger, 1989; Channon, De Silva, Hemsley y Perkins, 1989).

La terapia con fármacos puede ser útil en algunos casos. Se ha reportado que un porcentaje considerable de pacientes con anorexia nervosa presentan depresión (Johnson y Larson, 1982). En ocasiones se hace necesaria la administración de psicofármacos del tipo de los antidepresivos.

Bruch (1982) apunta que para un tratamiento efectivo se deben realizar cambios y correcciones en varias áreas. La deficiencia nutricional debe ser atendida, aunque esto puede dañar el sentido de autonomía de la paciente. Entonces, la alimentación debe ser integrada con otros factores: la restitución nutricional es un prerrequisito para que la psicoterapia sea efectiva, pero el aumento de peso no es la cura.

Por otra parte, los psicoterapeutas frecuentemente cometen el error de no dar importancia al exagerado déficit en el peso corporal, con la esperanza de que éste se corregirá por sí solo, en cuanto los problemas de base sean identificados y resueltos.

El incremento nutricional y la resolución de los problemas psicológicos deben ocurrir en interacción cercana. Los patrones patológicos de la relación familiar necesitan ser descubiertos y clarificados. Pero la terapia familiar sola no es suficiente. La manera en que la familia contribuyó a la enfermedad ha quedado en el pasado y la

paciente ha integrado una serie de conceptos deficientes sobre sí misma, introyectándolos en su propia personalidad. Es necesaria, entonces, una psicoterapia individual intensa para corregir las suposiciones de culpa implícitas.

La aproximación psicoterapéutica es derivada del psicoanálisis, pero su aplicación a las necesidades de los trastornos de la alimentación ha demandado modificaciones importantes del modelo clásico. Una de las especialistas más reconocidas en el campo de tratamiento de la anorexia es sin duda Bruch (1982), quien ha escrito numerosos trabajos sobre el tema. Ella afirma que para estas pacientes, recibir interpretaciones en el encuadre tradicional representa, de una manera dolorosa, la repetición de la experiencia de tener que acatar lo que se debe hacer y sentir, confirmando su sentido de inadecuación y perpetuando la desconfianza en sus habilidades. El proceso no debe basarse en la asociación libre, ya que en este tipo de pacientes todo lo que viene a sus mentes son ruminaciones acerca de la comida y el peso. La meta terapéutica es encauzar a las pacientes en su búsqueda de autonomía y de una identidad autodirigida, en el contexto de una nueva relación interpersonal, donde lo que ellas tienen que decir es escuchado y constituye el objeto de exploración.

Las pacientes necesitan llegar a ser participantes activas en el proceso, de manera que se incremente la diferenciación entre sí mismas y los otros, entre las sensaciones corporales y los estados emocionales, creciendo más allá del abandono,

de la sumisión-pasivo agresiva y del negativismo indiscriminado. Es necesario proporcionar una atención cercana y alerta a lo que ellas tienen que decir y aportar. Esto es esencial para que tenga lugar el proceso de individuación, el cual quedó coartado en su niñez temprana.

El trabajo terapéutico no implica una interpretación del significado simbólico del síntoma y del comportamiento; más bien, este debe consistir en ayudar a la paciente a encarar la realidad de su vida en el pasado y el presente. Es importante la reconstrucción de las interacciones emocionales y sus implicaciones, en el periodo previo a la enfermedad. De esta manera, las pacientes podrán reconocer gradualmente la relación existente entre lo que han hecho y lo que han pensado, con lo que se ha esperado de ellas, reprimiendo su desarrollo genuino. Las deficiencias en la estimulación y validación de la expresión de sus necesidades han interferido en la percepción de sí mismas.

De algún modo, cada paciente anoréxica tiene que construir una nueva personalidad después de todos los años de falsa existencia. Estas pacientes tienen un miedo básico de ser inadecuadas, deficientes, mediocres, inferiores y despreciadas por otros. Viven convencidas de que la gente las mira con desprecio y crítica y ellas tienen que protegerse contra esto.

Un paso importante del proceso es la revaloración de las interacciones familiares, de manera que sean reconocidas las fuerzas que han interferido con un desarrollo normal. De este modo se podrá superar la marcada dependencia con las figuras parentales. Las pacientes se muestran renuentes a incursionar en esta etapa del proceso; no solo niegan su propia enfermedad y necesidad de tratamiento, sino también la existencia, en el pasado y en el presente, de algún problema en la relación con sus progenitores; todo es perfecto, ellos las proveen de privilegios y oportunidades. Consideran los esfuerzos por ver lo que ha tenido lugar y la manera en que ellas lo han vivido, como una intención de hacer culpables a sus padres. Sin embargo, se quejan de la manera en que ellos interfieren en sus hábitos alimenticios y en los arreglos que hicieron para su tratamiento.

La demanda desmedida de reconocimiento y recompensa que se observa en estas pacientes, es reflejo de una deprivación real desde sus primeros años de vida hasta el presente. El sentimiento de estas pacientes en relación a que sus madres siempre saben lo que ellas sienten, debe ser examinado. De hecho, lo opuesto sería la verdad: sus madres han pasado por alto sus sentimientos. El objetivo de la terapia es ayudarles a descubrir sus propias necesidades y valores, buscando que ellas puedan formular sus decisiones y respetar sus opiniones, en lugar de ser dominadas por el juicio de otros.

El trabajo directo con la familia y la psicoterapia individual se complementan. Los padres necesitan ser ayudados con su propia ansiedad, de manera que esta no interfiera en la terapia individual de la joven, evitando así la interrupción prematura del tratamiento cuando la paciente comienza a mostrar signos de desarrollo e independencia. El conocimiento y comprensión de la dinámica familiar que se obtienen a través de la terapia, proporciona al terapeuta una guía importante para los problemas y los puntos a tratar en la terapia individual.

Horne y Gallen (1987) mencionan que la alianza terapéutica es difícil en este tipo de pacientes, por su desarrollo primitivo de relaciones de objeto. Dolto (1987) sostiene que con las anoréxicas graves, contrariamente a la terapia médica que se dirige a sostener el cuerpo (sede del Yo) procurando mantenerlo con vida, dando fuerza a las intervenciones fisiológicas, la terapia psicoanalítica sólo puede sostener al sujeto que expresa su no-deseo. Puede proponerle al paciente una ayuda en su trabajo de elucidación, para comprender el proceso que lo llevó a ponerse bajo la dependencia angustiada de su familia, de la sociedad, hasta pasar por las instancias de la asistencia médico-psicológica.

En opinión de Dolto (1987), el psicoanalista no puede más que confiar en lo que le diga el sujeto: hacer alianza con su decir, sin ocuparse de su obrar y de lo que provoca alrededor de él, pues este obrar sólo nos revela que es objeto para los demás o incluso para sí mismo. Para el psicoanalista, por el contrario, se trata de escuchar,

en su decir, el testimonio de un tiempo y un espacio (su cuerpo) que están revueltos. En la transferencia, las palabras del sujeto vuelven a dar vida al esbozo interrumpido de un Yo en desuso.

Es él el artista de su cuerpo, al que ha dejado en proyecto. Sus propios decires le dan a entender, que el instrumento para vivir en la carne, para expresar los deseos que no son solamente carnales sino también encuentros intersíquicos, de intercambios sutiles de placer, este instrumento lo ha traicionado: este cuerpo, intermediario del lenguaje, por una razón que no ha sido descodificada, se demostró un día inadecuado para el proyecto de comunicación propio del sujeto. El sujeto soportó la prueba de este Yo-cuerpo detenido en su devenir, dejado, olvidado; tal vez se ha abierto un hiato demasiado grande entre su deseo y este Yo-cuerpo, encrucijada de espacio y de tiempo donde el organismo se inscribe como objeto ².

Se puede concluir este apartado mencionando la importancia de la relación terapéutica. Lo principal es demostrar a la paciente a lo largo del tiempo que el terapeuta es responsable, consistente, permanente y confiable. El aspecto central del tratamiento es el manejo de la dinámica limítrofe, no de los síntomas asociados con

(2) *Ibid*, p. 220.

la alimentación. El objetivo último del tratamiento es posibilitar el contacto humano en lugar de sustancias, para manejar sus afectos. Con objeto de tratar eficazmente la anorexia y la bulimia es necesario afrontar los cambios biológicos, psicológicos y de la conducta. El abordaje de estos trastornos debe ser siempre multidisciplinario.

CAPITULO II

AUTOCONCEPTO

Quizá de todas las razones existentes en el interés por el estudio del comportamiento humano, ninguna sea tan importante como el deseo de los individuos de saber más acerca de sí mismos. Gran número de psicólogos contemporáneos asignan al autoconcepto una función preponderante en la integración de la personalidad, la motivación del comportamiento y el desarrollo de la salud mental.

Sin embargo, este no es un constructo reciente. En la filosofía ha sido tratado desde diversas perspectivas. La elaboración, por la psicología, del constructo de autoconcepto surge de la antigua cuestión filosófica de: ¿quién soy yo? (Oñate, 1985).

Rechazadas por los psicólogos las ideas metafísicas de alma, espíritu, deseo, por no ser aprehensibles con la metodología científica, surge el concepto de self como el más importante objeto de la experiencia de cada individuo, a causa de su primacía y continuidad en todos los aspectos del comportamiento. La utilidad o necesidad de estudios en torno al autoconcepto viene justificada por la estrecha relación que tiene con gran número de variables psicológicas.

2.1. Desarrollo histórico del concepto

El self es un concepto complejo con distintas fuentes y diversidad de significados. Desde la antigüedad se incluyó el estudio del self como estudio del alma. Sócrates hablaba del alma como la sede de la personalidad espiritual, como sujeto razonable del conocimiento y de la acción (Mueller, 1984). Para Sócrates, más que el individuo en la acepción psicológica del término, con sus facultades de percepción y de conocimiento, es la persona la que constituye el foco de su interés. La razón y el carácter moral son valores esenciales del alma. Su discípulo Platón (1980) pensaba que el alma humana era invisible, completamente diferente a la materia; era, por lo tanto, espiritual y su patria o sede era el mundo de las ideas. Aristóteles (1980) en el siglo III A.C., es el primero que hace una descripción sistemática de la naturaleza del yo; cuerpo y alma originan una síntesis que es el yo. El cuerpo es la materia y el alma es la forma. Materia y forma unidas constituyen la esencia humana. Pero fue San Agustín (1986) el primero que habló de un self personal, él pensaba que el ser humano era un alma que ocupaba un cuerpo, que sentía por el cuerpo. Señaló el papel de la conciencia refleja, hablando del autoconocimiento: el conocimiento del sujeto por él mismo está envuelto en el acto de conocer y el alma que se busca se conoce sobre todo como sujeto que busca. Para San Agustín, el hombre es, propiamente hablando, su alma. El cuerpo es el instrumento del alma y no forma parte esencial del hombre (Gutiérrez, 1979).

Durante la edad media, pocos fueron los pensadores que se ocuparon del conocimiento del self, debido al vacío cultural de la época. Más tarde, durante el Renacimiento europeo en el siglo XVII, el concepto de self tuvo lugar en el pensamiento de Descartes, Hobbes y Locke. Descartes (en Mueller, 1979) pensaba que el ser humano era una sustancia cuya esencia o naturaleza era ser consciente. Así, el self, el alma, era completamente distinta del cuerpo.

Hobbes (1979) y Locke (en Musitu y Roman, 1982) atribuían mayor énfasis a la experiencia sensorial, hasta el punto de considerarla propiamente el self; el autoconcepto sería siempre nuestras sensaciones y percepciones actuales. Posteriormente Kant (1972), en el siglo XVIII, introdujo la distinción del autoconcepto como sujeto y objeto.

James (en Wolman, 1981) es identificado como uno de los primeros psicólogos dedicados a estudiar el self o sí mismo. Para James (en Wolman, 1981), en el siglo XIX, el self era el agente de la conciencia así como también una parte importante del contenido de la misma, es decir, el self tenía una naturaleza dual: como objeto y como proceso. Para este autor, el self del hombre es la suma total de todo aquello que pueda llamar suyo, incluyendo su cuerpo, familia, posesiones, estados de conciencia y reconocimiento social. Considera también que este constructo está formado por tres constituyentes: el self social o las opiniones que los demás tienen de él; el self material o cuerpo y el self espiritual. En opinión de James (en Wolman, 1981), las

Imágenes que otros tienen se reflejan en uno y esas imágenes se incorporan formando el autoconcepto.

Cooley (1968, en La Rosa, 1985) y Mead (1972), concordando con las ideas de James, insistían en que el concepto que una persona tiene de su self surge sólo de la interacción con otros y refleja las características, expectativas y evaluaciones que otros dan a la persona: es el self espejo.

Cooley (1968, en La Rosa, 1986) escribió sobre el sí mismo desde una perspectiva más sociológica, postulando que no tiene sentido pensar en el constructo fuera del medio social en el cual está inmerso el sujeto. Este autor es particularmente conocido por su proposición del sí mismo reflejado, según la cual la concepción que un individuo tiene de sí mismo, es determinada por la percepción de las reacciones que otras personas manifiestan hacia él. Define el self como el sistema de ideas procedentes de la vida comunicativa que la mente aprecia como suyo. Así, el autoconcepto se desarrollaría a partir de las reacciones de los demás respecto al individuo; quedaba conformado por las respuestas, o mejor, por las interpretaciones subjetivas de las respuestas recibidas de las otras personas.

Mead (1972), integrando las perspectivas de James (en Wolman, 1981) y Cooley (1968, en La Rosa, 1986), incluye el uso de los símbolos, los cuales diferencian el comportamiento humano de otras formas de interacción. En este

sentido, el lenguaje es una parte esencial del desarrollo y actuación del sí mismo, o sea, el sí mismo como un proceso que utiliza símbolos y que es, al mismo tiempo, dependiente de los procesos simbólicos. Para él, el self comprende tanto el Yo, principio de acción e impulso, como el Mí, actitudes de los demás que son analizadas y tomadas en consideración por el self. El constructo de self predominantemente cognitivo y social de Mead (1972) tiene una fuerte influencia sobre los trabajos posteriores no solamente de los psicólogos sociales y sociólogos, sino también de los teóricos de la personalidad.

Durante cincuenta años, entre 1915 y 1965, el self fue marginado de la psicología social, debido al rechazo de la conciencia por parte del conductismo. Sin embargo su estudio persistió en otras áreas, donde se investigaron las discrepancias entre el self ideal y el self real y los aspectos evaluativos del self.

Algunos enfoques del aprendizaje no consideran el self como una estructura unitaria de la personalidad. Desde 1920 hasta la actualidad, los conductistas se han estado cuestionando la validez del estudio del self, por lo mentalista del constructo y la no utilización de rigurosa metodología científica.

Entre los conductistas, Skinner (1977) rechaza la suposición tradicional del sí mismo como sistema directriz unitario responsable de la función psicológica de integración; opina que el sí mismo es simplemente una concepción para representar

un sistema de respuestas funcionalmente unificado. Desde el punto de vista de la teoría conductista, el autoconcepto se define como los tipos de apreciación verbales que hace una persona respecto de sí misma. El concepto conductista no niega que los procesos internos existan, pero considera que sólo deben usarse para explicar conductas cuando puedan ser observadas y medidas científicamente.

En la teoría del aprendizaje social, Bandura (1980) introduce dos variables en el estudio del self: auto-recompensa y auto-castigo; lo que podríamos llamar autorrefuerzo. El autoconcepto o cualquier concepto del self depende de la frecuencia del autorrefuerzo, de modo que el desarrollo del self se puede considerar como un caso específico de los procesos de cambio de actitud. Estos procesos serían: el condicionamiento clásico y el operante. En el primero, el self se puede comparar a un suceso u objeto que provoca una reacción de emoción placentera. En el operante el refuerzo de las diferentes manifestaciones del self aumentará o disminuirá la frecuencia de su aparición. La naturaleza y frecuencia de estas manifestaciones o respuestas, constituye el autoconcepto de cada persona.

El aprendizaje social añade al modelo de condicionamiento un elemento que se enfoca hacia el autorrefuerzo y el aprendizaje. Asimismo, incorpora una serie de procesos internos del individuo, aunque da más importancia a la conducta observable. Los procesos mentales se asumen implícitamente.

Por otra parte, el cognitivismo asume que si se va a comprender o predecir la conducta de alguien, se debe comprender primero cómo ese individuo representa o estructura cognitivamente el mundo, es decir, comprender su marco de referencia.

Las estructuras cognitivas o esquemas que desarrollamos para representar el mundo externo proveen de líneas guías sobre cómo interpretar la información que recibimos. Sin una organización de estas estructuras, ni la percepción ni el pensamiento serían posibles. Estos esquemas, modificables por la experiencia, son las bases de la selectividad que opera en el procesamiento de la información. Uno de sus rasgos es que existen en interdependencia dinámica con el entorno, dirigiendo la actividad relevante a ellos mismos y siendo a su vez modificados por esta actividad, de tal forma que los esquemas son cambiados y actualizados continuamente.

En el cognitivismo, teóricos como Epstein (1973) han considerado el self como una estructura cognitiva o conjunto de estructuras que organizan, modifican e integran funciones de la persona. Una idea importante de esta teoría es que el autoconcepto de cada persona es diferente porque sus estructuras cognitivas o sistemas de esquemas son diferentes, de manera que un sujeto tiene esquemas sólo de aquellos aspectos de su conducta que le son importantes. Epstein (1973) resume las características del autoconcepto en los siguientes puntos:

- Tiene un grado razonable de consistencia interna.

- Contiene diversos sí mismos empíricos, tales como el self corporal, espiritual y social.
- Es una organización dinámica, que cambia con la experiencia, asimilando nueva información.
- Se descubre en la experiencia externa, particularmente en la interacción social con otros significativos para el sujeto.
- Es esencial para la función del individuo, de lo contrario éste se sentirá amenazado y ansioso.
- Sus dos funciones principales son: a) organizar los datos de la experiencia, particularmente aquellos que involucran una interacción social y b) facilitar el interés por satisfacer las necesidades y evitar la desaprobación y la ansiedad.

Para Rogers (1972) el autoconcepto es una fotografía organizada y una gestalt organizacional del sí mismo. Se puede definir operativamente como la estructura del sí mismo, una configuración organizada de sus percepciones, que son admisibles a la conciencia. Se compone de elementos tales como las percepciones de las propias características y capacidades; los conceptos de sí mismo en relación con los demás y con el medio; las cualidades de valor que se perciben como asociadas con las

experiencias y con los objetos; y las metas e ideales que poseen valor positivo o negativo. Rogers (1972) considera como características del self las siguientes:

- Es consciente. Sólo incluye las experiencias o percepciones conscientes, es decir, simbolizadas en la conciencia.
- Es una gestalt o configuración organizada y, en cuanto tal, se rige por las leyes de los campos perceptuales. Este carácter de totalidad organizada sirve para explicar las grandes fluctuaciones en los sentimientos o actitudes hacia sí mismo observadas en los pacientes. Un cambio en un aspecto de poca importancia, puede alterar la configuración global.
- Contiene percepciones de uno mismo, valores e ideales.

Esta definición del autoconcepto constituye una aplicación concreta de la teoría fenomenológica adoptada por Rogers (1972) para la elaboración teórica de la personalidad.

Diversos autores abordan el autoconcepto desde una perspectiva de la teoría del rol. Así por ejemplo, Newcomb (1950, en La Rosa, 1986) y Sherwood (1965, 1967, en La Rosa, 1986) enfatizan que el sí mismo y la ocurrencia de autoevaluaciones son el resultado de procesos sociales que involucran las

apreciaciones provenientes de otras personas significativas y el desempeño de roles sociales.

Una perspectiva relacionada con la anterior es la teoría del grupo de referencia, cuyos principales representantes son Sherif y Sherif (1969) y Mannheim (1966). Ellos resaltan el contenido de las identificaciones grupales y la función de las mismas como puntos de referencia en la autopercepción y en la autoevaluación.

Para Coopersmith (1967), psicólogo social, el concepto de sí mismo designa un conjunto de ideas y actitudes de las que se tiene conciencia en un momento determinado. Otra manera de concebirlo consiste en ver en él una estructura cognoscitiva organizada y derivada de las experiencias del sujeto. Así, de la conciencia acerca de uno surgen las ideas o conceptos sobre la clase de persona que cada individuo piensa ser. En suma, el concepto de sí mismo es lo que pensamos de nuestra persona.

La elaboración del concepto de sí mismo supone un lento proceso de diferenciación, a través del cual una persona emerge gradualmente de ese mundo total de conciencia y define cada vez con mayor claridad su individualidad y su naturaleza (Hamachek, 1981).

En gran medida el concepto de sí mismo es fruto de las apreciaciones que hace la gente sobre uno. No sólo reacciona ante lo que decimos, sino también ante nuestro aspecto. La retroalimentación proporcionada por los demás es la base de los opiniones que nos formamos en torno a nuestros estados emocionales, destrezas personales y atractivo físico.

Byrne (1984) afirma que en términos generales el autoconcepto es nuestra percepción de nosotros mismos; en términos específicos, son nuestras actitudes, sentimientos y conocimientos respecto a nuestras capacidades, habilidades, apariencia y aceptabilidad social.

Con el tiempo, el cuerpo llega a desempeñar un papel central en las percepciones que una persona tenga de sí misma. La forma particular como una persona percibe su cuerpo, deformado o no, conlleva importantes consecuencias.

2.2 Formación del autoconcepto

La formación del autoconcepto se ha reconocido como un aspecto importante del desarrollo humano. Un punto básico en su estudio es la aparición progresiva de la capacidad de introspección junto con la capacidad percibida objetivamente, teniendo presentes las similitudes y diferencias propias en relación con los otros. Algunos de

los autores que se han ocupado de estudiar ampliamente la evolución del autoconcepto son James (1981), Cooley (1968, en La Rosa, 1986) y Mead (1972). Aportaciones importantes a este aspecto han sido dadas también por Allport (en Cueli y Reidl, 1985), con su perspectiva del rasgo; Piaget e Inhelder (1973), con su enfoque cognitivo; y Erikson (1980), con el análisis psicosocial.

Allport (en Cueli y Reidl, 1985) refiere que el autoconcepto se va desarrollando gradualmente durante la infancia. El habla de dos grandes fases: los tres primeros años de vida, donde comienza, primero, el sentido del sí mismo corporal, después el sentido de una continua identidad de sí mismo y, por último, la estimación de sí mismo. La segunda fase abarca de los cuatro a los seis años de edad; en ella se profundiza en las conquistas logradas y aparecen dos nuevos aspectos que se añaden a los anteriores: la extensión y la imagen del sí mismo.

Erikson (1980) afirma que la personalidad se desarrolla de acuerdo con pasos conocidos en la disposición del organismo humano. Este autor resume en ocho fases las edades de la vida de cualquier persona. Los rasgos de cada una, son, de algún modo, predeterminados. Desde las primeras fases se comienza a gestar el autoconcepto del sujeto, el cual puede ser positivo o no, de acuerdo a las experiencias vividas por éste.

En los aspectos arriba mencionados subyace la progresiva formación de un esquema corporal diferenciado, la formación de un autoconcepto concreto, adecuado o no, integrado e integrador de los diferentes aspectos y realidades infantiles y, sobre todo, matizado positiva o negativamente según las vivencias experimentadas. En esta etapa, el papel de los padres y educadores es de suma importancia, ya que es el momento preciso de ayudar al niño en la formación de un autoconcepto claro, diferenciado, valorativo y equilibradamente positivo.

Cooley (1968, en La Rosa, 1986) consideró que existen tres pasos en el desarrollo del self como imagen o reflejo:

- Imaginación de lo que la apariencia propia represente para los demás.
- Imaginación del juicio valorativo que los demás hacen de la apariencia propia (positivo o negativo).
- Orgullo o satisfacción personal si uno imagina que el juicio de los demás es positivo. Humillación, temor, etc., en caso contrario.

Para Mead (1972), el niño pasa por dos estadios en el desarrollo del self. Estos estadios son:

- a) El juego simbólico, en el que el niño asume diversos roles, representando diferentes papeles en la interacción con sus compañeros, teniendo la oportunidad de observar las conductas ajenas desde esos papeles y pasando de uno a otro con facilidad.
- b) El juego socializado, implicando papeles relevantes que son conformadores de una conducta determinada.

Se puede concluir este apartado mencionando que la formación del autoconcepto se da fundamentalmente por la socialización entre el mundo de los padres y los iguales, teniendo gran importancia los primeros años de vida. Como afirma Johnson (1972), las actitudes de un niño para consigo mismo, las adopta como resultado de la interacción con otros individuos que son importantes para él y que abrigan expectativas respecto de él.

2.3. Medición del autoconcepto

El interés por este concepto ha llevado a diversos autores a elaborar instrumentos para evaluarlo. Rosenberg (1965, en La Rosa, 1986) desarrolló una escala para medir autoestima, constituida por diez reactivos, a los cuales se contesta en una escala de cuatro puntos, desde totalmente de acuerdo hasta totalmente en desacuerdo. La medida diseñada tiene el mérito de ser breve y de fácil administración.

Coopersmith (1967) elaboró una escala para medir autoestima que consta de cincuenta reactivos en la forma más larga y de veinticinco en su forma reducida; se reporta una correlación de 0.95 en las dos formas.

Fitts (1965, en La Rosa, 1986) construyó una escala multidimensional que es ampliamente utilizada -"The Tennessee Self Concept Scale"- . Está constituida por noventa reactivos, balanceados positiva y negativamente y las respuestas varían de completamente verdadero hasta completamente falso, en un intervalo de cinco puntos. Los reactivos son clasificados en cinco categorías generales: autoconcepto físico, autoconcepto ético, autoconcepto personal, autoconcepto familiar y autoconcepto social. Una medida total de autoconcepto se deriva de los noventa reactivos, proporcionando, además, medidas para cada una de las áreas antes mencionadas.

La Rosa (1986) realizó la construcción y validación de una escala multidimensional para medir autoconcepto en la cultura mexicana, la cual se utilizó en la presente investigación. En el capítulo III, en el apartado 3.8., se amplía la información acerca de la misma.

2.4. Antecedentes de investigaciones relacionadas con el autoconcepto en pacientes con bulimarexia

Hartley (1989) examinó la relación entre la imagen corporal y la imagen de sí mismo, teniendo como muestra nueve mujeres y un hombre con diagnóstico de anorexia nervosa primaria, así como diez controles que fueron apareados a los anteriores por sexo, edad y nivel educativo. Los sujetos estimaban las medidas de su cuerpo en algunos puntos: pecho, cintura y caderas. Se les aplicaron tres escalas que valoraban seguridad-inseguridad, catexia corporal y una lista de adjetivos. La comparación entre las medidas auto-estimadas con las medidas reales de los sujetos, reveló un error perceptual significativamente mayor en los pacientes que en los controles, encontrándose una relación muy clara entre las actitudes hacia el cuerpo, la estimación de las medidas corporales y las actitudes hacia sí mismo. Estos hallazgos sugieren que el tratamiento de las pacientes debe incluir mejoras en estas áreas que se interrelacionan.

Swift, Bushnel, Hanson y Logemann (1986) aplicaron una Escala de autoimagen y un Cuestionario de comportamiento social a una muestra de treinta mujeres anoréxicas hospitalizadas, con edades entre trece y diecinueve años. Encontraron un ajuste pobre en el manejo de emociones, la auto-imagen, la imagen-corporal y en las actitudes sexuales, en contraste con otras áreas en las que mostraron un buen ajuste, tales como cuestiones morales, control de impulsos y logros educativos.

Diversas investigaciones han confirmado la presencia de características de personalidad comunes en este tipo de pacientes, tales como depresión, dificultad para establecer relaciones interpersonales, dependencia excesiva de los padres y sumisión hacia ellos (Swift, Andrews y Barklage, 1986), (Viesselman y Roig, 1985). Enfoques psicodinámicos y sociales concuerdan en que los trastornos de la alimentación son reflejo de una problemática profunda en la estructura familiar de las personas que los padecen, en la dinámica de sus relaciones, en la expresión de los afectos y en los estilos de interacción. Como resultado, los hijos tienen problemas en la consolidación de su identidad y en el logro de su independencia del núcleo familiar.

Una serie de estudios han mostrado que el medio intrafamiliar de las pacientes bulimáxicas es altamente conflictivo, hostil y desorganizado, existiendo poca tolerancia y empatía entre sus miembros (Garner, Garfinkel y O'Shaughnessy, 1985; Strober, 1981 y Humphrey, 1987). En dichas familias existen prohibiciones sofocantes, rigidez e incapacidad para manejar conflictos. No se respeta la autonomía

y privacidad de sus miembros (Humphrey, 1989; Bemporad, Ratey, O'Driscoll y Daehler, 1988). La percepción que las pacientes tienen de su familia incluye una carencia de énfasis en el logro de conductas independientes y en la libre expresión de sentimientos (Johnson y Flach, 1985).

Diversos factores pueden contribuir al deterioro del autoconcepto en las mujeres bulmaréxicas. La inconformidad y preocupación constantes y excesivas por su imagen corporal que, como se ha visto, conllevan toda una serie de rutinas, hábitos y restricciones; los sentimientos de culpa y la depresión experimentados después de los episodios de voracidad; sus deficientes relaciones interpersonales, así como la dinámica familiar en que se encuentran inmersas, constituyen un estilo de vida en donde la percepción de sí mismas (autoconcepto) puede encontrarse devaluada.

CAPITULO III

METODOLOGIA

3.1. Planteamiento del problema

¿Existen diferencias significativas entre el autoconcepto de las pacientes con bulimarexia que asisten a la Clínica de Anorexia Nervosa del Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán" (INNSZ) y el autoconcepto de mujeres sin este trastorno de la alimentación ?.

3.2. Objetivo general

Determinar si existen diferencias significativas entre el autoconcepto de las pacientes con bulimarexia que asisten a la Clínica de Anorexia Nervosa del INNSZ y el autoconcepto de mujeres sin este trastorno de la alimentación.

3.3. Objetivos específicos

- Obtener la media de los puntajes derivados de la escala de autoconcepto que se aplicará a las pacientes con bulimarexia que constituyan el grupo experimental.
- Obtener la media de los puntajes derivados de la escala de autoconcepto que se aplicará a los sujetos que no cursen con el trastorno y constituyan el grupo control.
- Determinar estadísticamente si existen diferencias significativas entre los dos grupos.
- Obtener las medias en el grupo experimental, de cada una de las cinco dimensiones del autoconcepto comprendidas en la escala que se utilizará.
- Obtener las medias en el grupo control, de cada una de las cinco dimensiones del autoconcepto comprendidas en la escala que se utilizará.
- Determinar estadísticamente si existen diferencias significativas entre ambos grupos en cada una de las dimensiones ponderadas.

3.4. Hipótesis

A continuación se citan las hipótesis de trabajo (HT) y las hipótesis alternas (HA), omitiéndose las hipótesis nulas (Ho) por ser su contraparte y para evitar la repetición de enunciados.

HT1 Existen diferencias estadísticamente significativas entre la media de los puntajes obtenidos con la Escala de Autoconcepto de La Rosa (anexo 1) en las pacientes con bulimarexia de la Clínica de Anorexia Nervosa del INNSZ -grupo experimental- y la media de los puntajes obtenidos en mujeres sin este trastorno de la alimentación -grupo control-.

HA1 El autoconcepto de las pacientes con bulimarexia es significativamente menor que el autoconcepto de los sujetos control.

HT2 Existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, en cada una de las cinco dimensiones que contempla la Escala de Autoconcepto de La Rosa.

De la hipótesis anterior se desprenden las siguientes:

HA2 El autonecepto en la dimensión social de las pacientes con bulimarexia es significativamente menor que su equivalente en los sujetos control.

HA3 El autonecepto en la dimensión emocional de las pacientes con bulimarexia es significativamente menor que su equivalente en los sujetos control.

HA4 El autonecepto en la dimensión ocupacional de las pacientes con bulimarexia es significativamente menor que su equivalente en los sujetos control.

HA5 El autonecepto en la dimensión ética de las pacientes con bulimarexia es significativamente menor que su equivalente en los sujetos control.

HA6 El autonecepto en la dimensión iniciativa de las pacientes con bulimarexia es significativamente menor que su equivalente en los sujetos control.

3.5. Definición de variables

Definición conceptual de las variables:

Variable independiente: bulimarexia. Se define como un trastorno de la alimentación que implica un rechazo contundente a mantener el peso corporal en el valor teórico esperado, con miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, alteración en la

imagen corporal, ausencia de por lo menos tres ciclos menstruales y posibles episodios de voracidad, seguidos de vómitos inducidos y abuso de laxantes y/o diuréticos (A.P.A., 1987).

Variable dependiente: autoconcepto. Es la percepción que cada persona tiene de sí misma; las actitudes, sentimientos y conocimientos respecto a las capacidades propias, habilidades, apariencia y aceptabilidad social (Byrne, 1984).

Definición operacional de las variables:

Bulimarexia: está definida de acuerdo a los criterios del DSMIII-R (A.P.A., 1987).

Autoconcepto: es el puntaje que cada sujeto obtenga en la Escala de Autoconcepto de La Rosa (anexo 1).

3.6. Población y muestra

La población está constituida por un número reducido de pacientes que acuden a solicitar tratamiento a la Clínica de Anorexia Nervosa del INNSZ. La población es fluctuante ya que el ingreso de pacientes es variable e impredecible.

Tamaño de la muestra:

El tamaño de la muestra se obtuvo utilizando el programa SYSTAT (Wilkinson, 1984), con la rutina de N mínima para estudios de casos y controles, en donde:

$\alpha = 0.05$ probabilidad de cometer el error tipo 1.

$\beta = 0.20$ probabilidad de cometer el error tipo 2.

$p = 0.05$ probabilidad de encontrar la característica estudiada en la población problema.

$q = 0.05$ probabilidad de encontrar la característica estudiada en la población control.

Los valores asignados a p y q son los recomendados cuando se desconoce la viabilidad de la característica blanco (autoconcepto) en la población problema.

La muestra quedó constituida por 19 pacientes y 19 controles.

3.7. Criterios de Inclusión y Exclusión

Grupo experimental:

Se compuso de 19 pacientes bulimáxicas que asistieron a la Clínica de Anorexia Nervosa del INNSZ durante los meses de septiembre de 1991 a febrero de 1993. Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

- Sexo femenino.
- Entre 14 y 30 años de edad (premenopáusicas).
- Que presentaron los criterios diagnósticos del DSMIII-R (A.P.A., 1987).
- Que sabían leer y escribir.
- Carta de consentimiento para participar en la investigación firmada por la paciente, el padre o tutor y los testigos correspondientes.

Grupo control:

Lo constituyeron 19 sujetos que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión:

- Sexo femenino.
- Entre 14 y 30 años de edad (premenopáusicas).
- Que sabían leer y escribir.
- Sin evidencia de enfermedad mental o física importante.

- Carta de consentimiento para participar en la investigación firmada por la persona y dos testigos. En caso de ser menor de 18 años, el consentimiento será firmado también por sus padres o tutores.

La selección de los controles fue por apareamiento: a cada paciente le correspondió un control con características similares. Las variables que se tomaron en cuenta para el apareamiento fueron: edad, estado civil, ocupación y escolaridad.

3.8. Instrumento

En la presente investigación se utilizó la Escala de Autoconcepto de La Rosa (anexo 1) y un Cuestionario de datos demográficos y clínicos, este último contemplando dos versiones: para el grupo experimental (anexo 2) y para el grupo control (anexo 3).

3.8.1. Escala de Autoconcepto

Esta escala en su forma definitiva es el resultado de cinco estudios piloto y una aplicación final, involucrando un total de 2,626 sujetos, de los cuales 51.43% eran hombres y 48.57% eran mujeres. La mayoría de estos sujetos eran estudiantes

universitarios o de preparatoria (95.66%). Se realizaron pruebas t de Student para verificar el poder discriminativo de los reactivos, análisis factoriales para verificar la validez de constructo y cálculos de consistencia interna (alpha de Cronbach).

Se identificaron cinco dimensiones fundamentales: social, emocional, ocupacional, ética y de iniciativa, las cuales se correlacionan significativamente entre sí ($r = 0.40$ en donde $p < 0.001$). La consistencia interna de la escala total (alpha de Cronbach) fue de 0.94.

Las interrelaciones presentadas por las diversas subescalas del constructo están de acuerdo con teorías de la personalidad según las cuales el ser humano no se constituye de fracciones separadas sino que es una unidad biopsíquica, en la cual, las ganancias en un área repercuten en las demás.

Esta escala fue construida en el formato del diferencial semántico. Consta de 64 reactivos, con siete intervalos entre los adjetivos bipolares. Cada par de adjetivos está mezclado en forma aleatoria, tanto en lo que se refiere a las dimensiones del autoconcepto como en lo concerniente a la direccionalidad de los adjetivos, es decir, el extremo positivo y el negativo están tanto en el lado derecho como en el izquierdo. La línea junto al reactivo indica que esa característica se posee en mayor grado; el espacio central es un punto neutro y las líneas entre la central y la extrema muestran la direccionalidad del adjetivo en cantidad (poco o bastante).

Para obtener la calificación global se suman los puntajes de cada uno de los reactivos del instrumento. Cuando se requiere obtener la calificación por áreas se suman los puntajes de los reactivos que las constituyen.

Un aspecto muy importante es que esta escala fue desarrollada en y para la cultura mexicana, tomando en cuenta la importancia de este factor en la evaluación de la personalidad (Díaz-Guerrero, 1971). Por ello se ha considerado el instrumento idóneo para la presente investigación.

A continuación se harán comentarios particulares respecto de cada una de las dimensiones:

DIMENSION SOCIAL:

Este aspecto fue identificado en los estudios piloto realizados antes de llegar a la elaboración del documento final. Los sujetos participantes decían que un aspecto muy importante en sus vidas eran las relaciones humanas que ellos mantenían con sus familiares, amigos, compañeros, maestros y otras personas con las cuales interactuaban eventual o sistemáticamente. Ellos verbalizaron que esas relaciones eran fuente de alegría y satisfacción o de tristeza y abatimiento, dependiendo del contenido, circunstancia y tonalidad emocional que caracterizaba la relación. Las subescalas de sociabilidad afiliativa, de sociabilidad expresiva y de accesibilidad fueron

brindadas en primer lugar por la experiencia de los sujetos de la investigación, que se tradujo en los adjetivos proporcionados por los mismos.

DIMENSION EMOCIONAL:

Esta dimensión está también justificada primeramente por el proceso de construcción de la escala. Las subescalas estado de ánimo, afectividad o sentimientos interindividuales y salud emocional, emergieron de los adjetivos proporcionados por la muestra encuestada y del consecuente análisis factorial.

Con referencia a la subdimensión Estado de ánimo, se puede decir que existen emociones que el individuo experimenta en la subjetividad y que no tienen como objeto inmediato trascender los límites del yo. Son consecuencia de su estado físico, de los logros alcanzados, de la calidad de sus relaciones interpersonales, etc. El resultado de esto es un sentimiento de realización personal -lo que caracteriza la subescala estados de ánimo en el polo positivo-, o de desaliento, tristeza, amargura, y frustración personal.

La subdimensión Afectividad o sentimientos interindividuales, al contrario de la anterior, trasciende los límites del yo y tiene como objeto inmediato el otro. Estos sentimientos hacia los demás son en gran parte resultado del proceso de socialización.

Salud emocional fue la denominación dada al tercer aspecto de la Dimensión Emocional. Evidentemente la consideración de salud emocional se encuentra relacionada con el estado de ánimo y los sentimientos interindividuales. Una persona feliz, alegre y optimista es una persona bastante sana respecto a los sentimientos experimentados y lo contrario se puede decir de un individuo deprimido, triste y frustrado. Consideraciones semejantes se pueden hacer referentes a los sentimientos interindividuales: saludable es la persona cariñosa, amorosa y tierna y menos sano el individuo seco, odioso e insensible.

DIMENSION OCUPACIONAL:

Una de las ventajas de esta dimensión es su generalidad, lo que permite la evaluación del estudiante, profesionista, funcionario, trabajador, etc. Hay escalas hechas en otras culturas que permiten la evaluación del autoconcepto académico pero que no son utilizables con muestras diferentes de los estudiantes. En cambio, en el test de La Rosa (1986), la dimensión ocupacional abarca tanto la evaluación académica como las ocupaciones de las más diferentes naturalezas.

DIMENSION ETICA:

El ser humano es un ser axiológico, es decir, es fuente de valor y de la actividad valorativa, en cuanto atribuye valor a los otros individuos, a los objetos que lo circundan y a los ideales que persigue. Su felicidad depende de que alcance estos ideales, mantenga una relación armoniosa con los demás individuos y tenga la

posesión de bienes y objetos necesarios para su supervivencia y desarrollo. Hay algunos principios éticos que proceden del sentido común y que son aceptados por las más diferentes culturas. Así, se espera que el individuo sea honesto y no deshonesto, recto y no corrupto, sincero y no mentiroso. La cultura y el proceso de socialización son los vehículos a través de los cuales estos principios son transmitidos.

DIMENSION INICIATIVA:

Esta dimensión verifica la iniciativa del individuo en situaciones sociales y por eso se asemeja a subescalas que miden liderazgo. Desde otro punto de vista, la iniciativa se refiere también al estilo como el individuo desempeña sus actividades u ocupaciones.

3.8.2. Cuestionario de datos demográficos y clínicos

Este cuestionario se elaboró con el objeto de obtener datos que pudieran enriquecer el análisis y la interpretación de resultados (anexo 2 y 3), tales como: edad, número de hermanos, lugar que ocupa en el orden de nacimientos, estado civil, escolaridad y ocupación de la persona encuestada, así como de sus progenitores. La versión para el grupo experimental incluye además, preguntas acerca de la edad de comienzo del trastorno, tiempo de evolución y tiempo de tratamiento.

3.9. Diseño de investigación

El presente trabajo es un estudio de campo, transversal, descriptivo. Se trata de un diseño con dos muestras independientes. En él se pretende establecer la relación entre dos variables, sin que exista control o manipulación de ninguna de ellas (Kerlinger, 1986; Pick y López, 1983).

3.10. Procedimiento

3.10.1. Selección de pacientes

Los médicos de la Clínica de Anorexia Nervosa, del Departamento de Medicina Psicológica del INNSZ, mediante una entrevista clínica no estructurada, llevaron a cabo los diagnósticos de bulimarexia -de acuerdo a los criterios establecidos en el DSMIII-R (A.P.A., 1987)- en la población de pacientes que asistió a la Clínica a solicitar tratamiento. El investigador corroboró que la paciente reuniera el resto de los criterios de inclusión ya señalados. Cuando así fue el caso, se llevó a cabo una entrevista con la paciente para invitarla a participar en la investigación, explicándole ampliamente, a ella y a sus padres o tutores, cual era el procedimiento del estudio, en que consistía la colaboración que de ella se requería, los instrumentos que se le aplicarían, así como el hecho de que una conocida suya debía ser invitada a formar

parte del estudio. Con el acuerdo de la paciente y de sus padres, se firmó la Carta de consentimiento (anexo 4), con los testigos requeridos. En seguida se llevó a cabo la aplicación de la Escala de Autoconcepto de La Rosa (anexo 1) y el Cuestionario de datos demográficos y clínicos (anexo 2).

3.10.2. Selección de controles

A cada una de las pacientes que fueron incluidas en el grupo experimental, se les pidió que proporcionaran el nombre de una amiga que tuviera una edad, estado civil, ocupación y escolaridad semejantes a los suyos. Esta persona fue su control correspondiente. Este procedimiento fue informado a la paciente desde un principio, como se explica en el apartado 3.8.1. Cada paciente decidió la selección de su control respectivo, con el objeto de respetar el derecho a la confidencialidad de su diagnóstico.

3.10.3. Aplicación de los instrumentos al grupo experimental

La resolución de la Escala de autoconcepto por las pacientes se hizo en forma individual. Se llevó a cabo en un consultorio de la Clínica de Anorexia Nervosa del

INNSZ, en los horarios de asistencia a consulta externa (entre 8.00 a.m. y 13.00 p.m.).

3.10.4. Aplicación de los instrumentos al grupo control

El investigador se puso en contacto telefónico con la persona cuyos datos proporcionó cada una de las pacientes, para concertar una entrevista; en ella se le informaron las razones que llevaron a invitarla como parte del estudio, amén de ser mencionadas por escrito en la Carta de consentimiento (anexo 5). Se le explicó lo que es un grupo control, haciendo énfasis en el hecho de que no existía ninguna sospecha de patología en ella. Cuando se trataba de menores de 18 años, el consentimiento fue firmado también por uno de sus padres o tutores. Después de firmar el formato de consentimiento se llevó a cabo la aplicación de la Escala de Autoconcepto de La Rosa (anexo 1) y el Cuestionario de datos demográficos y clínicos (anexo 3).

3.11. Análisis Estadístico

Teniendo un nivel de medición intervalar, se calculó la homoscedasticidad o similitud de varianzas entre los dos grupos con la prueba de Bartlett (Snedecor y Cochran, 1971), con el objeto de establecer si los grupos estudiados se ajustaban a

una distribución normal. Así, como esta prueba no resultó significativa se comprobó que las varianzas entre las dos muestras eran homogéneas, por lo que se procedió a efectuar una comparación con la prueba "t" de Student para grupos independientes. Después, para saber si existían diferencias grupales para cada una de las dimensiones derivadas de la Escala de Autoconcepto de La Rosa, se realizaron comparaciones con la prueba "t" con corrección de Bonferroni (1987) con el objeto de mantener el nivel de $\alpha = 0.05$. Este valor de significancia fue el máximo considerado en todos los tratamientos estadísticos. Todos los análisis matemáticos antes mencionados se realizaron con el programa SYSTAT (Wilkinson, 1984).

3.12. Facilidades disponibles

La presente investigación fue realizada en el Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán", siendo aprobada por el Comité de Ética de Investigaciones Biomédicas en Humanos, con fecha de aprobación y registro el 10 de septiembre de 1991.

Como psicóloga clínica voluntaria del Departamento de Medicina Psicológica del INNSZ, la autora del presente trabajo tuvo acceso al grupo de pacientes estudiado, así como a las instalaciones de la Clínica de Anorexia Nervosa.

CAPITULO 4

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En este capítulo se presentan los resultados de los análisis estadísticos propuestos en el capítulo anterior. Estos resultados nos permiten aceptar o rechazar, según el caso, las hipótesis planteadas. Se discutirán los resultados en función del marco teórico y de las hipótesis, para llegar finalmente al planteamiento de conclusiones con respecto al problema abordado en la presente investigación.

4.1. Análisis de las variables demográficas y clínicas

A continuación se presentan las variables contempladas en el cuestionario de datos demográficos y clínicos aplicado a cada uno de los sujetos participantes en la investigación.

Este análisis se llevó a cabo con el objeto de saber si ambos grupos son homogéneos en relación a estas variables. Si existieran diferencias estadísticas entre grupos en alguna de ellas, significaría que esa variable podría estar influyendo en las diferencias de autoconcepto entre los grupos. De lo contrario, al no haber diferencias

significativas entre éstas, se puede confiar en que las discrepancias que se encuentren en el autoconcepto se deberán a la presencia o ausencia de bulimarexia.

En la tabla 1 se presentan la media, desviación estandar y valores de p para las variables de edad, número de hermanos, lugar que ocupa en el orden de nacimientos (paridad), edad del padre y de la madre, así como la escolaridad de ambos.

TABLA 1. Comparación* de variables demográficas en el grupo de bulimaréxicas.

Variable	Grupo control x ± d.e.	Grupo exp. x ± d.e.	valor de p
edad	19.05 ± 4.45	18.68 ± 4.05	0.791
no. hermanos	2.05 ± 0.91	2.00 ± 1.29	0.885
paridad	1.78 ± 0.71	2.00 ± 1.45	0.574
edad padre	48.47 ± 6.47	50.89 ± 12.71	0.464
edad madre	46.42 ± 7.09	45.31 ± 6.89	0.629
escol. padre	15.63 ± 2.24	14.73 ± 3.70	0.374
escol. madre	13.52 ± 2.56	12.89 ± 3.55	0.534

p < 0.05 = significativo.

* "t" de Student no pareada para grupos independientes.

Como se observa en la tabla 1, ninguno de los valores de las variables demográficas encuestadas es significativamente diferente de los controles. Esta homogeneidad permitirá una interpretación más confiable de los datos que se obtengan en los análisis estadísticos y en el rechazo o aceptación de las hipótesis.

En la siguiente tabla se incluyen otras variables demográficas comparadas con el grupo control, tales como estado civil, ocupación y vida sexual activa. Los valores están dados en porcentajes. No se consideró necesario llevar a cabo tratamiento estadístico ya que las similitudes son obvias.

TABLA 2. Comparación de variables demográficas cuantificables en porcentaje.

variable	grupo control %	grupo experimental %
estado civil	95% solteras 5% casadas	95% solteras 5% casadas
ocupación	89% estudiantes 5% empleadas 5% hogar	89% estudiantes 5% empleadas 5% hogar
vida sexual activa	31% si 69% no	26% si 74% no

En la tabla 2 se observa que el grupo experimental es similar al grupo control en estado civil y en la ocupación de los sujetos que lo conforman. Con lo que respecta a la variable vida sexual activa, las diferencias son mínimas. Al parecer, estas tres variables tampoco tienen influencia en las diferencias en los puntajes de autoconcepto de los sujetos de investigación.

A continuación se presentan las medias y desviaciones estandar correspondientes a la edad de comienzo del trastorno, tiempo de evolución y tiempo de tratamiento en el grupo experimental.

TABLA 3. Algunos datos clínicos de las pacientes bulimáxicas.

edad comienzo enf. x ± d.e.	tiempo evol.(años) x ± d.e.	tiempo tratamiento x ± d.e.
16 ± 4.12	2.73 ± 2.40	1.43 ± 0.67

En la tabla 3 se muestra que la edad de comienzo de la enfermedad (16 ± 4.12) corresponde al período de la adolescencia e incluso de la pubertad. El tiempo de evolución es relativamente corto (2.73 ± 2.40), lo cual está en relación con la edad de las pacientes (18.68 ± 4.05) (ver tabla 1). El tiempo de tratamiento (1.43 ± 0.67), es también reducido, debido al tiempo de evolución de la bulimarexia.

4.2 Análisis de los puntajes totales de autoconcepto de los grupos

El análisis con la prueba de Bartlett mostró que existe homogeneidad de varianzas entre los dos grupos, ya que se obtuvo un valor no significativo de $p = 0.279$.

Al tratarse de varianzas homogéneas se puede realizar la comparación de las medias del puntaje global de cada grupo. En los anexos 6, 7 y 8 se presentan los puntajes totales y por dimensiones para cada paciente.

En la figura 1 se muestran las comparaciones de los puntajes globales de la Escala de Autoconcepto, con la prueba t de Student para grupos independientes.

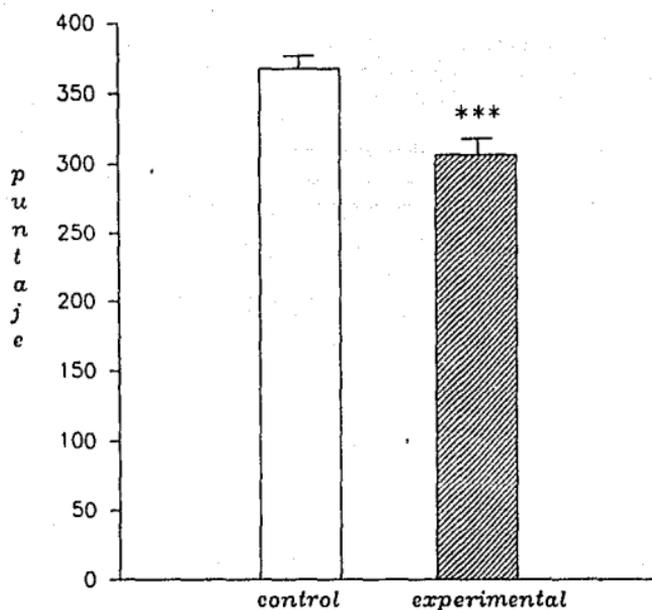


figura 1.- Valor promedio y error estándar de los puntajes de autoconcepto de los dos grupos estudiados. *** $p < 0.001$.

Como se puede observar en la figura 1, existe una clara diferencia estadística entre la media del grupo control (barra clara) y la media del grupo experimental (barra oscura) ($t = 4.186$; $p = 0.001$). De esta manera se rechaza la hipótesis de nulidad correspondiente, aceptándose la hipótesis de trabajo no. 1 en la que se afirma:

- Existen diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes obtenidos con la Escala de Autoconcepto de La Rosa en las pacientes con bulimarexia de la Clínica de Anorexia Nervosa del INNSZ -grupo experimental- y los puntajes obtenidos en mujeres sin este trastorno -grupo control.

Queda aceptada también la hipótesis alterna no. 1, que hace referencia a la dirección de las diferencias encontradas:

- El autoconcepto de las pacientes con bulimarexia es significativamente menor que el autoconcepto de los sujetos control.

A continuación se analizarán los resultados para la hipótesis de trabajo no. 2, que establece:

- Existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, en cada una de las cinco dimensiones que contempla la Escala de Autoconcepto de La Rosa.

Esta hipótesis no puede ser aceptada ya que, si bien en cuatro de las cinco dimensiones se encontraron diferencias estadísticas, en la dimensión ocupacional la diferencia no fue significativa, como se puede observar en la tabla 4 del siguiente apartado, donde se reporta el análisis para cada dimensión.

4.3 Análisis entre grupos para cada una de las dimensiones del autoconcepto

En la tabla 4 se muestran las comparaciones estadísticas para cada una de las dimensiones estudiadas. Se hicieron análisis con la prueba t de Student no pareada con corrección de Bonferroni, para las cinco dimensiones comprendidas en la Escala de Autoconcepto. Los resultados se expresan como la media \pm desviación estándar de los puntajes obtenidos. Se muestran además los valores de t y de p.

Tabla 4. Comparación* por dimensiones de los grupos estudiados.

dimensión	gpo. control x \pm d.e.	gpo. exp. x \pm d.e.	valor de t*	valor de p
social	106.3 \pm 19.3	128.0 \pm 14.7	3.893	0.001
emocional	98.5 \pm 26.1	127.0 \pm 16.3	4.020	0.001
iniciativa	22.1 \pm 5.2	27.8 \pm 4.5	3.635	0.001
ética	33.6 \pm 6.7	37.3 \pm 3.9	2.079	0.045
ocupacional	46.0 \pm 7.4	47.6 \pm 5.4	0.767	0.448

p < 0.05 = significativa.

* t de Student para grupos independientes, con corrección de Bonferroni.

* g.l. = 36.

Como se muestra en la tabla 4, en la dimensión social se obtuvo una diferencia significativa entre ambos grupos ($t = 3.893$, g.l. = 36; $p = 0.001$). Lo anterior permite rechazar la hipótesis nula no. 2 y aceptar la hipótesis alterna correspondiente:

- El autoconcepto en la dimensión social de las pacientes con bulimarexia es significativamente menor que su equivalente en los sujetos control.

Para la dimensión emocional las diferencias entre grupos también fueron significativas ($t = 4.020$, g.l. = 36; $p = 0.001$). Por lo tanto se rechaza la hipótesis nula que establece la ausencia de diferencias y se acepta la hipótesis alterna no. 3, la cual asevera:

- El autoconcepto en la dimensión emocional de las pacientes con bulimarexia es significativamente menor que su equivalente en los sujetos control.

En la dimensión ocupacional los valores obtenidos muestran que no existen diferencias significativas para dicha dimensión entre los dos grupos estudiados ($t = 0.767$, g.l. = 36; $p = 0.448$). Por lo tanto, la hipótesis alterna no. 4 -el autoconcepto en la dimensión ocupacional de las pacientes con bulimarexia es significativamente menor que su equivalente en los sujetos control- se rechaza, aceptándose la hipótesis de nulidad:

- El autoconcepto en la dimensión ocupacional de las pacientes con bulimarexia no es significativamente menor que su equivalente en los sujetos control.

Con respecto a la dimensión ética las diferencias grupales encontradas son estadísticamente significativas ($t = 2.079$, g.l. = 36; $p = 0.045$). De esta manera, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna no. 5 que establece:

- El autoconcepto en la dimensión ética de las pacientes con bulimarexia es significativamente menor que su equivalente en los sujetos control.

También para la dimensión iniciativa se encontraron diferencias entre los grupos ($t = 3.635$, g.l. = 36; $p = 0.001$). Lo anterior permite rechazar la hipótesis nula que niega las diferencias y aceptar la hipótesis alterna no. 6, afirmando que:

- El autoconcepto en la dimensión iniciativa de las pacientes con bulimarexia es significativamente menor que su equivalente en los sujetos control.

4.4. Discusión

A continuación se discute, en particular, cada uno de los puntos relevantes.

Con respecto a las características demográficas contempladas, ninguna parece haber influido en las diferencias encontradas en los puntajes de autoconcepto entre ambos grupos, ya que no son significativas las discrepancias en estas variables entre los controles y las pacientes. Es bien sabido que cuando los grupos no son homogéneos en estos atributos, los hallazgos en la variable dependiente objeto de estudio no pueden ser tomados en cuenta con suficiente confiabilidad. Al comprobar su homogeneidad en la presente investigación, los resultados serán más confiables.

La media de edad de comienzo de la bulimarexia en la muestra de pacientes (16 ± 4.12) concuerda con reportes de investigaciones epidemiológicas en las que se menciona un inicio en la prepubertad y la adolescencia tardía, pudiendo extenderse hasta la tercera década de la vida, aunque esto último sea poco frecuente (A.P.A., 1987). Coincidiendo con lo anterior, otro grupo de investigadores reporta un promedio de edad de aparición del trastorno entre los 15 y 25 años (Kendell, Hall, Harley y Babigian, 1973). Crisp, Palmer y Kalucy (1976) encontraron que el grupo de riesgo comprende de los 12 a los 30 años de edad.

En las siguientes líneas se discutirán los hallazgos encontrados para cada una de las hipótesis planteadas.

Se aceptó la hipótesis de trabajo no. 1, al confirmar que existen diferencias estadísticamente significativas entre la media de los puntajes obtenidos con la Escala de Autoconcepto de La Rosa en las pacientes con bulimarexia de la Clínica de Anorexia Nervosa del INNSZ y la media de los puntajes obtenidos en mujeres que no cursan con este trastorno.

Así mismo, se aceptó la hipótesis alterna no. 1, al comprobar que estas diferencias resultaron favorables para el grupo control, es decir, el autoconcepto de las pacientes con bulimarexia es significativamente menor que el autoconcepto de los sujetos control.

Como ya se ha visto en los primeros capítulos del presente estudio, el autoconcepto de cada persona tiene un grado razonable de consistencia interna, pero es a la vez una organización dinámica que cambia con la experiencia, asimilando nueva información. Se descubre en la experiencia interna, particularmente en la interacción social con otros significativos para el sujeto (Epstein, 1973). De esta manera, es razonable que en las pacientes aquejadas con bulimarexia se encuentren déficits en su autoconcepto, en comparación con mujeres que no se ven afectadas por ninguna patología importante.

Por sí solo, el padecer un trastorno de la alimentación puede ser un factor que contribuye al decremento en el autoconcepto; a esto debe sumarse el entorno familiar que rodea a este tipo de pacientes, el cual es, según un gran número de investigadores, uno de los factores etiológicos, quizás el más importante (Bruch, 1982).

Se sabe que la formación del autoconcepto se da fundamentalmente por la socialización entre el mundo de los padres, los educadores y los iguales, teniendo gran importancia los primeros años de vida. Entre las fuentes que dan lugar a dicha formación adquiere especial relevancia la familia, donde el niño comienza a desarrollar el conocimiento de sí mismo, en base a las descripciones que hacen de él, de su cuerpo, su comportamiento social y su lenguaje. Así, las actitudes de un niño para consigo mismo, las adopta como resultado de su interacción con figuras importantes para él y que abrigan expectativas respecto de él (Johnson, 1972).

El medio intrafamiliar de las mujeres bulmaréxicas es altamente conflictivo, hostil y desorganizado, con poca tolerancia y empatía entre sus miembros (Garner, Garfinkel y O'Shaughnessy, 1985; Strober, 1981 y Humphrey, 1987). En dichas familias existen prohibiciones sofocantes, rigidez e incapacidad para manejar conflictos. No se respeta la autonomía y privacidad de sus miembros (Humphrey, 1989 y Bemporad, Ratey, O'Driscoll y Daehler, 1988). La percepción que las pacientes tienen de su familia incluye una carencia de énfasis en el logro de conductas

independientes y en la libre expresión de sentimientos (Johnson y Flach, 1985).

Por otra parte, al realizar las comparaciones entre los grupos estudiados, para cada una de las dimensiones que contempla el instrumento, se encontraron diferencias significativas para las dimensiones social, emocional, ética y de iniciativa, no así para la dimensión ocupacional. En base a estos resultados se rechazó la hipótesis de trabajo no. 2, aceptándose su hipótesis de nulidad que afirma que no existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, en cada una de las cinco dimensiones que contempla la Escala de Autoconcepto de La Rosa.

Quedaron aceptadas las hipótesis alternas no. 2, no. 3, no. 5 y no. 6, que plantean la existencia de un autoconcepto significativamente menor en las pacientes con bulimarexia, en comparación con su equivalente en los sujetos control, en las dimensiones social, emocional, ética y de iniciativa, respectivamente.

El menor autoconcepto de las pacientes bulimáxicas en la dimensión social concuerda con los estudios de algunos investigadores como Lesser y Katz (1988), quienes reportan poca madurez social y conformismo en este tipo de pacientes, así como un número reducido de amistades, la mayoría del sexo femenino.

Swift, Andrews y Barklage (1986), refieren que estas pacientes presentan dependencia excesiva de los padres y dificultad para establecer relaciones

interpersonales. Se caracterizan también por una problemática profunda en la expresión de los afectos, en la dinámica de sus relaciones, en la consolidación de su identidad y en el logro de cierta independencia.

Casper (1981) y Garner y Garfinkel (1981) concuerdan en que estas mujeres experimentan su self como inadecuado en la mayoría de las áreas del funcionamiento personal y social, implicando una forma extrema de autodesprecio.

Con respecto al autoconcepto significativamente menor del grupo experimental en la dimensión emocional, cabe citar una de las características básicas que señala Bruch (1982) en este tipo de pacientes: un sentimiento paralizante de ineficacia e incapacidad. Algunos investigadores mencionan una culpa de separación, temor de estorbar a los demás, de expresar sus deseos o necesidades, de separarse y tener pensamientos distintos a los de sus padres (Goodsitt, 1983). Todo esto da como resultado un deterioro de la situación emocional.

En la dimensión ocupacional, el autoconcepto de las pacientes no difiere de los controles en forma significativa, como se propone en la hipótesis alterna no. 4, por lo que se aceptó la hipótesis de nulidad correspondiente que niega las diferencias. Una posible explicación a estos resultados puede fundamentarse en el hecho de que las mujeres bulimáxicas presentan rasgos de obsesividad y perfeccionismo, con poca orientación hacia actividades recreativas, que les proporcionen distracción y placer.

Tienden al auto-sacrificio, orientadas al logro de objetivos (Johnson y Berndt, 1983 y Johnson, 1985), suelen ser estudiantes destacadas, lo que de alguna manera proporciona una retroalimentación en esta área (Swift, Bushnell, Hanson y Logemann, 1986).

Un factor que debe destacarse es el hecho de que las pacientes estudiadas tenían, en promedio, 2.73 ± 2.4 años de evolución del trastorno al momento de la valoración, que es un tiempo relativamente corto; debido a esto el nivel de desempeño en esta área se encuentra conservado. Por ello, aunque actualmente el área ocupacional -estudiantes la mayoría de ellas- no se vea afectada, esto no asegura que conservarán sus niveles de funcionamiento con el paso del tiempo, cuando cuenten con más años de enfermedad y una determinada evolución.

En la dimensión ética, se encontró también que las pacientes con bulimarexia tienen un autoconcepto significativamente menor que los sujetos control. Como se ha visto en el marco teórico de este trabajo, es común que estas mujeres experimenten un gran sentimiento de culpa generalizado, percibiéndose inadecuadas y egoístas, temiendo desagradar a otros y mostrando una importante falta de auto-aceptación e imposibilidad de ser indulgentes consigo mismas (Goodsitt, 1983 y Mogul, 1980).

Por último, el tratamiento estadístico de los puntajes grupales para la dimensión iniciativa mostró que las pacientes bulimaréxicas tienen un autoconcepto

significativamente menor que los controles en esta área. Esta dimensión verifica la iniciativa del individuo en situaciones sociales. Puede decirse también que es el estilo como se desempeñan las actividades u ocupaciones. Está muy relacionada con la dimensión social, con situaciones de independencia e incluso de liderazgo y esto es, entre otras cosas, de lo que carecen las mujeres con trastornos de la alimentación.

Como lo refiere la literatura sobre el tema, estas pacientes presentan problemas en sus relaciones interpersonales, se sienten socialmente excluidas, con poca empatía; muestran poco interés por hacer nuevas amistades y por participar en situaciones sociales; experimentan tensión al tener que desenvolverse en un grupo; son hipersensibles a las reacciones de otros y antes de correr el riesgo de ser rechazadas, las evitan. Se auto describen en un estado de apatía y tristeza, siempre conscientes de sus faltas, sin sentirse alegres ni experimentar mucha excitación o entusiasmo por la vida (Lundholm, Pellegreno, Wolins y Graham, 1989). Por todo esto, no es factible esperar que las pacientes presenten una iniciativa adecuada que las encamine a empresas que impliquen un intercambio amplio con el mundo que les rodea.

4.5. Conclusiones

En este apartado se presentarán, a manera de conclusiones, los hallazgos más significativos del presente trabajo de investigación:

4.5.1. La bulimarexia es un trastorno de la alimentación caracterizado por un rechazo contundente a mantener el peso corporal en el valor teórico esperado, con miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, alteración en la imagen corporal, ausencia de por lo menos tres ciclos menstruales y posibles episodios de voracidad, seguidos de vómitos inducidos y abuso de laxantes y/o diuréticos.

4.5.2. Las complicaciones médicas que conlleva la bulimarexia incluyen no sólo las derivadas en padecimientos gástricos sino también un cúmulo de anomalías en diversos órganos y sistemas tales como: trastornos hematológicos, musculoesqueléticos, pulmonares, renales, etc.

4.5.3. La evolución de la bulimarexia es fluctuante, pudiendo progresar hasta causar la muerte de la persona, si no recibe el tratamiento necesario.

4.5.4. El medio intrafamiliar de las pacientes bulimaréxicas es altamente conflictivo, hostil y desorganizado, existiendo poca tolerancia y empatía entre sus

miembros, prohibiciones sofocantes, rigidez, incapacidad para manejar conflictos, falta de autonomía, marcada dependencia de las figuras parentales, disciplina estricta y limitación en la expresión de los afectos.

4.5.5. La bulimarexia es considerada un trastorno del self, más específicamente como una falla del proceso de separación-individuación.

4.5.6. Los teóricos del psicoanálisis afirman que los déficits en el desarrollo temprano, especialmente las alteraciones en la relación madre-hija, son la causa primaria de los trastornos de la alimentación.

4.5.7. En el tratamiento de la bulimarexia, el incremento nutricional y la resolución de los problemas psicológicos debe ocurrir en interacción cercana.

4.5.8. Su tratamiento terapéutico debe contemplar los déficits psicológicos, así como los conflictos dinámicos.

4.5.9. La psicoterapia individual debe complementarse con la terapia familiar.

4.5.10. Para tratar eficazmente la bulimarexia es necesario afrontar los cambios biológicos, psicológicos y de la conducta. El abordaje de este trastorno debe ser siempre multidisciplinario.

- 4.5.11. El autoconcepto es la percepción que cada persona tiene de sí misma; las actitudes, sentimientos y conocimientos respecto a las capacidades propias, habilidades, apariencia y aceptabilidad social.
- 4.5.12. La formación del autoconcepto se da fundamentalmente por la socialización entre el mundo de los padres y los iguales, teniendo gran importancia los primeros años de vida.
- 4.5.13. El autoconcepto de cada persona tiene un grado razonable de consistencia interna, pero es a la vez una organización dinámica que cambia con la experiencia, asimilando nueva información. Por ello es razonable que en las pacientes bulimáxicas se encuentren déficits en su autoconcepto, en comparación con mujeres que no se ven afectadas por alguna patología importante.
- 4.5.14. En la presente investigación, el autoconcepto de las pacientes con bulimarexia fue significativamente menor que el de las mujeres sin este trastorno de la alimentación (controles).
- 4.5.15. El menor autoconcepto de las pacientes bulimáxicas abarca la mayoría de las áreas que comprende el funcionamiento integral del individuo, ya que se encontraron desventajas en las dimensiones social, emocional, ética y de iniciativa.

4.5.16. El menor autoconcepto de las pacientes en la dimensión social concuerda con las investigaciones que mencionan una dificultad para establecer relaciones interpersonales y para la expresión de los afectos en las mujeres con trastornos de la alimentación.

4.5.17. El autoconcepto significativamente menor en la dimensión emocional es acorde con las características reportadas en las mujeres bulimáxicas: un sentimiento de ineficacia e incapacidad, temor a estorbar a los demás, de expresar deseos o necesidades, de separarse y tener pensamientos distintos a los de sus padres.

4.5.18. El hecho de que no existan diferencias entre los grupos estudiados en la dimensión ocupacional, puede deberse al poco tiempo (promedio) que tienen las pacientes de padecer el trastorno de la alimentación (por lo que su nivel de funcionamiento está conservado) y a sus rasgos de obsesividad y perfeccionismo. Sin embargo, estos resultados no excluyen la posibilidad de que su nivel de desempeño pueda verse deteriorado con el tiempo, dependiendo de la evolución del padecimiento.

4.5.19. El menor autoconcepto de las pacientes en la dimensión ética podría estar asociado al sentimiento de culpa generalizado, que los investigadores reportan en este tipo de pacientes, autopercebiéndose inadecuadas y egoístas, temiendo

desagradar a otros y mostrando una importante falta de auto-aceptación e imposibilidad de ser indulgentes consigo mismas.

4.5.20. En la dimensión iniciativa, el menor autoconcepto de las pacientes con bulimarexia puede estar relacionado con la falta de independencia y la limitación en los contactos sociales que caracteriza a estas mujeres, como lo demuestran las evidencias clínicas.

4.5.21. Explorar el autoconcepto de las pacientes bulimaréxicas es un factor importante que debe tomarse en cuenta para su abordaje terapéutico.

4.6. Alcances y limitaciones

En las investigaciones sobre trastornos de la alimentación, se cuenta, por lo general, con un número reducido de casos. Para el presente trabajo, logró reunirse una muestra considerable de pacientes bulimaréxicas con sus controles respectivos, lo cual permitió hacer el análisis estadístico correspondiente. Sin embargo, debido a que la cantidad de sujetos incluidos sigue siendo baja, las conclusiones a las que se llega, no deben ser generalizadas al resto de la población de pacientes que padecen este trastorno. Por esta misma razón no procede ningún tratamiento matemático para explicar diferencias intergrupales, verbigracia: tiempos de evolución del padecimiento,

edad de comienzo del trastorno, tipos de tratamiento, etc.

El tipo de diseño utilizado requirió una sola medición de la variable dependiente, sin que se llevaran a cabo nuevas evaluaciones en diferentes momentos de evolución del padecimiento y del tratamiento, lo cual resultaría de sumo interés.

En cuanto a la estrategia de formación del grupo control, puede afirmarse que resultó adecuada y la comparación entre los grupos así constituídos es válida.

Esta investigación fue realizada en un instituto de amplia trayectoria en el ámbito de la investigación clínica; el Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán" es la única institución a nivel nacional, que cuenta con una Clínica de anorexia nervosa en la cual, labora un grupo interdisciplinario de especialistas para ofrecer a las pacientes un tratamiento integral. Formar parte de este equipo, resultó ser un gran reto y una experiencia sumamente enriquecedora para la autora de esta tesis.

En las últimas décadas, la literatura sobre trastornos de la alimentación ha sido muy extensa; al respecto existen innumerables publicaciones sobre su diagnóstico, diversas modalidades de tratamiento, estudios de seguimiento, características psicológicas de las pacientes y comparaciones con otras patologías, entre otros. En este estudio se ofrece una revisión que, si bien no es de ninguna manera exhaustiva,

abarca los puntos de mayor interés acerca del trastorno, lo cual permite conocer qué es la bulimarexia y de qué manera afecta la calidad de vida de quienes la padecen. Se espera que esta investigación aporte más evidencias que ayuden a caracterizar este padecimiento.

4.7. Sugerencias y aportaciones

En futuras investigaciones se puede llevar a cabo un seguimiento de las pacientes, con el fin de estudiar cambios en su autoconcepto a través del tiempo y a lo largo del tratamiento implementado.

La relación del autoconcepto con otras variables psicológicas, como el locus de control, en las pacientes bulimáxicas, puede constituir un punto de interés a desarrollar.

El área de las relaciones familiares y sus vicisitudes es un tema medular en los trastornos de la alimentación, por la importancia de este núcleo en los orígenes del padecimiento. Investigaciones acerca de los estilos de interrelación y características de personalidad de las pacientes y sus progenitores, constituyen un atractivo campo de investigación.

BIBLIOGRAFIA

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington, 1987.

ARISTOTELES. Metafísica. Ed. Porrúa, colección "Sepan cuántos...". México, 1980.

BANDURA, A. Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad. (5a ed.). Ed. Alianza. Madrid, 1980.

BEMPORAD, J.R., RATEY, J.J., O'DRISCOLL, G. y DAEHLER, M.L. (1988). Hysteria, anorexia and the cultural of self-denial. Psychiatry. (51), 96-103.

BEUMONT, P.J.V., ABRAHAM, S.F. y SIMPSON, K.G. (1981). The psychosexual histories of adolescent girls and young women with anorexia nervosa. Psychol Med. (11), 131-140.

BOSKIND-LODAHL, M. (1976). Cinderella's stepsisters: a feminist perspective on anorexia nervosa and bulimia. Signs: J Women Culture and Society. (2), 342-356.

- BRENNER, D. (1983). Self regulatory functions in bulimia. Contemp Psychother Rev. (1), 79-96.
- BRUCH, H. (1982). Anorexia nervosa: therapy and theory. Am J Psychiatry. (139), 1531-1538.
- BRUCH, H. Four decades of eating disorders. En: Handbook of psychotherapy for anorexia and bulimia. Garner D.M. y Garfinkel P.E. (eds.). Guilford Press. New York, 1985.
- BYRNE, B.M. (1984). The general academic self-concept nomological network: a review of construct validation research. Rev Educ Res. (54), 427-56.
- CASPER, R.C. (1986). The Pathophysiology of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. Ann Rev Nutr. (6), 299-316.
- CASPER, R.C., ECKERT, E.D., HALMI, K.A., GOLDBERG, S.C. y DAVIS, J.M. (1980). Bulimia: Its incidence and clinical importance in patients with anorexia nervosa. Arch Gen Psychiatry. (37), 1030-1035.
- CASPER, R.C., OFFER, D. y OSTROV, E. (1981). The self-image of adolescents with acute anorexia nervosa. J Pediatr. (98), 656-61.

COOPERSMITH, S. The antecedents of self-esteem. W. H. Freeman (ed.). San Francisco, 1967.

CRISP, A.H., HARDING, B. y Mc GUINNESS, B. (1974). Anorexia Nervosa: psychoneurotic characteristics of parents: relationship to prognosis. J Psychosom Res. 18, 167-173.

CRISP, A.H., HSU, L.K.G., STONEHILL, E. (1979). Personality, body weight and ultimate outcome in anorexia nervosa. J Clin Psychiatry. (40), 332-335.

CRISP, A.H., PALMER, R.L. y KALUCY, R.S. (1976). How common is anorexia nervosa? A prevalence study. Br J Psychiatry. (128), 549.

CHANNON, S., DE SILVA, P., HEMSLEY, D. y PERKINS, R. (1989). A controlled trial of cognitive-behavioural and behavioural treatment of anorexia nervosa. Behav Res Ther. (27) 5, 529-535.

CUELI, J. y REIDL, L. Teorías de la personalidad. Ed. Trillas. México, 1985.

DÍAZ-GUERRERO, R. (1971). La teoría sociocultural del comportamiento humano. Rev Mex Psic. (5), 37-53.

DOLTO, F. Pediatría y psicoanálisis. Ed. Siglo XXI. México, 1984.

- DOLTO, F. Seminario de psicoanálisis de niños. Ed. Siglo XXI. México, 1987.
- EHRENSING, R.H. y WEITZMAN, E.L. (1970). The mother-daughter relationship in anorexia nervosa. Psychosom Med. (32), 201-.
- EPSTEIN, S. (1973). The self concept revisited or a theory of a theory. Am Psychol. (28), 404-416.
- ERIKSON, E.H. Infancia y sociedad. Ed. Hormé. Buenos Aires, 1980.
- EY, H., BERNARD, P. y BRISSET, CH. Tratado de Psiquiatría. (octava edición). Masson. México, 1987.
- FENICHEL, O. Teoría psicoanalítica de las neurosis. Ed. Paidós. México, 1989.
- GARFINKEL, P.E., MOLDOFSKY, H. y GARNER, D.M. (1977). Prognosis in anorexia nervosa as influenced by clinical features, treatment and self-perception. Can Med J. (177), 1041-1045.
- GARFINKEL, P.E., MOLDOFSKY, H. y GARNER, D.M. (1980). The heterogeneity of anorexia nervosa: Bulimia as a distinct subgroup. Arch Gen Psychiatry. (37), 1036-40.

GARNER, D.M. y FAIRBURN, C.G. Relationship between anorexia nervosa and bulimia nervosa: diagnostic implications. En: Diagnostic Issues in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. Garner D.M., Garfinkel P.E. (eds). Brunner/Mazel, New York, 1988.

GARNER D.M. y GARFINKEL, P.E. (1981). Body image in anorexia nervosa: Measurement, theory and clinical implications. Int J Psychiatry Med. (11), 263-84.

GARNER, D.M. y GARFINKEL, P.E. Handbook of Psychotherapy for anorexia nervosa y bulimia nervosa. Garner and Garfinkel (eds.). Guilford Press. New York, 1985.

GARNER, D.M., GARFINKEL, P.E. y O'SHAUGHNESSY, M. (1985). The validity of the distinction between bulimia with and without anorexia nervosa. Am J Psychiatry. (142), 581-87.

GOODE, E. (1985). Medical aspects of the bulimic syndrome and bulimarexia. Transactional Analysis J. (15), 4-11.

GOODSITT, A. (1983). Self-regulatory disturbances in eating disorders. Int J Eat Dis. (2), 52-60.

- GUTIERREZ, S.R. Historia de las doctrinas filosóficas. Ed. Esfinge. México, 1979.
- HALL, A., SLIM, E., HAWKER, F. y SALMOND, C. (1984). Anorexia nervosa: long-term outcome in 50 female patients. Am J Psychiatry. (145), 407-13.
- HAMACHEK, D.E. Encuentros con el yo. Ed. Interamericana. México, 1981.
- HARRIS, R. (1983). Bulimarexia and related serious eating disorders with medical complications. Ann Intern Med. (99), 800-807.
- HARTLEY, P. (1989). Body-image and self-image in anorexia nervosa. British Review of Bulimia and Anorexia Nervosa. (2) 3, 61-70.
- HERZOG, D.B., KELLER, M.B. y LAVORI, P.W. (1988). Outcome in anorexia nervosa and bulimia nervosa. A review of the literature. J Nerv Ment Dis. (176), 131-43.
- HOBBS, T. Leviatán. Ed. Nacional. Madrid, 1979.
- HOLLAND, B.S. (1987). An improved sequentially rejective Bonferroni test procedure. Biometrics. (43), 417-23.

HOLMGREN, S., HUMBLE, K. y NORRING, C. (1983). The anorectic bulimic conflict. An alternative diagnostic approach to anorexia nervosa and bulimia. Int J Eat Dis. (2), 3-14.

HORNE, M. y GALLEN, M. (1987). Anorexia nervosa: An object relations approach to primary treatment. Br J Psychiatry. (151), 192-4.

HSU, L.K.G., CRISP, A.H. y HARDING, B. (1979). Outcome of anorexia nervosa. Lancet. (2), 61-65.

HSU, L.K.G. y HOLDER, D. (1986). Bulimia nervosa: treatment and short-term outcome. Psychol Med. (16), 65-70.

HUMPHREY, L.L. (1987). Comparison of bulimic-anorectic and non-distressed families using structural analysis of social behavior. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. (26), 248-255.

HUMPHREY, L.L. (1989). Observed family interactions among subtypes of eating disorders using structural analysis of social behavior. J Consult Clin Psychol. (57), 206-14.

JOHNSON, C. Initial consultation for patients with bulimia and anorexia nervosa.

En Handbook of Psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia nervosa. D.

M. Garner and P. E. Garfinkel (eds.) Guilford Press. New York, 1985.

JOHNSON, C. y BERNDT, D. (1983). Bulimia and life adjustment: A preliminary investigation. Am J Psychiatry. (140), 774-7.

JOHNSON, C. y FLACH, A. (1985). Family characteristics of 105 patients with bulimia. Am J Psychiatry. (142), 1321-24.

JOHNSON, C y LARSON , R. (1982). Bulimia: an analysis of moods and behavior. Psychosom Med. (44), 341-353.

JOHNSON, D. Psicología social de la educación. Ed. Kapelusz. Buenos Aires, 1972.

KANT, E. Crítica de la razón pura. Ed. Porrúa. México, 1972.

KENDELL, R.E., HALL, D.J., HARLEY, A. y BABIGIAN, H.M. (1973). The epidemiology of anorexia nervosa. Psychol Med. (3), 200.

KENNETH, Z, ALTSHULER, M.D. y WEINER, M.F. (1985). Anorexia nervosa and depression: a dissenting view. Am J Psychiatry. (142) 3, 328-32.

- KERLINGER, F. N. Investigación del comportamiento. Técnicas y metodología.
Ed. Interamericana. México, 1986.
- LACEY, H. (1983). Bulimia nervosa, binge eating, and psychogenic vomiting: a controlled treatment study and long term outcome. Br Med J. (286), 1609-13.
- LA ROSA, J. Escalas de locus de control y autoconcepto: construcción y validación. Tesis doctoral. Facultad de psicología, UNAM. México, 1986.
- LESSER, H.A y KATZ, J.L. (1988). Sexual and social maturity versus social conformity in restricting anorectic, bulimic, and borderline women. Int J Eat Dis. (7) 331-41.
- LERNER, H.D. 1986. Current developments in the psychoanalytic psychotherapy of anorexia nervosa and bulimia nervosa. J Clin Psychol. (39) 2, 39-43.
- LIPOWSKI, Z.J. (1989). Psychosomatic medicine: past and present. En: Medical Psychiatry. Theory and practice. (1), 1-73. Garza Treviño (ed.) World Scientific, Singapore, 1989.
- LIPOWSKI, Z.J. Psychosomatic medicine and liaison psychiatry. Selected papers. Plenum medical (ed.). New York, 1985.

LUNN, S. (1990). Individual psychotherapeutic treatment of anorexia nervosa. Acta Psychiatr Scand Suppl. (82).

LUNDHOLM, J., PELLEGRINO, D., WOLINS, L. y GRAHAM, S. (1989). Predicting eating disorders in women: a preliminary measurement study. Meas Eval Couns Dev.(22),23-30.

MANHEIM, B.(1966). Reference groups, membership groups and the self image. Sociometry. (29), 263-69.

MASLOW, A. H. Toward a psychology of being. Van Nostrand (ed). New York, 1962.

MEAD, G.H. Espíritu, persona y sociedad. Paidós. Buenos Aires, 1972.

MITCHELL, J., PYLE, R. y MINER, R. (1982). Gastric dilatation as a complication of bulimia. Psychosomatics. (23), 96-99.

MOGUL, S. L. (1980). Asceticism in adolescence and anorexia nervosa. Psychoanal Study Child. (35), 155-175.

- MORGAN, H.G., PURGOLD, J. y WELBOURNE, J. (1983). Management and outcome in anorexia nervosa: a standardized prognostic study. Br J Psychiatry. (143), 282-87.
- MUELLER, F.I. Historia de la psicología. Ed. Fondo de cultura económica. México, 1984.
- MUSITU, G. y ROMAN, J. (1982). Autoconcepto: una introducción a esta variable intermedia. Revista de Psicología, Pedagogía y Filosofía. (4), 51-69.
- NORMAN, D. K. y HERZOG, D. B. (1984). Persistent social maladjustment in bulimia: A one year follow-up. Am J Psychiatry. (141), 444-6.
- NORMAN, D.K. Trastornos de la alimentación. 478-486. En: Goldman, H.H. Psiquiatría general. Ed. El Manual Moderno. México, 1989.
- OÑATE, M. P. El autoconcepto. Formación, medida e implicaciones en la personalidad. Ed. Narcea. Madrid, 1985.
- PALAZZOLI, M.S. The families of patients with anorexia nervosa. En: The child in its family. Anthony E. J. y Koupernic C. (eds.). New York, 1970.
- PIAGET, J. e INHELDER, B. Psicología del niño. Ed., Morata. Madrid, 1972.

PICK, S. y LOPEZ, A. L. Cómo investigar en ciencias sociales. Ed. Trillas. México, 1983.

PLATON. Diálogos. Ed. Porrúa, colección "Sepan cuántos...". México, 1980.

POPE, H.G. y HUDSON, J.I. Eating Disorders. En: Comprehensive Textbook of Psychiatry. Fifth edition. (II). Kaplan, H.I. y Sadock, B.J. (eds). Williams & Williams, Baltimore, 1989.

ROGERS, C.R. El proceso de convertirse en persona. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1972.

SAN AGUSTIN. Confesiones. Ed. Porrúa, colección "Sepan cuántos...". México, 1986.

SHERIF, M. y SHERIF, C. Social Psychology. Harper and Row. New York, 1969.

SKINNER, B.F. Ciencia y conducta humana. Ed. Fontanella. Barcelona, 1977.

SNEDECOR, G.W. y COCHRAN, W.G. Métodos estadísticos. Ed. C.E.C.S.A. México, 1971.

SPERLING, E. y MASSING. (1970). The familial background of anorexia nervosa and the resulting therapeutic difficulties. Psychosom Med. (16), 130-4.

STEIGER, H. (1989). An integrated psychotherapy for eating disorders patients. Am J Psychother. (43) 2, 229-237.

STEINHAUSEN, H.C. y GLANVILLE, K. (1983). A long-term follow-up of adolescent anorexia nervosa. Acta Psychiatr Scand. (68), 1-10.

STOYLEN, I.J. y LABERG, J.C. (1990). Anorexia nervosa and bulimia nervosa. Perspectives on etiology and cognitive behavior therapy. Acta Psychiatr Scand Suppl. 361 (82), 52-58.

STROBER, M. (1981). The significance of bulimia in juvenile anorexia nervosa: an exploration of possible etiologic factors. Int J Eat Dis. (1), 28-43.

SUGARMAN, A. y KURASH, C. (1982). The body as a transitional object in bulimia. Int J Eat Dis. (1), 57-67.

SULLIVAN, H.S. The interpersonal theory of psychiatry. Norton (ed.). New York, 1953.

SWIFT, W.J., ANDREWS, D. y BARKLAGE, N.E. (1986). The relationship between affective disorders and eating disorders: a review of the literature. Am J Psychiatry. (143), 290-99.

SWIFT, W.J., BUSHNEL, N.J., HANSON, P. y LOGEMANN, T. (1986). Self-concept in adolescent anorexics. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. (25) 6, 826-835.

SWIFT, W.J. y LETVEN, R. (1984). Bulimia and the basic fault: a psychoanalytic interpretation of the binging-vomiting syndrome. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. (23), 489-497.

SZMUKLER, G.I. (1989). Treatment of the eating disorders. Med J Aust. (151), 583-588.

TEUSCH, R. (1988). Level of ego development and bulimics' conceptualizations of their disorder. Int J Eat Dis. (7), 607-15.

TORO, J. (1989). Eating attitudes, sociodemographic factors and body shape evaluation in adolescence. Br J Med Psychol. (62), 61-70.

VIESSELMAN, J.D. y ROIG, M. (1985). Depression and suicidality in eating disorders. J Clin Psychiatry. (46), 118-24.

WILKINSON, L. SYSTAT: the system for statistics. Illinois, 1984.

WOLMAN, B. Teorías y sistemas contemporáneos en psicología. Ed. Martínez Roca. Barcelona, 1981.

YATES, W.R. y SIELINI, B. (1987). Anorexia and bulimia. Prim Care, (14), 737-44.

ESCALA DE AUTOCONCEPTO

A continuación encontrará un conjunto de adjetivos que sirven para describirle.
Ejemplo:

Flaco								Obeso
	muy	bastante	poco	ni flaco	poco	bastante	muy	
	flaco	flaco	flaco	ni obeso	obeso	obeso	obeso	

En el ejemplo de arriba se puede verificar cómo hay siete espacios entre "flaco" y "obeso". El espacio, cuanto más cerca está de un adjetivo, indica un grado mayor en que se posee dicha característica. El espacio central indica que el individuo no es flaco ni obeso.

Si usted se cree muy obeso, pondrá una "X" en el espacio más cercano de la palabra obeso; si se percibe como "bastante flaco", pondrá la "X" en el espacio correspondiente; si no se percibe flaco ni obeso pondrá la "X" en el espacio de enmedio. O, si es el caso, en otro espacio.

Conteste en los renglones de abajo, como en el ejemplo de arriba, tan rápido como le sea posible, sin ser descuidado, utilizando la primera impresión.

Conteste en todos los renglones, dando una UNICA respuesta en cada renglón.

Acuérdese que, en general, hay una distancia entre lo que somos y lo que nos gustaría ser. Conteste, aquí, como usted es y no como le gustaría ser. Gracias.

YO SOY

- | | |
|-------------------------|------------------|
| 1. Introverso(a) _____ | Extroverso(a) |
| 2. Amoroso(a) _____ | Odioso(a) |
| 3. Callado(a) _____ | Comunicativo(a) |
| 4. Accesible _____ | Inaccesible |
| 5. Rencoroso(a) _____ | Noble |
| 6. Comprensivo(a) _____ | Incomprensivo(a) |

7. Incumplido(a) _____
8. Leal _____
9. Desagradable _____
10. Honesto(a) _____
11. Afectuoso(a) _____
12. Mentiroso(a) _____
13. Tratable _____
14. Frustrado(a) _____
15. Temperamental _____
16. Animado(a) _____
17. Irrespetuoso(a) _____
18. Estudioso(a) _____
19. Corrupto(a) _____
20. Agresivo(a) _____
21. Feliz _____
22. Tranquilo(a) _____
23. Capaz _____
24. Impulsivo(a) _____
25. Inteligente _____
26. Apático(a) _____
27. Verdadero(a) _____
28. Aburrido(a) _____
29. Responsable _____
30. Amargado(a) _____
31. Estable _____
32. Amable _____
33. Conflictivo(a) _____
34. Eficiente _____
35. Egoísta _____
36. Cariñoso(a) _____
37. Decente _____

- Cumplido(a)
- Desleal
- Agradable
- Deshonesto(a)
- Seco(a)
- Sincero(a)
- Intratable
- Realizado(a)
- Calmado(a)
- Desanimado(a)
- Respetuoso(a)
- Perezoso(a)
- Recto(a)
- Pacífico(a)
- Triste
- Nervioso(a)
- Incapaz
- Reflexivo(a)
- Inepto(a)
- Dinámico(a)
- Falso(a)
- Divertido(a)
- Irresponsable
- Jovial
- Voluble
- Grosero(a)
- Conciliador(a)
- Ineficiente
- Generoso(a)
- Frío(a)
- Indecente

38. Ansioso(a)	___	___	___	___	___	___	Sereno(a)
39. Puntual	___	___	___	___	___	___	Impuntual
40. Tímido(a)	___	___	___	___	___	___	Desenvuelto(a)
41. Lento(a)	___	___	___	___	___	___	Rápido(a)
42. Deshinibido(a)	___	___	___	___	___	___	Inhibido(a)
43. Pesimista	___	___	___	___	___	___	Optimista
44. Amigable	___	___	___	___	___	___	Hostil
45. Reservado(a)	___	___	___	___	___	___	Expresivo(a)
46. Deprimido(a)	___	___	___	___	___	___	Contento(a)
47. Simpático(a)	___	___	___	___	___	___	Antipático(a)
48. Sumiso(a)	___	___	___	___	___	___	Dominante
49. Honrado(a)	___	___	___	___	___	___	Deshonrado(a)
50. Deseable	___	___	___	___	___	___	Indeseable
51. Solitario(a)	___	___	___	___	___	___	Amiguelero(a)
52. Trabajador(a)	___	___	___	___	___	___	Flojo(a)
53. Fracasado(a)	___	___	___	___	___	___	Triunfador(a)
54. Miedoso(a)	___	___	___	___	___	___	Audaz
55. Tierno(a)	___	___	___	___	___	___	Rudo(a)
56. Pedante	___	___	___	___	___	___	Sencillo(a)
57. Educado(a)	___	___	___	___	___	___	Malcriado(a)
58. Melancólico(a)	___	___	___	___	___	___	Alegre
59. Cortés	___	___	___	___	___	___	Descortés
60. Romántico(a)	___	___	___	___	___	___	Indiferente
61. Pasivo(a)	___	___	___	___	___	___	Activo(a)
62. Sentimental	___	___	___	___	___	___	Insensible
63. Atento(a)	___	___	___	___	___	___	Desatento(a)
64. Sociable	___	___	___	___	___	___	Insociable

VERIFIQUE SI CONTESTO EN TODOS LOS RENGLONES.

GRACIAS.

CUESTIONARIO DE DATOS DEMOGRAFICOS Y CLINICOS**A) DATOS DEMOGRAFICOS**

- 1.- Iniciales: _____
- 2.- Fecha de nacimiento: _____
- 3.- Edad: _____
- 4.- Estado civil: soltera ()
casada ()
divorciada ()
unión libre ()
- 5.- Número de hermanos: _____
- 6.- Lugar que ocupa: _____
- 7.- Escolaridad: _____
- 8.- Ocupación: _____
- 9.- Edad del padre: _____
- 10.- Escolaridad del padre: _____
- 11.- Ocupación del padre: _____
- 12.- Edad de la madre: _____
- 13.- Escolaridad de la madre: _____
- 14.- Ocupación de la madre: _____
- 15.- Ingreso mensual (aproximado) de su familia: _____
- 16.- Número de personas que dependen de este ingreso: _____

B) DATOS CLINICOS

- 17.- Tiene usted vida sexual activa: si ()
no ()
- 18.- Edad de comienzo de la enfermedad: _____
- 19.- Tiempo de tratamiento: _____

CUESTIONARIO DE DATOS DEMOGRAFICOS Y CLINICOS**A) DATOS DEMOGRAFICOS**

- 1.- Iniciales: _____
- 2.- Fecha de nacimiento: _____
- 3.- Edad: _____
- 4.- Estado civil: soltera ()
casada ()
divorciada ()
unión libre ()
- 5.- Número de hermanos: _____
- 6.- Lugar que ocupa: _____
- 7.- Escolaridad: _____
- 8.- Ocupación: _____
- 9.- Edad del padre: _____
- 10.- Escolaridad del padre: _____
- 11.- Ocupación del padre: _____
- 12.- Edad de la madre: _____
- 13.- Escolaridad de la madre: _____
- 14.- Ocupación de la madre: _____
- 15.- Ingreso mensual (aproximado) de su familia: _____
- 16.- Número de personas que dependen de este ingreso: _____

B) DATOS CLINICOS

- 17.- Tiene usted vida sexual activa: si ()
no ()



anexo 4

INSTITUTO NACIONAL DE LA NUTRICIÓN • SALVADOR ZUBIRAN

CARTA DE CONSENTIMIENTO

Por medio de este conducto expreso mi consentimiento para participar en el proyecto de investigación "Autoconcepto en pacientes con bulimarexia", cuyo objetivo es evaluar el autoconcepto de dichas pacientes, estableciendo posteriormente una comparación con los resultados obtenidos por sujetos controles. Se me ha explicado ampliamente lo que es un grupo control.

Es de mi conocimiento que la investigación requiere la participación de una persona que yo conozca, de la cual proporcionaré los datos con el fin de que el investigador se ponga en contacto con ella.

Estoy enterada de que los datos que proporcione serán estrictamente confidenciales y tengo la libertad de no responder alguna pregunta o escala. En caso de que así lo decida, podré abandonar el protocolo sin que esto afecte la atención médica que se me proporciona.

paciente

padre o tutor

investigador

testigo

testigo

Investigado

fecha:-----

Tradición Servicio

Asistencia Docencia

• Vasco de Quiroga 15,
• Delegación Tlalpan
• C.P. 14000 México D.E.

062060



CARTA DE CONSENTIMIENTO

Por medio de este conducto expreso mi consentimiento para participar en el proyecto de investigación "Autoconcepto en pacientes con bulimarexia", el cual me ha sido ampliamente informado por el investigador responsable.

Estoy enterada de los motivos por los que se me ha invitado a formar parte del estudio. Se me ha explicado de manera clara y precisa lo que es un grupo control, requerido por la metodología de esta investigación, del cual formaré parte. Me queda totalmente claro que no existe sospecha alguna de patología en mi persona.

Me ha sido informada la participación que de mí se requiere, consistiendo en la resolución de una Escala de Autoconcepto y un Cuestionario de Datos Demográficos y Clínicos.

Estoy enterada de que los datos que proporcione serán absolutamente confidenciales y tengo la libertad de no responder alguna pregunta o escala.

persona

padre o tutor

investigador

testigo

testigo

fecha:-----

Investigadora

Tradicción Servicio

Asistencia Dirección

• Vasco de Quiroga 15,
• Delegación Tlalpan
• C.P. 14060 México D.F.

062060

**PUNTAJES TOTALES DE PACIENTES Y CONTROLES
EN LA ESCALA DE AUTOCONCEPTO**

caso	paciente	control
1	368	324
2	278	298
3	362	361
4	278	349
5	309	274
6	370	410
7	225	356
8	277	378
9	346	403
10	336	398
11	317	398
12	200	355
13	303	397
14	333	386
15	374	430
16	282	377
17	231	392
18	306	354
19	331	352

PUNTAJES POR DIMENSIONES DE LAS PACIENTES DEL GRUPO EXPERIMENTAL
EN LA ESCALA DE AUTOCONCEPTO

paciente	D 1	D 2	D 3	D 4	D 5
1	131	124	50	40	23
2	91	69	55	39	24
3	120	121	55	34	32
4	101	86	43	32	16
5	108	112	45	22	22
6	134	125	46	36	29
7	71	73	40	24	17
8	98	94	33	31	21
9	124	110	47	42	23
10	104	114	56	37	25
11	115	113	40	30	19
12	77	30	56	26	11
13	95	98	50	42	18
14	126	104	36	40	27
15	125	142	52	39	16
16	101	104	35	19	23
17	71	62	39	34	25
18	108	99	43	36	20
19	120	93	53	36	29

Dimensiones: 1 = social; 2 = emocional; 3 = ocupacional;
4 = ética; 5 = iniciativa.

**PUNTAJES POR DIMENSIONES DE LOS SUJETOS DEL GRUPO CONTROL
EN LA ESCALA DE AUTOCONCEPTO**

sujeo	D 1	D 2	D 3	D 4	D 5
1	108	111	42	36	27
2	106	100	41	30	21
3	121	137	45	40	18
4	124	128	42	33	22
5	90	100	36	29	19
6	149	140	50	40	31
7	123	115	51	37	30
8	140	130	41	39	28
9	135	149	51	39	29
10	129	143	56	40	30
11	139	139	51	38	31
12	129	111	49	37	29
13	137	135	52	41	32
14	141	129	43	40	33
15	150	153	55	41	31
16	127	136	50	35	29
17	132	137	48	42	33
18	128	104	53	41	28
19	125	117	49	32	29

Dimensiones: 1 = social; 2 = emocional; 3 = ocupacional;
4 = ética; 5 = iniciativa.