



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
I Z T A C A L A

EVALUACION DE LA IMAGEN CORPORAL COMO
PREDICTOR DEL TRASTORNO ALIMENTARIO

PO 1436/97
E:2

REPORTE DE INVESTIGACION
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
MIREYA ROMAN FERNANDEZ

ASESORES: MTRO. JUAN MANUEL MANCILLA DIAZ
LIC. XOCHITL LOPEZ AGUILAR
LIC. GEORGINA LETICIA ALVAREZ RAYON

ESTE TRABAJO SE LLEVO A CABO CON EL APOYO DEL
CONACyT ACUERDO 1037 P-H



LOS REYES IZTACALA, EDO. DE MEXICO

1997



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 esta 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.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres:

Papá: Por tu apoyo que me brindaste durante toda mi carrera, y gracias a Dios vemos por fin realizado este sueño, esperando seguir contando siempre con tu apoyo.

Mamá: Gracias por todo tu apoyo que me diste por las desveladas y las preocupaciones que siempre te cause, gracias por todo **te quiero mucho** y espero que me sigas apoyando siempre.

A mis hermanas:

GABY, NORMA Y HAYDE: Gracias por apoyarme en todo y que ésto sea como una meta para todas, nunca se den por vencidas por difícil que parezca siempre saldrán adelante.

A mis amigas:

Edith, Tere, Chuy, Lorena. Por estar siempre conmigo en las buenas y en las malas ya que a pesar de todo terminamos nuestras carreras e igual que yo espero muy pronto tener sus tesis en mis manos.

A mis asesores y compañeros del PIN

A Gina, Xochitl, Trini, Vero, por su valiosa participación en la realización de este trabajo, mil gracias por compartir sus conocimientos y su paciencia, espero no defraudarlas.

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a una persona que ha estado conmigo durante ya diez años (se me hacen pocos), y al que le he dado todo el amor que una mujer puede dar a su pareja, la persona que siempre me impulso a seguir adelante y que gracias a él y a mis padres estoy donde debo estar **MI ESPOSO**, esperando que ésto te motive para terminar eso que has dejado inconcluso. Gracias por todo.

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer de todo corazón a mi **MAESTRO** M en C. Juan Manuel Mancilla Díaz, por compartir sus conocimientos y amistad sincera para la realización de este trabajo (y muchos más), esperando no haberte defraudado con la realización de éste, espero que siempre sigamos trabajando juntos y bien como tú me lo dijiste una vez *“esto es apenas el comienzo de una verdadera carrera”*. Muchas gracias por todo.

INDICE

	Paginas
RESUMEN.....	3
INTRODUCCION.....	4
 ANTECEDENTES TEORICOS	
1.-Trastornos Alimentarios.....	8
1.1.-Anorexia Nerviosa Definición y Prevalencia.....	12
1.2.-Bulimia Definición y Prevalencia.....	19
1.2.1.-Aspectos Familiares.....	25
1.2.2.-Aspectos Genéticos.....	31
1.3.-Farmacología de los Trastornos Alimentarios.....	33
1.3.1.-Otros Factores Asociados.....	35
2.-Imagen Corporal.....	42
2.1.-Instrumentos para evaluar Imagen Corporal.....	52
 METODO.....	 62
RESULTADOS.....	67
DISCUSION Y CONCLUSIONES.....	78
BIBLIOGRAFIA.....	84

Resumen

La anorexia y la bulimia nerviosas comparten un deseo básico por adelgazar, producto de una fobia a la obesidad, e incluso al sobrepeso asociándose esto con un trastorno de la imagen corporal, en el cual se traslapan tanto una insatisfacción como una distorsión. Al respecto algunas investigaciones realizadas (Hsu & Sing-Lee, 1993) han fundamentado una estrecha relación entre la anorexia y estos trastornos de la imagen corporal. Por lo tanto, el objetivo del presente trabajo fue evaluar la asociación entre los trastornos alimentarios y el trastorno de la imagen corporal (insatisfacción), en una muestra de estudiantes universitarias. La muestra constó de 133 estudiantes del sexo femenino, con un rango de edad de 15 a 26 años, a las cuales se les detectó el trastorno alimentario tras la aplicación del EAT-40 en español. Esta muestra a su vez quedó conformada de la siguiente manera: n=44 (27 anoréxicas y 17 bulímicas) para el grupo con trastorno alimentario y n=89 sin trastorno alimentario el cual fue seleccionado aleatoriamente. Para evaluar el trastorno de la imagen corporal, se aplicó a los tres grupos la versión en español del BSQ y CIMEC. El análisis de los resultados reportó una correlación estadísticamente significativa entre el trastorno alimentario y el trastorno de la imagen corporal; así como diferencias significativas entre los dos grupos con trastorno alimentario (anorexia y bulimia nerviosas) contra el grupo control. Sin embargo, cabe señalar que no se observaron diferencias significativas entre los grupos de anoréxicas y bulímicas. Por lo tanto, se puede concluir que los grupos evaluados de anorexia y bulimia nerviosas reportaron estar estrechamente asociados con la presencia de insatisfacción de la imagen corporal.

INTRODUCCION

Pocos estados despiertan tanto interés como la Anorexia Nerviosa y la Bulimia, pero asimismo son pocos para los que se cuenta con tan escasa ayuda práctica. En los últimos años ha aumentado la cantidad de libros y artículos al respecto, y los trabajos académicos que abordan el tema suman ya miles, aunque de muy poco ha servido todo ello, para quienes tienen que enfrentarse a todas horas con el implacable estrés que crean dichas enfermedades. Los centros médicos se encuentran saturados de gente que sufre otro tipo de padecimientos, y las organizaciones de orientación, así como los médicos generales, no conocen muchas dependencias a dónde enviar a quienes los consultan. Es por eso que hay una necesidad urgente de personal capacitado (Toro & Vilardell, 1987).

Podría parecer raro el que haya escasez de especialistas en este terreno, ya que estos problemas suelen manifestarse en un sector social que no carece de recursos económicos. Los trastornos alimentarios de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa por lo general suelen gestarse en jóvenes que provienen de hogares de clase media, o relativamente acomodada (Duker & Slader, 1992).

La anorexia nerviosa ha experimentado en años recientes un incremento constante, llegando a convertirse en un trastorno alimentario de moda o, si debiera decirse de una forma más exacta, es la vía más apropiada para dar expresión a los problemas psíquicos de

los jóvenes de nuestros días. Sin embargo, hay que tomar en cuenta que el prototipo de la joven incapaz de identificarse con su madre y cuyas relaciones con ella se encuentran alteradas dista mucho de ser siempre el adecuado, ya que existen otras situaciones en el seno de la familia; en estos pacientes siempre hay un problema de inmadurez, de dificultad para convertirse en adultos, tanto en el plano psíquico como en el somático y el social. El paso del niño al mundo de los adultos es difícil. Si se ve en la anorexia nerviosa un sintoma de dicha dificultad, eso querrá decir que en estos días el paso a la edad adulta se ha convertido en algo especialmente dificultoso (Humphrey, 1986; Kog. Vertomment & De Groote, 1986; Schütze, 1983).

Sin embargo, es difícil brindar auxilio a quienes no están interesados en recibirlo. Las anoréxicas lejos de sentir que requieren ayuda, prefieren estar delgadas y perder peso, ya que desde su punto de vista, para ello es bueno no comer. Estas pacientes que sufren de algún trastorno alimentarios piensan que la dificultad radica en la preocupación de quienes las rodean. Debido a ello, quienes más solicitan auxilio son familiares y amigos del sujeto. Y aunque la paciente se percate de que su modo de vida sin alimentarse la limita y deteriora, seguirá creyendo que no es pertinente la ayuda.

Empero, el aumento de incidencia de la anorexia nerviosa junto con la repercusión consiguiente en los profesionales de la salud ha permitido constatar que todavía se sabe muy poco acerca de este género de trastornos. En efecto, la anorexia nerviosa constituye un

cuadro complejo en el que se entrelazan inseparable y confusamente hechos socioculturales, conductuales, neuroendócrinos, cognitivos, emocionales y somáticos (Herscovici & Bay, 1990; Toro & Vilardell, 1987).

De igual forma, Holtz (1992) menciona que en el origen de los trastornos alimentarios pueden existir diversas causas desde fisiológicas (desórdenes metabólicos), psicológicos (rasgos de personalidad), sociales, sociológicos (cultura de "esbeltez"), familiares (ciertas características en familias determinadas, por ejemplo situación familiar conflictiva en bulimia y sobreprotectora en anorexia), determinantes relativos a la profesión (ejemplo bailarines).

Recordemos que todas las sociedades han desarrollado unos ideales de belleza que marcan los objetivos a seguir; dentro de estas exigencias se ha insistido especialmente en el ideal de belleza femenino. Por lo que no es extraño captar numerosos ejemplos de alteración de patrones biológicos en función de normativas sociales, tales como la deformación de los pies en las chicas, el artificial alargamiento del cuello, el ensanchamiento exagerado de los labios, el uso de tatuajes, entre muchos otros (Raich, 1994).

Al igual que sucede con la mayoría de los trastornos de la conducta, existen varios caminos entrelazados y convergentes que contribuyen indudablemente al desarrollo y

mantenimiento de la anorexia y bulimia nerviosa. En el nivel más amplio de análisis están claramente implicados los valores sociales. En la actualidad, existe una fijación a la juventud y una tremenda presión sobre las mujeres para que sean delgadas (Schwartz & Barret, 1987). Obviamente esto solo no explica la anorexia y bulimia nerviosa, de lo contrario todas las mujeres estarían afectadas. Sin embargo, si una mujer tiene además por la razón que sea, una autoestima extremadamente baja y fuertes temores a ser rechazada, no es difícil comprender cómo ella puede desarrollar la idea de que sólo una silueta perfecta asegurará la aceptación (Rosen & Leitenberg, 1988).

El presente trabajo corresponde a la etapa preliminar de una investigación mayor, es importante resaltar la importancia de un trabajo de este tipo ya que en México el tema de los trastornos alimentarios a penas se empieza a conocer siendo su principal causa un miedo paralizante a engordar. De esta manera, el propósito del presente trabajo es evaluar la asociación entre los trastornos alimentarios y el trastorno de la imagen corporal (insatisfacción), así como determinar las diferencias entre anoréxicas, bulímicas y gente sin el trastorno alimentario en base a la insatisfacción corporal. Así la hipótesis planteada para el presente trabajo es que habrá una correlación positiva entre los puntajes obtenidos en el test de actitudes hacia la alimentación (EAT-40) con la insatisfacción corporal (BSQ y CIMEC); así como diferencias tanto en la insatisfacción corporal en los tres grupos, a saber: bulímicos, anoréxicos y gente sin trastorno alimentario.

ANTECEDENTES TEORICOS

1.-Trastornos Alimentarios

En estudios epidemiológicos (Dolan, 1991), se ha reportado que los trastornos alimentarios están alcanzando proporciones epidémicas. Existe un creciente consenso de que los trastornos alimentarios son trastornos multideterminados. Por tal ^{hecho} motivo, la alimentación como objeto de estudio tiene gran relevancia, ya que representa una respuesta biológica inherente a todo ser vivo. Sin embargo, esta conducta cobra mayor importancia, si se toma en cuenta que la alimentación en el ser humano ha dejado de ser totalmente instintiva para convertirse en una respuesta altamente condicionada por factores de otro orden: esto es, psicológicos, sociales y culturales. Así, intervienen aspectos emocionales y de placer, entre otros, que la hacen más compleja y la convierten en fuente de conflicto generadora de trastornos del comer. Desde este punto de vista, la investigación sobre la conducta alimentaria tiene que ir más allá de su base biológica -aspectos neuroendócrinos y neuroquímicos, entre otros-, lo que exige una aproximación multifactorial que al mismo tiempo vea al individuo como una entidad funcional (Gómez, 1993).

Sin lugar a duda nadie puede negar que la nutrición constituye la necesidad primaria de todo organismo. Sin embargo, puede asumirse que en la actualidad el alimento ya no es percibido y consumido únicamente a partir de este primer precepto.

Si bien, actualmente parece ser algo común establecer una dualidad mente-cuerpo, esto es, una "mente" que pretende ser y saber mejor que el "cuerpo", lo que éste requiere o no, sin aparentemente hacer caso de su demanda -que bajo estas condiciones puede ser sobrecolmada, ignorada e incluso castigada-, o bien a vivirse a merced de éste (Duker & Slader, 1992).

Entonces, pareciera que el individuo se enfrenta a una "encrucijada psicobiológica" (Johnson & Madi, 1988), en la que la motivación biológica (hambre-saciedad) se enfrenta a la psicológica (compensación-autocontrol), con las demandas y motivaciones encontradas que estas implican.

Para hablar de la alimentación no basta con centrarse en el organismo como sistema biológico, sino que es indispensable rescatar lo psíquico, social y cultural que aquel resguarda. Este parece ser el camino para aproximarse a los fenómenos comportamentales que hasta hace aproximadamente tres décadas han sido reconocidos y denominados como trastornos de la alimentación o bien patologías alimentarias (Anorexia y Bulimia Nerviosa), términos que invariablemente llevan a pensar en procesos anormales de alimentación.

En la actualidad se ha llegado a distinguir un trío de trastornos de la alimentación: como son el rechazo compulsivo de los alimentos (anorexia nerviosa), frecuentes episodios de voracidad acompañados habitualmente de vómito (bulimia nerviosa) y el sobrepeso crónico, u obesidad. De ellos la anorexia nerviosa ha sido identificada como una enfermedad desde hace mucho tiempo. Esta fue descrita por primera vez a mediados del siglo XIX; la bulimia nerviosa fue concebida por primera vez como trastorno en 1980, e incorporada en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-III). Desde 1985 se ha intentado, especialmente en Estados Unidos de Norteamérica, lograr que la obesidad crónica sea reconocida como enfermedad por propio derecho. Sin embargo, no se materializaron los planes de incluirla en el DSMIII-R.

Después de 4.
⑤ El término "trastornos alimentarios" se refiere en general a trastornos psicológicos que reportan grandes anormalidades en el comportamiento de ^{nasta} ingesta; es decir, la base y fundamento de dichos trastornos se halla en la alteración psicológica. Entre ellos, los más conocidos son la anorexia y bulimia nerviosas (Raich, 1994). Son trastornos graves que afectan a las mujeres mucho más que a los hombres, preferentemente se presentan en mujeres jóvenes y adolescentes, son muchísimo más frecuentes en sociedades desarrolladas donde existe abundancia de comida, en las que la cultura que predomina enfatiza la delgadez; y aún parece que en medida que aumenta el nivel de vida, crece de manera

geométrica el número de las personas que presentan dichos trastornos. Estos trastornos suelen asociarse con psicopatologías graves e interfieren en el funcionamiento normal de la vida social, de trabajo y de estudio (Rosen, 1990).

Un ejemplo muy claro, es que en la actual preferencia social de un físico delgado es producto de la correspondiente preocupación social con la dieta y la pérdida de peso. La extensión de esta preocupación ha sido tal que ahora se observa a la dieta y la mentalidad asociada a ella como normativa, tanto descriptivamente como prescriptivamente. En resumen, eso es actualmente lo “normal” en los individuos de nuestra sociedad. Un estilo de vida normal requiere del ejercicio periódico; la alimentación normal requiere de la dieta periódica (Polivy & Herman, 1987).

Se toma en cuenta que los pacientes con trastornos alimentarios se sienten «raros», sufren un miedo atroz a engordar y sienten fobia ante determinados tipos de comida, se sienten aislados socialmente porque no pueden confiar a nadie su problema o por lo menos a muy pocos, con la condición de que los acepten. Igualmente se encuentran en un dilema, la constatación de problemas físicos que van apareciendo, el miedo a la muerte y la imposibilidad de dejar de controlar su comida. Se sienten constreñidos por sus familiares que les ofrecen y a veces los obligan, a consumir alimentos “repugnantes”. Tienen dificultades en dormir y descansar. Se notan a menudo tristes y lloran, y algunas veces no se sienten amados. Por lo regular, las personas que sufren de algún trastorno alimentario o

anorexia restrictiva específicamente tienen un autocontrol muy fuerte, sin embargo, existe la posibilidad de que rompan su autocontrol en un estado de vulnerabilidad y sufran un estado de ingesta incontrolable “atacón”, por lo que su sensación de culpa aumenta terriblemente. Este panorama indica que no es necesario evaluar la psicopatología asociada a estos trastornos. Sin embargo, hay que tomar en cuenta los métodos a utilizar para medir aspectos particulares de patología como son: depresión, ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo; así como los instrumentos que evalúan personalidad o características psicopatológicas en general (Raich, 1994).

1.1.-Anorexia Nerviosa

Numerosos teóricos, incluyendo a los miembros de la American Psychiatric Association (1988), consideran que Charles Laségue en 1873 y William Gull en 1874 (en: Habermas, 1989) son realmente los primeros que dieron reportes médicos completos sobre anorexia nerviosa. Quizá la razón de esto, es que por primera vez se enunciaba el criterio principal de diagnóstico que diferenciaba a la anorexia nerviosa de otras formas de enflaquecimiento psicogénico: el miedo anormal a estar o llegar a estar obesa, a pesar de estar emaciada (Garfinkel, Kaplan, Garner & Darby, 1983; Garner, 1991; Toro & Vilardell, 1987).

De acuerdo con el DSMIII-R (1988), la sintomatología esencial de la anorexia consiste en el rechazo contundente a mantener el peso corporal por encima de los valores

mínimos normales para una determinada edad y talla, miedo intenso a ganar peso o a convertirse en una persona obesa, aún cuando se está por debajo del peso considerado normal, alteraciones en la imagen corporal y amenorrea (en las mujeres). La alteración en la imagen corporal se manifiesta a través de la manera en que la persona percibe su peso, su talla o su silueta corporal. Las personas que sufren este trastorno afirman que se "encuentran obesas" o que algunas partes de su cuerpo se encuentran "desproporcionadas", cuando en realidad están obviamente por debajo del peso corporal normal. Hay que distinguir a la anorexia nerviosa, de aquella anorexia, generalmente temporal, que se da conjuntamente con algunas enfermedades como son la indigestión, gastritis, cáncer de estómago, tuberculosis y enfermedades febriles; así como distinguirla de la posible anorexia que se puede desarrollar a raíz de psicopatología severa, como en algunos casos de esquizofrenia, en donde existe falta de apetito pero no un miedo mórbido a engordar (Holtz, 1995). Algunos autores mencionan que el término de anorexia nerviosa es incorrecto ya que es rara la pérdida de hambre, puesto que el paciente si la siente pero la niega.

Estudios realizados en diferentes muestras de población, han señalado una prevalencia de anorexia nerviosa que oscila entre 1 de cada 800 mujeres y 1 de cada 1000 mujeres, con edades comprendidas entre los 12 y los 18 años (DSMIII-R, 1988). Como se puede apreciar en las etapas de la pubertad y adolescencia temprana, ya que es en ellas donde existen algunas dificultades en el desarrollo de las personas (Mancilla, Manriquez, Mercado, Román, & Alvarez, 1996). Algunos adolescentes presentan retraso en el

desarrollo psicosexual y los adultos muestran un menor interés por el sexo. Durante el padecimiento puede haber conductas compulsivas, como lavarse las manos, las que pueden justificar un diagnóstico adicional del trastorno obsesivo-compulsivo (DSMIII-R, 1988).

La pérdida de peso se consigue habitualmente por una disminución en la ingesta de comida, acompañada de intenso ejercicio. Muchas de las personas que sufren este trastorno, niegan con firmeza o minimizan la gravedad de su trastorno, y se resisten o bien no están interesadas en un tratamiento. Sin embargo, existen tratamientos en los que se usan medicamentos o alimentación forzada (Sours, 1980; Selvini-Palazzoli, 1981).

Es básico mencionar que en este trabajo se tomaron en cuenta los criterios diagnósticos del DSM-III-R, sin embargo no se puede dejar de mencionar los criterios diagnósticos del DSM-IV los cuales actualmente ya están publicados enumerándolos a continuación:

Algunas publicaciones han señalado que ha pasado muy poco tiempo para que los criterios del DSM-III-R sean usados estándarmente en la investigación clínica y el hecho de introducir otros criterios podría ser prematuro. Sin embargo, para sondear y establecer la necesidad de una revisión de los criterios se pusieron en contacto con especialistas de trastornos de la alimentación como: la American Psychiatric Association, así como con la

gente involucrada en el desarrollo del DSM-IV; dando como resultado los siguientes criterios:

1) Anorexia Nerviosa.

Criterios.- a): negativa a mantener el peso corporal por encima del mínimo normal por edad y estatura, por ejemplo 15% por abajo del peso esperado., b) tener intenso miedo a ganar peso o acumular grasa, aunque su peso este disminuido c) alteración de la percepción del peso, la talla o la silueta (Wilson & Walsh, 1991).

Dentro del DSM-IV se plantean dos subtipos de anorexia: subtipo bulímico: durante el episodio de anorexia nerviosa la persona presenta recurrentes episodios de parranda alimenticia; y el subtipo no bulímico: durante el episodio de anorexia nerviosa, la persona no se involucra en episodios recurrentes de parranda alimenticia (DSM-III-R, 1988).

Se puede definir a la anorexia nerviosa (AN) como una negación consciente a comer que puede ser tan seria que se produzca la muerte. Es una búsqueda deliberada del ser delgado a pesar de las advertencias del médico y familiares. Es más frecuente en mujeres adolescentes, pero también se presenta en mujeres de otras edades, e incluso en hombres (Wilson & Hogan, 1987). Los síntomas de la anorexia son: hambre persistente que el paciente niega y sólo reconoce después de un tratamiento avanzado o cuando siente confianza con el terapeuta, no obstante no hay un solo tipo de anorexia nerviosa, por lo que

no existe un sólo tratamiento. éste depende de cada paciente. de su psicopatología y de la etapa de la enfermedad, como son:

a) Etapa aguda, en la que existe riesgo de muerte por lo que puede ser que el paciente sea hospitalizado

b) Etapa de mejoría, esta es, cuando el paciente se encuentra en un mejor estado nutricional, aún presentando anorexia.

MB-8 La anorexia nerviosa es una enfermedad específica de la fase del desarrollo púberal y de la adolescencia. Hasta ese momento del desarrollo, los conflictos existentes se compensan con una sobreadaptación al medio y una característica forma de relacionarse dentro y fuera de la familia. La anorexia puede entenderse como una solución patológica del «conflicto central» que resulta del enfrentamiento con las dificultades propias del desarrollo púberal y de la adolescencia, así como los derivados de la pérdida de las relaciones extrafamiliares (Ludewig, 1991).

MB -7 El proceso patológico se intensifica y se fija a través de mecanismos secundarios tanto psíquicos como somáticos, de modo que puede producirse una progresiva independización de los síntomas. Como mecanismo psíquico secundario es esencial la intensificación ambivalente de la unión con la madre, a manera de regresión patológica, así como el desarrollo adicional o el incremento de los «rasgos premórbidos» característicos. Como mecanismo somático se discute una modificación de las sensaciones de hambre y

saciedad. Además algunas modificaciones del tono vegetativo del organismo pueden considerarse propias de la conducta de «huida», al igual que la situación psíquica en la anorexia. Ambas influencias pueden fijar la sintomatología del padecimiento (Schütze, 1983).

H3-8 Sin embargo, hay que tomar en cuenta la similitud entre ciertos aspectos de la anorexia nerviosa y el rol femenino, ya que en la actualidad la mayoría de los pacientes reconocidos de anorexia nerviosa y bulimia son mujeres, por tal motivo, el rol femenino, por sí solo, parece explicar el padecimiento (Ludewig, 1991). En particular, las mujeres están constantemente sometidas a presiones como sujetarse a las cambiantes modas en cuanto a la forma de la silueta, y se asevera que la delgadez exagerada de las anoréxicas es tomarse demasiado en serio el rol femenino, y pretender cumplirlo, sin embargo se debe tomar en cuenta que un cuerpo demacrado deja de ser un objeto sexual.

Pero la anorexia nerviosa no se explica de manera tan simple. Por lo general, las anoréxicas y bulímicas nerviosas no han sido sometidas a las actividades de crianza tradicionales del rol femenino. Por el contrario se les ha alentado para que aprovechen lo más posible su educación y se desenvuelvan profesionalmente (Duker & Slader, 1992).

¿Qué relación puede existir entre la búsqueda de un cuerpo casi masculino, (en cuanto a la eliminación de todo tipo de redondeces que caracterizan al cuerpo femenino) y

el hecho de que las mujeres sean un género subvalorado culturalmente?. La baja autoestima es uno de los rasgos más típicamente recurrentes en las mujeres y en el caso de la anorexia, uno de los aspectos denigrados, desvalorizados, vividos como feo, gordo, deforme, poco atractivo, entre otros; es el propio cuerpo. Debe llamar la atención cómo aparece una sintomatología como la anorexia en una cultura que emite todo el tiempo mensajes referidos a que ser varón es ciudadano de primera categoría. Es obvio que entonces hasta el cuerpo de un varón sea visto como más bello por el sólo hecho de pertenecerle. Por lo tanto, "el rechazo de un cuerpo femenino" es una variable de gran complejidad que abarca todos los aspectos de la identidad de las adolescentes (Daskal, 1991 citado en: Ludewig, 1991).

MB — Por otra parte, aunque el ser humano ha conocido la anorexia desde hace tiempo, es sólo recientemente que se le ha empezado a considerar como un problema de salud pública. En la actualidad han empezado a resaltarse los peligros que esta condición presenta para la salud, además las repercusiones económicas que implica el tratamiento de este síndrome (Schütze, 1983).

Ya que como advierte Schütze, la anorexia nerviosa puede manifestarse en diferentes fases de su evolución, alcanzar desde los estadios más leves hasta los de mayor gravedad y presentar un curso muy variable (Schütze, 1983).

Por tal motivo, algunos médicos en nuestro país y en otros donde los casos de anorexia ya son demasiados, han sugerido que se aborde este problema de salud desde el punto de vista preventivo. Es decir, es necesario tomar medidas para evitar que este padecimiento adquiera mayores dimensiones sobre todo en un país en el que gran parte de la población sufre de otros trastornos alimentarios como la obesidad.

En la medida de lo dicho hasta aquí autores como Toro & Vilardell, (1987) advierten que a la anorexia nerviosa no se le puede comprender atendiendo exclusivamente a la patología neuroendócrina, ni a la supuesta conflictiva familiar, ni al trastorno de personalidad que dibujan clínicos, ni a hipotéticas relaciones objétales vividas en una primera época de la vida que nadie ha observado y algunos pueden intentar reconstruir con las inevitables distorsiones de los casos.

1.2.-Bulimia Nerviosa

La bulimia nerviosa es un trastorno severo de la conducta alimentaria en la cual muchos individuos, casi siempre mujeres, presentan frecuentes episodios de voracidad, vomitan habitualmente o más raramente, toman laxantes o diuréticos para prevenir el aumento de peso (Russell, 1979). El vómito es autoinducido y generalmente se produce cada día, además, de acuerdo con este autor, va acompañado de un miedo enfermizo a engordar. Sin embargo, hay que tomar en cuenta que la mayoría de las mujeres que

presentan bulimia nerviosa tienen un peso normal, aunque también las hay obesas (Raich, 1994).

① La prevalencia de la bulimia nerviosa está situada entre un 2% y un 4% (Johnson & Connors, 1987). Aunque últimamente, y tras análisis más rigurosos se ha llegado a una estimación mucho más reducida del 0.9% (Fairburn & Beglin, 1990).

Generalmente se presenta en mujeres un poco más mayores que las que tienen anorexia nerviosa, sin embargo la bulimia puede afectar a niñas mucho más jóvenes hasta de 11 años, según reportan Pyle, Mitchell & Eckert (1981). La media de edad de aparición está situada alrededor de los 16 y 18 años (Saldaña, 1994). Sin embargo, al ser un comportamiento secreto y no presentar una pérdida de peso tan acusada, suele pasar desapercibida durante mucho tiempo.

En cuanto a la bulimia nerviosa, la sintomatología de este trastorno consiste en episodios recurrentes de voracidad (consumo rápido de una gran cantidad de comida en un periodo discreto de tiempo); percepción de falta de control sobre la ingesta durante los episodios de voracidad; vómito provocado; empleo de fármacos, laxantes y diuréticos; dietas estrictas o ayuno, o ejercicio vigoroso para prevenir el aumento de peso, así como una preocupación persistente por la silueta y el peso. Para poder establecer el diagnóstico, es necesario que la persona presente un promedio mínimo de dos episodios de voracidad a

la semana durante un período de por lo menos tres meses estos son los criterios que se tomaron en cuenta para la realización de este trabajo (DSM -III-R, 1988).

Sin embargo en los criterios del DSM-IV se plantean también dos tipos específicos de bulimia nerviosa que son:

- 1) Tipo con purga: Durante el actual episodio de bulimia nerviosa, las personas presenta regularmente autoprovocación del vómito o el uso de laxantes diuréticos y enemas.
- 2) Tipo sin purga: Durante el actual episodio de bulimia nerviosa, la persona ha usado otras conductas compensatorias inapropiadas, como la dieta o el ejercicio excesivo, pero no se provocan el vómito regularmente ni usan laxantes, diuréticos o enemas (Kaplan & Sadock, 1994).

Los episodios de voracidad pueden ser planificados. La comida consumida durante estos períodos a menudo posee un elevado contenido calórico, sabor dulce y una textura que facilita su rápida ingesta. Los alimentos suelen ingerirse de forma disimulada e incluso en secreto. El episodio de voracidad termina normalmente con malestar abdominal, sueño, interrupción de la vida social o provocación del vómito, este último es considerado el más importante (Mancilla, Manriquez, Mercado, Román & Alvarez, 1996).

Al hablar de la sintomatología, se puede decir que las personas que sufren de este trastorno tienen un peso normal, algunos pueden situarse ligeramente por debajo del peso ideal y otros incluso pueden presentar exceso de peso. Con frecuencia se observa un estado

de ánimo deprimido que puede formar parte de un trastorno depresivo. La prevalencia e incidencia en cada sexo, de este síndrome es: en estudiantes de bachillerato el 4.5 % de las mujeres y el 0.4 % de los hombres reportan una historia de bulimia (DSM -III-R, 1988).

Sin embargo, la parranda alimenticia y la práctica de métodos insalubres para controlar el peso tales como el vómito autoinducido se han convertido relativamente en acciones muy vastas entre los adolescentes (Crowther, Post & Zaynor, 1985; Pope, Hudson, Yurgelun-Todd & Hudson, 1985; Killen, Taylor, Telch, Robinson, Maron, & Saylor 1987; Rosen & Gross, 1987). Por ejemplo, en investigaciones previas, se encontró que el 10.6% de las chicas de 15 años vomitaban para controlar su peso, con el 8.3% que usaban pastillas dietéticas y el 6.8% empleaban laxantes (Killen, Taylor, Telch, Saylor, Maron & Robinson, 1986). Sin embargo, pocos de los estudiantes en estudios previos podían cumplir con todos los criterios diagnósticos de bulimia. Acciones como la parranda alimenticia, abuso de laxantes o práctica autoinducida del vómito puede ser un riesgo para desarrollar clínicamente trastornos alimentarios significantes, que con el tiempo se convierten en serios problemas que amenazan la vida de la persona que los padece (Palla & Litt, 1988).

Los sentimientos que predominan en las pacientes que padecen estas alteraciones son negativos. Metidas en un callejón sin salida en su intento de control sobre la comida para cambiar su cuerpo se ven, a su vez, controladas por este problema; sentimientos de tristeza y llantos frecuentes son característicos. Así pues, no es de extrañar como lo

mencionan Pope & Hudson (1985), al observar que la depresión era tan frecuente en las personas que padecen de bulimia, propusieron que era simplemente una variante del trastorno afectivo. Aunque ésta parecería ser una teoría muy atractiva, otros estudios han reportado que la depresión es más una consecuencia de bulimia nerviosa, que la causa por la cual se podría desarrollar bulimia nerviosa.

La bulimia se refiere a una forma particular de ingesta excesiva que va acompañada del rasgo esencial de la anorexia nerviosa, es decir el temor a engordar. En este caso, el sufrimiento de los pacientes no se debe a los temores que suscitan los atracones imaginarios, sino que éstos son reales y concluyen o bien a causa de un malestar físico o por una interrupción social (Herscovici & Bay, 1990).

Al hablar del *ciclo de la bulimia* existe una paradoja, ya que el ciclo de hacer una dieta, atracarse y purgarse, muy lejos de solucionar un problema, contribuye a perpetuarlo. Vomitar es una solución de corto alcance porque, si bien en lo inmediato elimina el alimento que la persona rechaza, pronto esta práctica que se originó en un intento por controlar la ingesta excesiva, se convierte en un círculo de hierro por el mismo hecho de que le da legitimidad al atracón, con la ilusión de que la transgresión es así eficazmente anulada. Lo cierto es que con el transcurso del tiempo, las pacientes van perdiendo cada vez más el control, al punto que sienten que deben vomitar al terminar de comer. Al producir

pérdida de peso y hambre, rompen el círculo natural de hambre-comida-saciedad, desencadenando un nuevo atracón, y así sucesivamente (Herscovici & Bay, 1990).

Se podría hablar de un tratamiento para la bulimia el cual tiene básicamente tres etapas diferenciadas por sus objetivos:

1) *Establecimiento de una alianza terapéutica.* Estas pacientes, si bien se muestran y en verdad están, desesperadas por encontrar ayuda, se suelen conducir de una manera muy errática. Quieren que el tratamiento se realice en sus propios términos. Es relativamente frecuente que falten a las consultas y en general, tienen una capacidad limitada de adherir el tratamiento. Como generalmente han encubierto sus síntomas durante bastante tiempo, suelen ser suspicaces y el establecimiento de una relación de confianza y de un encuadre claro de trabajo debe ser el objetivo fundamental a lograr en las primeras entrevistas.

2) *Revertir la sintomatología bulímica y los distintos métodos de purga.* El clínico elabora un régimen alimentario que será el que la proteja de los atracones. También pide un registro diario y horario de la ingesta. El terapeuta agrega a ese registro un rango de 1-10 para clasificar las ansias de atracarse y/o purgarse. Los otros aspectos de la terapia en esta etapa tiene que ver esencialmente con dos aspectos:

a) *Explorar hábitos alimentarios de los miembros de la familia.* No es infrecuente hallar familias en las que uno o más miembros deambulan por la casa durante la noche en busca

de comida o madres que suelen comprar golosinas al por mayor, aduciendo que resulta más económico.

b) *Explorar otras áreas en las cuales la paciente ha sido competente en instrumentar mecanismos de control y disciplina.* Esto no solamente servirá para guiar al terapeuta en idear modalidades que sean afines a las habilidades de la paciente, sino que crea un clima más favorable, por cuanto surgen de un contexto en el cual se habrán realzado la autoestima y los beneficios de tales actitudes.

3) *Profundizar los cambios iniciados apuntando a la autonomía y a la prevención de recaídas.* En esta etapa se echa mano de algunos de los recursos de la terapia cognitiva a fin de liberar a la paciente de la tiranía de un peso ideal y permitirle hacer las paces con su cuerpo biológico, lo que se puede lograr si al mismo tiempo se han establecido y afianzado en otras áreas satisfactorias. El instrumento para realizarlo es la terapia familiar y/o individual sistémica (Herscovici & Bay, 1990).

1.2.1.-Aspectos Familiares de los Trastornos Alimentarios ✓

El conflicto central que podría desencadenar a la anorexia nerviosa surge por una parte de la personalidad premórbida, esto es, que los padres de una joven que sufre de anorexia nerviosa reportaron que ésta no había ocasionado ninguna dificultad ni en su educación ni en su desarrollo somático y psíquico, hasta la eclosión del padecimiento;

mencionando que la hija es una «niña ejemplar», y por la otra, las dificultades del desarrollo púberal y de la adolescencia (Schütze, 1983).

Durante el desarrollo púberal se produce, con la instauración del desarrollo físico y sexual, una relación de dependencia respecto a la familia y en contrapartida, una ampliación de las relaciones extrafamiliares con muchachos y muchachas de la misma edad. Los jóvenes sienten que tiene que renunciar a la seguridad de la infancia en favor de su propia independencia y comprobar que los padres, al principio excesivamente idealizados, poseen también, considerados críticamente, defectos y debilidades. Entonces intentan reavivar los ideales perdidos en personas extrañas a la familia; y esto, después de algunos éxitos iniciales aparentes, conduce inevitablemente una y otra vez a amargos desengaños. Por otra parte, los padres comprenden que tienen que renunciar a su hijo, en lugar de atenderlo en todo, y eso, en general, les afecta profundamente, en especial a la madre, ya que representa la pérdida de una relación muy estrecha, y puede hacer que nazca en ellos el miedo a la soledad (Bron, 1975).

El ámbito familiar, el hogar, es el medio social y físico donde se realizan -y socializan- las comidas. Las comidas siguen ritos, hábitos y normas pautados familiarmente. Ya que los hábitos ingestivos, *la alimentación* concretamente, cuentan con un importantísimo componente emocional en el medio familiar. En efecto, los padres en general y la madre en particular, tienen atribuido y asumido, incluso antes del inicio de sus

funciones. su papel de *alimentadores*. En consecuencia, la disminución de la ingesta alimentaria por parte de las anoréxicas forzosamente desencadenará la ansiedad familiar (Hall & Brown, 1983).

Se ha dado poca atención a la base familiar correlacionada con la bulimia nerviosa. Sin embargo, Humphrey (1986) ha reportado estudios que sugieren que el ciclo de parranda-purga en sí mismo provee una metáfora apropiada para un recurrir penetrante y crónico de déficits y excesos de la familia. La bulímica ansia periódicamente la comida durante una parranda, así ella y su familia ansían e intentan la alimentación, solicitando la tranquilidad y empatía de unos a otros. Similarmente los miembros de la familia piensan purgarse a ellos mismos echando su agresión y frustración hacia otros sin estructura o resolución.

Kog, Vertomment & De Groote (1986), reportaron el ambiente familiar de bulímicas y anoréxicas como más hostil, conflictivo, aislado y desorganizado.

En resumen la evidencia sugiere que hay patrones diferentes de la interacción familiar. psicopatología y peso corporal, tendencias entre subtipos bulímicos y no bulímicos. De modo que la bulimia ha estado estrechamente asociada con una pérdida de afectividad parental terminantemente negativa, hostil y desvinculada; con patrones de

interacción familiar desganchados, con incremento de la impulsividad parental, alcoholismo familiar e incremento de obesidad (Strober & Humphrey, 1987).

Rivinus, Biederman & Herzog (1984), reportaron un trabajo en relación a un estudio familiar sobre anorexia nerviosa realizado a una muestra adolescente. En donde se entrevistó a 545 familiares de 40 pacientes anoréxicas y 277 de 23 jóvenes normales (controles). Los resultados obtenidos indican que los familiares de las anoréxicas contaban con un número mayor de trastornos psiquiátricos en general y de trastornos afectivos/toxicomanías en comparación con los familiares de los controles.

Por su parte Strober & Humphrey (1987), evaluaron tres aspectos: a) descripción de la interacción familiar; b) el curso de la relación familiar y la fenomenología del síntoma, y c) los estudios de transmisión familiar. Concluyendo que aunque algunos patrones familiares pueden estar asociados con los trastornos alimentarios, no existe un patrón simple o unívoco de influencia.

Para detectar tales situaciones en una familia, Vanderlinden & Vandereycken (1984), utilizaron la terapia familiar directiva aplicando seis líneas de guía: 1) El contacto familiar antes de la admisión; 2) La intención de trabajar afectuosamente en alianza con los miembros de la familia; 3) Involucrar a la familia en decisiones de terapia mayor; 4) Ofrecer una redefinición temprana del problema, para la familia que tiene contacto con los

síntomas; 5) Hacer disponible al terapeuta a la familia por un período prolongado y 6) Evaluar el impacto de la estrategia terapéutica. También describen a la anorexia nerviosa como un síndrome multideterminado en el que interfieren factores biológicos, psicológicos así como características individuales y familiares.

Schwartz & Barret (1987), mencionan que los factores familiares, individuales y socioculturales, contribuyen al surgimiento de anorexia y bulimia nerviosa en mujeres. Por su parte, Mesa, Rodríguez & Blanco (1989), señalan que la anorexia nerviosa puede ser determinada por múltiples factores. entre ellos se encuentran la exigencia de la moda actual (cultura de la delgadez) y una historia de obesidad. Asimismo, Hsu (1989), coincide con el punto anterior, pues menciona que los trastornos alimentarios son más comunes en mujeres, ya que éstas se preocupan más por su forma estética y por controlar su peso, debido a que existe una presión intensiva en las mujeres por ser delgadas; también menciona que existen algunos factores de riesgo para desarrollar los trastornos alimentarios, tales como una historia familiar de dichos trastornos (en donde algún miembro de la familia haya padecido trastornos alimentarios) y/o alcoholismo en algún miembro de la familia. En lo que se refiere a este último Molgaard Chambers. Golbeck & Elder (1989), mencionan que cuando el padre o la madre presentan una historia de alcoholismo, puede existir una predisposición para la aparición de la anorexia nerviosa en los hijos.

AN → Por lo regular, las personas que sufren de anorexia nerviosa pertenecen a una familia estable, sin problemas económicos con una «aparente» convivencia perfecta, aunque poco espontánea. Sin embargo, bajo esa «aparente» normalidad se aprecia una excesiva dependencia interpersonal y una estructura familiar sin fronteras, como si todos sus miembros fueran uno solo, especialmente el binomio madre-hija (Martínez-Fornés, 1994).

Según Bruch, las jóvenes que sufren de anorexia son muy cuidadas y protegidas dentro de la familia por unos padres que tienen más en cuenta las propias necesidades y deseos que los de su hija, de tal modo que el crecimiento, desarrollo y éxito escolar de la chica no es logro de la paciente sino de ellos. Desde el punto de vista del modelo sistémico, se menciona que con frecuencia la anoréxica se convierte en «chivo expiatorio» de tensiones familiares que los demás se niegan a admitir, ya que desde su lógica la paciente es causa de malestar en la familia, pero a la inversa la familia es causa de la enfermedad de la paciente (Martínez-Fornés, 1994; Onnis, 1990).

No obstante, pese a que los estudios familiares han revelado de modo significativo la presencia de anorexia nerviosa en los *padres* de las pacientes. La concordancia madre-hija es sumamente rara (Kalucy, Crisp & Harding, 1977).

Algo distinto es lo que sucede con la prevalencia de anorexia en las *hermanas* de anoréxicas. En la revisión de Garfinkel & Garner (1982) se mencionan tres trabajos con porcentajes oscilantes entre el 3.1% y el 6.6%, cifras que resultan significativas.

Martínez-Fornés (1994), menciona un caso de dos hermanas las cuales sufrían de anorexia nerviosa y él explica que esto podría deberse a que compartieron la misma *dinámica conflictiva de la familia*; estar sometidas a *una educación* (la misma familia, el mismo colegio, las mismas amigas) que las moldea más vulnerables a la presión publicitaria de «la moda»; lo cual da como resultado una influencia inductora de la hermana que padece anorexia sobre la hermana que no padece de ningún trastorno alimentario.

1.2.2.-Aspectos Genéticos

Otro de los factores que pueden influir en el desarrollo de los trastornos alimentarios, son los genéticos. Al respecto, Crisp (1988), menciona que los factores de riesgo identificados en la anorexia nerviosa, son los problemas de peso en la infancia involucrados en el sistema familiar así como posibles influencias genéticas. Como por ejemplo: en el caso de el nacimiento de gemelos y uno de los dos desarrolla anorexia nerviosa; sin embargo, ésto no se podría generalizar a todos los casos de gemelos, sino que ciertas características de la personalidad de éstos constituyen una predisposición hacia el desarrollo de dicho síntoma (Moilanen, Seitamo & Uhari, 1985).

Holland, Sicotte & Treasure (1988), realizaron un estudio de gemelos con anorexia nerviosa entre 45 pares de gemelos del sexo femenino de los cuales el 56% fueron monozigóticos (MZ) y el 5% de las 20 restantes eran dizigóticos (DZ); el 5% de las monozigóticos tenían una historia de anorexia previa; sin embargo, es importante resaltar que en los casos de gemelos monozigóticos los resultados son más significativos, cabe mencionar que el análisis de los datos se realizó con el Inventario de Desórdenes Alimentarios (E.D.I.), de Garner & Garfinkel, (1979) aportando como datos relevantes un bajo peso, amenorrea y otras características de anorexia nerviosa.

Se debe tomar en cuenta, que la identidad genética da lugar a una concordancia mucho mayor que la heterogeneidad genética, en la disposición pre-anoréxica. En el que sin duda es el estudio más completo y extenso Holland, Hall, & Murray (1984), realizado conjuntamente con los equipos de los hospitales St. George y Maudsley de Londres, se indica explícitamente que ningún mecanismo psicológico parece explicar la concordancia observada en los 9 pares de MZ y el par de DZ que comparten la anorexia. Las circunstancias y cursos evolutivos del trastorno anoréxico sufrido por tales pacientes excluye, a juicio de los autores, la hipótesis de inducción esgrimida a menudo para explicar la anorexia nerviosa sobrevenida en más de un miembro de un mismo grupo familiar. En unos casos, el padecimiento sigue cursos paralelos, y en otros están muy separados en el tiempo; en un caso las gemelas sufrieron su anorexia nerviosa viviendo en países distintos y sin tener conocimiento mutuo de su hermana. En consecuencia, parece poder hablarse de

disposición o *vulnerabilidad genética* para la anorexia nerviosa. Si así fuere, la cuestión radica en conocer la entidad concreta de tal vulnerabilidad. Si se dividiera la balanza interpretadora de los datos hacia la vertiente ambientalista, se podría justificar la diferencia entre gemelos monozigóticos y dizigóticos, no aceptando el supuesto de homogeneidad ambiental que rige las investigaciones gemelares. Ello implicaría que por lo menos en lo que concierne a la anorexia nerviosa, el ambiente psicosocial actúa mucho más diferencialmente en las parejas genéticamente no idénticas que en las idénticas (Toro & Vilardell, 1987).

1.3.-Farmacología de los Trastornos Alimentarios

Por su parte, Pryor, Mc Gilley & Roach, (1990) han examinado los tratamientos farmacológicos de la anorexia y bulimia nerviosa. Los medicamentos utilizados en el tratamiento de la anorexia nerviosa incluyen los neurolépticos, estimulantes del apetito, antidepresivos y un grupo variado que incluyen a la naloxona, la cual es un bloqueador de los receptores opiáceos; la metacloramida, la L-dopa, de ésta última, su vía de acción es la de incrementar la síntesis de dopamina; y el zinc. En el tratamiento farmacológico de la bulimia nerviosa están los anticonvulsivos y antidepresivos. Futuras investigaciones pueden incluir :

- a) Identificación de los predictores del resultado.
- b) Estudios longitudinales con tests endócrinos regulares y sistemáticos, como fuente de valoración de las variables psicológicas, así como de las interacciones familiares.

c) El incremento del conocimiento sobre la disfunción del apetito y el rol que los factores metabólicos juega en la regulación del peso.

Por otro lado, la administración de serotonina (5-HT) en animales ha mostrado ser efectiva en la reducción de peso corporal (Edwards, 1995). De esta manera, los efectos farmacológicos de drogas que actúan sobre el sistema serotoninérgico como la fluoxetina (inhibidor de la recaptura de 5-HT) en animales, sugiere un uso potencial en programas de reducción de peso en la obesidad de humanos (Yent & Feller, 1992; Wise, 1992; Munro, Scott & Hodge, 1992; Drent, Zelissen, Koppeschaar, Nieuwenhuysen, Luterma & van der Veen, 1995; Lawton Wales, Hill & Blundell, 1995).

La acumulación de evidencia que sugiere que la disminución de 5-HT causa una estimulación sobre la alimentación, podría ayudar en el desarrollo de nuevas estrategias para el tratamiento de la anorexia clínica (Garattini, Mennini, Bedotti, Invernizzi & Samanin, 1986).

Experimentalmente la reducción de la actividad de la 5-HT en animales incrementa la ingesta de alimento, mientras que el incremento de la 5-HT tiene el efecto contrario. Diversos estudios (Kaye & Weltzin, 1991; Brewerton, Mueller, Lesem, Brandt, Quearry, George, Murphy & Jimerson, 1992; Weltzin, Fernstrom & Kaye, 1994; Brewerton, 1995; Weltzin, Fernstrom, Fernstrom, Neuberger & Kaye, 1995), sugieren que las mujeres con

bulimia nerviosa muestran una reducción en la actividad de la 5-HT o que las personas con bulimia nerviosa son menos sensibles a la estimulación serotoninérgica (Pji, Cohen, Verkes, Koppeshaar, Iestra, Shoemaker, Prolich, Onkenhout & Meinders, 1995).

En algunos estudios (Kaye, Ballenger, Lydiard, Stuart, Laraia, O'Neill, Fossey, Stevens, Lesser & Hsu, 1990; Jimerson, Lesem, Kaye & Brewerton, 1992), donde se ha medido el metabolito 5-HIAA en el fluido cerebroespinal de pacientes con bulimia nerviosa en comparación con pacientes control, se ha observado que los pacientes con bulimia nerviosa presentan menores cantidades de 5-HIAA que los controles. También se han reportado concentraciones bajas de prolactina basal en pacientes con bulimia en comparación con pacientes control (Fichter, Pirke, Pollinger, Wolfram & Brunner, 1990).

1.3.1.-Otros Factores Asociados a los Trastornos Alimentarios

Mesa, Rodríguez & Blanco (1989) mencionan también que la anorexia nerviosa puede estar determinada por múltiples factores, entre ellos se encuentra la presión social y una historia de obesidad.

Es ampliamente aceptado en estos días que la anorexia nerviosa es la presencia de una alteración, una actitud hacia el peso corporal y la forma. Esta actitud ha sido descrita como la "búsqueda de la delgadez", "fobia al peso" y/o "miedo a la gordura" (Hsu & SingLee, 1993).

Cuando se reseñan los factores predisponentes a la anorexia nerviosa resulta obvio que se sabe poco acerca de la vulnerabilidad individual. Sin embargo, desde diversas orientaciones teóricas se coincide en que un factor crucial tiene que ver con las dificultades *para el funcionamiento autónomo para establecer la identidad y acceder a la separación*. Esto disminuye la capacidad ya limitada para desempeñarse separadamente de la familia u otro anclaje. Bruch (1982), atribuye la predisposición fundamental a un déficit del *yo*, en lo que se refiere a autonomía y dominio del propio cuerpo, que da cuenta de un sentido de "ineficacia personal"; describiéndose así: "Los pacientes anoréxicos se perciben así mismos como habiendo perdido el control de su conducta, sus necesidades y sus impulsos, como no siendo los dueños de sus propios cuerpos, como careciendo de un centro de gravedad". Este sentimiento de ineficacia y el consiguiente déficit en la identidad personal puede dar cuenta de dificultades mayores cuando la persona carece de orientación concreta de sus padres o cuando se ve expuesta a situaciones en las que hay nuevas demandas.

Sin embargo, problemas vinculados a la autonomía y a la separación no son patrimonio de las personas que padecen anorexia nerviosa, sino que son temas importantes para los adolescentes en general.

En cuanto a la personalidad, Piran, Lerner, Garfinkel, Kennedy & Brouillette (1988), mencionan que las anoréxicas reciben con más frecuencia el diagnóstico de

trastorno de personalidad evitativa, compulsiva, dependiente y pasivo-agresiva. La dieta es otro factor importante, ya que ésta refleja una insatisfacción con el propio cuerpo, y consiste en la puesta en práctica de medidas reductoras de peso. Se dice que la dieta es un antecedente causal de trastorno alimentario, en cuanto a los factores socioculturales, la experiencia muestra que algunas mujeres con trastorno alimentario recibieron una historia de burlas crueles por el sobrepeso, lo que pudo haber contribuido a la gestación de su trastorno alimentario. Estas burlas generarían una insatisfacción crónica con la apariencia física. Por último, la depresión como efecto colateral; ya que un estado de ánimo deprimido predispondría al trastorno alimentario. Un ideal estético delgado generaría insatisfacción, baja autoestima y depresión; y la dieta serviría para combatir este estado de ánimo deprimido. Con respecto a este último Nagel & Jones (1992); Rastam (1992), discuten el vínculo entre la anorexia nerviosa y los trastornos afectivos, entre ellos la depresión. En algunas personas que sufren de este trastorno hay dependencia de sustancias psicoactivas; los tóxicos más empleados son los sedantes, las anfetaminas, la cocaína o el alcohol.

Separaciones y Pérdidas:

En cuanto a los factores predisponentes para la aparición de la anorexia nerviosa y la bulimia, la depresión es uno de los temas más comentados por los investigadores. En el caso de la anorexia nerviosa son bastantes las publicaciones que hablan de la relación que hay entre dicho trastorno y el fallecimiento de una persona relacionada afectivamente.

Por su parte, Beaumont, Abrahan & Argall (1978), mencionan que la situación de fallecimiento de algún familiar lo encontraron en el 32% de sus pacientes anoréxicas estudiadas, mientras que Kalucy, Crisp & Harding (1977) la encontraron en el 29% de sus pacientes, aportando así cifras muy semejantes ambos estudios.

También Kalucy y cols. (1977) mencionan que existe un 34% de casos asociados a *ausencia del hogar* por parte de la persona que sufre de anorexia nerviosa. Por su parte, Van der Broucke & Vandereycken (1986) estudiaron 14 adolescentes europeos, de 16 a 18 años, participantes en un programa de intercambio de estudiantes con los E.U.A., que les llevó a residir durante un año en el seno de diversas familias americanas. Los 14 sufrieron trastornos de la ingesta (9 anoréxicas y 4 bulímicas, y sólo una resultó sin trastorno alimentario). Los autores consideran como factores precipitantes, compartidos por todos esos pacientes, no sólo la ausencia del medio familiar, sino la nostalgia y el aburrimiento propios del *choque cultural*. (Sin embargo, la mayoría de los sujetos afectados parecían contar con una sintomatología previa).

Sexualidad asociada a los trastornos alimentarios:

Kinzl, Traweger, Guenther & Biebl (1991), han intentado clarificar si los antecedentes familiares y el abuso sexual infantil están asociados y vinculados con el desarrollo de los trastornos alimentarios, pero los hallazgos son completamente variados. La mayor parte de los estudios que han mostrado asociaciones entre reportes de abuso

sexual en escolares y trastornos alimentarios generalmente no reportan una relación muy marcada. Connors & Worse (1988) revisaron la literatura respecto a la relación entre abuso sexual y trastornos alimentarios, concluyendo que un 30% de los pacientes con trastorno alimentario reportaron haber tenido abuso sexual (citado en: Kinzl, y cols., 1991).

La experimentación de relaciones sexuales concretas o aproximaciones a las mismas también ha sido comprobada como precedente inmediato de la anorexia nerviosa. Las cifras se mueven entre el 16% de la población estudiada por Halmi (1974) y el 47% de la muestra australiana presentada por Beaumont y cols. (1978).

Factores Sociales:

Es evidente que la anorexia no se distribuye homogéneamente entre las distintas capas o estratos de nuestras poblaciones. En concreto las clases sociales, es decir, los diferentes niveles socioeconómicos y socioculturales presentan tasas distintas de trastornos alimentarios (Toro & Vilardell, 1987).

En el año de 1976, Crisp, Palmer & Kalucy, llevaron a cabo un minucioso estudio en nueve escuelas de Londres; verificando el volumen de casos graves de anorexia nerviosa existentes entre las jóvenes de más de 16 años que cursaban estudios en esas escuelas. Pues bien, hallaron en las escuelas *privadas* que aparecía un nuevo caso de anorexia al año por cada 250 adolescentes, mientras que en las escuelas *públicas* se producía un nuevo caso por

cada 300 alumnas. Es decir, existían diferencias significativas de incidencia en función de la clase social, ya que las escuelas privadas cuentan con una clientela de nivel económico claramente superior al representado en las escuelas públicas.

Esta asociación entre anorexia nerviosa y clases sociales medias y elevadas ha sido sistemáticamente constatada en el mundo occidental desarrollado. No obstante, en la propia URSS, a pesar de la oficial inexistencia de clases sociales, se ha descrito la asociación existente entre anorexia nerviosa y nivel socioeconómico (Ushakov, 1971).

Es lícito plantear la cuestión de la sociabilidad del cuerpo, puesto que toda la educación tiende en cierta medida a modelarlo, formarlo o, más exactamente, a darle al cuerpo una determinada hechura de conformidad con las exigencias normativas de la sociedad en la que se vive (Bernard, 1985).

La cultura de la delgadez conduce a normas y valores que determinan las actitudes y conductas hacia la forma corporal, la talla y el peso, particularmente en los períodos de cambios físicos como lo son la adolescencia y juventud (Toro, Salamero & Martínez, 1994).

En un estudio realizado por Turón, Fernández & Vallejo (1992), en el que analizaron algunas variables sociodemográficas; como el nivel socioeconómico familiar, en

el cual una vez sabiendo su nivel socioeconómico la muestra de dividió en clase media y media baja, el nivel de escolarización de las pacientes, el cual no reportó ningún caso de analfabetización por el contrario, la mayoría de las personas eran universitarias; respecto al lugar de residencia, encontraron que el 73.3% de las pacientes procedían de zonas urbanas y el 26.7% procedían de zonas rurales; y con respecto a la situación familiar, encontraron que en el 86% de las familias de pacientes anoréxicas los padres estaban juntos; el 7% estaban separados; el 2.3% divorciados y en el 4.7% de los casos las madres eran viudas. Este apartado de *factores sociales* es muy extenso ya que es lo que principalmente se maneja en el presente trabajo, puesto que la imagen corporal se ve influenciada por las presiones sociales de un ideal estético delgado, por tal motivo, únicamente se menciona brevemente.

La Soledad:

La anorexia nerviosa surge la mayoría de las veces en chicas solitarias que no echan de menos la compañía de los demás, con relaciones interpersonales poco desarrolladas o nulas. Tiene compañeras y compañeros, pero no amigos. La adolescencia es una edad conflictiva. Ser joven es mucho más difícil de lo que se piensa. La soledad favorece la obsesión por el peso y los alimentos al suprimir fuentes gratificantes que surgen de la convivencia de otros jóvenes (Martínez-Fornés, 1994).

2.-Imagen Corporal

Es importante señalar que el incremento de la población afectada por anorexi y bulimia nerviosas, es consecuencia directa de la presión sociocultural hacia modelos estéticos incompatibles con la obesidad, incluso los profesionales de la salud también se han visto influenciados por ese medio socioambiental y rechazan la gordura, ya no sólo por motivos de salud, sino también por motivos estéticos.

Así pues, la belleza se ha convertido en nuestras sociedades en sinónimo no sólo de aceptación, sino también de éxito social, ya que la mayoría de las veces, cierta redondez en las formas se asocia en las mentes a la femineidad y ésta es asociada a la falta de inteligencia y a la incompetencia profesional, de donde se deduce el imperativo de la delgadez para las mujeres con ambiciones profesionales.

Generalmente la razón para iniciar las dietas son bromas que les hacen ya sea la familia o amistades, por estar supuestamente excedidas de peso. Al mismo tiempo que disminuyen considerablemente su ingesta calórica, hacen ejercicio rutinario extenuante para controlar el peso (Wilson & Hogan, 1987).

Por tal motivo, el término de imagen corporal ha sido utilizado para referirse a la fotografía que se tiene en la mente del tamaño, imagen y forma del cuerpo, así como los sentimientos involucrados.

Bruch (1962), fue la primera en explicar el rol fundamental del trastorno de la imagen corporal en el caso de la anorexia nerviosa. Tal como lo mencionan, Striegel-Moore, Silberstein & Rodin (1986), la cuestión de la imagen corporal puede crear un problema para las chicas, ya que las exigencias culturales son muy fuertes. Hay que tomar en cuenta, que un cuerpo delgado ha venido adoptándose como el ideal estético para las mujeres. El esfuerzo para mantener o conseguir este ideal puede crear muchas dificultades con el peso asociado con la edad de la pubertad. Por tal motivo, prácticas de alimentación anómala pueden ser adoptadas, en parte, como un intento por combatir el subir de peso (Killen, Hayward, Wilson, Taylor, Hammer, Litt, Simmonds & Haydel, 1994).

Se debe tomar en cuenta, que las personas que sufren de trastorno alimentario y aún mucho más las mujeres (que se sabe que son la gran mayoría de pacientes de estos trastornos) suelen identificar su autoestima con la de su propio cuerpo, esto es: "si no me considero atractiva es que no sirvo para nada". Algunos estudios, demuestran que el grado de insatisfacción corporal o autoestima física está asociado con la autoestima en general. Las mujeres con trastornos alimentarios tienen una extremadamente baja autoestima y sentimientos de rechazo (Garfinkel & Garner, 1982; Slade, 1988).

Las mujeres que presentan trastornos alimentarios están más alteradas de su percepción y su valoración corporal, sobre todo aquellas que tienen una autoestima más negativa (Cooper & Taylor, 1988; Rosen, 1990). Aunque otros autores refieren que el intenso miedo a engordar, la sensación de estar en sobrepeso no es ni infrecuente ni anormal en mujeres sin trastorno alimentario (Pyle, Neuman, Ialvorson & Mitchell, 1991). Ya que la mayoría de las mujeres en nuestra sociedad han hecho dieta en algún momento de su vida, muchas experimentan episodios alimentarios que consideran incontrolados y casi todas desean ser más delgadas de lo que están en realidad. Tal es el caso de un estudio en el que evaluaron una muestra universitaria, ya que todas las mujeres reportaron que deseaban un peso corporal inferior, el 86.8% del peso que les correspondía por estatura y edad (Kurtzman, Yeger, Lndsværk, Wiesmeier & Bodurka, 1989).

No sin razón, la insatisfacción corporal ha sido considerada un fenómeno normativo entre la población femenina occidental (Rodin, Silberstein & Striegel-Moore, 1984). La paciente, extremadamente delgada, cuando no caquéctica, niega su extremada delgadez. Parece subvalorar sus dimensiones y no reacciona ante ellas del modo que sería normal dentro de la anorexia. Asimismo, su negación de la enfermedad parece, a veces, guardar estrecha relación con esta tendencia a negar -o no «ver»- su delgadez (Toro & Vilardell, 1987).


¿En que consiste realmente este fenómeno? ¿Se trata de un auténtico trastorno perceptivo y/o cognitivo general?. En realidad la observación clínica permite verificar la existencia de dos tipos de anomalías en relación a la apreciación del tamaño y dimensiones del propio cuerpo. En unos casos se constatan auténticas *distorsiones perceptivas*, puesto que se comprueban errores significativos en la percepción de determinadas características corporales. Pero en otros casos, y a partir de una percepción más o menos objetiva se producen *evaluaciones distorsionadas* que, según su contenido, darán lugar a reacciones de ansiedad o incluso pueden contribuir a mitigarla. En efecto, la aprehensión de un supuesto sobrepeso o una posible sobredimensión puede desencadenar una intensa angustia. Sin embargo cuando la delgadez es extrema y alarmante desde todos los puntos de vista, el «sobredimensionamiento» del cuerpo puede servir para suavizar el miedo al padecimiento. No siempre estas distorsiones afectan a todo el cuerpo o la imagen global del mismo. Es frecuente que se limiten a zonas concretas, especialmente a muslos, caderas, abdomen y nalgas, precisamente unas áreas corporales de dimensiones claramente diferenciadas entre los sexos, tendiendo a ser más voluminosas y redondeadas en el femenino (Toro & Vilardell, 1987).

Sin embargo, una de las cosas que ha llamado la atención en las clínicas desde los comienzos de los trastornos alimentarios ha sido que mujeres que presentan un aspecto esquelético, es decir, están extremadamente delgadas, afirman con gran convencimiento que se ven gruesas. Esta incongruencia con la opinión externa ha llevado a desarrollar una gran

cantidad de estudios en los que se evalúa a través de diferentes procedimientos la percepción de las medidas corporales (Raich, 1994).

En una gran mayoría de trabajos ha quedado claro que las anoréxicas y bulímicas tienden a sobrestimar su tamaño corporal, es decir, creen que son mucho más gruesas de los que son, de modo tal que la fotografía mental de su cuerpo no corresponde a una estimación objetiva (Tiggemann, Winefield, Winefield & Goldney, 1994).

En una investigación realizada por Mora & Raich (1993), mencionan que las pacientes con trastorno alimentario en general tienden a sobrestimar el tamaño de su cuerpo más que los grupos controles, pero establecen que esto no es debido a fallos perceptivos y que la insatisfacción no es una consecuencia de la percepción alterada, sino que parece ser realmente la causa ya que la evaluación de un objeto como el propio cuerpo, tan altamente correlacionado con la autoestima y tan valorado socialmente, amenaza al propio valor y produce ansiedad, con lo que no se favorece la objetividad en la medición.



El concepto de imagen corporal ha sido ampliamente definido en la literatura científica, refiriéndose, el cómo una persona percibe, siente y actúa respecto a su propio cuerpo. En los trastornos alimentarios de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa se ha descrito repetidamente que presentan desproporciones al estimar el tamaño de su cuerpo en general o partes de él. La evolución de estos trastornos debe incluir necesariamente el

estudio de la percepción, los sentimientos, conductas y las cogniciones relacionadas con su propio cuerpo. No se puede olvidar que el desencadenante de los trastornos es la creencia fija de la necesidad de la delgadez, por lo que no es de extrañar que a la hora de valorar su cuerpo no lo consideren del tamaño adecuado, ya que si ésto no fuese así no se esforzaría en la pérdida de peso (Raich, 1994).

Las actuales preferencias sociales por la delgadez han afectado la conducta alimentaria y las actitudes respecto a la comida, de hecho entre las mujeres jóvenes y adolescentes, la dieta es más prevalente y es en sí la conducta normativa (Polivy & Herman, 1987). En circunstancias normales las dietistas tienden a comer menos que las no-dietistas, pero consecuentes a una variedad de eventos cotidianos (estrés en forma de ansiedad, depresión u otros estados disfóricos) (Herman & Polivy, 1984).

Cabe señalar, que no todas las dietistas tienen un trastorno alimentario de significancia diagnóstica, sin embargo, parece que la dieta puede estar vinculada a todos los trastornos alimentarios mayores; ya que las personas que sufren de algún trastorno alimentario y las dietistas reflejan una acentuada preocupación por su peso (Garner, Olmstead & Garfinkel, 1984). Igualmente existe una insatisfacción por su cuerpo o imagen corporal y un deseo o necesidad por alcanzar la tipificación de perfección tanto en unos como en otros (dietistas y con trastorno alimentario). Finalmente, algunos síntomas aparentes de anorexia y bulimia se han identificado en dietistas. La parranda alimentaria y

la autoinducción del vómito se han reportado en dietistas extremas, sin mostrar otra indicación de psicopatología (Thompson & Schwartz, 1982).

Nylander (1977), fue el primero en proponer una hipótesis de continuidad de los trastornos alimentarios, cuando examinó a chicas estudiantes de secundaria en Suecia y estableció que la mayoría percibió un sobrepeso de grasa, reportando tres o más síntomas de anorexia nerviosa en conexión a intentos de pérdida de peso. Fries (1977), observó que las distorsiones de la imagen corporal, tanto en pacientes con AN como en dietistas rígidas evidencian los criterios diagnósticos de un verdadero trastorno alimentario, así lo observaron Garner & Garfinkel (1980), en su estudio con bailarinas profesionales y modelos.

Crisp (1965), argumenta que las pacientes anoréxicas y las dietistas normales asumen la dieta y la delgadez por razones muy diferentes. Las dietistas normales lo intentan por metas positivas (importancia de la apariencia, autoestima, control), mientras que las anoréxicas usan la dieta como una forma de escape a las demandas psicosociales de la pubertad y madurez. Bruch (1973), sostiene que los verdaderos trastornos alimentarios involucran distorsiones de la imagen corporal y las percepciones internas se acompañan de un importante sentimiento de ineffectividad. Selvini-Palazzoli (1978), amplía esta posición postulando que los verdaderos trastornos alimentarios no sólo involucran los déficits en la

percepción y autoestima enfatizados por Bruch, ya que algo fundamental es la desconfianza interpersonal.

Las pacientes con trastornos alimentarios y dietistas preocupadas por su peso comparten algunas conductas y actitudes patológicas. El deseo de delgadez y su intensa asociación con la dieta, peso y apariencia. La bulimia (la parranda alimentaria con o sin purga) y la seria insatisfacción con el propio cuerpo que caracteriza a los trastornos alimentarios, parece que puede ser mayor o menor entre algunos dietistas normales. Asimismo, la dieta puede representar un estado patológico dentro del continuo de los trastornos alimentarios (porque no se concibe como una dimensión simple, unitaria, continua), esto puede asociarse claramente con algunas de las patologías aceptadas como un rasgo esencial de los trastornos alimentarios (Fairburn & Garner, 1986).

Hay que tomar en cuenta las presiones debidas al ideal corporal que puntualizan la importancia de las influencias socioculturales acerca de la imagen y el peso (Garfinkel & Garner, 1982). Las correlaciones entre los problemas de peso y las actitudes acerca de la obesidad y la delgadez se intensifican en ciertos estratos sociales o subgrupos culturales. Algunos estudios sugieren una mayor ocurrencia de trastornos en ambientes competitivos que enfatizan la importancia del peso y la apariencia, lo que incrementa las presiones sociales (Brooks-Gunn & Warren, 1985).

La prevalencia del modelo estético corporal en nuestra cultura de delgadez juega un papel preponderante en los trastornos alimentarios. La cultura de la delgadez conduce a normas y valores que determinan las actitudes y conductas hacia la forma corporal, la talla y el peso; particularmente en los periodos de cambios físicos como en la adolescencia y la juventud. En cualquier sociedad las influencias culturales son transmitidas a través de la imitación de modelos de comportamiento y de la recepción de mensajes verbales. Familias y amigos son los agentes principales. Pero en las sociedades occidentales y a finales del siglo XX los medios masivos de comunicación juegan un papel importante en la propagación y asimilación cultural de estereotipos (Garner, Garfinkel, Schwartz & Thompson, 1980).

En España se hizo una revisión de tres años consecutivos de los anuncios que aparecían en las revistas más leídas por mujeres, en donde se estimulaba la búsqueda de una apariencia delgada. Encontraron que directa o indirectamente, en uno de cada cuatro anuncios se estimulaba la pérdida de peso y que el impacto del anuncio daba en el blanco principal, y significativamente en el grupo de mujeres comprendido entre los 14 y los 24 años, de clase media y alta, correspondientes a poblaciones mayores a 50,000 habitantes (Toro, Salamero & Martínez, 1994).

Por lo regular, a las mujeres se les educa desde la infancia a preocuparse más por su cuerpo y por la imagen corporal que a los varones. La paciente con anorexia nerviosa

pretende negar su cuerpo: un cuerpo sexuado que pueda ser acariciado y poseído. Con mucha frecuencia aparece el trastorno en la pubertad, cuando muchas jovencitas se sienten acosadas por las miradas táctiles de los varones (Martínez-Fornés, 1994).

Existen evidencias de correlación entre alteraciones de la imagen corporal y trastorno alimentario. También existe evidencia causal a través de modelos que muestran que es significativa y unidireccional (Richards, Thompson & Coovert, 1990).

Las teorías del autoesquema procedentes de la Psicología Cognitiva, han clarificado el tipo de relación existente entre la información sensorial y las variables cognitivoafectivas, en la percepción del tamaño corporal (Eldredge, Wilson & Whaley, 1990). La sensación de las anoréxicas y las bulímicas de estar gordas, es un atributo lábil que fluctúa en función de los eventos ambientales, el estado de ánimo, los hábitos alimentarios y el peso real. Sus juicios evaluativos entrañan varios tamaños y configuraciones corporales, y no únicamente un módulo de tamaño y forma. Slade (1990), admite que en un individuo con anorexia o bulimia percibe que su imagen corporal es incierta e inestable. Sin embargo, la tendencia a autoevaluarse en términos de peso es más estable y unívoca.

Freeman y Cols. (1991 citado en: Mora & Raich, 1993), confirmaron que pacientes con anorexia y bulimia focalizaban su atención en aquellas partes de su cuerpo con las

cuales estaban más insatisfechos, mientras que los sujetos del grupo control, no focalizaban su atención a ninguna parte de cuerpo en particular. Este estudio certifica de un modo objetivo que el procesamiento de la información de estos pacientes es selectivo y está gobernado por sus preocupaciones. Asimismo existe evidencia longitudinal de que la **insatisfacción corporal** es el principal factor predictor del trastorno alimentario en la adolescencia (Attie y Brooks-Gunn, 1989).

2.1.-Instrumentos

No se sabe la razón por la cual las anoréxicas tienden a distorsionar las dimensiones de su cuerpo. Crisp (1980), teniendo presente que la anorexia es un trastorno esencialmente adolescente/juvenil, apunta que el error puede estar en un fracaso para adaptar las propias percepciones al reciente cambio de la forma corporal.

Por tal motivo, a finales de los 60's y a principios de los 70's se realizaron estudios tanto, longitudinales como transversales (Slade, 1988). Las conclusiones más relevantes de estos estudios fueron: a) las anoréxicas sobreestimaban marcadamente el ancho de su propio cuerpo en comparación con las no anoréxicas, las cuales comúnmente tenían una mayor exactitud en la estimación; b) las anoréxicas son mucho más exactas en juzgar los tamaños de objetos inanimados, su propia altura o la anchura corporal de otras mujeres y c)

paradójicamente los pacientes muestran un perfeccionismo en su exactitud para juzgar el tamaño corporal así como su ganancia de peso (Slade & Russell, 1973).

De acuerdo con Slade (1985), las anoréxicas ciertamente tienden a sobrestimar los tamaños de sus cuerpos, en concreto su anchura. Sin embargo, esta tendencia no es exclusiva de la anorexia, ni tiene carácter diagnóstico. También menciona, que utilizando los métodos de distorsión de imágenes, la mayoría de los individuos no anoréxicos tienden a la sobrestimación. En cambio, más del 50% de las anoréxicas sobrestiman su tamaño corporal, produciéndose así diferencias consistentes y significativas entre los grupos experimentales. Por lo tanto, hay que tomar en cuenta que la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa presentan como elemento determinante el "miedo a la gordura" (Wilson, Hogan & Mintz, 1992).

Un gran número de procedimientos experimentales han sido desarrollados para medir la imagen corporal. Un grupo de métodos se ha abocado a producir una distorsión de la imagen de todo el cuerpo, de modo que los sujetos comienzan por reajustar la imagen que ellos piensan y sienten tener. Estos métodos incluyen el espejo distorsionador (Traub & Orbach, 1964); la técnica de distorsión de la fotografía (Garner, Garfinkel, Stancer & Coscina, 1976) y la distorsión de la imagen en televisión (Allebeck, Hallberg & Espmark, 1976; Meerman, 1983; Freeman, Thomas, Solyom & Hunter, 1984). Estos métodos pueden ser referidos como técnicas de distorsión de la imagen.

En contraste con los métodos anteriores, la técnica de la estimación del tamaño del cuerpo requiere de elaborar juicios individuales respecto a las partes del cuerpo, por ejemplo: la cara, cintura, cadera, entre otros. Se han utilizado principalmente dos métodos: 1) la estimación del tamaño visual, y 2) el ajustador de las partes corporales (Reitman & Clevelan, 1964), aunque también se han empleado algunos procedimientos de marcado de imagen (Askevold, 1975).

El valor diagnóstico que tiene la insatisfacción corporal en los trastornos alimentarios ha dado un impulso a la publicación de diferentes instrumentos que permiten medir percepción distorsionada e insatisfacción. Asimismo se han desarrollado otros instrumentos que lo que evalúan es la presión social hacia un modelo estético corporal determinado (Raich, 1994).

Para tal efecto a continuación se describen algunos instrumentos que se utilizaron en la realización de la presente investigación como son: el BSQ (Body Shape Questionnaire, de Cooper, Tylor, Cooper & Fairburn, 1987), o "Cuestionario de la Forma Corporal", es un cuestionario que se refiere al cuerpo femenino. El cual se divide en tres factores estos son: 1) insatisfacción corporal, 2) miedo a engordar y 3) sentimientos de baja autoestima a causa de la apariencia y deseo de perder peso. Esta traducido y adaptado por Mora & Raich (1993).

El CIMEC (Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal), Toro, Salamero & Martínez (1994), ha demostrado poseer cualidades discriminantes entre poblaciones clínicas y no clínicas. Analiza la importancia del modelo corporal propuesto por la sociedad en la gestación y evolución del trastorno alimentario. Se han hallado los siguientes factores: 1) insatisfacción por la imagen corporal y 2) influencia de la propaganda, de los mensajes verbales, modelos y situaciones sociales.

En el artículo de Salmos, Lewis, Rogers, Gatherer & Booth (1988), se menciona que la insatisfacción con la imagen y respecto al tamaño de las partes corporales se ve incrementado con la edad. Así como también la dificultad en ajustar la imagen de personas en una edad madura. Ya que no es fácil aceptar un cuerpo que ha sufrido cambios con los estragos del tiempo

Cabe resaltar la importancia que tiene la imagen corporal en ambos trastornos alimentarios como son la anorexia nerviosa y la bulimia, este último de acuerdo con Williamson, Davis, Anthony, Goreczny & Blouin (1989), se han realizado cambios en el criterio diagnóstico de la bulimia nerviosa, incluyendo un nuevo criterio en el DSMIII-R, sobre la preocupación con la forma de su cuerpo y el peso. Cinco estudios empíricos (Huon & Brown, 1986; Thompson, Berland, Linton & Weinsier, 1986; Touyz, Beumont, Collins & Cowie, 1985; Williamson, Kelly, Davis, Ruggeiro & Blouin, 1985; Willmuth,

Leitenberg, Rosen, Fondacaro & Gross, 1985) encontraron que en los casos de bulimia nerviosa se tiene una distorsión de la imagen corporal y una alta motivación para adelgazar (Touyz et al, 1985; Williamson et al, 1985). Sin embargo, también se ha encontrado evidencia de distorsión de la imagen corporal (Thompson & Thompson, 1986; Willmuth et al, 1985), manejo de la delgadez (Garner, Olmstead & Garfinkel, 1984) e insatisfacción con el tamaño de su cuerpo (Noles, Cash & Winstead, 1985) en mujeres normales.

No obstante, para poder determinar mejor las dimensiones corporales en personas que padecen de anorexia nerviosa, como lo reportan Whitehouse; Freeman y Annandale (1988), se utilizó el método de marcado de la imagen (Body Part) y el método de distorsión de la imagen en televisión (Whole Body), con estos métodos los sujetos estimaban las dimensiones de sus partes corporales y de sus caras en un monitor de televisión, por medio de un control del aparato que puede estrechar o ensanchar la imagen en un 50% en ambas direcciones, una vez que hayan alcanzado la imagen deseada las personas lo indican, ya que esa será su imagen deseada.

Algunos clínicos e investigadores han trabajado arduamente para encontrar la causa fundamental de los trastornos alimentarios la opinión más generalizada es que son de origen multicausal, esto es, que se dan en conjunción de factores, por lo tanto, conociendo los antecedentes de la anorexia nerviosa y su sintomatología básica, se hace factible detectar la presencia de factores de riesgo en la población en general. Por ejemplo, Davies & Furnham

(1986) han estudiado en un grupo de 182 adolescentes británicas, de 12 a 18 años de edad, el grado de satisfacción experimentado respecto a nueve características corporales. Encontrando, que en general todas ellas, pero sobre todo las dimensiones de la parte superior del muslo, las nalgas y el estómago eran juzgadas con progresiva insatisfacción al aumentar la edad. Asimismo, esa insatisfacción se correlacionaba con el sobrepeso autopercebido (es decir real o no). Los autores concluyen que la satisfacción producida por el propio cuerpo declina durante la adolescencia y está asociada a la autoestima psicológica y a la práctica de dietas restrictivas. En una investigación más exhaustiva (Davies & Furnham, 1986), mencionan que sólo el 4% de su población estudiada sufría sobrepeso según las normas de la población general, mientras que el 40% creía pesar excesivamente. Además casi la mitad de las chicas deseaban modificar su peso, considerando distintos procedimientos para hacerlo.

Por su parte, Rosen, Saltzberg & Srebnik (1989), realizaron una investigación con 23 mujeres de peso normal con distorsión de la imagen corporal, pero sin trastorno alimentario. Se les aplicó el BSQ (cuestionario de la forma corporal) y el EAT (test de actitudes hacia la alimentación), en ambos cuestionarios sólo se tomó la escala de insatisfacción corporal y sobrestimación de la talla (a través de poner sobre una tabla con un marcador las medidas de busto, abdomen, cintura y cadera). Se realizaron las medidas en tres ocasiones (Pre-tratamiento, Pos-tratamiento y seguimiento). Los resultados indican que los sujetos bajo la terapia cognitivo-conductual redujeron significativamente la distorsión

de la imagen corporal, en comparación con los sujetos que estaban bajo la terapia de tratamiento mínimo, el cual es muy semejante a la terapia cognitivo-conductual. Por lo tanto, se concluye que la terapia cognitivo-conductual ha demostrado ser efectiva en el tratamiento de la distorsión de la imagen corporal.

Es importante constatar que las dimensiones corporales femeninas han sido valoradas de modo muy distinto en diferentes épocas de la historia del mundo occidental. Los cambios históricos entrañan cambios culturales que, entre otras cosas, acarrear modificaciones en los patrones estéticos corporales. La existencia de un ideal de belleza, establecido y compartido socialmente, supone una presión altamente significativa sobre todos y cada uno de los miembros de la población (Toro & Vilardell, 1987).

En el establecimiento de los modelos estéticos, intervienen multitud de factores. Como se ha señalado repetidamente, la sobrealimentación y la escasez de ejercicio físico conducente a la obesidad, así como el rechazo o el mal uso de los alimentos que pueden desembocar en la anorexia nerviosa o en la bulimia, son *lujos de una sociedad opulenta*. El ideal de la delgadez, y muy especialmente la femenina, se da en las sociedades donde la obtención de comida no es problema, puesto que lo usual es su abundancia tanto cuantitativa como cualitativamente. No puede aislarse este hecho de la mayor incidencia de trastornos de la ingesta en las clases medias y altas de este tipo de sociedades. Los estereotipos estéticos, como todos los que son valores, suelen extenderse en las sociedades

complejas en sentido descendente, es decir, desde las clases más elevadas a las más deficientes. Esto sucede en los grupos sociales en los que abunda el alimento, y éste no es percibido como un artículo de primera necesidad, por lo que pudiera practicarse el «lujo de no comer». Sin embargo, nos encontramos inmersos en un mundo y en un momento histórico en que prensa, televisión, cine, videos, revistas ilustradas, radio, entre otros, bombardean permanentemente a todos los ciudadanos con múltiples mensajes. No obstante, pese a la gran diversidad de medios y la consiguiente cantidad de mensajes, se produce una progresiva homogeneización de sus contenidos (Toro & Vilardell, 1987).

Se hace referencia a los medios de comunicación como portavoces y creadores a la vez de los estereotipos estéticos corporales que surgen de la población general. Las imágenes cinematográficas, las fotografías de las revistas ilustradas, los reportajes sobre métodos de adelgazamiento, los datos «íntimos» de las famosas, la literatura proadelgazante de libros y publicaciones periódicas dedicados a divulgar la higiene y la salud, todo ellos contribuyen a determinar ese estado de opinión o evaluación corporal.

El aumento progresivo de peso es un fenómeno universal y propio del mundo desarrollado, correlacionado con el incremento de la talla, fruto de las condiciones nutritivas y sanitarias generales. Entre esa presión hacia el adelgazamiento y esa tendencia natural al incremento del peso se hallan la mujeres, especialmente las más jóvenes. Por lo que hay que tomar en cuenta, el origen y naturaleza de la preocupación por la comida y el

peso, cuando se aborda la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa (APA, 1980, citado en: Ryle & Evans, 1991).

No es posible entender el fenómeno de la anorexia nerviosa, ni el de los principales trastornos alimentarios, sin relacionarlos con determinadas características de la condición femenina (Toro, 1974). Es el medio social en el que se nace y se desarrolla quien decide el papel sexual que en líneas generales acompañará a las personas a lo largo de toda su vida. Y el *papel femenino* dominante a estas alturas del siglo veinte, entre muchas otras desventajas y también ventajas, conlleva la susceptibilidad a contraer los trastornos de la ingesta. Se está viviendo una influencia muy grande de la *cultura de la delgadez* (Vandereycken & Meerman, 1984), que induce a todo el mundo al adelgazamiento o al no incremento del peso, pero al parecer está afectando en forma negativa principalmente a la mujer.

Cuando la delgadez se establece como valor altamente positivo, como meta a alcanzar, como modelo corporal a imitar y seguir, como criterio central de la evaluación estética del propio cuerpo, ser delgada es lo mismo que triunfar, que tener éxito, que ser mujer, *como hay que serlo*, que demostrar control sobre uno mismo. No ser delgada, engordar, aumentar de peso, es fracasar, ser diferente, no agradar ni agradarse, no conseguir lo que se desea aunque se intente esforzadamente (Toro & Vilardell, 1987).

Por todo lo expuesto anteriormente, el propósito del presente trabajo es evaluar la asociación entre los trastornos alimentarios y el trastorno de la imagen corporal (insatisfacción), así como determinar las diferencias entre anoréxicas, bulímicas y gente sin el trastorno alimentario en base a la insatisfacción corporal. Así la hipótesis planteada para el presente trabajo es que habrá una correlación positiva entre los puntajes obtenidos en el test de actitudes hacia la alimentación (EAT-40) con la insatisfacción corporal (BSQ y CIMEC); así como diferencias de grado en la insatisfacción corporal entre los tres grupos, a saber: bulímicas, anoréxicas y gente sin trastorno alimentario.

Este trabajo parte del proyecto general denominado "Trastornos Alimentarios: Anorexia y Bulimia" del Proyecto de Investigación en Ciencias de la Alimentación (PICA), adscrito a la División de Investigación (UIICSE), Campus Iztacala de la UNAM, donde se investigan las posibles relaciones que pueden existir entre la Anorexia Nerviosa (AN) y la Bulimia nerviosa (BN), y algunos factores en las áreas de familia, autoconcepto, depresión, ansiedad, sueño, hábitos alimentarios, rasgos de personalidad, e imagen corporal. Siendo este último sobre el que versará el presente trabajo.

MÉTODO

MUESTRA.- La población constó de 519 alumnas del sexo femenino pertenecientes a los grupos de segundo y cuarto semestre, se escogió a las alumnas de estos semestres ya que posibilitaría el darles un seguimiento en caso de que la investigación así lo requiriera, la población fue de las siguientes carreras: Biología, Enfermería, Médico Cirujano, Odontología, Optometría y Psicología, con un rango de edad de 15 a 26 años pertenecientes a la UNAM Campus Iztacala. Posteriormente, se seleccionaron dos muestras, una estuvo constituida de personas que presentaran el trastorno alimentario, la cual se seleccionó de acuerdo con los puntajes obtenidos del test de actitudes hacia la alimentación (E.A.T.-40) y el test que evalúa bulimia (B.U.L.I.T.) y otra sin trastorno alimentario esta última fue seleccionada aleatoriamente, quedando constituidos los grupos de la siguiente manera n=44 (27 anoréxicas y 17 bulímicas) para el grupo con trastorno alimentario y n=89 sin trastorno alimentario (grupo control).

ESCENARIO.- El lugar donde se llevó a cabo la investigación fue en la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala (E.N.E.P.I.); en los salones de las cinco diferentes carreras que se imparten en ésta, así como en el cubículo 16 del Proyecto de Investigación en Ciencias de la Alimentación (PICA) y en el aula E de posgrado, ubicados éstos, en el primer nivel de la Unidad de Investigación Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud y Educación (U.I.I.C.S.E.) en el área de cubículos.

TIPO DE DISEÑO.- El diseño que se utilizó para la investigación fue no experimental, de tipo transeccional correlacional/causal. (Hernández, Fernández, & Baptista, 1991).

El diseño se considera no experimental ya que no se manipulan deliberadamente variables, lo que se hace es observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural para después analizarlo, ni se construye ninguna situación.

Cuando el diseño es transeccional correlacional/causal se tiene como objetivo describir relaciones entre dos o más variables en un momento determinado. También se realizan descripciones, pero no de variables individuales sino de sus relaciones, sean éstas puramente causales o correlacionales (Hernández y cols., 1991).

MATERIALES.- Hojas, lápices, plumas, cinta métrica, papel para computadora y discos para computadora

INSTRUMENTOS.- Cuestionario de influencias sobre el modelo estético corporal (C.I.M.E.C.), estandarizado por el Dr. Joseph Toro, Salamero & Martínez (1994); los reactivos se agrupan en dos factores 1) Insatisfacción de la imagen corporal y 2) influencia de la propaganda, de los mensajes verbales, modelos y situaciones sociales, utilizando ambos factores para la presente investigación.

Cuestionario de imagen corporal (B.S.Q.) de Cooper y cols (1987) el cual también fue traducido y adaptado por la Universidad de Barcelona; el cual se puede dividir en tres factores. 1) Insatisfacción de la imagen corporal, 2) Miedo a engordar y 3) Sentimientos de baja autoestima a causa de la apariencia y deseo de perder peso. De la misma manera que el CIMEC, se retomaron sus tres factores.

Test de Actitudes hacia la Alimentación (E.A.T.-40), este cuestionario únicamente se utilizó para detectar a la gente con trastorno alimentario como anorexia nerviosa, el cual es un cuestionario diseñado y validado en una población canadiense. Dado su extenso uso con fines tanto clínicos (detección y pronóstico) como de investigación, ha sido traducido al idioma español y validado en muestras españolas (Castro, Toro, Salamero & Guimerá, 1991). Es un test de autoreporte de 40 ítems, bajo una escala bipolar de siete opciones. Los reactivos se pueden agrupar en siete factores: 1) preocupación por la comida; 2) imagen corporal e idealización de la delgadez; 3) autoprovocación del vómito; o bien el uso de vomitivos y laxantes, esto como medidas de control del peso; 4) la práctica de un régimen dietario restrictivo; 5) alimentación lenta; 6) alimentación clandestina y 7) presión social percibida respecto a la indeseabilidad del aumento de peso.

El Test de Bulimia (B.U.L.I.T) este cuestionario se utilizó para detectar a la gente que tuviera el trastorno alimentario de bulimia nerviosa, el cual es un prueba de auto-reporte de 36 ítems, bajo una escala bipolar de cinco opciones, diseñado y validado

originalmente con población estadounidense de habla inglesa (Smith & Thelen, 1984), es un instrumento de medición confiable y válido para identificar individuos con síntomas de bulimia. También existe la traducción y validación en su versión al español, con población española (Mora & Raich, 1993, cit en: Raich, 1994). Este instrumento evalúa seis factores: 1) referente a la sobreingesta, así como el temor a perder el control sobre la conducta alimentaria; 2) sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta de alimento; 3) autoinducción del vómito; 4) preferencia por algún tipo de comida durante el “atacón”; 5) abuso de laxantes y diuréticos; 6) fluctuaciones en el peso y 7) regularidad de los ciclos menstruales.

PROCEDIMIENTO:

1) Presentación

En esta sesión se les explicó a las personas de las diferentes carreras los objetivos principales de la investigación, así como los detalles y la importancia de su participación.

2) Aplicación de los cuestionarios

a) Se repartió individualmente el cuadernillo de preguntas y hojas de respuestas correspondientes al primer instrumento, indicándoles el momento en que podrían comenzar a contestar y aclarándoles dudas que pudieran surgir y alterar los resultados.

b) Al terminar de contestar el primer instrumento se procedió a recogerlo y a repartir el segundo instrumento en el que se dieron las instrucciones ya mencionadas en el inciso a), y

así sucesivamente hasta que terminaron de contestar los tres instrumentos; el orden en que se presentaron los instrumentos fue el siguiente: E.A.T., BULI.T. C.I.M.E.C. y B.S.Q.

c) Una vez que terminaron de contestar los cuatro instrumentos se agradeció al grupo su colaboración.

La presentación y la aplicación de los instrumentos se repitió con cada uno de los grupos, de acuerdo a su horario de actividades.

RESULTADOS

El análisis de los datos, se realizó de la siguiente manera: 1) Para comparar las medias de los puntajes entre los sujetos con trastorno y sin trastorno alimentario, sobre la insatisfacción corporal, se realizó una *t* de student para muestras independientes. 2) un análisis de varianza para comparar a los sujetos con anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y gente que no presente el trastorno alimentario, sobre la insatisfacción corporal, y 3) una correlación entre el cuestionario de trastornos alimentarios (E.A.T.), sobre la insatisfacción corporal (BSQ y CIMEC). Estos análisis se realizaron tanto en las puntuaciones totales de la prueba como por factores de cada una como se sugiere a continuación.

Los factores que evalúan imagen corporal se obtuvieron de los instrumentos B.S.Q. y C.I.M.E.C. de los cuales se retomó la división en factores propuesta por Raich (1994), los cuales a continuación se describen:

Para el caso del cuestionario **B.S.Q.**, éste se dividió en tres factores, 1) **Insatisfacción corporal**, el cual quedó representado en los resultados como **F1**; 2) **Miedo a engordar**, este quedó representado por **F2**, y 3) **Sentimiento de baja autoestima a causa de la apariencia y deseo de perder peso**, quedando representado por **F3**.

El cuestionario **C.I.M.E.C.**, se dividió en dos factores, 1) **Insatisfacción con la imagen corporal**, el que quedó representado por **Fa1** y 2) **Influencia de la propaganda**,

de los mensajes verbales, modelos y situaciones sociales, el cual quedó representado en los resultados como **Fa2**.

Los datos se expresan en tablas donde se presentan las medias \pm el error promedio de la muestra (E.P.M.), de las puntuaciones obtenidas por ambos grupos: con trastorno y sin trastorno alimentario en las escalas del BSQ y CIMEC con sus respectivos factores (Tabla 1 y 2. respectivamente).

De esta manera se observa que la media del instrumento BSQ en el caso del grupo con trastorno alimentario fue de 28.77 ± 2.89 y sin trastorno alimentario de 5.71 ± 0.79 , mostrando una diferencia estadísticamente significativa ($t = 9.95$; $p < .0001$). En cuanto al factor F1 que corresponde a la “insatisfacción de la imagen corporal”, la media del grupo con trastorno fue $X = 11.42 \pm 1.04$, mientras que el grupo sin trastorno alimentario obtuvo una media menor ($X = 2.79 \pm 0.33$), mostrando una diferencia estadísticamente significativa ($t = 9.99$; $p < .0001$); lo cual indica que las personas que sufren de trastorno alimentario tienden sufrir de una mayor insatisfacción con su imagen corporal, que aquellas personas que no presentan ningún tipo de trastorno alimentario.

Por su parte, en lo que respecta al factor F2 que evalúa “miedo a engordar” el grupo con trastorno alimentario mostró una $X = 5.93 \pm 0.63$ y la del grupo sin trastorno alimentario fue $X = 1.33 \pm 0.22$, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($t = 8.53$; $p < .0001$).

En este caso, se observa que el grupo control, sufre de menos temor a engordar que el grupo con trastorno alimentario.

En lo que respecta al factor F3, el cual mide “sentimientos de baja autoestima a causa de la apariencia y deseo de perder peso”, el grupo con trastorno alimentario tuvo una $X = 11.16 \pm 1.54$ y el grupo sin trastorno alimentario $X = 1.66 \pm 0.40$, observándose que las personas con trastorno alimentario obtuvieron una media más alta que el grupo sin trastorno alimentario. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas ($t = 7.86$; $p < .0001$). Lo cual indica que las personas que sufren de trastornos alimentarios tienden a preocuparse por las dietas, esto con el fin de perder peso.

Tabla I

	CON TRASTORNO	n	SIN TRASTORNO	n	t
BSQ	28.77±2.89*	44	5.71±0.79	89	9.95
F1	11.42±1.04*	44	2.79±0.33	89	9.99
F2	05.93±0.63*	44	1.33±0.22	89	8.53
F3	11.16±1.54*	44	1.66±0.40	89	7.86

Tabla I.- Se muestran las medias de cada grupo \pm su E.P.M. así como su t para ver las diferencias entre los grupos con trastorno y sin trastorno, de acuerdo con el BSQ y sus factores. * $P < .0001$

Con respecto al cuestionario CIMEC; en su totalidad la media del grupo con trastorno fue de $X = 38.66 \pm 2.17$ y la del grupo sin trastorno alimentario fue $X = 20.96 \pm 1.03$, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($t = 8.38$; $p < .0001$). En cuanto al factor

Fa1 “insatisfacción de la imagen corporal” el grupo con trastorno mostró una $X=16.02\pm 0.95$ y el grupo sin trastorno alimentario $X=9.44\pm 0.47$, mostrando una diferencia significativa ($t=7.02$; $p<.0001$). Del mismo modo, que en los anteriores casos, el grupo con trastorno alimentario tiene una mayor insatisfacción con su imagen corporal que el grupo sin trastorno (ver tabla 2).

Por último en el factor Fa2, “influencia de la propaganda, de los mensajes verbales, modelos y situaciones sociales”; la media del grupo con trastorno alimentario fue $X=21.91\pm 1.41$, mientras que la del grupo control fue menor ($X=11.70\pm 0.64$); mostrando así una diferencia estadísticamente significativa ($t=7.60$; $p<.0001$). Estos resultados muestran que las personas que sufren de algún trastorno alimentario tienden a ser más receptivas a los mensajes de los medios masivos de comunicación; ya que la presión por estar delgada es un factor muy fuerte en los ambientes familiares y de amigos.

Tabla II

	CON TRASTORNO	n	SIN TRASTORNO	n	t
CIMEC	38.66±2.17*	44	20.96±1.03	89	8.38
Fa1	16.02±0.95*	44	9.44±0.47	89	7.02
Fa2	21.91±1.41*	44	11.70±0.64	89	7.60

Tabla 2.- Se muestran las medias de cada grupo \pm su E.P.M. así como su t para ver las diferencias entre los grupos con trastorno y sin trastorno, de acuerdo con el CIMEC y sus factores, * $p<.0001$.

A continuación se muestran las medias de los grupos anoréxico, bulímico y control, así como sus diferencias significativas entre éstos y los valores de F y su probabilidad, obtenidos a través del análisis de varianza (ANOVA) y la prueba Duncan.

De acuerdo con la tabla 3, se observa que en el cuestionario BSQ, el grupo de anoréxicas obtuvo una $X = 28.5 \pm 3.3$, la cual fue ligeramente menor a la media del grupo de bulímicas ($X = 29.1 \pm 5.4$), siendo esta mayor a la media del grupo control ($X = 5.7 \pm 0.7$). La diferencia entre los grupos fue estadísticamente significativa ($F = 49.1$; $p < .0001$). Posteriormente, al someter los datos a la prueba Duncan se encontraron diferencias entre los grupos de anoréxicas y bulímicas con respecto al grupo control.

Pasando al análisis de cada factor del BSQ, en el caso del factor F1 "insatisfacción corporal", se observa que la media del grupo de anoréxicas fue de $X = 11.8 \pm 1.2$, siendo ésta ligeramente mayor a la del grupo de bulímicas ($X = 10.7 \pm 1.9$); resultando menor la media del grupo control ($X = 2.7 \pm 0.3$). La diferencia entre estos grupos fue estadísticamente significativa ($F = 50.1$; $p < .0001$). Con respecto a la prueba Duncan se obtuvieron diferencias entre los grupos de anoréxicas y bulímicas con respecto al grupo control. Esto sugiere que el grupo de anoréxicas y bulímicas se encuentran más insatisfechas con su imagen corporal que el grupo control.

En lo que respecta al factor F2 “miedo a engordar”, también del BSQ, la media del grupo de anoréxicas fue de $X= 6.4\pm 0.8$, siendo mayor que la del grupo de bulímicas ($X= 5.1\pm 0.9$); resultando ambas mayores que el grupo control ($X= 1.3\pm 0.2$). La diferencia entre estos grupos fue estadísticamente significativa ($F= 37.5$; $p < .0001$). Posteriormente al someter los datos a la prueba Duncan, se encontraron diferencias entre los grupos de anoréxicas y bulímicas con respecto al grupo control. Estos resultados indican que los grupos de anoréxicas y bulímicas tienen un mayor temor a subir de peso, por lo tanto se encuentran más preocupadas por lo que consumen en su alimentación que el grupo control.

En el factor F3 “sentimientos de baja autoestima a causa de la apariencia y deseo de perder peso, la media del grupo de anoréxicas fue de $X= 9.8\pm 1.7$; la cual fue menor a la media del grupo de bulímicas ($X= 13.2\pm 2.8$), por último resultando menor la media del grupo control ($X= 1.6\pm 0.4$). La diferencia fue estadísticamente significativa ($F= 32.7$; $p < .0001$); al proceder a la prueba Duncan, se observaron diferencias entre los grupos de anoréxicas con respecto al grupo control. Estos resultados muestran que las bulímicas tienen una mayor tendencia a sufrir de baja autoestima, a causa de su apariencia y el deseo de perder peso, seguidas de las anoréxicas.

Tabla III

	n=	BSQ	F1	F2	F3	
			F=49.1	F=50.1	F=37.	F=32.7
				5		
A.N.	27	28.5±3.3*	11.8±1.2*	6.4±0.8*	09.8±1.7*	
B.N.	17	29.1±5.4*	10.7±1.9*	5.1±0.9*	13.2±2.8*	
Control	89	05.7±0.7	02.7±0.3	1.3±0.2	01.6±0.4	

Tabla 3.- Se muestran las medias \pm el error promedio de la muestra para el BSQ y sus factores, así como su F y su probabilidad $p < .0001$. La prueba Duncan señala diferencias significativas entre los grupos de anoréxicas y bulímicas nerviosas vs grupo control (sin trastorno alimentario). A.N= Anorexia Nerviosa, B.N= Bulimia Nerviosa.

En la Tabla 4, se observan los puntajes que obtuvieron los grupos, en el instrumento del CIMEC, el grupo de anoréxicas obtuvo una media de $X = 38.44 \pm 2.42$, la cual fue ligeramente menor a la media obtenida por el grupo de bulímicas que fue de $X = 39 \pm 4.18$; ésta a su vez fue mayor al grupo control ($X = 20.95 \pm 1.03$). La diferencia entre los grupos fue estadísticamente significativa ($F = 34.56$; $p < .0001$). Al someter los datos a la prueba Duncan indica que las diferencias en los puntajes se presentaron entre los grupos de anoréxicas y bulímicas con respecto al grupo control.

En cuanto al factor Fa1 “insatisfacción corporal”, se observa que el grupo de anoréxicas obtuvo una $X = 15.96 \pm 1.15$, la cual fue ligeramente menor a la media del grupo de bulímicas $X = 16.12 \pm 1.68$; no obstante, las medias de estos grupos fueron mayores a la observada en el grupo control ($X = 9.44 \pm 0.47$). La diferencia entre los grupos fue estadísticamente significativa ($F = 24.46$; $p < .0001$). En la prueba Duncan se observaron diferencias en los grupos de anoréxicas y bulímicas con respecto al grupo control. Por lo que se puede argüir que las anoréxicas y bulímicas tienen una mayor insatisfacción con su imagen corporal en relación a la gente que no presenta trastornos alimentarios.

En cuanto al factor Fa2 “influencia de la propaganda, de los mensajes verbales, modelos y situaciones sociales”, se observa que el grupo de anoréxicas obtuvo una $X = 22.41 \pm 1.52$, la cual fue ligeramente mayor a la media obtenida por el grupo de bulímicas ($X = 21.12 \pm 2.81$). Sin embargo, resultaron mayores a la media obtenida por el grupo control ($X = 11.70 \pm 0.64$), encontrando una diferencia estadísticamente significativa de $F = 28.86$; $p < .0001$. Al realizar la prueba Duncan, se observaron diferencias entre los grupos anoréxicas y bulímicas con respecto al grupo control. Estos resultados muestran que el grupo de anoréxicas y el grupo de bulímicas son más susceptibles a una mayor influencia de la propaganda para permanecer delgadas.

Tabla IV

	n=	CIMEC	Fa1	Fa2
			F=34.56	F=24.46
				F=28.86
A.N.	27	38.44±2.42*	15.96±1.15*	22.41±1.52*
B.N.	17	39±4.18*	16.12±1.68*	21.12±2.81*
Control	89	20.96±1.03	9.44±0.47	11.70±0.64

Tabla 4.- Se muestran las medias \pm su error promedio de la muestra para la prueba y sus factores, así como su F y su probabilidad $p < .0001$. Al realizar la prueba Duncan se encontraron diferencias significativas entre los grupos de anorexia nerviosa (A.N.) bulimia nerviosa (B.N.) y grupo control (sin trastorno alimentario).

Al realizar la correlación entre los factores de los instrumentos EAT, BSQ y CIMEC, obtenida a través de la r de Pearson, se obtuvieron los siguientes resultados:

En la tabla 5 se puede ver la correlación y su probabilidad, con respecto al cuestionario de actitudes hacia la alimentación (EAT), contra el cuestionario de influencias del modelo estético corporal (CIMEC) y la prueba del EAT, contra el cuestionario de imagen corporal (BSQ). Observándose en ambos casos una correlación moderada pero estadísticamente significativa, para el primer caso fue ($r = 0.52$; $p < .0001$); y de igual manera para el segundo caso fue ($r = 0.61$ $p < .0001$). Resultando en ambos casos una correlación positiva; es decir, que a mayor trastorno alimentario, mayor puntuación en las pruebas de insatisfacción corporal.

Tabla V

	<i>r</i>	<i>p</i>
EAT - CIMEC	0.52	<.0001
EAT - BSQ	0.61	<.0001

Tabla 5.- Muestra la correlación de los puntajes totales del EAT contra el BSQ y el CIMEC

En la tabla 6 se muestra la correlación y su probabilidad, de el test de actitudes hacia la alimentación (EAT) con respecto a cada factor del cuestionario de la imagen corporal (BSQ), en el caso del factor F1 que evalúa "insatisfacción corporal", el coeficiente de correlación es moderado pero estadísticamente significativo ($r= 0.65$; $p\leq .0001$). Para el caso del factor F2, perteneciente también al BSQ, el cual mide "miedo a engordar"; también fue moderado pero estadísticamente significativo ($r= 0.62$; $p\leq .0001$). En el caso del F3, concerniente al BSQ, el cual evalúa "sentimiento de baja autoestima a causa de la apariencia y deseo de perder peso"; igualmente es moderado pero estadísticamente significativo ($r= 0.47$; $p\leq .0001$). Resultando en todos los casos una correlación positiva; es decir, que a mayor trastorno alimentario existe una mayor insatisfacción corporal.

Pasando, a la correlación del test de actitudes hacia la alimentación (EAT) contra el cuestionario de influencias sobre el modelo estético corporal (CIMEC), en el caso del factor Fa1, -el cual evalúa "insatisfacción de la imagen corporal"- su coeficiente de correlación es moderado pero estadísticamente significativo ($r= 0.50$; $p\leq .0001$). Para el caso del factor Fa2, -el cual evalúa "influencia de la propaganda, de los mensajes verbales, modelos y

situaciones sociales”- de igual forma se observó si bien una correlación moderada, ésta fue estadísticamente significativa ($r= 0.48$; $p\leq .0001$) entre la influencia de la propaganda y el trastorno alimentario. Resultando en ambos casos una correlación positiva; es decir, que a mayor trastorno alimentario, mayor insatisfacción corporal (tabla 6).

Tabla VI

	<i>r</i>	<i>p</i>
BSQ		
EAT - F1	0.65	<.0001
EAT - F2	0.62	<.0001
EAT - F3	0.47	<.0001
CIMEC		
EAT - Fa1	0.50	<.0001
EAT - Fa2	0.48	<.0001

Tabla 6.- Se muestra la correlación de el test de actitudes hacia la alimentación (EAT) con cada factor tanto del BSQ como del CIMEC.

DISCUSION Y CONCLUSIONES

De acuerdo al análisis de los datos, los resultados obtenidos indican diferencias estadísticamente significativas en los dos grupos que sufren de trastorno alimentario los cuales puntuaron más alto (anorexia y bulimia nerviosa), con respecto al grupo control (sin trastorno alimentario); en las pruebas del cuestionario de imagen corporal (BSQ) y en el cuestionario de influencias sobre el modelo estético corporal (CIMEC), así como en cada uno de los factores correspondientes a cada prueba. Reportándose una correlación positiva significativa entre la presencia del trastorno alimentario, el cual se determinó a partir de la prueba de actitudes hacia la alimentación (EAT) y los cuestionarios que evalúan imagen corporal (BSQ y CIMEC).

En este sentido, se puede argumentar que los grupos de anoréxicas y bulímicas estudiadas muestran una insatisfacción con su imagen corporal. Esto quizá es promovido por la misma cultura de delgadez, ya que como lo menciona Toro, Salamero & Martínez (1994), ésta conduce a normas y valores que determinan las actitudes y conductas hacia la forma corporal, la talla y el peso, particularmente en los periodos de cambios físicos, específicamente durante la adolescencia y juventud.

Como se puede ver, los grupos estudiados de anoréxicas y bulímicas puntuaron más alto que el grupo control en el factor 1 del BSQ que evalúa "insatisfacción corporal"; ésto

quizás se deba a que las personas que tiene trastornos alimentarios sienten que se encuentran con un sobrepeso considerable aunque se encuentren extremadamente delgadas (Garfinkel, Garner, Kaplan & Darby, 1983; Garner, 1991; Toro & Vilardell, 1987). Socialmente se tiene la creencia, de que lo ideal es un cuerpo donde se acentúe lo delgado, esbelto además de que debe ser un cuerpo bello con la simetría adecuada, puesto que las persona que tienen un cuerpo así son sinónimo de buena salud (Virseda, 1995). Por tal motivo, las personas rechazan un cuerpo con exceso de peso desarrollando algún tipo de trastorno alimentario como podría ser la anorexia y/o bulimia nerviosa.

Otra cuestión que es importante resaltar, es la relación del grupo de bulimia y anorexia al puntuar más alto que el grupo control, en el caso del factor 3 del BSQ el cual evalúa "sentimientos de baja autoestima, a causa de la apariencia y deseo de perder peso": lo cual una vez más indica que las personas con trastorno alimentario están más preocupadas por su apariencia. Por tal motivo, los sentimientos que predominan en las pacientes que sufren de estos trastornos son negativos. Pope & Hudson (1985), reportan que la depresión es tan frecuente en la gente que presenta el trastorno de bulimia, y por lo tanto, propusieron que ésta era simplemente una variante del trastorno afectivo. Aunque ésta es una teoría muy atractiva, otros estudios han concluido que es más una consecuencia que la causa.

También, se debe tomar en cuenta, que las personas que sufren de trastornos alimentarios y aún mucho más las mujeres (que se sabe que son la gran mayoría de pacientes de estos trastornos) suelen identificar su autoestima con la de su propio cuerpo, ésto es: "si no me considero atractiva es que no sirvo para nada". Algunos estudios (Slade, 1988), demuestran que el grado de insatisfacción corporal o autoestima física está asociado con la autoestima en general. Las mujeres con trastornos alimentarios tienen una autoestima extremadamente baja y sentimientos de rechazo (Garfinkel & Garner, 1982). No hay que olvidar, que las mujeres que tiene algún tipo de trastorno alimentario están más alteradas respecto a su percepción y valoración corporal, sobre todo las que tiene una baja autoestima (Cooper & Taylor, 1988; Rosen, 1990). Es importante resaltar el intenso miedo que se tiene a engordar y la sensación de tener sobrepeso; ya que ésto no es anormal en mujeres sin trastorno alimentario (Pyle, Neuman, Ialvorson & Mitchell, 1991). Sin embargo, al realizar este trabajo se pudo observar que las personas que sufren de trastornos alimentarios como anorexia y bulimia nerviosa tienen puntajes significativamente más altos que el grupo control (sin trastorno alimentario), por lo tanto, contrasta con lo reportado por los autores anteriormente citados.

En el caso del cuestionario de influencias sobre el modelo estético corporal (CIMEC) factor 1 que evalúa "insatisfacción de la imagen corporal" se puede ver que los grupos de anoréxicas y bulímicas tienen puntuaciones más altas en comparación con el grupo control; ya que como lo mencionan Slade (1985); Crisp (1990); Tiggerman,

Winefield, Winefield & Goldney (1994), las anoréxicas tienen una insatisfacción corporal y tienden a sobrestimar el tamaño corporal, teniendo la creencia de que son mucho más gruesas de lo que son. Tal como lo mencionan, Mora & Raich (1993) argumentando, que la sobrestimación de sus propios cuerpos, no es debido a un fallo perceptivo, ya que la insatisfacción parece ser la principal causa de esta percepción alterada.

En el factor 2 del cuestionario de influencias sobre el modelo estético corporal (CIMEC), el grupo de anoréxicas y bulímicas tienen una calificación más alta comparada con el grupo control; haciendo referencia sobre la influencia de la propaganda para permanecer delgadas, es importante señalar, que actualmente nuestra cultura está en constante relación con los medios masivos de comunicación como son la televisión y las revistas para mujeres, en las cuales siempre aparecen formas de adelgazar, que de alguna manera se toman como modelos a imitar; ya que los mensajes que dan son demasiado convincentes como por ejemplo "te gustaría estar como yo, pues compra tal producto, lo cual te hará ver como yo". Esto puede deberse a que por lo regular las mujeres son educadas desde la infancia a preocuparse más por su cuerpo y por la imagen de éste (Martínez-Fornés 1994). Por tal motivo, la prevalencia del modelo estético corporal en nuestra cultura de -delgadez- juega un papel preponderante en los trastornos alimentarios. En cualquier sociedad las influencias culturales son transmitidas a través de la imitación de modelos de comportamiento y de la recepción de mensajes verbales; siendo los familiares y amigos los agentes principales. Pero en las sociedades occidentales y a finales el siglo XX

los medios masivos de comunicación juegan un papel importante en la propagación y asimilación cultural de estereotipos (Garner, Garfinkel, Schwartz & Thompson, 1980).

En una investigación realizada en España por Toro, Salamero & Martínez (1994), sobre una revisión durante tres años consecutivos de los anuncios que aparecían en las revistas más leídas por mujeres en donde se estimulaba la apariencia delgada. Se encontró que directa o indirectamente, en uno de cada cuatro anuncios se estimulaba la pérdida de peso y que el impacto del anuncio daba en el blanco principal y significativamente en el grupo de mujeres comprendido entre los 14 y los 24 años, de clase media y alta.

Con esto se puede concluir, que la imagen corporal está asociada a la aparición de algún trastorno alimentario, ya que la idea de un cuerpo delgado es bien vista por toda la sociedad. De modo que, cada día va prevaleciendo más la "cultura de delgadez" y de alguna manera se está más insatisfecha con la imagen corporal. Por tal motivo, la hipótesis planteada al inicio del trabajo se cumplió, ya que se pudo establecer la correlación positiva entre el test de actitudes hacia la alimentación (EAT) con la insatisfacción de la imagen corporal (BSQ y CIMEC). Con respecto a las diferencias con la insatisfacción corporal entre los grupos de anoréxicas y bulímicas nerviosas no se encontraron diferencias significativas; sin embargo, cabe señalar que en el instrumento BSQ con el factor que evalúa "Insatisfacción corporal", el grupo de anoréxicas puntuaron ligeramente más alto que el grupo de bulímicas; en lo que corresponde al instrumento CIMEC en la evaluación

del mismo factor se encontraron resultados a la inversa esto es, que las bulímicas puntuaron ligeramente más alto que el grupo de anoréxicas, estas diferencias se deben al instrumento ya que si bien es cierto ambos evalúan “insatisfacción corporal” el CIMEC hace más énfasis en *la importancia del modelo corporal propuesto por la sociedad*. Sin embargo, para poder establecer mejor las diferencias en la insatisfacción corporal se sugiere que para futuras investigaciones se realicen algunas medidas antropométricas y de percepción de los sujetos como por ejemplo: el uso del pizarrón y/o el uso de la cinta métrica; todo esto con el fin de medir proporciones corporales y así hacer una análisis más detallado de las apreciaciones del cuerpo de las pacientes con trastorno alimentario.

BIBLIOGRAFIA

- Allebeck, P.; Halberd, G. & Espmark, S. (1976). Body Image an apparatus for measuring disturbances in estimation of size and shape. Journal of Psychosomatic Research, 20, 583-589.
- American Psychiatric Association.(1980). Diagnostics and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington, D.C.
- American Psychiatric Association. (1988) Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSMIII-R). Barcelona: Masson. Pp. 80-95.
- Askevold, F. (1975). Measuring body image. Psychotherapy and Psychosomatic, 26, 71-77.
- Attie, Y & Brook-Gunn, J. (1989). Development of eating problems in adolescent girls: A longitudinal study. Developmental Psychology 25 (1): 70-79
- Beaumont, P.J.V., Abraham, S.F. & Argall, W.J. (1978). The onset of anorexia nervosa, Australia and New Zealand. Journal of Psychiatry, 12, 145-149.
- Bernard, M. (1985). El Cuerpo. España: Paidós. Pp. 182-188.
- Brewerton, T.D. (1995). Toward a unified theory of serotonin dysregulation in eating and related disorders. Psychoneuroendocrinology, 20(6), 561-590.
- Brewerton, T.D., Mueller, E.A., Lesem, M.D., Brandt, H.A., Quearry, B., George, D.T., Murphy, D.L. & Jimerson, D.C. (1992). Neuroendocrine responses to m-CPP and L-tryptophan in bulimia. Archive General of Psychiatry, 49, 852-861.
- Bron, B. (1975). Identitätskrise und Drogenabusus bei Jugendliche, en Schütze, G. (1983). Anorexia Mental. Barcelona: Herder.
- Bruch, H. (1962). Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. Psychosomatic Medicine, 24, 187-194.
- Bruch, H. (1973). Eating disorders. Basic Books: New York.
- Bruch, H. (1982). Anorexia nervosa: Therapy and theory. The American Journal of Psychiatry, 139: 12, pp. 1531-1538.
- Castro, J., Toro, J. Salamero, M. & Guimerá, E. (1991). The eating attitudes test: Validation of the Spanish version. Psychological Assessment, 2, 175-190.
- Cooper, P. J. & Taylor, M. A. E. (1988). Body image disturbance in bulimia nervosa. British Journal of Psychiatry 153 (suppl.2), 34-38.
- Cooper, P.J.; Taylor, M., Cooper, Z. & Fairburn, C.G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. International Journal of Eating Disorders, 6, (4), 485-494.
- Crisp, A.H. (1988). Some possible approaches to prevention of eating and body weight/shape disorders, with particular reference of anorexia nervosa. Second international conference on eating disorders (1986, New York, New York). International journal of eating disorders, 7 (1), 1-17.
- Crisp, A.H., Palmer, R.L. & Kalucy, R.S. (1976). How common is anorexia nervosa? A prevalence study. British Journal of Psychiatry, 218, 549-554.

- Crowther, J.H., Post, G. & Zaynor, L. (1985). The prevalence of bulimia and binge eating in adolescents girls. International Journal of Eating Disorders, 4, 29-42.
- Davies, E. & Furnham, A. (1986). Body satisfaction in adolescents girls. British Journal of Medical Psychology, 59, 279-287.
- Dolan, B. (1991). Cross-cultural. Aspects of anorexia nervosa and bulimia: A review. International Journal of Eating Disorders, 10, 1, 67-78.
- Drent, M.L., Zelissen, P.M., Koppeschaar, H.P., Nieuwenhuysen, A.C., Lutterman, J.A. & van der Veen, E.A. (1995). The effect of dexfenfluramine on eating habits in a Dutch ambulatory android overweight population with an overconsumption of snacks. International Journal Obesity Relation Metabolism and Disorders, 19(5), 299-304.
- Duker, M. & Slader, R. (1992). Anorexia nervosa y bulimia. Limusa: México.
- Eldredge, K., Wilson, G.T. & Whaley, A. (1990). Failure self evaluation and feeling fat in women. International Journal of Eating Disorders, 9, 37-50.
- Fairburn, C.G. & Beglin, S.J. (1990). Studies of epidemiology of bulimia nervosa. American Journal of Psychiatry, 147, 401-408.
- Fairburn, C.G. & Garner, D.M. (1986). The diagnosis of bulimia nervosa. International Journal of Eating Disorders, 5, 403-419.
- Fichter, M.M., Pirke, K.M., Pollinger, J., Wolfram, G. & Brunner, E. (1990). Disturbances in the hypothalamic-pituitary-adrenal and other neuroendocrine axes in bulimia. Biology Psychiatry, 27, 1021-1027.
- Freeman, R.J.; Thomas, C.D.; Solemn, L & Hunter, M.A. (1984). A modified video camera for measuring body image distortion technical description and rehabitity. Psychological Medicine, 14, (2), 411-416.
- Fries, H. (1977). Studies on secondary amenorrhea, anorectic behavior and body perception. In Anorexia Nervosa (de R. Vigersky). New York: Raven Press.
- Garattini, S., Mennini, T., Bedetti, C., Invernizzi, R. & Samanin, R. (1986). Neurochemical mechanism of action of drugs which modify feeding via the serotonergic system. In S. Nicolaidis (ed.), Serotonergic System Feeding and Body Weight Regulation. (Pp. 15-38) London: Academic Press.
- Garfinkel, P.E. & Garner, D.M. (1982) Anorexia nervosa: A multidimensional perspective. New York: Bruner-Mazel.
- Garfinkel, P, Kaplan, A., Garner, D. & Darby, P. (1983). The differential diagnosis of vomiting and weight loss as a conversion disorder from anorexia nervosa. American Journal of Psychiatry, 140, 1019-1022.
- Garner, D. (1991). Eating Disorder Inventory -2. Professional Manual. Florida: Psychological Assessment Resources.
- Garner, D. M. & Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. Psychological Medicine, 9, 273-279.
- Garner, D. M. & Garfinkel, P. E. (1980) Sociocultural factors in the development of anorexia nervosa. Psychological Medicine, 10, 647-656.
- Garner, D. M.; Garfinkel, P. E.; Schwartz, D. & Thompson, M. (1980). Cultural expectations of thinness in women. Psychological Medicine, 10, 647-656.

- Garner, D. M.; Garfinkel, P. E.; Stancer, H. C. & Coscina, D. B. (1976). Body image disturbance in anorexia and obesity. Psychosomatic Medicine, 28, 327-337.
- Garner, D.M., Olmstead, M.P. & Garfinkel, P.E. (1984). Does anorexia nervosa accuracy on a continuum. International Journal of Eating Disorders, 2, 11-20.
- Garner, D.M., Olmstead, P., Polivy, L. & Garfinkel, P. E. (1984). Comparison between weight-preoccupied woman and anorexia nervosa. Psychosomatic Medicine, 6 (3), 255-266.
- Gómez, P. G. (1993). Detección de anomalías de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios: obesidad, bulimia y anorexia nervosa. Revista Mexicana de Psicología, 1 (10), 17-27.
- Habermas, T. (1989). The psychiatric history of anorexia nervosa and bulimia nervosa: Weight concerns and bulimic symptoms in early case reports. International Journal of Eating Disorders, 8, 259-273.
- Hall, A. & Brown, L. B. (1983). A comparison of the attitudes of young anorexia nervosa patients and non-patients with those their mothers. British Journal of Medical Psychology, 6, 39-48.
- Halmi, K. A. (1974). Anorexia nervosa: Demographic and clinical features in 94 cases. Psychosomatic Medicine, 36, 18-25.
- Hernández, S.R; Fernández, C. & Baptista, L. P. (1991). Metodología de la investigación. México: McGrawHill Capitulo. 7, pp. 188-205.
- Herscovici, C.R. & Bay, L. (1990). Anorexia nerviosa y bulimia amenazas a la autonomía Argentina: Paidós.
- Holtz, V. (1992). Factores biopsicosociales de los desórdenes de la alimentación. Estudio piloto en una preparatoria Tesis inédita de Licenciatura en Psicología, Universidad Iberoamericana, México, D.F.
- Holtz, V. (1995). Antecedentes históricos de la anorexia nerviosa. Psicología Iberoamericana, 3, (2), 5-12.
- Holland, A.J., Hall, A. & Murray, R. (1984). Anorexia Nervosa: a study of 34 twin pairs and one set of triplets. British Journal of Psychiatry, 145, 414-419.
- Holland, A.J., Sicotte, N. & Treasure, J.L. (1988). Anorexia Nervosa: Evidence for a genetic basis. 31st. Annual Conference of the Society for Psychosomatic Research (1987, London, England). Journal of Psychosomatic Research, 32, (6), 561-571.
- Hsu, L.G. (1989). The gender gap in eating disorders: Why are the eating disorders more common among women? Clinical Psychology Review, 9, (3), 393-407.
- Hsu, L.G. & Sing Lee, M.R. (1993). Is weigh phobia always necessary for a diagnosis of anorexia nervosa. American Journal Psychiatry 150, (10), 1466-1471.
- Humphrey, L.L. (1986). Family relations in bulimic-anorexic and non distressed families. International Journal of Eating Disorders, 5, 223-232.
- Huon, G.F. & Brown, L.B. (1986). Body images in anorexia nervosa and bulimia nervosa. International Journal of Eating Disorders, 5, 421-439.
- Jimerson, D. C., Lesem, M. D., Kaye, W.H. & Brawerton, T. D. (1992). Low serotonin and dopamine metabolite concentrations in cerebrospinal fluid from bulimic patients with frequent binge episodes. Archive General of Psychiatry, 49, 132-138.

- Johnson, C. & Maddi, K. (1988). Etiología de la bulimia: Perspectivas biopsicosociales. En Trastornos de la alimentación. Argentina: Nueva Visión. p. 53-79.
- Kalucy, R. S., Crisp, A.H. & Harding, B. (1977). A study of 56 families with anorexia nervosa. British Journal of Medical Psychology, 50, 381-395.
- Kaplan, A. & Sadock, (1994). Synopsis of Psychiatric. USA: Williams & Wilkin. Pp. 689-698.
- Kaye, W.H. & Weltzin, T.E. (1991). Neurochemistry of bulimia nervosa Journal of Clinical Psychiatry, 52, 21-28.
- Kaye, W.H., Ballenger, J.C., Lydiard, B., Stuart, G.w., Laraia, M. T., O'neill, P., Fossey, M., Stevens, V., Lesser, S. & Hsu, L.K.G. (1990). CSF monoamine levels in normal-weight bulimia: evidence for abnormal noradrenergic activity. American Journal of Psychiatry, 147, 225-229.
- Killen, J. D., Hayward, C., Wilson, D. M., Taylor, C. B., Hammer, L.D., Litt, I. Simmonds, B. & Haydel, F. (1994). Factors associated with eating disorder symptoms in a community sample of 6th and 7th grade girls. International Journal of Eating Disorders, 15 (4) 357-367.
- Killen, J. D., Taylor, C. B., Telch, M.J., Robinson, T. N., Maron, D. J. & Saylor, K.E. (1987). Depressive symptoms and substance use among adolescent binge eaters and purges: A defined population study. American Journal of Public Health, 77, 1539-1541.
- Killen, J. D., Taylor, C. B., Telch, M.J., Saylor, K.E., Maron, D. J. & Robinson, T. N. (1986). Self-induced vomiting and laxative and diuretic use among teenagers: Precursors of the binge purge syndrome?. Journal of the American Medical Association, 255, 1447-1449.
- Kurtzman, F.D., Yager, L., Lndsverk, L. Wiesmeier, E. & Bodurka, D.C. (1989). Eating disorders among selected female student populations at UCLA. Research, 89 (1), 45-53.
- Kog, E., Vertomment, H. & De Groote, T. (1986). Family interaction research in anorexia nervosa: The use and misuse of a self report questionnaire. International Journal of Family Psychiatry, 6, 227-243.
- Laessle, R.G., Tuschl, R.L. Waadt, S. & Pirke, K.L. (1989). The specific psychopathology of bulimia nervosa: A comparison with restrained and unrestrained (normal) eaters. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57(6), 772-775.
- Lawton, C. L., Wales, J.K., Hill, A.J & Blundell, J.E. (1995). Serotonergic manipulation, meal-induced satiety and eating pattern: effect of fluoxetine in obese female subjects. Obesity Research, 3(4), 345-356.
- Ludewig, K. (1991). Reflexiones sobre la anorexia en adolescentes: Un enfoque sistémico del problema psicosomático ejemplificado por la anorexia nerviosa. Estudios Psicológicos, 1(1), 1-21.
- Mancilla, J.M., Manríquez, R.E., Mercado, G. L., Román, F. M. & Alvarez, R.G.L. (1996). Ocurrencia de los trastornos alimentarios y de factores de riesgo entre universitarias mexicanas. II Conferencia Internacional de Psicología de la Salud. en: La Habana Cuba, Octubre.

- Margo, J.L. (1987). Anorexia nervosa in males: A comparison with female patients. British Journal of Psychiatry, *151*, 80-83.
- Martínez-Fornés, S. (1994). La obsesión por adelgazar: Bulimia y anorexia. Madrid: España Calpe.
- Meerman, R. (1983). Experimental investigation of disturbances in body image estimation in anorexia nervosa patients, and ballet and gymnastic pupils. International Journal of Eating Disorders, *2*, 91-99.
- Mesa, P.; Rodríguez, J.M. & Blanco, A. (1989). Planteamientos clínicos y modelos explicativos de la anorexia nerviosa. Boletín de Psicología España, *25*, 75-102.
- Moilanen, I.; Seitamo, L. & Uhari, M. (1985). Anorexia nervosa in twins. Psychiatric fennica, *16*, 63-71.
- Molgaard, C.A.; Chambers, C. M.; Golbeck, A. L. & Elder, J. P. (1989). Maternal alcoholism an anorexia nervosa: A possible association? International Journal of the Addictions, *24* (2), 167-173.
- Mora, M & Raich, R.M. (1993) Prevalencia de las alteraciones de la imagen corporal en poblaciones con trastorno alimentario. Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona, *3*, 113-131.
- Munro, J.F., Scott, C. & Hodge (1992). Appraisal of the clinical value of serotonergic drugs. American Journal Clinical of Nutrition, *55*, 189S-192S.
- Nagel, K.L. & Jones, K.H. (1992). Predisposition factors in anorexia nervosa. Adolescence, *27* (106), 381-386.
- Noles, S. W., Cash, T.F. & Winstead, B. A. (1985). Body image, physical attractiveness and depression. Journal of Consulting and Clinical Psychology, *53*, 88-94.
- Nylander, Y. (1977) The feeling of being fat and dieting in a school population. Acta Socio Medica Scandinavica, *1*, 17-26
- Onnis, L. (1990). Terapia familiar de los trastornos psicósomáticos. España: Paidós Pp 64-83.
- Palla, B. & Litt, I. F. (1988). Medical complications of eating disorders in adolescents. Pediatrics, *81*, 613-623.
- Pijl, M., Cohen, A. P., Verkes, R.J., Koppeshaar, H. P., Iestra, J. A., Shoemaker, H. C., Prolich, M., Onkenhout, W. & Meinders, A. E. (1995). Plasma aminoacid ratios related to brain serotonin synthesis in response to food intake in bulimia nervosa. Biology and Psychiatry, *38*(10), 659-668.
- Piran, N., Lerner, P., Garfinkel, P. E., Kennedy, S.H. & Brouillette, C. (1988). Personality disorders in anorexic patients. International Journal of Eating Disorders, *7*, 588-599.
- Polivy, J. & Herman, C.P. (1987). Diagnosis and treatment of normal eating. Journal of Consulting and Clinical Psychology, *55* (5), 635-644.
- Pope, H. G. & Hudson, J. Y. (1985). Biological treatments in eating disorders. En S. W. Emmet (Ed.) Theory and treatment of anorexia nervosa and bulimia, sociocultural and psychosocial perspectives. New York: Bruner-Mazer.
- Pope, H. G., Hudson, J.L., Yurgelun-Todd, D. & Hudson, M. S. (1985). Prevalence of anorexia nervosa and bulimia in three student populations. International Journal of Eating Disorders, *3*, 45-51.

- Pryor, T., McGilley, B. & Roach, N. E. (1990). Psychiatric Annals, 20 (12), 711-722.
- Pyle, R.L., Mitchell, J.E. & Eckert, E.D. (1981). Bulimia: a report de 34 cases. Journal of Clinical Psychiatry, 42, 60-64.
- Pyle, R.L., Neuman, P.A., Ialvorson, P.A. & Mitchell, J.E. (1991) An ongoing cross-sectional study of the prevalence of eating disorders in freshman college students. International Journal of Eating Disorders, 10 (6) : 667-677.
- Raich, R. M (1994) Anorexia y bulimia: Trastornos alimentarios. España: Pirámide.
- Rastam, M. (1992). Anorexia nervosa in 51 Swedish adolescents: Premorbid problems an comorbidity. Journal of the American Academy of Child an Adolescent Psychiatry, 31 (5), 819-829.
- Reitman, E. E. & Cleveland, S. E. (1964) Changes in body image following sensory deprivation in schizophrenic control groups. Journal of Abnormal and Social Psychology, 68, 168-176
- Rivinus, T. M., Biederman, M. D. & Herzog, D. B. (1984). Anorexia nervosa and effective disorders: A controlled family history study. American Journal of Psychiatry, 141, 1414-1418.
- Rodin, J., Silberstein, L. & Striegel-Moore. (1984). Women and weight: A normative discontent. Nebraska Symposium on Motivation.
- Rosen, J.C. (1990). Body image, deviance & changes. New York: Guilford Press.
- Rosen, J.C. & Gross, J. (1987). Prevalence of weigh reducion and weigh gaining in adolescent girls and boys. Health Psychology, 6, 131-147.
- Rosen, J. C. y Leitenberg, H. (1988). The anxiety model of bulimia nervosa and treatment with exposure plus response prevention. En: K. M. Pirke, W. Vandereycken y D. Ploog (eds.), The Psychobiology of Bulimia Nervosa. Heidelberg: Springer-Verlag.
- Rosen, J.C., Saltzberg, E. & Srebnik, D. (1989). Cognitive Behavior Therapy for negative body image. Behavior Therapy, 20, 393-404.
- Russell, G.F.M. (1979). Bulimia nervosa an ominous variant of anorexia nervosa. Psychological Medicine, 9, 429-448.
- Ryle, A. & Evans, C.D.H. (1991). Some meanings of body and self in eating disordered and comparison subjects. British Journal of Medical Psychology, 64, 273-283.
- Saldaña, G. C. (1994) Trastornos del comportamiento alimentario. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Salmos, P.H., Lewis, V.J., Rogers, P., Gatherer, A.J.H. & Booth, D. A. (1988). Body shape dissatisfaction in schoolchildren. British Journal of Psychiatry, 153 (2), 27-31.
- Schütze, G.(1983). Anorexia mental. Herder: Barcelona.
- Schwartz, R.C. & Barret, M.J. (1987). Women an eating disorders. Journal of Psychotherapy an the Family, 3 (4), 131-144.
- Selvini Palazzoli, M. (1981). Self starvation. New Jersey: Jason Aronson. p. 84-95.
- Slade, P. D. (1977). Awareness of body dimensions during pregnancy: an analogue study. Psychological Medicine, 7, 245-252.
- Slade, P. D. (1985). A review of body image studies in anorexia nervosa and bulimia nervosa. Journal of Psychiatric Research, 19, 255-265.

- Slade, P. D. (1988). Body image in anorexia nervosa. British Journal of Psychiatry, *153* (2), 20-22.
- Slade, P. D. & Russell, G.F.M. (1973). Awareness of body dimensions in anorexia nervosa: cross sectional and longitudinal studies. Psychological Medicine, *3*, 188-199.
- Smith, M.C. & Thelen, M.H. (1984). Development and validation of a test for bulimia. Journal of Consulting and Clinical Psychology, *52*, (5), 863-872.
- Sours, J. A. (1980). Teoría y técnica en el tratamiento de la anorexia nervosa. pp 357-378.
- Striegel-Moore, R.H. Silberstein, R.L. & Rodin, J. (1986). Toward an understanding of risk factors for bulimia. Journal of the American Psychological Association, *41*, 246-263.
- Strober, M & Humphrey, L.L. (1987). Familial contributions to the etiology and course of anorexia nervosa and bulimia. Journal of Consulting and Clinical Psychology, *55*, (5), 654-659.
- Thompson, M. & Schwartz, D. (1982). Life adjustment of women with anorexia nervosa and anorexic like behavior. International Journal of Eating Disorders, *1*, 47-60.
- Thompson, J.K., Berland, N. W., Linton, P. H. & Weinsier, R.L. (1986). Utilization of a self adjusting light beam in the objective assessment of body image distortion in seven eating disorders groups. International Journal of Eating Disorders, *5*, 113-120.
- Thompson, D. A., Berg, K. M. & Shatford, L. A. (1987). The heterogeneity of bulimic symptomatology: Cognitive and behavioral dimensions. International Journal of Eating Disorders, *6* (2), 215- 234.
- Thompson, J.K. & Thompson, C. M. (1986). Body size distortion and self esteem in asymptomatic, normal weight males and females. International Journal of Eating Disorders, *5*, 1061-1068.
- Tiggerman, M., Winefield, H.R., Winefield, A.H. & Goldney, R. D. (1994). Gender differences in the psychological correlates of body-weight in young adults. Psychology and Health, *9*, 345-351.
- Toro, J. (1974). El aprendizaje de la masculinidad y la femineidad. Revista Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona, *2*, 4, 217-230.
- Toro, J.; Salamero, M. & Martínez, E. (1994). Assessment of sociocultural influences on the aesthetic body shape model in anorexia nervosa. Acta Psychiatrica Scandinavica, *89*, 147-151.
- Toro, J & Vilardell, E. (1987). Anorexia nervosa. Barcelona: Martínez Roca.
- Touyz, S. W., Beumont, P.J.V., Collins, J.K. & Cowie, I. (1985). Body shape perception in bulimia and anorexia nervosa. International Journal of Eating Disorders, *4*, 259-266.
- Traub, A.C & Orbach, J. (1964). Psychophysical studies of body image: The adjustable body-distorting mirror. Archives of General Psychiatry, *11*, 53-66.
- Turón, J., Fernández, F. & Vallejo, J. (1992). Anorexia nervosa; Características demográficas y clínicas en 107 casos. Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina Barcelona, *19*, (1), 9-15.
- Ushakov, G. (1971). Anorexia nervosa. En J.G.Howells, (ed.), Modern perspectives in adolescent psychiatry, Vol. 4. New York: Brunner Mazel.

- Vandereycken, W. & Meerman, R. (1984). Anorexia nervosa: Is prevention possible?. International Journal of Psychiatry in Medicine, 14, 191-205.
- Vanderlinden, J. & Vandereycken, W. (1984). Directive family therapy in adult patients with severe of chronic anorexia nervosa. International Journal of Family Psychiatry, 5(3), 267-280.
- Virseda, J. A. (1995). Antecedentes Históricos de la Anorexia Nerviosa. Psicología Iberoamericana, 3, (2) 35-39.
- Weltzin, T.E., Fernstrom, M.H. & Kaye, W.H. (1994). Serotonin and bulimia nervosa. Nutrition Reviews, 52(12), 399-408.
- Weltzin, T.E., Fernstrom, M.H., Fernstrom, J. D., Neuberger, S. K. & Kaye, W.H. (1995). Acute tryptophan depletion and increase food intake and irritability in bulimia nervosa. American Journal of Psychiatry, 152(11), 1668-1671.
- Whitehouse, A.M.; Freeman, C.P.L.; Annandale, A. (1988). Body size estimation in anorexia nervosa. British Journal of Psychiatry, 153 (2), 23-26.
- Wilson, P. & Hogan, C.C. (1987). Fear of being fat: The treatment of anorexia nervosa and bulimia. New Jersey: Jason Aronson.
- Wilson, C., Hogan, C. H. & Mintz, I. (1992) Psicodynamic technique in the treatment of the eating disorders. New Jersey: Jason Arason.
- Wilson, G.T. & Walsh, B.T. (1991). Eating Disorders in the DSM-IV. Journal of Abnormal Psychology, 100, (3), 362-365.
- Williamson, D. A. Davis, C. J. Goreczny, A.J & Blouin, D. C. (1989). Body image disturbances in bulimia nervosa: Influences of actual body size, Journal of Abnormal Psychology, 98, (1), 97-99.
- Williamson, D. A., Kelly, M. L., Davis, C. J., Ruggiero, L. & Blouin, D. (1985). Psychopathology of eating: A controlled comparison of bulimic, obese and normal subjects. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53, 161-166.
- Willmuth, M. E., Leitenberg, H., Rosen, J. C., Fondcardo, K. M. & Gross, J. (1985) Body imagen in eating disorders. International Journal of Eating Disorders, 4, 71-78.
- Wise, S. D. (1992). Clinical studies with fluoxetine in obesity. American Journal Clinical of Nutrition, 55, 181-184.
- Yent, T.T. & Feller, R.W. (1992). Preclinical pharmacology of fluoxetine, a Serotonergic drug for weight loss. American Journal Clinical of Nutrition, 55, 177S-180S.