



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

CAMPUS IZTACALA

**FACTORES DE RIESGO EN LOS
TRASTORNOS ALIMENTARIOS**

**REPORTE DE INVESTIGACION
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N :
MANRIQUEZ RODRIGUEZ EDITH
MERCADO GASGA LORENA**

ASESORES:

**M. en C. JUAN MANUEL MANCILLA DIAZ
LIC. GEORGINA LETICIA ALVAREZ RAYON
LIC. XOCHITL LOPEZ AGUILAR**

**ESTE TRABAJO SE REALIZO CON EL APOYO DE
CONACYT PH-1037**

LOS REYES IZTACALA, EDO. DE MEX.

1997



IZTACALA

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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.

A MIS PADRES TERE Y JESUS

Porque con su amor, fortaleza, honradez y responsabilidad, me han enseñado que a través de la vida, las convicciones deben ser la pauta para lograr el éxito. Gracias a ustedes he realizado uno de los más grandes anhelos que me he forjado en la vida y porque a ustedes debo admiración, respeto y agradecimiento por todo lo que hasta ahora soy y tengo. Este logro es también suyo.

A MIS HERMANOS SERGIO, VICTOR, HUGO, LEO, LUPE, CESAR, TERE Y ANGELICA

Por el apoyo y consejos que me han brindado en todos los momentos de mi vida, gracias por su ejemplo invaluable.

A LORENA, MARYCHUY, MIREYA, PAULA, SARA Y TERE

Por ser mis mejores amigas con las que he compartido momentos inolvidables, de quienes he aprendido cosas muy bellas que nunca olvidaré y por su gran amistad y cariño que sé, perdurarán toda la vida.

A JUAN MANUEL

Por que gracias a tu amistad e inteligencia me has ayudado a dar el primer paso para comenzar a "vivir como psicóloga". Gracias maestro.

A GINA Y XOCHITL

Por su amistad e invaluable aportación de sus conocimientos para el mejoramiento de este trabajo.

A MIS COMPAÑEROS MAESTROS Y TESISISTAS DEL P.I.N.

Por las aportaciones que en algún momento hicieron para el logro de este trabajo.

EDITH

DEDICATORIAS

A MI MADRE:

Con un gran amor, respeto y admiración porque con su ejemplo sembró en mí el deseo de lucha y superación y por haberme legado la mejor herencia que se le puede dar a un hijo, una profesión.

A MI PADRE:

Como una muestra del gran amor que le tengo y en agradecimiento a la confianza que siempre ha depositado en mí.

A MIS HERMANOS:

Les agradezco el permitirme compartir con ellos este viaje fascinante que es la vida.

A MI GRAN AMIGO MARTIN:

Por conocer y aplicar el verdadero significado de la palabra amistad, por tender siempre la mano amiga que jala o empuja en su afán de ayuda, que calma y alienta en los momentos de necesidad, que se estrecha y permanece unida a lo largo del tiempo.

A MIGUEL

Por ser para mí amigo y compañero incondicional, porque significa en mi vida felicidad y alegría, porque es para mí un estímulo importante que me motiva a seguir adelante y por compartir conmigo su amor y su cariño.

A MIS COMPAÑERAS Y AMIGAS: EDITH, PAULA, GINA, MIREYA, CHUY Y TERE:

Porque gracias a que la vida estrechó nuestros caminos, hemos compartido momentos trascendentales de nuestro existir, encontrando siempre el apoyo incondicional que nos alienta a seguir adelante. A quienes deseo alcancen el éxito y la felicidad.

A LA FAMILIA CORDOBA GARNICA:

Por regalarme su gran amistad y apoyo incondicional.

A LOS COMPAÑEROS DEL PROYECTO DE NUTRICION:

Porque de alguna u otra forma contribuyeron al enriquecimiento del presente trabajo.

A TODOS MIS MAESTROS:

Por compartir conmigo sus conocimientos y contribuir en mi formación como profesionista.

LORENA

AGRADEZCO ESPECIALMENTE A:

JUAN MANUEL MANCILLA DIAZ:

A quien admiro y respeto por ser no solo un gran maestro sino también un amigo, por iniciarme en la investigación, porque gracias a su experiencia conocimientos y exigencias he logrado alcanzar uno de mis sueños mas preciados. Por esto y mucho más, **GRACIAS.**

A GINA Y XÓCHITL:

Por ayudar a nutrir el presente trabajo con sus valiosas aportaciones y por brindarnos todo el apoyo para que esta meta fuera fácil de alcanzar.

LORENA

Todos los motivos, ideales, conceptos, sentimientos de un hombre no tienen importancia si no lo fortalecen para un mejor desempeño de los deberes que le corresponden en la vida.

Henry Ward Beecher

INDICE

Resumen	4
Introducción	5
Antecedentes Teóricos	
I. Trastornos alimentarios	10
1. Anorexia Nerviosa	13
2. Bulimia Nerviosa	18
II. Factores de riesgo de los trastornos alimentarios	25
1. Presión Social	26
2. Motivación para Adelgazar	29
3. Miedo a madurar	31
4. Inefectividad	32
5. Desconfianza Interpersonal	33
6. Perfeccionismo	34
III. Instrumentos de evaluación de los trastornos alimentarios	37
1. Test de Actitudes hacia la Alimentación (E. A. T.)	38
2. Test de Bulimia (B. U. L. I. T.)	40
3. Inventario de Desórdenes Alimentarios (E.D.I.)	42
4. Cuestionario de Influencias sobre el Modelo Estético Corporal (C. I. M. E. C.)	46

IV. Método	49
V. Resultados	55
VI. Discusión y Conclusiones	65
VII. Referencias	74
VIII. Anexos	86

RESUMEN

Con el objeto de valorar la ocurrencia de trastornos alimentarios, específicamente anorexia y bulimia nerviosas en una muestra universitaria mexicana, así como verificar la correlación existente entre los factores de riesgo con los trastornos alimentarios y verificar si existen diferencias entre las submuestras con y sin trastorno con respecto a los factores de riesgo, se llevó a cabo un estudio con 524 mujeres universitarias cuyas edades oscilan entre los 15 y 25 años, con una media de edad de $X = 19.3$ años, a las que se les aplicaron el Test de Actitudes hacia la Alimentación (E.A.T.-40), el Test de Bulimia (BULIT), el Eating Disorder Inventory (EDI) y el Cuestionario de Influencias sobre el Modelo Estético Corporal (CIMEC). Las personas cuyo puntaje rebasó el punto de corte del E.A.T.-40 y del BULIT se clasificaron como submuestra con trastorno alimentario (anoréxicas $n=27$ y bulímicas $n=17$), el grupo control ($n=88$) se eligió aleatoriamente de la población que se reportó sin trastorno. Los factores de riesgo que se estudiaron en la presente investigación se retomaron de algunas escalas de los instrumentos EDI y CIMEC. A partir de una *t* de student, un análisis de varianza (ANOVA y Prueba de Duncan) y 2 análisis de correlación (*r* de Pearson), se encontraron diferencias significativas entre las submuestras con y sin trastorno alimentario con respecto a los factores de riesgo, asimismo los factores Presión Social, Motivación para Adelgazar e Inefectividad, tuvieron más constancia en cuanto a su significatividad en los trastornos alimentarios que los factores Miedo a Madurar, Desconfianza Interpersonal y Perfeccionismo, lo cual sugiere que estos factores pueden ser la causa para que se desencadenen los trastornos alimentarios, por lo tanto se propone que se realicen más estudios con éstos y otros factores para observar su correlación con los trastornos en la alimentación.

INTRODUCCION

En los últimos años se han identificado trastornos en torno a la alimentación, debido a que se ha incrementado el interés por el verse delgado, en especial en las mujeres, quienes se encuentran bajo presión social, pues deben mostrar una imagen estética aceptable, la cual es apoyada por los medios masivos de comunicación. De esta forma la comida que antes funcionaba solo como un medio para satisfacer una necesidad fisiológica, ahora ha adquirido también una función social, dado que es utilizada como un ritual en el cual se llevan a cabo todo tipo de interacciones (Herscovici & Bay, 1990).

De acuerdo a estos autores la Anorexia y Bulimia Nerviosas son trastornos médico-sociales de suma importancia, pues comprometen la salud y el destino de un gran número de adolescentes y mujeres jóvenes. Si bien es indudable que el reconocimiento de estas afecciones por pediatras y médicos generales ha contribuido a definir mejor la dimensión del problema, es aparente un incremento real en el número de pacientes hasta adquirir un carácter epidémico en los últimos años.

La Anorexia y Bulimia Nerviosas no son un padecimiento de fácil manejo, pues además de poner en peligro la vida de los pacientes por la vía de la desnutrición y de sus complicaciones, se vincula con complejas perturbaciones psicológicas y con distintas modalidades enfermizas de la vida familiar. Por perturbaciones psicológicas se entienden

los trastornos en la personalidad, distorsión de la imagen corporal, ansiedad, depresión y poca tolerancia a la frustración, entre otras.

Por tal motivo Ratnasuriya, Eisler, Sznukler & Russell (1991), mencionan que el curso natural de la Anorexia y Bulimia Nerviosas puede ser nefasto, especialmente cuando el ataque se detecta en una edad mayor, ya que las pacientes pueden convertirse en enfermas crónicas o morir, por lo tanto es esencial que se desarrollen tratamientos que reduzcan los efectos que producen los trastornos alimentarios.

Si bien es cierto que es importante la creación de tratamientos eficaces para enfrentar el problema de los trastornos alimentarios, es aún más importante buscar métodos de prevención, para lo cual es necesario identificar cuales son los factores que propician la Anorexia y Bulimia Nerviosas. En los últimos años se han elaborado escalas y medidas psicométricas para objetivar los síntomas predominantes de estos síndromes y así poder medir su evolución a lo largo del tiempo. Algunas de estas escalas son el "Test de Bulimia" (BULIT) de Smith & Thelen (1984); el "Cuestionario de Influencias sobre el Modelo Estético Corporal" (CIMEC) de Toro, Salamero & Martínez (1994); el "Eating Disorder Inventory" (EDI) desarrollado por Garner, Olmstead & Polivy (1983) y el "Eating Attitudes Test" (EAT-40) de Garner & Garfinkel (1979) entre otras. Estas escalas han constituido una gran aportación al estudio de los trastornos alimentarios, pues han sido utilizadas como instrumentos para detectar casos de Anorexia y Bulimia Nerviosas de grupos de alto riesgo

para estos trastornos y también para identificar entre los estudiantes patrones anormales de ingesta.

En estas escalas se pueden identificar algunos factores de riesgo que pueden desencadenar trastornos alimentarios, entre éstos se pueden mencionar a: la presión social, la ineffectividad, el perfeccionismo, la desconfianza interpersonal, la motivación para adelgazar y el miedo a madurar, entre otros.

Por su parte Klemchuk, Hutchinson & Frank (1990), mencionan que la insatisfacción corporal, preocupación por el peso y trastornos alimentarios han venido incrementándose como problema sobresaliente en colegios universitarios, por tal motivo sugieren un análisis crítico del medio ambiente y la experiencia escolar para revelar aquellos factores que pueden potenciar o exacerbar problemas relacionados con la alimentación. De igual forma, Holtz & Tena (1995), mencionan que en la actualidad, poco o nada se habla sobre trastornos alimentarios ya que existe muy poca investigación y educación alrededor de los mismos en México y, sin embargo, estudios recientes indican que la prevalencia de estos trastornos en alumnas de nivel escolar medio-superior es muy alta. Por lo tanto, es necesario que se continúe la exploración de la naturaleza y prevalencia de este problema clínico multidimensional, y así poder diseñar programas de prevención y tratamiento en grupos de alto riesgo (Shisslak Crago, Neal & Swain, 1987; Striegel-Moore, Silberstein & Rodin, 1986; Wadden & Stunkard, 1985); para lo cual es importante identificar y diferenciar subgrupos de estudiantes con diferentes problemas alimentarios, de

tal forma que se puedan diseñar los programas de intervención de acuerdo a las necesidades de cada subgrupo.

Por todo lo anterior, el presente trabajo pretende:

Valorar la ocurrencia de trastornos alimentarios (anorexia y bulimia nerviosas) en una muestra universitaria mexicana; así como verificar la correlación existente entre los factores de riesgo propuestos por Garner, Olmstead & Polivy (1983) y Toro, Salamero & Martínez (1994), con los trastornos alimentarios observados en dicha muestra y verificar si existen diferencias entre los grupos con y sin trastorno alimentario con respecto a los factores de riesgo.

Las hipótesis de las que se partió fueron las siguientes:

Dado que la población universitaria es considerada de alto riesgo para desarrollar trastornos alimentarios, entonces es probable que al aplicar algunos instrumentos de detección se encuentren casos de anorexia y/o bulimia.

A mayor índice de factores de riesgo (presión social, motivación para adelgazar, ineffectividad, miedo a madurar, perfeccionismo y desconfianza interpersonal), habrá mayor índice de trastornos alimentarios.

Debido a que la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa son trastornos similares pero no idénticos, entonces es probable que algunos factores de riesgo se correlacionen más con un tipo de trastorno que con otro.

Es importante mencionar que el presente reporte de investigación se deriva de la línea de investigación: "Trastornos Alimentarios: Anorexia y Bulimia Nerviosas" perteneciente al Proyecto de Investigación en Nutrición, ubicado en las instalaciones de la Unidad de Investigación Interdisciplinaria en Ciencias de la Salud y Educación (U.I.I.C.S.E.), U.N.A.M., Campus Iztacala.

ANTECEDENTES TEORICOS

I. TRASTORNOS ALIMENTARIOS

El comer es una actividad cotidiana, importante en la vida de todas las personas, de tal modo que los excesos, las deficiencias, los desequilibrios y los desbalances crean problemas en las personas, no sólo en los aspectos fisiológicos del organismo, sino también en la personalidad y en las relaciones con los demás, de tal forma que de manera circular y multicausal la alimentación influye en esas variables y éstas en la alimentación (Bernard & Trouve, 1978; citado en: Virseda, 1995).

La incidencia de los trastornos alimentarios ha sufrido un incremento dramático desde hace dos décadas. Algunas investigaciones han referido el incremento de la incidencia de estos trastornos, especialmente entre jóvenes adolescentes (Killen, Taylor, Telch, Saylor, Maron & Robinson, 1986; Welch, Nidiffer, Zager & Lyerla, 1992). La respuesta inicial a este problema ha sido la creación de centros de tratamiento y procedimientos terapéuticos que se han venido desarrollando rápidamente como evidencia del gran número de trastornos alimentarios. Para lograr prevenir de alguna manera la constante incidencia de tales trastornos, es necesario entender qué son éstos, qué sintomatología los caracteriza, qué factores son los más relacionados; si no se conoce lo

anterior, el camino hacia la prevención, detección y tratamiento de los trastornos alimentarios se tomará más complicado.

Así pues, el término de trastornos alimentarios se refiere en general a trastornos psicológicos que implican graves anomalías en el comportamiento de ingesta, de tal modo que la base de éstos se halla en una alteración psicológica, de éstos los más conocidos son la obesidad, la anorexia y bulimia nerviosas, las cuales son fenómenos complejos, que difícilmente se encuentran en forma pura (Barber, Bolaños-Cacho, López-Jensen & Ostrosky, 1995).

En el orden de lo biológico el común denominador de los tres es el balance calórico (relación ingreso-gasto calórico), y es precisamente en el manejo de dicho balance en donde puede encontrarse la confluencia y la interrelación de diferentes factores, pues, aunque los del orden biológico influyen en la habilidad individual para mantener un balance calórico satisfactorio (Pope & Hudson, 1988), también es clara la influencia psicológica y social (Bilich, 1989; Gómez, 1993; Scott & Baroffio, 1986, cit. en: Barber, Bolaños-Cacho, López-Jensen & Ostrosky, 1995), ya que la gente con trastornos alimentarios utiliza sustancias o adopta conductas agradables para enmascarar el dolor que hay en sus vidas. Atiborrarse de comida, purgarse o restringirse es una forma de distraer sus sentimientos reales; la obsesión por la comida, el peso o el ejercicio es una manera de desviar los sentimientos de dolor, enfado, temor y depresión (Arenson, 1991; Hudson, Pope & Jonas, 1983, cit. en: Killen, Hayward, Wilson, Taylor, Hammer, Litt, Simmonds & Haydel, 1994).

Así pues, los síntomas de los trastornos en la alimentación son complejos y no pueden ser explicados a través de un sólo mecanismo, no son puramente físico-químicos, ni sólo psicológicos, ni sólo sociales; ya que en la modernidad se piensa en todos los temas como parte de sistemas con una compleja interacción (Lask & Bryan, 1992), cuyo resultado final es el síntoma alimentario. La Asociación Dietética Americana concibe a los trastornos alimentarios como "algo descañado", lo que implica que la esencia del problema es una alimentación desordenada y sugieren que la solución es aprender a comer normalmente otra vez. Sin embargo, los autores del presente trabajo difieren de lo anterior ya que si los cambios en la comida y la conducta relacionada con el peso solamente son el foco de tratamiento, las intervenciones pueden ser contraproducentes más que terapéuticas. De esta forma, los dietistas que tratan con personas con trastornos alimentarios deberían ser conocedores de los aspectos psicológicos y nutricionales de los trastornos alimentarios conjuntamente con el proceso de recuperación. Conociendo estos aspectos, los profesionales de la salud tendrán mayores beneficios con el proceso de nutrición (Reiff & Lampson, 1994).

El presente estudio únicamente tratará sobre los trastornos anoréxico y bulímico, los cuales causan graves alteraciones y déficits en el organismo; y en última instancia, pueden provocar la muerte. Un ejemplo de ello es el reporte de Herzog, Franko & Brotman (cit. en: Bemporad & Herzog, 1989), quienes mencionan que en la clínica de Boston, un cuarto de la población con anorexia y/o bulimia ha llevado a cabo intentos de suicidio, por lo que se

sugiere un tratamiento multimodal que incluya médicos, nutriólogos y psicólogos, entre otros (Gray & Gray, 1989). En este estudio también se destacará el carácter eminentemente psicológico de ambos trastornos, ya que en la vida diaria, en ocasiones, se confunden o quieren confundirse con problemas puramente médicos.

I. ANOREXIA NERVIOSA

Se puede definir a la anorexia nerviosa como una negación consciente a comer, que puede ser tan seria que produzca la muerte. Los síntomas de la anorexia son: hambre persistente que la paciente niega y sólo reconoce después de un tratamiento avanzado, de aquí surge la poca cooperación de la persona para conseguir ganar peso (Greavess, Blades, Christie, Machen, Ryecart & Baird-Smith, 1991), o cuando siente confianza con el terapeuta (Stunkard, 1975, cit. en: Leitenberg, 1982); búsqueda deliberada por ser delgada; deterioro del funcionamiento intelectual; disminución del interés en la actividad sexual; se inhibe la secreción de hormonas reproductoras por lo cual se deja de menstruar; deterioro de sentimientos y emociones, mayor sensibilidad a la luz, sonidos, colores y otros estímulos externos; mayor tendencia a la hiperactividad; este tipo de trastornos es más frecuente en las mujeres adolescentes aunque también se presenta en mujeres de otras edades y hombres (Duker & Slade, 1992).

La anorexia nerviosa se distingue por una inexorable búsqueda de la delgadez hasta el punto de la inanición, además de un profundo trastorno y distorsión en la estimación y

aceptación de su propia imagen (Meza, Rodríguez & Blanco, 1989; A. P. A., 1988; Vandereycken & Meerman, 1984, cit. en: Turón, Fernández & Vallejo, 1992). Por su parte, Russell (1979), caracteriza este trastorno por la negación de la paciente a mantener su peso dentro de los límites normales, con intenso miedo a engordar.

Gamer & Garfinkel (citados en: Herscovici & Bay, 1990), califican a la anorexia nerviosa como un síndrome psiquiátrico discreto, es decir diferenciado, que tiene una patogénesis compleja. Sus manifestaciones clínicas son el resultante de la destilación de múltiples factores predisponentes y gatillantes, en su interacción con la capacidad del individuo para hacer frente a las demandas en un momento dado. No sólo es un enflocamiento de origen mental, sino una modificación de la conducta nutritiva y sobre todo, una pérdida de la actitud normal ante el peso y la propia figura corporal (Donoso, 1990).

La anorexia nerviosa parece ser una reacción a las demandas adolescentes por una mayor independencia e incremento del funcionamiento social y sexual (Wilson & Hogan, 1987). Las pacientes con el trastorno sustituyen sus preocupaciones con los referentes a la alimentación y la ganancia de peso, de modo que las preocupaciones son similares a obsesiones (López, 1991). Típicamente sufren una falta de autonomía e independencia. Algunas pacientes con el trastorno experimentan sus cuerpos bajo el control de sus padres. De tal modo la autoinanciación puede ser un esfuerzo por ganarse la validación como una

única y especial persona. A partir de los actos de extraordinaria autodisciplina pueden desarrollar un sentimiento de autonomía e independencia (Kaplan & Sadock, 1994).

Dichos autores refieren que las pacientes usualmente rechazan comer con sus familias o en lugares públicos. Ellas reducen su peso a partir de una reducción drástica de su ingesta con un desproporcionado decremento de los alimentos altos en carbohidratos y grasas. La mayoría de estas conductas aberrantes dirigidas hacia la disminución del peso ocurren en secreto.

Las pacientes con anorexia nerviosa sustentan sus prácticas en el énfasis social de la delgadez y el ejercicio. Las constelaciones familiares no son específicas a la anorexia nerviosa, además, algunas evidencias indican que las pacientes con anorexia nerviosa tienen relaciones conflictivas con sus padres, ya que a través de su enfermedad tienden a llamar la atención de éstos, descuidando en algunos casos sus propias relaciones maritales. Así mismo, las pacientes con anorexia nerviosa son más propensas a tener historias familiares de depresión, dependencia al alcohol (Hsu, 1989; Molgaard, Chambers, Goldberg & Elder, 1989) y de trastornos alimentarios.

La anorexia nerviosa ocurre usualmente entre los 10 y los 30 años, las pacientes fuera de este rango no son típicas, por tanto su diagnóstico debe ser cuestionado. Después de los 13 años, la frecuencia incrementa rápidamente (Crowther, Post & Zaynor, 1985), con la máxima frecuencia de 17 a 18 años de edad (Halmi, Casper, Eckert, Goldberg & Davis,

1979). La incidencia de este trastorno se ha situado entre valores de 0.37 a 7.30 (Kendell, Hall & Halley, 1973). Cerca del 85% de las pacientes inician sus síntomas entre los 13 y 20 años. Algunas antes de los 10 años fueron comedoras de "pica" o sufrieron frecuentes problemas digestivos. Este trastorno aparece en más del 90% de los casos en mujeres (Garfinkel & Garner, 1982, Hsu, 1983), de distintas culturas y en sociedades de alto desarrollo económico (Ludewig, 1991). En la última década las investigaciones epidemiológicas informan de un aumento considerable del número de individuos afectados por trastornos alimentarios (Carbajo, Canals, Fernández-Ballart & Domenech, 1995), de esta manera, Kaplan & Sadock (1994) los reportan en un 4% en adolescentes y jóvenes estudiantes. La prevalencia de la anorexia nerviosa es situada por algunos autores (Garfinkel & Garner, 1982) en una persona por cada 100, o bien, cerca del 0.5% al 1%, principalmente en mujeres puberes, adolescentes y jóvenes, observándose más frecuentemente entre mujeres jóvenes con profesiones que requieren de delgadez, como el modelaje y el ballet (Kaplan & Sadock, 1994).

De acuerdo con el DSMIII-R. (A. P. A., 1988), los criterios para el diagnóstico de la anorexia nerviosa son:

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

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

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

La anorexia nerviosa ha sido dividida en dos subtipos: la restrictiva y la bulímica (Raich, 1994). Las anoréxicas restrictivas se involucran en típicas prácticas de inanición autoprovocada. La anoréxica restrictiva reduce sus preocupaciones sobre la gordura y el incremento de peso, evitando totalmente el consumo de alimentos y realizando ayunos drásticos. El efecto a corto plazo del ayuno prolongado es la reducción del apetito, por ello, la anoréxica puede consumir cantidades muy pequeñas de alimento, manteniendo el tono vital alto, lo cual a su vez le refuerza sus sentimientos de autocontrol total sobre su comportamiento alimentario y le reduce el miedo a ganar peso. El efecto a largo plazo del ayuno prolongado es la disminución del ritmo metabólico basal, incrementándose de esa manera la probabilidad de ganar peso y potenciando el temor existente a la gordura. El proceso natural de mantenimiento de la restricción alimentaria es la violación de la dieta, pudiéndose producir un ataque de bulimia. En la anorexia bulímica, la paciente puede desarrollar episodios de gran voracidad que contrarrestará empleando métodos purgativos

que reducirán su ansiedad. (Herscovici & Bay, 1990; Hsu, 1990; Williamson, Davis, Duchmann, Mckenzie & Watkins, 1990).

2. BULIMIA NERVOSA

La bulimia nerviosa, consiste en recurrentes episodios de ingestión rápida de grandes cantidades de comida acompañada por una conducta alimentaria fuera de control, durante un período discreto de tiempo, por lo general, inferior a dos horas. La interrupción social o incomodidad física -ya sea dolor físico o náusea- termina la alimentación compulsiva, la cual es seguida por culpa, depresión o autodesgusto. La persona además presenta recurrentes conductas compensatorias como son la purga (Jeffery & Wollitzer, 1988), dieta, vómito o ejercicio excesivo para prevenir el aumento de peso (Polivy & Herman, 1987; Martínez-Formés, 1995; Woodside, Shekter-Wolfson, Brandes, & Lackstrom, 1993). A diferencia de las pacientes con anorexia nerviosa, aquéllas con bulimia nerviosa pueden mantener un peso corporal normal, aunque también las hay obesas.

Generalmente las pacientes son conscientes de que su alimentación compulsiva es anormal y temen ser incapaces de interrumpir en forma voluntaria el acto de comer. Aunque algunas pacientes que comen vorazmente y vomitan por años, intentan dejar de hacerlo hasta que se dan cuenta de que ya no pueden parar el vómito (Wilson & Hogan, 1987). A posteriori de estos episodios a menudo experimentan un ánimo deprimido (Thomas, Turón, Sánchez-Planell & Vallejo, 1992) y sentimientos de autodesprecio. Con frecuencia, esto

puede formar parte de un trastorno depresivo (Garfinkel, Lin, Goering, Spegg, Goldbloom, Kennedy, Kaplan & Woodside, 1995), el cual se ha llegado a asociar con bajo peso corporal (Di Pietro, Gyulai, Stunkard & Whybrow, 1993). En un estudio realizado por Greene, Achterberg, Crumbaugh & Soper (1990), se observó que las mujeres bulímicas tuvieron una historia de depresión o amenorrea en comparación con las mujeres no bulímicas y sugieren que este hallazgo es comúnmente observado en la bulimia.

En algunas personas con este trastorno hay abuso de sustancias psicoactivas; los tóxicos más empleados son los sedantes, las anfetaminas, la cocaína o el alcohol (Wilson, Hogan & Mintz, 1992). No obstante, la bulimia nerviosa muy rara vez resulta incapacitante, excepto en aquellos casos que pasan el día entre comilonas y vómitos. La erosión dentaria es una complicación frecuente del vómito, por lo que Howat, Varner & Wampold (1990), sugieren que se vigile más constantemente la salud dental de las bulímicas. También pueden haber desequilibrios hidroelectrolíticos y deshidratación, que dan lugar a complicaciones físicas serias, como arritmias cardíacas y muerte súbita ocasional. Las complicaciones más raras incluyen desgarros esofágicos y roturas gástricas.

Las bulímicas se asemejan con aquéllas que tienen anorexia nerviosa en que tienen altas metas, responden a las presiones sociales de delgadez, presentan disturbios en la imagen corporal (Cooper & Taylor, 1988) y miedo a la gordura (Russell, 1979, cit. en: Collings & King, 1994). Al igual que las anoréxicas, algunas bulímicas suelen tener depresión (López & Cervera, 1991), lo que tiende a aumentar la depresión familiar, además

las familias de bulímicas son menos cerradas y más conflictivas que las familias de las anoréxicas; al respecto Strober & Humphrey (1987), reportan que la bulimia ha estado estrechamente asociada con una pérdida de afectividad parental, terminantemente negativa, hostil y desvinculada, con patrones de interacción familiar desenganchados y un incremento de la impulsividad parental, en general un ambiente familiar inadecuado y adverso.

La bulimia nerviosa es más prevalente que la anorexia nerviosa. Se estima un rango de bulimia nerviosa de 1% a 3% en mujeres jóvenes (Garfinkel, Lin, Goering, Spegg, Goldbloom, Kennedy, Kaplan & Woodside, 1995) y Fairburn & Beglin (1990) reportan que este tipo de trastorno se estima en 9 de cada 100 mujeres. Los estudios de la frecuencia de bulimia entre estudiantes universitarias demuestran una gran variabilidad, de acuerdo con un resumen hecho por Crowther, Wolf & Sherwood (1992), la prevalencia está en un rango de 0.79% a 19%. Esta amplitud pudo ser explicada por los criterios diagnósticos utilizados. De acuerdo al DSM-III-R, en estudios longitudinales la prevalencia es de 1% al 3.8% en estudiantes universitarias, mayor a la encontrada en muestras de comunidades (1.1% a 1.9%).

La bulimia nerviosa es más común en mujeres que en hombres. Su inicio es en la adolescencia o en la adultez temprana. Generalmente se presenta en mujeres de mayor edad al compararse con las que tienen anorexia. La media de edad de aparición está situada alrededor de los 17 años. Al ser un comportamiento secreto y no presentar una pérdida de peso tan acusada, suele pasar desapercibida durante mucho tiempo (Raich, 1994). Síntomas

ocasionales de bulimia nerviosa, así como episodios aislados de alimentación compulsiva y purga, han sido reportados en el 40% de mujeres colegialas. Además la bulimia nerviosa está frecuentemente presente en mujeres jóvenes normopeso, las cuales generalmente han tenido una historia de obesidad (Garfinkel & Garner, cit. en: Toro & Vilardell, 1987; Yates, 1992; Kaplan & Sadock, 1994).

De acuerdo al DSMIII-R (A. P. A., 1988), los criterios para el diagnóstico de bulimia nerviosa son:

- a) Episodios recurrentes de ingesta voraz (consumo rápido de gran cantidad de comida en un periodo discreto de tiempo).
- b) Sentimiento de falta de control sobre la conducta alimentaria durante los episodios de voracidad.
- c) La persona se empeña regularmente en provocarse el vómito, usar fármacos, laxantes y diuréticos, practicar dietas estrictas o ayunos, o hacer mucho ejercicio para prevenir el aumento de peso.
- d) Un promedio mínimo de dos episodios de voracidad a la semana por lo menos durante tres meses.
- e) Preocupación persistente por la silueta y el peso.

Conviene señalar que muchos de los patrones de comportamiento determinantes del diagnóstico de bulimia nerviosa pueden darse, en mayor o menor grado, tanto en personas que no sufren trastorno alimentario alguno o en sujetos que presentan otros tipos de

alteraciones del comportamiento alimentario, como obesidad, sobreingesta compulsiva y anorexia nerviosa. Así por ejemplo, episodios esporádicos de voracidad, empleo de vómitos para contrarrestar la ingesta excesiva, uso de laxantes para facilitar la evacuación, preocupación excesiva por la imagen corporal, sentimientos de depresión, ansiedad y culpabilidad respecto al propio autocontrol son cada una de ellas, de forma aislada, experiencias comunes de muchas personas, sin que por ello puedan ser catalogadas como conductas anómalas.

Feinstein & Sorosky (1988), consideran a la bulimia como el trastorno en la alimentación más desconcertante, en la medida en que puede coexistir ya sea con la obesidad o con la anorexia nerviosa, o presentarse como una entidad separada. Tanto la anorexia nerviosa como la bulimia están asociadas con serias complicaciones médicas, por lo cual, sugieren que los clínicos no deberían desatenderlas, pues estas enfermedades son potencialmente fatales en todo momento.

Puesto que el temor al aumento de peso, rechazo a la comida, distorsión en la imagen corporal, preocupación por mantener la delgadez, son evidentes tanto en la anorexia nerviosa como en bulimia (Wilson, Hogan & Mintz, 1992), a menudo se pasan por alto algunas diferencias muy importantes entre ambos trastornos. Rosen & Leitenberg (1988) refieren las siguientes diferencias:

- 1) La bulimia nerviosa se refiere a individuos de peso normal que generalmente comen, mientras que la anorexia nerviosa se refiere a individuos demacrados que están primordialmente involucrados en una inanición autoprovocada.
- 2) Las pacientes con bulimia nerviosa en general intentan alcanzar un modelo estereotipado e idealizado de apariencia perfectamente femenina y sexualmente atractiva. De hecho tienen una necesidad exagerada de gustar y obtener la aprobación de otros en estas áreas. Por el contrario, las pacientes anoréxicas parecen intentar evitar ser sexualmente atractivas y rechazar o negar su sexualidad adulta.
- 3) Las pacientes con bulimia nerviosa tienden a ser mayores que las pacientes con anorexia nerviosa.
- 4) La bulimia nerviosa es un trastorno "silencioso"; por el contrario, los signos de la inanición autoprovocada de la anorexia son obvios y constituyen el centro de atención de los demás.
- 5) Las pacientes con bulimia nerviosa tienen menor tendencia que las pacientes con anorexia nerviosa a minimizar o negar su problema.
- 6) Las pacientes con bulimia nerviosa sienten que no tienen control sobre la alimentación, mientras que las pacientes anoréxicas sienten que tienen el control.

La anorexia y la bulimia nerviosas son trastornos multidimensionales, en los cuales juegan un papel relevante la interacción de factores fisiológicos, evolutivos, psicológicos y socioculturales, aún cuando el peso específico de cada uno de ellos todavía no esté bien determinado. Entre los factores causales más importantes recogidos por la literatura sobre el

tema están: 1) la presión cultural sobre la mujer para ser delgada; 2) el deseo para alcanzar una imagen idealizada de cuerpo perfecto, para compensar la baja autoestima y el miedo a ser rechazada; 3) estados anímicos negativos, generalmente con presencia de depresión; 4) estrés interpersonal con desarrollo de pocas habilidades asertivas y de resolución de problemas; 5) hábitos alimentarios y control del peso pobres, potenciados por el intento de seguir una dieta rígida irreal y drásticamente restrictiva y 6) pensamientos desadaptados sobre nutrición, peso y apariencia física (Leitenberg, Rosen, Gross, Nudelman & Vara, 1988). Por todo ello, y para una mejor comprensión del problema es necesaria la integración de las distintas concepciones desarrolladas en función de los factores de riesgo que propician dichos trastornos.

II. FACTORES DE RIESGO DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

El reciente aumento en la frecuencia de la anorexia y la bulimia, ha generado una gran curiosidad en lo que respecta a los factores que contribuyen al desencadenamiento o a la perpetuación de estos trastornos en la alimentación.

No se sabe a ciencia cierta la incidencia de los factores orgánicos en el desencadenamiento de la anorexia y la bulimia. Si bien a menudo aparecen efectos secundarios asociados, que incluyen anomalías electrolíticas, deshidratación, edema, agrandamiento de la glándula parótida, caries dentales, anemia, problemas gastrointestinales y dificultades menstruales, hasta la fecha no se ha dado ningún descubrimiento endócrino que tenga significado etiológico. Sin embargo, en los últimos años aumentaron los escritos que sugieren que la anorexia y/o bulimia puede ser la expresión sintomática de un desorden afectivo biológicamente mediatizado (Pyle & Mitchel, 1988).

Los clínicos y los investigadores de la salud han trabajado arduamente para encontrar aquella causa fundamental de los trastornos alimentarios. Actualmente, nadie cree que exista una sola causa que explique la eclosión de éstos. La opinión más generalizada es que son de origen multicausal, es decir, que se ha de dar una conjunción de factores para que se puedan presentar los trastornos (Raich, 1994). Johnson & Maddi (cit. en: Attie &

Brook-Gunn, 1989), sugieren que pueden intervenir factores de personalidad y vulnerabilidad afectiva, tales como competitividad, perfeccionismo, sentimientos derrotistas o de ineffectividad y déficits auto-regulatorios (un sobre-control o un descontrol impulsivo afectivo), los cuales son observados frecuentemente en personas con desórdenes alimentarios. No obstante, estudios prospectivos de factores de riesgo potenciales para los desórdenes alimentarios son necesarios, si se quiere que las intervenciones preventivas sean efectivas (Johnson-Sabine, Wood, Patton, Mann & Wakeling, 1988; Zuckerman, Colby, Ware & Lazera, 1986). Diversos factores de riesgo que podrían estar influenciando el desencadenamiento de trastornos alimentarios, ya sea Anorexia y o Bulimia, se han contemplado para ser evaluados en las diversas escalas diseñadas para los problemas en la alimentación; algunos de estos factores se describen a continuación.

1. PRESION SOCIAL

Todas las sociedades han desarrollado algunos ideales de belleza que marcan los objetivos a seguir. Dentro de estas exigencias se ha insistido especialmente en el ideal de belleza femenino. Hay numerosos ejemplos de alteración de patrones biológicos en función de normativas sociales. sólo es necesario recordar la deformación de los pies en las chicas, el artificial alargamiento del cuello, el ensanchamiento exagerado de los labios, el uso de tatuajes, entre otros. (Raich, 1994).

Al igual que sucede con la mayoría de los desórdenes de la conducta, hay varios caminos entrelazados y convergentes que contribuyen indudablemente al desarrollo y mantenimiento de la anorexia y bulimia nerviosas. 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 por sí 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).

Es importante señalar que el incremento de la población afectada por la obesidad y por otros trastornos del comportamiento alimentario, 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.

El prejuicio contra los obesos, en el mundo del trabajo, es muy marcado en el caso de las mujeres; en este sentido Rothblam (1988, cit. en: Guillemot & Laxenaire, 1994), llevó a cabo un estudio que consistió en enseñar a un grupo de alumnas de bachillerato los *curriculum vitae* de diversas candidatas a un empleo, facilitando una fotografía o una descripción escrita de las candidatas en cuestión. Las obesas obtuvieron peores

puntuaciones que las delgadas, lo que constituye una prueba del prejuicio contra las obesas, y esto únicamente por su peso, pues las cualidades de las candidatas eran equivalentes en los otros puntos.

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.

El ideal de la delgadez se acompaña en nuestros días de la voluntad de seguir siendo joven. La glorificación de la juventud es tal que no importan los medios para preservar el mayor tiempo posible la apariencia de una tierna edad, pues la delgadez es exigida, o por lo menos sugerida por la presión social. Las revistas y los periódicos dirigidos principalmente a la población femenina, insisten en la lucha diaria que debe sostenerse contra el exceso de peso (Martínez-Fornés, 1995), ya sea por medio de ejercicios incesantes, o a través de dietas.

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).

2. MOTIVACION PARA ADELGAZAR

El sentirse gordo es una de las causas más frecuentes que inciden en la aparición de trastornos alimentarios y en realidad no es necesario que la persona presente un sobrepeso real, tan sólo es necesario que piense que lo es y que ésto le afecte (Raich, 1994).

La imposibilidad de controlar el exceso en las comidas y de mantener la delgadez a menudo conduce a un sentimiento de desconcierto, vergüenza y culpa. Las investigaciones nos dicen que la preocupación por el peso aumenta con la edad, que su punto álgido se halla sobre los 17 o 18 años, aunque actualmente se está observando una disminución progresiva en la edad de las "preocupadas" (Holtz & Tena, 1995).

La consecuencia lógica de esta preocupación es el establecimiento de dietas. Aparentemente seguir una dieta debería ser considerado como un comportamiento saludable, consistente en llevar un cierto orden y régimen en las comidas, que tiene como objetivo mejorar el bienestar físico y la calidad de vida de la persona. La situación actual a favor de los regímenes es tal, que la persona que es capaz de seguir un régimen es aplaudida y envidiada, recibiendo el reconocimiento de su entorno social. Sin embargo, esta conducta genera un importante número de consecuencias negativas cuando este "orden" en las comidas se convierte en una abstención total o parcial de la ingesta de alimentos o en una

combinación de periodos de restricción alimentaria con periodos de sobreingesta y vómito (Saldaña, 1994).

Cuando se pregunta a muestras de la población si hacen dieta, la respuesta suele ser afirmativa en alta proporción dentro de la población femenina (Raich, 1994). Un ejemplo de ello es el estudio de Emmons (1992), en el cual evaluó las conductas de dieta y purga en estudiantes blancos y negros de high school. Sus hallazgos muestran que un alto porcentaje de chicas en comparación con los hombres usaban purgas para ayudarse a perder peso; las chicas negras tuvieron porcentajes más altos en cuanto al uso de laxantes y diuréticos, mientras que las chicas blancas solían utilizar más el vómito para controlar su alimentación.

De este modo, se puede observar que la parranda alimenticia y la práctica de métodos insalubres para controlar el peso, tales como el vómito autoinducido y dietas restrictivas, 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; Frederick & Hawkins, 1992). Por ejemplo, en la investigación que realizaron Killen, Taylor, Telch, Saylor, Maron & Robinson (1986), reportaron que el 10.6 % de las chicas de 15 años vomitaron para controlar su peso; el 8.3 % usaban pastillas dietéticas y el 6.8 % empleaban laxantes. Este tipo de acciones pueden ser riesgosas para desarrollar trastornos alimentarios que con el tiempo se convierten en serios problemas de salud que amenazan la vida misma (Palla & Litt, 1988).

3. MIEDO A MADURAR

Las personas que sufren de trastornos en la alimentación suelen ser inseguras, dependientes e inmaduras; están fuertemente unidas a los padres, aún cuando esta cercanía pueda estar encubierta por una pseudo-independencia y hostilidad. Los padres suelen ser rígidos, controladores, demandantes, infantilizan a las hijas y están fuertemente unidos a ellas, están sobreinvolucrados en la vida de la hija, a un grado intrusivo que interfiere en la posibilidad de la hija de madurar e independizarse.

Estas pacientes no desean hablar ni resolver los problemas que tienen. Prefieren hablar de comida, dietas y formas de perder peso, para evadir los problemas reales. Una vez que abandonan el trastorno, se sienten ansiosas al no saber manejar los conflictos que la sintomatología ha enmascarado. La pasividad, la dependencia y la necesidad de sentirse cuidadas, son los conflictos frecuentemente negados. Son pacientes que durante la infancia recibieron mucha atención. Estaban muy unidas con los padres y no aprendieron a hacer cosas por sí mismas, ni a tener gratificaciones por sus propios logros. Por esto se sienten inútiles y dependientes, sin autoestima, no han logrado la separación e individuación a partir de donde se forma la identidad propia (Stierling, 1988, cit. en: Ludewig, 1991).

Así mismo requieren de atención constante, ya que al no comer logran que los demás se preocupen y las atiendan sin que ellas tengan que reconocer estas necesidades

(Wilson & Hogan, 1987). Las ansiedades de separación se presentan cuando los padres viajan, o a la entrada a la escuela y más adelante cuando se separan para ir a la universidad, manifestándose a través de los síntomas alimentarios. Ya en tratamiento, estas chicas tienen severas dificultades en lograr su independencia y madurar, incluso en ocasiones presentan sentimientos de humillación por haber sido títeres de sus padres (Wilson, 1985)

4. INEFECTIVIDAD

La madre típica de la persona con trastorno alimentario, es agresivamente sobreprotectora, no responde a las necesidades reales de su hija, y por lo tanto no la considera una persona con derechos y capacidades propias (Selvini Palazzoli, 1981). Tal vez esto contribuya a que estas pacientes se sientan inseguras, inútiles, inadecuadas y no puedan controlar su vida.

El problema del control es básico para entender a estas pacientes. Nunca han sentido tener el control sobre los momentos vitales en sus vidas. Una manera de sentirse en control es controlando la dieta de una manera obsesiva. Cambian la inhabilidad para controlar los objetos externos, por el control sobre las funciones del cuerpo (Crispo, Figueroa & Guelar, 1996). Cuando no pueden conseguir lo que desean de sus amigos o familia, y de sus expectativas y aspiraciones, actúan a través de la comida. Una frustración con el mundo externo, por ejemplo una discusión con los padres, puede dar como resultado un control más rígido de lo que comen. Otra forma de control sobre otros, es a través de alimentarlos a

su antojo, preparando comida y haciendo a los demás comerla (Wilson & Hogan, 1987). Bruch (1962, 1975, 1978), identificó en estas pacientes un sobremarcado sentido de ineffectividad que prevalece en sus pensamientos y actividades. Ella sugiere que este sentido de ineffectividad general, puede ser más básico que sus otros disturbios en la imagen corporal y en el hambre. Por su parte Strober (1981, cit. en: Bers & Quinlan, 1992), demostró empíricamente que los rasgos de personalidad asociados con déficits de autonomía, caracterizan sobre todo a las pacientes anoréxicas comparadas con pacientes control; así mismo, en el estudio reportado por Killen, Hayward, Wilson, Taylor, Hammer, Litt, Simmonds & Haydel (1994), se menciona que 35 chicas diagnosticadas con trastornos alimentarios reportaron mayores sentimientos de inadecuación e inutilidad personal, en comparación con chicas sin desórdenes alimentarios. Por otro lado, Garner & Bemis (1985) reportan que el posible origen y reforzamiento del déficit de auto-concepto puede desarrollarse en el ambiente familiar de las anoréxicas.

5. DESCONFIANZA INTERPERSONAL

En la anorexia y bulimia nerviosas, las relaciones interpersonales y en general el desarrollo social se encuentran frecuentemente dañados (Gómez, 1993; Vitousek & Manke, 1994). Muchas pacientes presentan gran dificultad en la relación con su grupo de iguales. Abandonan las amistades y se quedan más en casa, cerca de los padres. En ocasiones en la relación con amigas se vuelven mandonas, manipuladoras y evitan la relación con los hombres.

La misma enfermedad hace que estas pacientes se unan más a la madre, se quedan más en casa, sólo discuten de sus hábitos alimenticios, salen menos y tienen menos amigos (Wilson & Hogan, 1987), en general, ocurre un aislamiento social extremo dentro de la vida diaria (Norre & Vandereycken, 1991).

6. PERFECCIONISMO

Las pacientes, sobre todo las anoréxicas, generalmente son excelentes estudiantes (Theander, 1970; Fichter, 1985; Turón, Fernández & Vallejo, 1992), trabajadoras y perfeccionistas (Szekely, Raffeld & Snodgrass, 1989; Head & Williamson, 1990; Vitousek & Manke, 1994). Necesitan controlar el conocimiento académico, igual que a la comida, y lo hacen con la misma intensidad. El ejercicio tiene el mismo fin que el estudio y la inanición: descargar la agresión a través de la actividad motriz.

Muestran una actitud desafiante a los padres, aunque por la forma en como se presenta, no trae como consecuencia el rechazo de los padres, y facilita la dependencia por la preocupación. También estas conductas de inanición, ejercicio exhaustivo y obsesión en los logros académicos, son una forma de autocastigo. Generalmente las madres de estas pacientes son controladoras y esperan obediencia absoluta, sumisión y perfección; desde pequeñas hacen énfasis en el buen comportamiento de las hijas (Wilson & Hogan, 1987).

El énfasis de los padres en la perfección da como resultado un control tan fuerte en las hijas que no tienen posibilidad de experimentar con las decisiones propias, por lo que suelen ser niñas infantilizadas; la diversión por la diversión misma no es permitida, todo tiene que tener una razón lógica (Wilson, 1985). Estas familias tienen una característica predominante: están enredadas hasta el punto que los límites entre las personas son demasiado débiles como para definir y proteger. Las familias anoréxicas están atrapadas en una especie de dependencia, donde la entrega, la lealtad y el bienestar del grupo son fundamentales. La anoréxica crece en una atmósfera donde los conflictos deben evitarse, la lealtad para con los demás estimula la adaptación y no estar de acuerdo es una traición al sistema de valores de la familia. El control que ella tiene de su familia en términos de la alimentación sólo es superado por el que tiene la mamá en términos de protección y exigencia perfeccionista (Minuchin, 1991).

Como se ha podido observar, por muchos años los trastornos alimentarios han venido considerándose como trastornos multicausales y multidimensionales (Herscovici & Bay, 1990). Algunos estudios han supuesto el papel de los neurotransmisores, neuroquímicos y factores biológicos como los causantes de la anorexia y bulimia nerviosas (López & Cervera, 1991). Sin embargo, los factores socioculturales parecen tener una causa significativa e importante, actuando como predisponentes, precipitantes o agentes de mantenimiento de dichos trastornos. Acaban de mencionarse algunos factores de riesgo a fin de comprender mejor su interacción tanto a nivel sociocultural como a nivel

psicopatológico individual en el origen de los trastornos alimentarios. Lejos de excluirse, estos abordajes son complementarios, lo que apunta en el sentido de un origen multifactorial de los trastornos. Para poder lograr un mayor entendimiento acerca de dichos factores, en la literatura, se han creado diversos instrumentos que tienen como finalidad determinar la aparición de los síntomas, el grado de patología, las influencias sobre todo de tipo social para la aparición de los trastornos, entre otros; por tal motivo a continuación se hace una breve descripción de algunas escalas diseñadas para lograr los objetivos ya mencionados.

III. INSTRUMENTOS DE EVALUACION DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS: ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSAS

El interés despertado por los trastornos alimentarios ha dado lugar a una intensa investigación que ha generado una larga lista de autoinformes o cuestionarios. Estos permiten controlar la aparición de síntomas, dar un índice de gravedad y ahondar en aspectos relacionados con el trastorno a través de la contestación directa de la persona que los sufre (Raich, 1994).

Cuando se relaciona el interés por perder peso con las respuestas a cuestionarios que miden actitudes hacia la alimentación y síntomas de patología alimentaria, se encuentra una correlación positiva, y aunque la mayoría de la población encuestada se halla dentro del peso normativo para su edad, talla y sexo, también una gran mayoría quiere adelgazar, hace dieta y siente una gran preocupación por su figura (Toro et al 1989, Toro & Vilardell, 1989; Raich & cols. 1991, en: Raich, 1994).

En los últimos años se han elaborado escalas y medidas psicométricas para objetivar los síntomas predominantes en la Anorexia y Bulimia Nerviosas y así poder medir su evolución a lo largo del tiempo. Seguramente la elaboración de estas escalas ha sido inducida por el hecho de que la Anorexia Nerviosa y más recientemente la Bulimia, han

sido en la última década foco de atención tanto del sector público como de diversas disciplinas sanitarias. Algunas de estas escalas se describen a continuación.

I. TEST DE ACTITUDES HACIA LA ALIMENTACION: E.A.T.-40

Garner & Garfinkel (1979), desarrollaron el <<Eating Attitudes Test>> (Test de Actitudes Alimentarias: EAT-40), escala autoadministrada de 40 ítems que en 1982 fue reducida a 26 ítems tras realizar su análisis factorial; los ítems refieren a diferentes síntomas relacionados con anorexia nerviosa y se contestan en una escala de 6 puntos (desde <<nunca>> hasta <<siempre>>), analiza tres factores:

- a) control oral
- b) dieta
- c) bulimia

El EAT-40 ha sido utilizado como instrumento para detectar casos de anorexia nerviosa de grupos de alto riesgo para este trastorno y también para identificar entre los estudiantes, patrones anormales de ingesta. Este cuestionario ha sido traducido y validado en muestras españolas (Castro, Toro, Salamero & Guimerá, 1991).

Recientemente se han llevado a cabo diversas investigaciones utilizando este instrumento; un ejemplo de ello es la investigación realizada por Gleaves, Williamson & Barker (1993), en la que tenían como propósito valorar un modelo multidimensional que

analizaba jerárquicamente los factores implicados en la psicopatología de la bulimia nerviosa. aplicaron el EAT-40, el EDI y el BULIT junto con otros instrumentos, a 100 mujeres con trastornos alimentarios; en esta investigación los autores mencionan que sus hallazgos no sólo apoyan el modelo multidimensional, en el cual resultaron mas altas las dimensiones de Desórdenes de Personalidad y Afectivos, Conductas Bulímicas y Conductas Restrictivas, sino que también demostraron la importancia de la insatisfacción corporal como un componente signficante y posiblemente independiente de la bulimia nerviosa.

En otro estudio, Attie & Brook-Gunn (1989), aplicaron el E.A.T.-26 -una versión que abrevia los 40 ítems- a 193 chicas blancas de New York de clase media alta, con el objetivo de identificar predictores para los problemas en la alimentación, encontrando que la imagen corporal predijo cambios a largo plazo y que los factores asociados con problemas alimenticios en adolescentes tardíos son relativamente independientes de aquéllos iniciales. Concluyendo que altos niveles de insatisfacción corporal durante el periodo pubertal pueden predisponer al adolescente durante el periodo medio y tardío.

Por su parte, Palmer, Oppenheimer, Dignon, Chaloner & Howells (1990), utilizaron el E.A.T.-40 y un cuestionario de autoreporte que se refería a las experiencias sexuales tempranas, para investigar la relación entre los trastornos alimentarios y las experiencias sexuales adversas en 158 mujeres con trastornos alimentarios. En este estudio se reportó una tasa alta de experiencias sexuales adversas en mujeres que presentaban trastornos alimentarios. Alrededor de una tercera parte de los sujetos reportaron experiencias sexuales

repetitivas en su infancia con otros que fueron significativamente mayores que ellas, la mayoría de estos eventos ocurrieron cuando ellas tenían menos de 13 años de edad.

Así pues, el E.A.T.-40 ha sido utilizado por clínicos e investigadores como un instrumento para identificar probables casos de trastorno alimentario en poblaciones que no han estado en clínicas (Smead & Richert, 1990), así como también en grupos de adolescentes o preadolescentes (Carbajo, Canals, Fernández-Ballart & Domenech 1995).

2. TEST DE BULIMIA: B.U.L.I.T.

El trabajo clínico y la investigación en Bulimia ha estado limitada por la falta de una escala apropiada con la cual se evalúen los síntomas, otra dificultad encontrada ha sido la ausencia de procedimientos válidos y confiables.

El Test de Bulimia: B.U.L.I.T. (Smith & Thelen, 1984), es un autoreporte con 32 ítems, fue desarrollado para cubrir dichas necesidades y principalmente para:

- a) distinguir entre individuos que exhiben el síndrome de bulimia e individuos que no tienen problemas alimentarios;
- b) distinguir entre individuos bulímicos y los que tienen otro trastorno alimentario;
- c) distinguir entre subgrupos de bulímicos basados en criterios particulares (v.g. severidad del vómito, purgas y conductas compulsivas);

d) proveer estas distinciones para individuos que nunca han tenido algún tratamiento, así como los que sí lo han tenido.

El B.U.L.I.T. fue construido por la comparación de respuestas de mujeres bulímicas contra la de mujeres normales estudiantes, en un test preliminar de 75 ítems basado en el criterio del DSMIII-R para bulimia; los ítems fueron presentados en un formato de escala de Likert con 5 opciones de respuesta, las cuales eran mutuamente exclusivas y exhaustivas y se valoraron de 1 a 5 puntos: para los ítems contestados en la dirección extrema "bulímica" se les daban 5 puntos y para los ítems contestados en la dirección extrema "normal" se les asignó 1 punto. A causa de que algunos ítems mostraron baja habilidad predictiva, fueron suprimidos. Cuatro ítems que no distinguían bien entre los grupos, pero que daban información acerca del abuso de laxantes, diuréticos y dismenorrea, no fueron suprimidos, sin embargo, no fueron tomados en cuenta para la puntuación total.

La versión revisada del B.U.L.I.T. consiste de 32 ítems que sumados dan una puntuación total y además incluye los 4 ítems no sumados descritos previamente. El instrumento puede ser efectivamente empleado como un dispositivo de examinación para identificar casos actuales o incipientes de bulimia antes de que los patrones sean crónicos.

El B.U.L.I.T. fue mostrado por estas investigaciones como una medición objetiva, confiable y válida por la cual se pueden identificar individuos con síntomas de bulimia.

Estudios de validación sugieren que la escala tuvo habilidad predictiva (Smith & Thelen, 1984).

Asimismo, la validación del B.U.L.I.T. fue complementada por la administración de la escala a una población escolar no clínica y las puntuaciones obtenidas fueron también predictivas de diagnóstico, lo cual fue corroborado en base a entrevistas clínicas independientes.

En el estudio de Ruderman & Besbeas (1992), se utilizó el B.U.L.I.T. para detectar características psicológicas entre dos grupos: dietistas y bulímicos; sus resultados mostraron que déficits en la autoestima se asociaron con altos puntajes en el B.U.L.I.T. y sugieren que es improbable que la dieta sea suficiente para causar la bulimia nerviosa, aunque sí puede ser una condición necesaria para su desarrollo.

3. INVENTARIO DE DESORDENES ALIMENTICIOS: E.D.I.

Gamer, Olmstead & Polivy (1983) desarrollaron y validaron el <<Eating Disorder Inventory>> (Inventario de Desórdenes Alimenticios; (E.D.I.) en una muestra canadiense de 113 pacientes anoréxicas, 577 estudiantes de sexo femenino, 166 varones, 195 bulímicas de peso normal, 44 obesas, 52 ex-obesas y 17 anoréxicas recuperadas. El E.D.I. es un instrumento multifacético diseñado para evaluar las características psicológicas relevantes en la Anorexia y Bulimia Nerviosas.

El E.D.I. está formado por 8 subescalas con un total de 64 ítems. Tales subescalas son:

1) **Motivación para adelgazar:** Se refiere a una excesiva preocupación por la dieta y el peso, tanto a través de un ardiente deseo de perder peso como de un desmesurado temor a ganarlo.

2) **Identificación de la interocepción:** Refleja una incapacidad para reconocer e identificar las sensaciones de hambre y saciedad.

3) **Bulimia:** Evalúa la tendencia a presentar episodios de sobreingesta incontrolada que pueden ir seguidos de impulsos poderosos, inductores de un vómito autoprovocado.

4) **Insatisfacción corporal:** Refleja la creencia de que aquellas partes del cuerpo femenino asociadas al cambio producido en la pubertad (caderas, muslos, nalgas) son excesivamente gruesas.

5) **Inefectividad:** Revela sentimientos generales de inadecuación, inseguridad, inutilidad y de falta de control sobre la propia vida.

6) **Miedo a madurar:** Mide el deseo de permanecer en la seguridad de los años preadolescentes, dadas las excesivas demandas de la vida adulta.

7) **Perfeccionismo:** Indica unas expectativas exageradas sobre los posibles logros personales, énfasis excesivo sobre el éxito.

8) **Desconfianza interpersonal:** Refleja una aversión generalizada hacia la formación de relaciones interpersonales íntimas, incapacidad para formar lazos de amistad o para expresar emociones a los demás.

El E.D.I. contiene 6 respuestas posibles por cada ítem, de las cuales el examinado debe escoger sólo una; se le otorga una mayor puntuación a la opción que indique en el extremo de mayor patología y la menor puntuación a la opción que indique en el extremo normal. La puntuación total de cada subescala se realiza sumando las puntuaciones obtenidas en cada uno de sus ítems.

Guimerá & Torrubia (1987) analizaron la fiabilidad y validez de la versión española del E.D.I., para lo cual estudiaron dos muestras de jóvenes de sexo femenino: 26 pacientes anoréxicas y una muestra control de 24 mujeres extraídas entre los familiares o acompañantes de pacientes del Hospital Clínico y Provincial de Barcelona; se les administraron a ambas muestras el E.D.I. y otras escalas de trastornos alimentarios (como el E.A.T.-40). A partir de una segunda evaluación realizada en un grupo de 11 pacientes, con un intervalo no inferior a 7 meses ni superior a 1 año, se calculó la fiabilidad test-retest para cada una de las escalas.

Los resultados obtenidos con la versión del E.D.I. utilizada, mostraron valores de fiabilidad y consistencia interna similares a las presentadas por los autores en la publicación original. En lo que respecta a la fiabilidad test-retest, puede considerarse aceptable. Dicho resultado puede ser indicativo de que probablemente la mayoría de las escalas del E.D.I. están midiendo rasgos psicopatológicos estables.

A la luz de los presentes resultados, la versión del E.D.I. utilizada en esta investigación, puede ser un instrumento psicométrico adecuado para evaluar las características psicológicas relevantes en la anorexia y la bulimia nerviosas. Asimismo, puede ser también de utilidad para la identificación de individuos con alto riesgo de trastornos de la ingesta (Guimerá & Torrubia, 1987).

En el estudio de Larson (1991), se aplicó el E.D.I. para identificar los factores de riesgo para el desarrollo de características psicológicas y conductuales asociadas con los trastornos alimentarios. El instrumento se aplicó a 454 chicas de high school con edades que oscilaban entre 14 y 19 años. En esta investigación mencionan que los patrones familiares de interacción contribuyen a las características psicológicas y conductuales valoradas por el E.D.I.

En otro estudio desarrollado por Killen, Hayward, Wilson, Taylor, Hammer, Litt, Simmonds & Haydel (1994) mencionan que el E.D.I. fue un instrumento muy útil para mostrar que 35 chicas de sexto y séptimo grados con diagnósticos de trastornos alimentarios, son caracterizadas por disturbios en su imagen corporal, preocupación con el peso, excesiva relación con las dietas, insatisfacción con su figura corporal y búsqueda de delgadez.

4. CUESTIONARIO DE INFLUENCIAS SOBRE EL MODELO ESTETICO CORPORAL: C. I. M. E. C.

La cultura de la delgadez nos conduce a los valores y normas que determinan actitudes y conductas conectadas a la imagen corporal, talla y peso, particularmente durante los periodos adolescente y juvenil donde ocurren cambios físicos. En cualquier sociedad la influencia cultural es transmitida a través de la imitación de modelos conductuales, recepción de mensajes verbales a través de la familia, amigos y de revistas (o de cualquier otro medio social de comunicación) sobre todo dirigidas a las mujeres, ya que la población femenina entre 14 y 24 años de edad y de clase social media y alta parece ser la más afectada.

Como se puede ver, la prevalencia del modelo estético corporal en nuestra cultura - de delgadez- juega un papel importante en los trastornos alimentarios y puede ser considerado como un factor de riesgo para este trastorno. Un cuestionario C.I.M.E.C. (Toro, Salamero & Martínez, 1994), fue preparado en un intento por medir y evaluar la influencia y el impacto de los agentes sociales concernientes a la actitud de las personas hacia su propio cuerpo, así como también para detectar las situaciones que transmiten este modelo. De igual manera ha mostrado poseer cualidades para discriminar entre la población clínica y no clínica.

El instrumento C.I.M.E.C. analiza los siguientes factores:

- a) Insatisfacción por la imagen corporal.**
- b) Influencia que ejercen la familia, los amigos y la propaganda de los mensajes verbales, modelos y situaciones sociales para que una persona adelgace.**

Para su validación, el cuestionario C.I.M.E.C. fue aplicado a 59 pacientes anoréxicas y 59 mujeres sin trastorno alimentario, clasificadas por edad y clase social. Se encontraron diferencias altamente significativas entre las puntuaciones obtenidas por ambos grupos, observándose así que las pacientes tenían una gran relación con los agentes socioculturales favoreciendo el bajo peso. El cuestionario mostró satisfactoriamente consistencia interna y una sensibilidad y especificidad apropiadas, lo cual indica que puede servir como un instrumento de sondeo y examinación. Esto lleva a la cuestión de la relación causal entre los trastornos alimentarios y las influencias socioculturales.

En la sociedad existe una red de instituciones socializadoras al interior de las cuales se generan múltiples relaciones y discursos que coadyuvan a la consolidación del prototipo femenino predominante y a los valores, las actitudes y las conductas que lo conforman. Estas instituciones crean imágenes de mujeres que sirven como referente al ser y al actuar femenino, de aquí, que el problema de la cultura femenina esté sujeto a una red compleja de influencias y determinaciones.

Se destacan a los medios sociales de comunicación por su importancia creciente en la creación y difusión de visiones del mundo, de la sociedad, de la familia, del hombre y de la mujer y del papel que tienen o deberían tener los diversos agentes sociales en el ordenamiento de la sociedad. Los medios sociales de comunicación, por su inmediatez, flexibilidad y capacidad para abarcar grandes públicos son instancias privilegiadas para crear y difundir determinada o determinadas visiones del ser y del quehacer femenino (Charles, 1991).

Así pues, una persona joven, cuya estructura corporal no se ajuste a la imagen aceptada por la sociedad, ya sea por su constitución o por causas accidentales, se ve sometida a una enorme presión y a una crítica constante (Bruch, 1973, cit. en: Guillemot & Lavenaire, 1994). De ahí que se convierta en la víctima designada por la sociedad para precipitarse en el paso al acto anoréxico y/o bulímico.

Lo anterior indica que se necesitan más y más amplios estudios sobre estos trastornos y su prevalencia en México, estudios que versen sobre su existencia en diferentes sectores de la población (Holtz & Tena, 1995). En relación a este punto, Gómez (1993) realizó un estudio en México para detectar anomalías en la conducta alimentaria de estudiantes universitarios, en el cual si bien reporta no haber encontrado indicadores específicos de anorexia o bulimia, si se detectaron algunos de sus componentes.

IV. METODO

Muestra.

La muestra fue no probabilística de tipo intencional ($n= 524$), con un rango de edad de 15 a 25 años y una media de $\bar{X}= 19.33$ años, la cual estuvo conformada por todas las personas de sexo femenino pertenecientes a los grupos de 2o. y 4o. semestres de las carreras de Biología, Enfermería, Médico Cirujano, Odontología, Optometría y Psicología de la U.N.A.M . Campus Iztacala.

Escenario.

La investigación se llevó a cabo en la U.N.A.M. Campus Iztacala, específicamente en las aulas de cada uno de los grupos y en el cubículo No. 16 del Proyecto de Investigación en Nutrición (PIN) ubicado en la U.I.I.C.S.E.

Tipo de diseño.

El diseño a utilizar fue el diseño no experimental denominado transeccional correlacional/causal el cual tiene como objetivo describir relaciones entre dos o más variables en un momento determinado (Hernández, Fernández & Baptista, 1991).

Instrumentos.

Se utilizó el Test de Actitudes hacia la Alimentación (E.A.T.-40) validado en España por Castro, Toro, Salamero & Guimerá (1991) y el Test original de Bulimia (B.U.L.I.T.) con el objetivo de valorar la ocurrencia de anorexia y bulimia nerviosas en la muestra universitaria. Del Inventario de Desórdenes Alimentarios (E.D.I.), versión española (validado por Guimerá & Torrubia, 1987), se utilizaron 5 de 8 escalas (Miedo a Madurar, Motivación para Adelgazar, Inefectividad, Desconfianza Interpersonal y Perfeccionismo) y del Cuestionario de Influencias sobre el Modelo Estético Corporal (C.I.M.E.C.) validado en España por Toro Salamero & Martínez (1994) se utilizó una escala (Presión Social). Dichas escalas fueron utilizadas para determinar la correlación entre los factores de riesgo con los trastornos alimentarios observados en la muestra. Cabe señalar que de cada uno de los instrumentos se hizo una adaptación para la población mexicana.

Procedimiento.

1. PRESENTACION.

a) Se asistió al aula de cada uno de los grupos de acuerdo al horario más conveniente y se les explicaron los objetivos de la investigación, así como los detalles y la importancia de su participación.

2. APLICACION DE INSTRUMENTOS.

- a) Se repartió individualmente el cuadernillo de preguntas y hojas de respuestas correspondientes al primer instrumento, indicándoles el momento en que podrán 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 cuatro instrumentos.
- c) Una vez que terminaron de contestar los cuatro instrumentos se agradeció al grupo su colaboración.

* El orden en que se presentaron los instrumentos fue el siguiente: E.A.T.-40, B.U.L.I.T., C.I.M.E.C. y E.D.I. La aplicación de los instrumentos se realizó en un tiempo aproximado de una hora y media por cada grupo.

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

3. OBTENCION DE LAS SUB-MUESTRAS.

Una vez calificados todos los instrumentos, se procedió a valorar la ocurrencia de los trastornos alimentarios de acuerdo a los instrumentos E.A.T.-40 y B.U.L.I.T., de la siguiente manera:

a) Las personas cuyo puntaje rebasó el punto de corte de dichos instrumentos (ya sea el de uno o ambos) se clasificaron como sub-muestra con trastorno alimentario (ya fuera con anorexia o con bulimia), las cuales fungieron como grupo experimental (n=44), con un rango de edad de 15 a 25 años y una media de edad de \bar{X} = 19.52 años..

Posteriormente, dentro del grupo con trastorno alimentario se separó a la sub-muestra con bulimia nerviosa a través del instrumento B.U.L.I.T., esto es, las personas cuyo puntaje rebasó el punto de corte en este instrumento, se clasificaron como grupo bulímico (n=17), las cuales tuvieron una media de edad de \bar{X} = 19.29 años; mientras que las que rebasaron el del E.A.T.-40 se les clasificó como grupo con anorexia nerviosa (n=27) con una media de edad de \bar{X} = 19.66 años..

b) Finalmente, el grupo control (n=88) se eligió aleatoriamente de la población que se reportó sin trastorno alimentario, es decir aquellas personas que no rebasaron el punto de corte, con un rango de edad de 15 a 25 años y una media de \bar{X} = 19.21 años..

4. OBTENCION DE LOS FACTORES DE RIESGO DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS.

Los factores de riesgo que se consideraron en la presente investigación son algunas de las escalas de los instrumentos E.D.I. -el cual se encuentra predeterminadamente dividido en factores de acuerdo a sus autores- y C.I.M.E.C. -del que se retomó la división de factores propuesta por Raich, (1994)-. A continuación se menciona la descripción de los factores de riesgo propuesta por cada uno de sus autores:

PRESION SOCIAL (C.I.M.E.C.). Influencia que ejercen la familia, los amigos y los medios sociales de comunicación para que una persona adelgace.

MIEDO A MADURAR (E.D.I.). Deseo de permanecer en la seguridad de los años preadolescentes, dadas las excesivas demandas de la vida adulta.

MOTIVACION PARA ADELGAZAR (E.D.I.). Excesiva preocupación por la dieta y el peso, tanto a través de un gran deseo de perder peso como de un desmesurado temor a ganarlo.

INEFECTIVIDAD (E.D.I.). Sentimientos generales de inadecuación, inseguridad, inutilidad y falta de control sobre la propia vida.

DESCONFIANZA INTERPERSONAL (E.D.I.). Aversión generalizada hacia la formación de relaciones interpersonales íntimas.

PERFECCIONISMO (E.D.I.). Expectativas exageradas sobre los posibles logros personales; énfasis excesivo sobre el éxito.

5. ANALISIS DE RESULTADOS.

El análisis de los datos se realizó a partir de una *t* de student para muestras independientes, esto con el fin de realizar una comparación entre los grupos con y sin

trastorno, con respecto a los factores de riesgo. Un análisis de varianza (ANOVA) y una prueba de Duncan para hacer comparaciones entre más de dos grupos, esto es, entre los grupos anoréxico, bulímico y sin trastorno. Dos análisis de correlación (r de Pearson): uno para correlacionar a los factores de riesgo entre sí y otro para determinar la correlación entre el E.A.T.-40 con los factores.

V. RESULTADOS

A partir de los instrumentos E.A.T.-40 y B.U.L.I.T. se obtuvieron los siguientes resultados en cuanto a ocurrencia de trastornos alimentarios:

44 casos de chicas con trastorno alimentario en general, las cuales se dividieron de la siguiente manera:

27 casos de anorexia nerviosa

17 casos de bulimia nerviosa

A continuación se presentan la media \pm el error promedio de la muestra, de las puntuaciones obtenidas por ambos grupos: con trastorno y sin trastorno, en las escalas del E.D.I. y C.I.M.E.C., a través de la t de student (Tabla 1).

De esta manera se observa en cuanto al factor "Presión Social" del C.I.M.E.C., que la media del grupo sin trastorno fue $\bar{X} = 12.11 \pm 0.62$, mientras que el grupo con trastorno obtuvo una media mayor ($\bar{X} = 21.83 \pm 1.44$), mostrando así una diferencia estadísticamente significativa ($t = 7.22, p < .001$). Esto sugiere que la Presión Social es un factor que afecta en mayor medida a la población clasificada con algún trastorno alimentario, ya sea por medio de la influencia que ejerce la familia, los amigos o los medios sociales de comunicación para que una persona adelgace.

Por su parte, en lo que respecta al factor "Miedo a Madurar", el grupo sin trastorno mostró una $\bar{X} = 5.00 \pm 0.38$ y la del grupo con trastorno fue $\bar{X} = 7.32 \pm 0.98$, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($t = 2.66$, $p < .01$); observándose así que el temor a enfrentar las excesivas demandas de la vida adulta está latente en la muestra de estudio con trastorno alimentario.

En lo que respecta al factor "Motivación para Adelgazar", el grupo sin trastorno tuvo una $\bar{X} = 0.97 \pm 0.25$ y el grupo con trastorno $\bar{X} = 7.46 \pm 0.69$, siendo ésta significativamente mayor ($t = 10.71$, $p < .001$). Esto indica que la muestra estudiada con algún trastorno alimentario es más sensible a preocuparse por la dieta y el peso.

En lo que se refiere al factor "Infectividad", se observó que el puntaje obtenido por el grupo con trastorno fue estadísticamente mayor que el grupo sin trastorno ($\bar{X} = 1.25 \pm 0.20$ sin trastorno, $\bar{X} = 4.27 \pm 0.86$ con trastorno; $t = 4.51$, $p < .001$). Lo anterior sugiere que la muestra que padece de algún tipo de trastorno alimentario tiende a tener sentimientos más profundos de inseguridad, inutilidad y falta de control sobre su propia vida.

De acuerdo con el factor "Desconfianza Interpersonal", la media del grupo sin trastorno fue $\bar{X} = 3.48 \pm 0.29$ y la del grupo con trastorno fue mayor, $\bar{X} = 4.55 \pm 0.62$ mostrando así una diferencia de $t = 1.76$, $p > .05$. Estos resultados reportan cierta tendencia por parte del grupo con trastorno alimentario a enfrentarse con mayores dificultades al

intentar establecer relaciones interpersonales íntimas, ya sean éstas de tipo amistoso, de pareja, de relación interpersonal, social, entre otras; no obstante, estos datos no fueron estadísticamente significativos.

Por último, en el factor de "Perfeccionismo" los grupos mostraron las siguientes medias: grupo sin trastorno $\bar{X} = 6.25 \pm 0.39$ y grupo con trastorno $\bar{X} = 8.25 \pm 0.50$ siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($t = 3.01, p < .01$). Lo cual indica que el grupo con trastorno tiende a crearse expectativas exageradas sobre sus posibles logros personales, haciendo énfasis excesivo sobre el éxito.

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

De acuerdo con la Tabla 2, se observa que en el factor "Presión Social", el Grupo 1 (anoréxicas) obtuvo una $\bar{X} = 22.30 \pm 1.57$, la cual fue mayor a la media observada en el Grupo 2 (bulímicas: $\bar{X} = 21.11 \pm 2.80$), y ésta a su vez también fue mayor a la media del Grupo 3 (control: $\bar{X} = 12.11 \pm 0.62$). La diferencia entre los grupos fue estadísticamente significativa ($F = 26.05; p < .001$). La prueba de Duncan indica que las diferencias en los puntajes fue entre los grupos 1 y 2 con respecto al grupo 3. Lo anterior muestra que la presión social no es un factor característico de algún trastorno alimentario en específico, sino que influye en ambos, en anorexia y en bulimia nerviosas.

En cuanto al factor "Miedo a Madurar", se observa que el Grupo 1 obtuvo una $\bar{X} = 5.88 \pm 1.11$, la cual fue menor a la media del Grupo 2 ($\bar{X} = 9.52 \pm 1.70$); no obstante, las medias de estos grupos fueron mayores a la observada en el Grupo 3 ($\bar{X} = 5.00 \pm 0.38$). La diferencia entre los grupos fue estadísticamente significativa ($F = 6.90$; $p < .01$). Con la prueba de Duncan se observaron diferencias en los puntajes entre los Grupos 1 y 3 respecto al Grupo 2. Como se puede observar, el miedo a madurar estuvo más presente en el grupo bulímico que en los grupos anoréxico y sin trastorno; lo anterior indica que la submuestra con bulimia aún tiene deseo de permanecer en la seguridad de los años preadolescentes por lo cual tiende a tener problemas de autonomía e independencia.

De acuerdo al factor "Motivación para Adelgazar", la media del Grupo 1 fue de $\bar{X} = 8.34 \pm 0.91$, siendo ésta mayor a la del Grupo 2 ($\bar{X} = 6.11 \pm 1.02$), las cuales resultaron mayores a la media observada en el Grupo 3 ($\bar{X} = 0.97 \pm 0.25$). La diferencia entre estos grupos fue estadísticamente significativa ($F = 61.53$; $p < .001$). Con la prueba de Duncan se obtuvieron diferencias entre los tres grupos. Esto sugiere que tanto el grupo anoréxico como el bulímico están mucho más preocupadas por la alimentación y el peso que el grupo sin trastorno, no obstante en el grupo anoréxico esta preocupación se hace aún más evidente.

En lo que respecta al factor "Inefectividad", se observa que la media del Grupo 1 fue de 2.88 ± 0.84 , siendo ésta menor a la media observada en el Grupo 2 ($\bar{X} = 6.41 \pm 1.67$), sin embargo, resultaron mayores a la media obtenida por el Grupo 3 ($\bar{X} = 1.25 \pm 0.20$). La

diferencia es estadísticamente significativa ($F = 16.21$; $p < .001$). La prueba de Duncan mostró diferencias significativas entre los tres Grupos. Estos resultados indican que la ineffectividad se encuentra presente en ambos grupos con trastorno; pero el grupo bulímico es aun más sensible a manifestar sentimientos de inadecuación con respecto a su vida.

En el factor "Desconfianza Interpersonal", se obtuvo que la media del Grupo 1 ($\bar{X} = 4.34 \pm 0.77$) fue menor a la media del Grupo 2 ($\bar{X} = 4.88 \pm 1.07$) y éstas fueron levemente mayores a la media obtenida en el Grupo 3 ($\bar{X} = 3.48 \pm 0.29$). La diferencia no fue estadísticamente significativa ($F = 1.68$; $p > .05$). Estos resultados indican que en la presente muestra de estudio, la desconfianza interpersonal no resultó ser un factor propio de los trastornos alimentarios.

Finalmente, en lo que respecta al factor "Perfeccionismo", se observó que la media del Grupo 1 ($\bar{X} = 8.84 \pm 0.67$) fue mayor a la media del Grupo 2 ($\bar{X} = 7.35 \pm 0.73$) y éstas a su vez fueron mayores a la media observada en el Grupo 3 ($\bar{X} = 6.25 \pm 0.39$). La diferencia fue estadísticamente significativa ($F = 5.45$; $p < .01$). Al realizar la prueba de Duncan se registró una diferencia en los puntajes entre el Grupo 1 con respecto al Grupo 3. Esto indica que el grupo anoréxico está más relacionado con el perfeccionismo, esto es, tienden a ser trabajadoras, con actividad física y mental incesante y responsables, hasta llegar a rasgos obsesivos en las tareas escolares, en comparación con los grupos bulímico y control.

De acuerdo con la correlación entre los factores de los instrumentos E.D.I. y C.I.M.E.C., obtenida a través de la r de Pearson, en la Tabla 3 se observan los siguientes resultados:

En cuanto a "Presión Social" y "Motivación para Adelgazar" se observó una correlación moderada pero estadísticamente significativa ($r = 0.4267$; $p = 0.000$); esto sugiere que mientras más influencia tengan la familia, los amigos y/o los medios sociales de comunicación sobre una figura estética aceptable, hay más preocupación por las dietas y el peso entre las chicas que tienen trastornos alimentarios o que están en riesgo de desarrollarlos. Por otra parte, entre "Miedo a Madurar" e "Inefectividad" se observó una correlación que aunque moderada ($r = 0.5152$; $p = 0.000$) fue estadísticamente significativa; esto es, que mientras exista el deseo de permanecer en la seguridad y dependencia que brindan los años preadolescentes y no enfrentar las responsabilidades que conlleva una vida adulta, las chicas tienden a mostrar un sentimiento de inadecuación, inutilidad e inseguridad para controlar su propia vida. Asimismo, existió una correlación moderada entre los factores "Inefectividad" y "Desconfianza Interpersonal" ($r = 0.4640$; $p = 0.000$), que como se puede ver, también fue estadísticamente significativa. Lo anterior muestra que cuando las chicas se sienten incompetentes para afrontar las demandas que exige el hacerse responsables de su vida, también suelen tener un sentimiento de aversión o rechazo a la formación de relaciones interpersonales, ya sean éstas de carácter íntimo o superficial.

Entre "Presión Social" e "Inefectividad" la correlación fue débil ($r = 0.2106$; $p = 0.016$) pero estadísticamente significativa; esta correlación permite observar que cuando las chicas se sienten influidas para adelgazar por parte de su entorno social, al mismo tiempo tienden a manifestar su inutilidad o inefectividad para hacerse responsables de sí mismas. En lo que respecta a "Motivación para Adelgazar" e "Inefectividad" la correlación fue débil pero también fue estadísticamente significativa ($r = 0.2603$; $p = 0.003$); lo cual indica que mientras más preocupación muestren ante las dietas y el deseo de bajar de peso, más sentimientos de inadecuación e inseguridad manifiestan.

Los factores que no se correlacionaron entre sí, fueron los siguientes: "Presión Social" y "Miedo a Madurar" ($r = 0.0360$; $p = 0.684$); "Presión Social" y "Desconfianza Interpersonal" ($r = 0.0479$; $p = 0.588$); "Presión Social" y "Perfeccionismo" ($r = -0.1518$; $p = 0.085$); "Miedo a Madurar" y "Motivación para Adelgazar" ($r = 0.1318$; $p = 0.135$); "Miedo a Madurar" y "Desconfianza Interpersonal" ($r = 0.2302$; $p = 0.008$); "Miedo a Madurar" y "Perfeccionismo" ($r = 0.1147$; $p = 0.194$); "Motivación para Adelgazar" y "Desconfianza Interpersonal" ($r = 0.0040$; $p = 0.964$); "Motivación para Adelgazar" y "Perfeccionismo" ($r = 0.0923$; $p = 0.296$); "Inefectividad" y "Perfeccionismo" ($r = 0.0449$; $p = 0.612$); "Desconfianza Interpersonal" y "Perfeccionismo" ($r = -0.0464$; $p = 0.600$).

Al realizar el análisis de correlación a través de una r de Pearson, entre los factores de riesgo de los instrumentos E.D.I. y C.I.M.E.C. con el instrumento E.A.T.-40, se obtuvieron los siguientes resultados (ver Tabla 4):

Entre el factor "Presión Social" y el E.A.T.-40 se observó una correlación moderada pero estadísticamente significativa ($r = 0.4876$; $p = 0.000$). Lo anterior indica que mientras las chicas se sientan más presionadas socialmente a través de los medios de comunicación y de su entorno social, hay más probabilidad de que desarrollen trastornos alimentarios.

Entre el factor "Miedo a Madurar" y el E.A.T.-40 no existió correlación alguna ($r = 0.1120$; $p = 0.203$), lo cual indica que las chicas que suelen ser inseguras, dependientes e inmaduras, no necesariamente desarrollarán trastornos alimentarios.

Al correlacionar el factor "Motivación para Adelgazar" con el E.A.T.-40 se observó una $r = 0.7158$; $p = 0.000$, lo cual indica que fue una correlación fuerte y estadísticamente significativa, esto es, que las chicas que se sienten más motivadas e interesadas en las dietas y en el excesivo control de su peso, tienden a padecer trastornos alimentarios.

Entre el factor "Inefectividad" y el E.A.T.-40 existió una correlación débil, pero estadísticamente significativa ($r = 0.2580$; $p = 0.003$). Esto significa que las chicas que se observan a sí mismas como menos efectivas e inútiles al realizar actividades propias de la vida diaria, es más probable que desarrollen anorexia y/o bulimia nerviosas.

Al correlacionar el factor "Desconfianza Interpersonal" con el E.A.T.-40 se observó una $r = 0.1784$; $p = 0.041$, esto quiere decir que fue una correlación débil, pero

estadísticamente significativa y que las chicas que tienen problemas al tratar de entablar relaciones interpersonales con las personas que les rodean, pueden ser población de riesgo para desarrollar dichos trastornos.

Finalmente, entre el factor "Perfeccionismo" y el E.A.T.-40 existió una correlación moderada, pero estadísticamente significativa ($r = 0.3208$; $p = 0.000$), lo cual indica que las chicas que tienden a tener expectativas exageradas sobre sus logros y metas personales, con un especial énfasis en el éxito, pueden estar propensas a tener anorexia y/o bulimia nerviosas.

El hecho de que las medias de los puntajes obtenidos en las escalas del E.D.I. y C.I.M.E.C. hayan sido mayores en el grupo con trastorno alimentario, muestra que este tipo de personas tienden a ser más sensibles a este tipo de factores, debido a que suelen presentar ciertas características psicológicas que las hacen estar predispuestas a caer en algún tipo de trastorno psicossomático. Por tanto, lo anterior permite observar la relación existente entre los factores de riesgo ya analizados y los trastornos alimentarios, anorexia y bulimia nerviosas.

Como se pudo observar en los resultados anteriores, la t de Student permitió notar que los factores de riesgo analizados fueron más predominantes en el grupo con trastorno alimentario en general en comparación con el grupo sin trastorno alimentario; al realizar el ANOVA y la prueba de Duncan permitieron corroborar lo anterior y detectar además cuáles

fueron los factores que tuvieron más relevancia en las sub-muestras estudiadas, esto es, anoréxica y bulímica. De esta manera, se obtuvo que en el grupo anoréxico predominaron los factores de Motivación para Adelgazar y Perfeccionismo; mientras que en el grupo bulímico, el Miedo a Madurar y la Inefectividad fueron los factores que más prevalecieron. Asimismo se observó que la Presión Social y la Desconfianza Interpersonal estuvieron presentes en ambos grupos con trastorno alimentario, no obstante, el factor Presión Social fue el más relevante.

Es importante señalar que si bien el factor Presión Social predominó en el grupo afectado por anorexia o bulimia, también es cierto que su influencia abarcó al grupo sin trastorno alimentario.

Con el análisis de correlación se obtuvo que la Inefectividad fue el factor que más se correlacionó con los demás factores excepto con Perfeccionismo, el cual no tuvo correlación significativa con ningún otro. Esto es, la Inefectividad se correlacionó moderadamente con Miedo a Madurar y Desconfianza Interpersonal y débilmente con Presión Social y Motivación para Adelgazar; a su vez, estos dos últimos factores se correlacionaron moderadamente entre sí. Lo anterior indica que la Presión Social y la Motivación para Adelgazar son factores que están fuertemente asociados a los trastornos alimentarios y que las personas que son susceptibles a éstos tienen una alta probabilidad de desarrollar Anorexia y/o Bulimia Nerviosas. Finalmente con el análisis de correlación (r de Pearson) entre los factores de riesgo con el instrumento E.A.T.-40, se pudo observar que la mayoría de los factores se correlacionaron significativamente con el instrumento, a excepción del factor Motivación para Adelgazar, el cual obtuvo un valor de probabilidad mayor al .05.

VI. DISCUSION Y CONCLUSIONES

Tal como lo mencionan algunos autores (Killen, Taylor, Telch, Saylor, Maron & Robinson, 1986; Welch, Nidiffer, Zager & Lyerla, 1992), en los últimos años la anorexia y bulimia nerviosas se han ido incrementando en grupos de adolescentes, esta prevalencia posiblemente se deba a dos situaciones: primero, como lo mencionan Viniestra & Salinas (1984), al tener un mejor conocimiento tanto de la anorexia como de la bulimia, se sospecha más frecuentemente de su presencia, lo que dará lugar a que se reconozca un mayor número de casos, incluyendo a los que pasaban inadvertidos. Este aspecto es importante, ya que el pobre conocimiento que se tienen de este trastorno en nuestro medio, da oportunidad a que algunos casos pasen desapercibidos en sus fases tempranas y que el diagnóstico solo pueda hacerse cuando la pérdida de peso ya es sumamente notoria y cuando el trastorno se ha agudizado, con lo que las intervenciones terapéuticas tienen menores posibilidades de éxito.

Por otra parte, la anorexia nerviosa y la bulimia son trastornos alimentarios que se gestan por una estructura social y familiar determinadas, que condicionan ciertas características psicológicas de las personas que las padecen y que al expresarse plenamente como un rechazo a la ingestión de alimentos y un adelgazamiento progresivo, provocan enormes cambios en el organismo que son expresión de ese trastorno familiar. Esto es, una determinada estructura social y sobre todo familiar, provoca que alguno de sus integrantes

desarrolle ciertas peculiaridades de personalidad (lo psicológico) y que haga su aparición el trastorno alimentario, anorexia y/o bulimia (lo biológico). Lo anterior permite entender por que la terapia familiar puede ser la más eficaz para dar tratamiento psicológico a este tipo de trastornos.

Anteriormente se pensaba que los trastornos en la alimentación prevalecían más en ciertos lugares donde dejar de comer no tenía que ver con una insuficiencia de comida, sino con un acto voluntario, volitivo, dentro de un ambiente psicosocial muy complejo (la familia), en donde sobresale la moda de la delgadez como un valor social positivo. De acuerdo con Charles (1990), en la sociedad contemporánea se busca la creación de la armonía corporal externa pero se deja de lado el desarrollo de la armonía interna, de sentirse bien el cuerpo (sobre todo el cuerpo femenino); tal parece que ahora es concebido como un aditamento al que hay que tapar, decorar, diseñar, para volverlo armónico, pero no para su propio bienestar, sino para estar conforme a ciertos patrones y modas del momento.

Ahora bien, la literatura revisada sugiere que los trastornos alimentarios son casi exclusivos de los países desarrollados (Ludewig, 1991); sin embargo, en la actualidad se observa que ya no pertenecen únicamente a estos países, sino que se está extendiendo su prevalencia hacia sociedades en las que no predomina necesariamente "el alto desarrollo económico", tal parece que ahora el común denominador es "la cultura de la delgadez", como lo ejemplifica la presente investigación en la cual se obtuvieron 44 casos de chicas con trastornos alimentarios de una muestra de 524 universitarias, lo cual representa el 8.3%

de la muestra total. Esto se debe quizás al gran bombardeo que se lleva a cabo a través de los medios masivos de comunicación, los cuales promueven imágenes estereotipadas en donde el tener un cuerpo delgado da un cierto estatus a las personas, sobre todo a las mujeres, quienes de no cumplir con estas exigencias son rechazadas por su medio social, empezando con el núcleo familiar y extrapolándose a sus amistades, pareja, y en general al medio social que las rodea. Este aspecto se corrobora con los datos encontrados en esta investigación en donde se observó que la presión social fue el factor que tuvo mayor puntaje en las muestras estudiadas, sin embargo, este puntaje fue mayor en el grupo con trastorno alimentario, lo cual sugiere que este tipo de muestra se hace un poco más receptiva a los mensajes ya sea de sus amigos, familia u otros para mantener una figura esbelta.

Algunos autores como Kaplan & Sadock (1994), mencionan que el miedo a madurar es característico de las chicas que padecen anorexia nerviosa; no obstante, en la presente investigación se observó lo contrario, es decir, que el miedo a madurar, o bien la dependencia sobre todo hacia los padres, la necesidad de sentirse cuidadas y el gran deseo de aparecer ante las personas como niñas, también suele ser característico de las chicas que padecen bulimia nerviosa. Estos resultados posiblemente se expliquen a partir de los estudios reportados por Killen, Hayward, Wilson, Taylor, Hammer, Litt, Simmonds & Haydel (1994), en donde mencionan que las chicas con trastornos alimentarios experimentan mayores sentimientos de inadecuación e inutilidad personal, en comparación con chicas sin trastornos. Al respecto, Garner & Bemis (1985), consideran que el posible

origen y reforzamiento de estas actitudes puede desarrollarse en el ambiente familiar de las bulímicas, el cual de acuerdo con López & Cervera (1991) y Strober & Humphrey (1987), es más conflictivo, desvinculado, hostil y adverso que el ambiente familiar de las anoréxicas. De esta forma las familias de las bulímicas proporcionan severas dificultades para que las chicas logren su independencia (Wilson, 1985) e individuación, que es a partir de donde se crea la identidad propia (Stierling, 1988, cit. en: Ludewig, 1991)

En lo referente al factor motivación para adelgazar, se observó mayor significatividad en la muestra con trastorno alimentario en comparación con la muestra sin trastorno, a su vez, esta motivación fue mayor en la muestra con anorexia en comparación con la muestra con bulimia. De esta forma se pudo constatar lo mencionado por Emmons (1992), quien en su investigación reportó un alto porcentaje de chicas que utilizaban purgas, laxantes, diuréticos y se provocaban el vómito para ayudarse a perder peso, concluyendo que las prácticas dietarias está siendo cada vez más comunes en muestras de estudiantes. Al respecto, Saldaña (1994), menciona que las dietas son la consecuencia de la gran preocupación existente por el peso, sin embargo, estas conductas generan muchas consecuencias negativas cuando este régimen se convierte en una abstención total o parcial de la ingesta de alimentos, en el caso de la anorexia, o en una combinación de periodos de restricción alimentaria con periodos de sobreingesta y vómito, en el caso de la bulimia.

En lo concerniente a los factores inefectividad y perfeccionismo, se observó que tuvieron mayor significatividad en el grupo con trastorno, observándose que el

perfeccionismo fue un factor que predominó más en el grupo anoréxico que en el bulímico, en cambio, el factor ineffectividad sobresalió más en el grupo bulímico; esto concuerda con Crispo, Figueroa & Guelar (1996), quienes señalan que es frecuente encontrar en las jóvenes con trastornos alimentarios una tendencia al perfeccionismo. El sufrimiento y la sensación de ineffectividad las hace muy exigentes, a tal punto que nunca sienten que lo que hacen es suficientemente bueno. Esa búsqueda de perfección también se desplaza al peso corporal: para alcanzar la perfección es preciso mantener el cuerpo ideal a cualquier costo. Paradójicamente, este perfeccionismo refuerza la sensación de inseguridad porque exige no fallar en lugar de afirmar al individuo en sus recursos. Las anoréxicas sí logran alcanzar este control sobre su cuerpo, se sienten poderosas manipulando el peso corporal, compensando así las sensaciones de impotencia que surgen frente a situaciones que les son difíciles de manejar, no así las bulímicas, quienes fallan en el intento por mantener el control sobre sus cuerpos, lo cual las hace manifestar sentimientos de ineffectividad e inutilidad.

En el presente estudio no se observaron diferencias significativas entre los tres grupos en cuanto al factor desconfianza interpersonal, lo cual puede deberse a que en la actualidad las exigencias externas y el ritmo de vida son tales, que en ocasiones los individuos (no importando su condición social, sexo o edad), no tienen oportunidad de establecer relaciones interpersonales firmes; no obstante se notó que los grupos con trastorno tuvieron una ligera tendencia hacia este factor, al respecto, algunos autores como Toro & Vilardell (1987), Johnson & Maddi, cit. en: Attie & Brook-Gunn (1989), Ducker & Slade (1992) y Herscovici & Bay (1990), entre otros, mencionan que debido a que las

jóvenes con trastornos alimentarios manifiestan sentimientos de baja auto-estima e inseguridad en sí mismas, tienden a presentar mayores dificultades para entablar relaciones interpersonales óptimas en comparación con las jóvenes sin trastornos.

En lo que refiere a la correlación entre factores, los resultados mostraron que el factor ineffectividad se correlacionó con los demás factores, excepto con perfeccionismo, a su vez, presión social y motivación para adelgazar se correlacionaron entre sí. Lo anterior podría significar que al existir una gran influencia por parte del medio circundante para que las chicas adelgacen y obtengan una silueta aceptable, los mecanismos que ellas utilizan para lograr éste objetivo son generalmente dietas, purgas, laxantes, vomitivos, entre otros, a su vez, estos dos factores (presión social y motivación para adelgazar) propician que las chicas manifiesten sentimientos de ineffectividad, inseguridad e ineficacia al no conseguir la figura deseada y no estar conformes consigo mismas, esta inseguridad se extiende hasta el grado de convertirse en un impedimento para que puedan establecer relaciones interpersonales óptimas (desconfianza interpersonal) y para tener dificultades en lograr su independencia, individuación y madurez (miedo a madurar). Como se observó, el perfeccionismo no estuvo correlacionado con ningún otro factor, a este respecto, Crispo, Figueroa & Guelar (1996), mencionan que generalmente las chicas con trastornos alimentarios consideran que si no van a poder hacer a la perfección algo que se proponen, directamente no lo intentan. El perfeccionismo no nos permite ser humanos, es una trampa, ya que nunca se logra lo que se busca porque es en sí mismo inalcanzable, son expectativas

exageradas sobre el éxito. Tal vez de esta forma se explique la razón por la que éste factor no mostró correlaciones significativas.

Como se pudo constatar en este estudio, los factores de riesgo mantienen una relación muy estrecha con los trastornos alimentarios, sin embargo esto no quiere decir que todas las personas expuestas a ellos estén propensas a desarrollar estos trastornos, si no que además se necesita de una cierta estructura psicológica que las haga más susceptibles a estos factores.

Por otro lado, si en la presente investigación se observaron diferencias entre los grupos con y sin trastorno alimentario con respecto a los factores antes mencionados, cabe señalar que también se encontraron diferencias a lo interno del grupo con trastorno (esto es, entre anoréxicas y bulímicas). Es importante mencionar este aspecto, ya que al hacer la elección de los grupos anoréxico, bulímico y sin trastorno alimentario, se detectaron 4 casos de chicas con trastorno anoréxico-bulímico (las cuales se incluyeron en el grupo con anorexia nerviosa, ya que el objetivo no contemplaba a tal grupo), lo anterior lleva a formularse la hipótesis de que también pueden haber diferencias de las chicas con anorexia-bulímica, en comparación de las que tienen anorexia o bulimia con respecto a los factores de riesgo que influyen en los trastornos de la ingesta. Por lo tanto, se sugiere que se realicen más investigaciones en donde se incluya también a grupos con éste tipo de trastorno alimentario y en los que se analicen otros factores de riesgo tales como dinámica familiar, rasgos de personalidad, abuso sexual, entre otros.

A través del análisis de correlación (r de Pearson) realizado entre los factores de riesgo y el instrumento E.A.T.-40, se logró comprobar que a mayor índice de factores de riesgo, hubo mayor índice de trastornos alimentarios, a excepción del factor miedo a madurar, el cual no mostró correlación significativa con dicho instrumento.

Es importante señalar que al realizar los análisis estadísticos, se encontró que algunos factores resultaron inconstantes respecto a su significatividad, es decir, el factor desconfianza interpersonal no resultó significativo en la t de student y en el ANOVA, el factor perfeccionismo no se correlacionó significativamente con ningún otro factor en la r de Pearson y el factor miedo a madurar tampoco tuvo significatividad con respecto a su correlación con el instrumento E.A.T.-40. En cambio los tres factores restantes (presión social, motivación para adelgazar e inefectividad) se mantuvieron constantes en cuanto a su significatividad en todos los análisis. Lo anterior puede indicar que en la muestra estudiada éstos últimos podrían ser la causa del desarrollo de los trastornos alimentarios tal como lo refiere la literatura, sin embargo, para poder corroborar lo anterior, se necesitaría un estudio longitudinal en el que hubiera un seguimiento de las chicas que padecen trastornos alimentarios.

Finalmente, a manera de conclusión se menciona que en el presente estudio se observó una ocurrencia de 44 casos de trastornos alimentarios en chicas universitarias mexicanas, de las cuales 27 pertenecieron al grupo con anorexia nerviosa y 17

pertenecieron al grupo con bulimia nerviosa, de igual forma se observó que existió correlación entre los factores de riesgo (a excepción de miedo a madurar) con los trastornos alimentarios, esto es, que a mayor índice de factores de riesgo hubo mayor índice de trastornos alimentarios, también pudo constatarse que algunos factores de riesgo se correlacionaron más con un tipo de trastorno que con otro, cumpliéndose así el objetivo planteado al inicio de la presente investigación.

VII. REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. A. P. A. (1988). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSMIII-R). Barcelona: Masson. Pp. 80-95.
- Arenson, G. (1991). Una sustancia llamada comida. Cómo entender, controlar y superar la adicción a la comida. Madrid: McGraw Hill.
- Attie, I. & Brook-Gunn, J. (1989). Development of eating problems in adolescent girls: A longitudinal study. Developmental Psychology, 25 (1), 70-79.
- Barber, S., Bolaños-Cacho, P., López-Jensen, C. H. & Ostrosky. (1995). Los extremos en los trastornos alimenticios: Anorexia y obesidad. Psicología Iberoamericana, 3, 20-34.
- Bers, S. A. & Quinlan, D. M. (1992). Perceived competence deficit in anorexia nervosa. Journal of Abnormal Psychology, 101 (3), 423-431.
- Bilich, M. (1989). Demographic factors associated with bulimia in college student: Clinical and research implications. Special issue: The bulimic college student: Evaluation, treatment and prevention. Journal of College Student Psychotherapy, 3 (2-4), 13-25.
- Bruch, H. (1962). Perceptual and conceptual disturbance in anorexia nervosa. Psychosomatic Medicine, 24, 187-194.
- Bruch, H. (1975). Obesity and anorexia nervosa: Psychosocial aspects. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 9, 159-161.
- Bruch, H. (1978). The golden cage: The enigma of anorexia nervosa. Cambridge, MA: Harvard University Press.

- Carbajo, G., Canals, J., Fernández-Ballart, J. & Domenech, E. (1995). Cuestionario de actitudes alimentarias en una muestra de adolescentes: Dos años de seguimiento. Psiquis, 16 (4), 21-26.
- Castro, J., Toro, J., Salamero, M. & Guimerá, E. (1991). The Eating Attitudes Test: Validation on the spanish version. Psychological Assessment, 2, 175-190.
- Collings, S. & King, M. (1994). Ten-year follow-up of 50 patients with bulimia nervosa. British Journal of Psychiatry, 164, 80-87.
- Cooper, P. J. & Taylor, M. J. (1988). Body image disturbance in bulimia nervosa. British Journal of Psychiatry, 153 (2), 32-36.
- Crispo, R., Figueroa, E. & Guclar, D. (1996). Anorexia, bulimia. Un mapa para recorrer un territorio trastornado. Barcelona: Gedisa.
- Crowther, J. H., Post, G. & Zaynor, L. (1985). The prevalence of bulimia and binge eating in adolescent girls. International Journal of Eating Disorders, 4, 29-42.
- Crowther, J., Wolf, E. & Sherwood, N. (1992). Epidemiology of bulimia nervosa. En: Crowther, J., Tennenbaum, D., Hobfoll, S. & Stephens (Eds.). The etiology of bulimia nervosa. U.S.A.: Hemisphere publishing corporation.
- Charles, C. M. (1990). El cuerpo femenino: ¿lucha o concientización? FEM, 14 (94), 24-25.
- Charles, C. M. (1991). Medios de comunicación y la construcción de la cultura femenina. FEM, 14 (101), 4-6.
- Di Pietro, L.; Gyulai, L.; Stunkard, A. J. & Whybrow, P. C. (1993). Mood and body weight in a woman with rapid cycling bipolar disorder: A case report. Psychosomatic Medicine, 55 (1), 7-10.

- Donoso, M. (1990). Algunas características de personalidad en pacientes de sexo femenino con anorexia nerviosa, México: Universidad Iberoamericana. Tesina de Licenciatura en Psicología.
- Duker, M. & Stade, R. (1992). Anorexia nerviosa y bulimia: Un tratamiento integrado. México: Limusa.
- Emmons, L. (1992). Dieting and purging behavior in black and white high school students. Journal of the American Dietetic Association, 92 (3), 306-312.
- Fairburn, C. & Beglin, S. (1990). Studies of the epidemiology of bulimia nervosa. American Journal of Psychiatry, 147, 401-408.
- Feinstein, S. C. & Sorosky, A. D. (1988). Trastornos en la alimentación. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Fichter, M. M. (1985). Magersucht u. Bulimia. Springer: Berlin-Heidelberg-New York.
- Frederick, L. & Hawkins, S. T. (1992). A comparison of nutrition knowledge and attitudes, dietary practices, and bone densities of postmenopausal women, female college athletes, and nonathletic college women. Journal of the American Dietetic Association, 92 (3), 299-305.
- Garfinkel, P. E. & Garner, D. M. (1982). Anorexia nerviosa: A multidimensional perspective. New York: Bruner/Mazel.
- Garfinkel, P. E., Lin, E., Goering, P., Spegg, C., Goldbloom, D. S., Kennedy, S., Kaplan, A. S. & Woodside, B. (1995). Bulimia nervosa in a canadian community sample: Prevalence and comparison of subgroups. American Journal of Psychiatry, 152 (7), 1052-1058.

- Garner, D. M. & Bemis, K. (1985). Cognitive therapy for anorexia nervosa. En D. M. Garner & P. E. Garfinkel (Eds.) Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia, (pp. 107-146). New York: Guilford Press.
- 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., Olmstead, M. P. & Polivy, I. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorders inventory for anorexia nervosa and bulimia. International Journal of Eating Disorders, 2, 15-34.
- Gleaves, D. H., Williamson, D. A. & Barker, S. E. (1993). Confirmatory factor analysis of a multidimensional model of bulimia nervosa. Journal of Abnormal Psychology, 102 (1), 173-176.
- Gómez, G. (1993). Detección de anomalías de la conducta alimentaria en estudiantes universitarias: obesidad, bulimia y anorexia nerviosa. Revista Mexicana de Psicología, 10 (1), 17-26.
- Gray, G. E. & Gray, L. K. (1989). Nutritional aspects of psychiatric disorders. Journal of the American Dietetic Association, 89 (10), 1492-1498.
- Greaves, E., Blades, M., Christie, R., Machen, J., Rycart, C. N. & Baird-Smith, S. (1991). Short communication. Anorexia nervosa: nocturnal supplementary nasogastric feeding in the community. Journal of Human Nutrition and Dietetics, 4, 165-170.
- Greene, G. W., Achterberg, Ch., Crumbaugh, J. & Soper, J. (1990). Dietary intake and dieting practices of bulimic female college students. Journal of the American Dietetic Association, 90 (4), 576-578.

- Guillemot, A. & Laxenaire, M. (1994). Anorexia nerviosa y bulimia: El peso de la cultura. Barcelona: Masson.
- Guimerá, E. & Torrubia, B. R. (1987). Adaptación española del <<Eating Disorder Inventory>> (EDI) en una muestra de pacientes anoréxicas. Anales de Psiquiatría, 3, 185-190.
- Halmi, K. A., Casper, R. C., Eckert, E. D., Goldberg, S. C. & Davis, J. M. (1979). Unique features associated with age of onset of anorexia nervosa. Psychiatry Research, 1, 209-215.
- Head, S. & Williamson, D. (1990). Association of family environment and personality disturbances in bulimia nervosa. International Journal of Eating Disorders, 9 (6), 667-674.
- Hernández, S. R., Fernández, C. & Baptista, L. P. (1991). Metodología de la Investigación. México: McGraw Hill.
- Herscovici, C. & Bay, L. (1990). Anorexia nerviosa y Bulimia. Argentina: Paidós.
- Herzog, D. B., Franko, D. L. & Brotman, A. W. (1989). Integrando tratamientos para bulimia nerviosa. En: J. Bemporad & D. Herzog. Psychoanalysis and Eating Disorders. 143-150.
- Holtz, V. & Tena, A. (1995). Trastornos de la alimentación. Psicología Iberoamericana, 3 (2), 5-12.
- Howat, P. M., Varner, L. M. & Wampold, R. L. (1990). The effectiveness of a dental dietitian team in the assessment of bulimic dental health. Journal of the American Dietetic Association, 90 (8), 1099-1102.

- Hsu, L. G. K. (1983). The aetiology of anorexia nervosa. Psychology Medicine, 13, 231-238.
- Hsu, L. G. K. (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. K. (1990). Eating disorders. New York: The Guilford Press.
- Jeffery, M. R. & Wollitzer, A. O. (1988). The prevalence, secrecy and psychology of purging in a family practice setting. International Journal of Eating Disorders, 7 (4), 515-519.
- Johnson-Sabine, E., Wood, K., Patton, G., Mann, A. & Wakeling, A. (1988). Abnormal eating attitudes in London schoolgirls - A prospective epidemiological study: Factors associated with abnormal response on screening questionnaires. Psychological Medicine, 18, 615-622.
- Kaplan, A. & Sadock. (1994). Sinopsis of Psychiatry. U.S.A.: Williams and Wilkins. 689 - 698.
- Kendell, R. E., Hall, D. I. & Halley, A. (1973). The epidemiology of anorexia nervosa. Psychology Medic, 3, (200).
- 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 disorders 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

- purgers: 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.
- Klemchuk, H. P., Hutchinson, C. B. & Frank, R. I. (1990). Body Dissatisfaction and eating related problems on the college campus: Usefulness of the Eating Disorder Inventory with a nonclinical population. Journal of Counseling Psychology, 37 (3), 297-305.
- Larson, B. J. (1991). Relationship of family communication patterns to Eating Disorder Inventory scores in adolescent girls. Journal of the American Dietetic Association, 91 (9), 1065-1067.
- Lask, B. & Bryan, W. R. (1992). Early-onset anorexia nervosa and related eating disorders. Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 31 (1), 281-300.
- Leitenberg, H. (1982). Modificación y terapia de conducta, Madrid: Morata.
- Leitenberg, H., Rosen, J. C., Gross, J., Nudelman, S. & Vara, L. S. (1988). Exposure plus response-prevention treatment of bulimia nervosa. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56, 535-541.
- López, B. (1991). Bulimia: Un modelo adictivo. VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría, (2), 42-49.

- López, Y. A. & Cervera, E. S. (1991). La entidad nosológica de la bulimia nerviosa. Actas Luso Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines, 19 (6), 304-325.
- Ludewig, K. (1991). Reflexiones sobre la anorexia en adolescentes: Enfoque sistémico del problema psicósomático, ejemplificado en la anorexia nerviosa juvenil. Estudios Psicológicos, 1 (1), 1-21.
- Martínez-Fornés, S. (1995). La obsesión por adelgazar: Bulimia y anorexia. México: Espasa Calpe.
- Meza, P., Rodríguez, J. & Blanco, A. (1989). Planteamientos clínicos y modelos explicativos de la anorexia nerviosa. Boletín de Psicología, (25), 75-102.
- Minuchin, S. (1991). Calidoscopio familiar. España: Paidós.
- Molgaard, C. A., Chambers, C. M., Goldberg, A. L. & Elder, J. P. (1989). Maternal alcoholism and anorexia nervosa: A possible association? International Journal of the Addictions, 24 (2), 167-173.
- Norre, J. & Vandereycken, W. (1991). The limits of outpatient treatment for bulimic disorders. British Review of Bulimia and Anorexia nervosa, 5 (2), 55-63.
- Palmer, R. L., Oppenheimer, R., Dignon, A., Chaloner, D. A. & Howells, K. (1990). Childhood sexual experiences with adults reported by women with eating disorders: An extended series. British Journal of Psychiatry, 156, 699-703.
- Palla, B. & Litt, Y. F. (1988). Medical complications of eating disorders in adolescents. Pediatrics, 81, 613-623.
- Polivy, J. & Herman, C. P. (1987). Diagnosis and Treatment of normal eating. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55 (5) 635-644.

- Pope, H. & Hudson, J. (1988). Is the bulimia nervosa a heterogeneous disorder? Lessons from the history of medicine. International Journal of Eating Disorders, 7 (2), 155-166.
- Pope, H. G., Hudson, J. I., 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.
- Pyle, R. & Mitchel, J. (1988). Frecuencia de la bulimia en muestras seleccionadas de la población. En: S. Feinstein & A. Sorosky (comps.). Trastornos en la alimentación. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Raich, R. M. (1994). Anorexia y bulimia: Trastornos alimentarios. Madrid: Pirámide.
- Ratnasuriya, R. H., Eisler, Y., Szmukler, G. I. & Russell, G. F. M. (1991). Anorexia nervosa: Outcome and prognostic factors after 20 years. British Journal of Psychiatry, 158, 495-502.
- Reiff, W. D. & Lampson, R. K. (1994). Position of the American Dietetic Association: Nutrition intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating. Journal of the American Dietetic Association, 94 (8), 902-907.
- Rosen, J. C. & Gross, J. (1987). Prevalence of weight reducing and weight gaining in adolescent girls and boys. Health Psychology, 6, 131-147.
- Rosen, J. C. & 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.

- Ruderman, A. J. & Besbens, M. (1992). Psychological characteristics of dieters and bulimics. Journal of Abnormal Psychology, 101 (3), 383-390.
- Russell, G. F. M. (1979). Bulimia nervosa: A variant of anorexia nervosa. Psychiatry Med., 9, 429-448.
- Saldaña, G. C. (1994). Trastornos del comportamiento alimentario, Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Schwartz, R. & Barrett, M. (1987). Woman and eating disorders. Journal of Psychotherapy and the Family, 3 (4), 131-144.
- Selvini-Palazzoli, M. (1981). Self-Starvation, New Jersey: Jason Aronson.
- Shisslak, C., Crago, M., Neal, M. E. & Swain, B. (1987). Primary prevention of eating disorders. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55, 660-667.
- Smead, V. S. & Richert, A. J. (1990) Eating Attitudes Test factors in an unselected undergraduate population. International Journal of Eating Disorders, 9 (2), 211-215.
- 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.
- Striegel-Moore, R. H., Silberstein, L. R. & Rodin, J. (1986). Toward and understanding of risk factors for bulimia. Journal of the American Psychological Association, 41, 246-263.
- Strober, M. & Humphrey, L. (1987). Familial contributions to the etiology and course of anorexia nervosa and bulimia. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55 (5), 654-659.

- Szekely, B. C., Raffeld, P. C. & Snodgrass, G. (1989). Anonymity, sex and weight preoccupation as variables on the eating disorders inventory with normal college students. Psychological Reports, 65, 795-800.
- Theander, S. (1970). Anorexia nervosa: A psychiatric investigation of 94 females cases. Acta Psiquiátrica Escandinava, 214, 1-194.
- Thomas, P., Turón, V., Sánchez-Planell, L. & Vallejo, J. (1992). Relación entre bulimia nerviosa y depresión. Revista de Psiquiatría de la Facultad Médica de Barcelona, 19 (4), 169-181.
- Toro, J., Salamero, M. & Martínez, E. (1994). Assessment of sociocultural influences on the aesthetic body shape model in anorexia nervosa. Acta Psychiatrica Scandinava, (89), 147-151.
- Toro, J. & Vilardell, E. (1987). Anorexia nerviosa. España: Martínez Roca.
- Turón, J., Fernández, F. & Vallejo, J. (1992). Anorexia nerviosa: Características demográficas y clínicas en 107 casos. Revista de Psiquiatría de la Facultad Médica de Barcelona, 19 (1), 9-15.
- Viniestra, L. & Salinas, J. L. (1984). Anorexia nerviosa: ¿un problema de ingestión de nutrientes?. Cuadernos de Nutrición, (6), 33-36.
- Virseda, J. A. (1995). Autoimagen y alimentación: Un estudio preliminar. Psicología Iberoamericana, 3, (2), 35-39.
- Vitousek, K. & Manke, F. (1994). Personality variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. Journal of Abnormal Psychology, 103 (1), 137-147.

- Wadden, T. A. & Stunkard, A. J. (1985). Social and Psychological consequences of obesity. Annals of the Internal Medicine, 103, 1062-1067.
- Welch, T., Nidiffer, M., Zager, K. & Lyerla, R. (1992). Attributes and perceived body image of students seeking nutrition counseling at a university wellness program. Journal of the American Dietetic Association, 92 (5), 609-612.
- Williamson, D. A., Davis, C. J., Duchmann, E. G., Mckenzie, S. M. & Watkins, P. C. (1990). Assessment of eating disorders: Obesity, anorexia and bulimia nervosa, New York: Pergamon Press.
- Wilson, C. P. (1985). Fear of being fat: The treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia. "La familia: Perfil psicológico y sus implicaciones terapéuticas". New Jersey: Jason Aronson.
- Wilson, C. P. & Hogan, Ch. (1987). Fear of being fat: The treatment of anorexia nervosa and bulimia. New Jersey: Jason Aronson.
- Wilson, C., Hogan, Ch. & Mintz, I. (1992). Psychodynamic technique in the treatment of eating disorders, New Jersey: Jason Aronson.
- Woodside, D. B., Shekter-Wolfson, L. F., Brandes, J. S. & Lackstrom, J. B. (1993). Eating disorders and marriage: The couple in focus. New York: Brunner/Mazel.
- Yates, W. R. (1992). Weight factors in normal weight bulimia nervosa: A controlled family study. International Journal of Eating Disorders, 11 (3), 227-234.
- Zuckerman, D. M., Colby, A., Ware, N. C. & Lazera, J. S. (1986). The prevalence of bulimia among college students. American Journal of Public Health, 76, 1135-1137.

VIII. ANEXOS

	PRESION SOCIAL (CIMEC)	MIEDO A MADURAR (EDI)	MOTIVACION PARA ADELGAZAR (EDI)	INEFECTIVIDAD (EDI)	DESCONFIANZA INTERPERSONAL (EDI)	PERFECCIONISMO (EDI)
GRUPO CON TRASTORNO (n = 44)	21.83 ± 1.44	7.31 ± 0.98	7.46 ± 0.69	4.27 ± 0.86	4.55 ± 0.61	8.25 ± 0.50
GRUPO SIN TRASTORNO (n = 88)	12.83 ± 0.62	5.00 ± 0.38	0.97 ± 0.25	1.25 ± 0.20	3.48 ± 0.29	6.25 ± 0.39
	t = 7.22 (98) ***	t = 1.66 (98) **	t = 10.71 (98) ***	t = 4.51 (98) ***	t = 1.76 (98)	t = 3.01 (98) **

Tabla 1. Muestra las medias ± el error promedio de la muestra de los puntajes obtenidos por los grupos con trastorno y sin trastorno en los instrumentos E.D.I. y C.I.M.E.C., así como los valores de t de acuerdo a cada uno de los factores. * p<.05; ** p<.01; *** p<.001.

	PRENSION SOCIAL (CIMEC)	MILDO A MADURAR (EDI)	MOTIVACION PARA ADELGAZAR (EDI)	INEFECTIVIDAD (EDI)	DESCONFIANZA INTERPERSONAL (EDI)	PERFECIONISMO (EDI)
GRUPO 1 ANOREXICAS (n = 27)	22.30 ± 1.57	5.88 ± 1.11	8.34 ± 0.91	2.88 ± 0.84	4.34 ± 0.77	8.84 ± 0.67
GRUPO 2 BULMICAS (n = 17)	21.11 ± 2.80	9.52 ± 1.70	6.11 ± 1.02	6.41 ± 1.67	4.88 ± 1.07	7.35 ± 0.73
GRUPO 3 CONTROL (n = 88)	12.11 ± 0.62	5.00 ± 0.38	0.97 ± 0.25	1.25 ± 0.20	3.48 ± 0.29	6.25 ± 0.39
PRUEBA DE DUNCAN	GR. 1, 2 VS GR. 3	GR. 1, 2 VS GR. 2	GR. 1 VS GR. 3 GR. 2 VS GR. 3 GR. 1 VS GR. 2	GR. 1 VS GR. 3 GR. 2 VS GR. 3 GR. 1 VS GR. 2		GR. 1 VS GR. 3
	F = 26.05; p < .001	F = 6.90; p < .01	F = 61.53; p < .001	F = 16.21; p < .001	F = 1.68; p > .05	F = 3.45; p < .01

Tabla 2. Muestra las medias ± el error promedio de la muestra de los puntajes obtenidos en los instrumentos E.D.I. y C.I.M.E.C.; las diferencias entre estos grupos obtenidas a través de la prueba de Duncan, y los valores de F y su probabilidad de acuerdo a cada uno de los factores. GR. 1: Grupo 1; GR. 2: Grupo 2; GR. 3: Grupo 3.

	PRESION SOCIAL (CIMEC)	MIEDO A* ² (EDI)	MOTIVACION PARA ADELGAZAR (EDI)	INEFECTIVIDAD (EDI)	DESCONFIANZA INTERPERSONAL (EDI)
MIEDO A MADURAR (EDI)	$r = 0.0360$ $p = 0.684$				
MOTIVACION PARA ADELGAZAR (EDI)	$r = 0.4267$ $p = 0.000$ ***	$r = 0.1318$ $p = 0.135$			
INEFECTIVIDAD (EDI)	$r = 0.2106$ $p = 0.016$ *	$r = 0.5152$ $p = 0.000$ ***	$r = 0.2603$ $p = 0.003$ **		
DESCONFIANZA INTERPERSONAL (EDI)	$r = 0.0479$ $p = 0.588$	$r = 0.2302$ $p = 0.008$	$r = 0.0040$ $p = 0.964$	$r = 0.4640$ $p = 0.000$ ***	
PERFECCIONISMO (EDI)	$r = -0.1518$ $p = 0.085$	$r = 0.1147$ $p = 0.194$	$r = 0.0923$ $p = 0.296$	$r = 0.0449$ $p = 0.612$	$r = -0.0464$ $p = 0.600$

Tabla 3. Muestra la correlación entre los factores de los instrumentos EDI y C.I.M.E.C., obtenida a través de la r de Pearson. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$. Grados de libertad = 97.

	PRESION SOCIAL (CIMEC)	MIEDO A MADURAR (EDI)	MOTIVACION PARA ADELGAZAR (EDI)	INEFEC- TIVIDAD (EDI)	DESCONFIANZA INTER- PERSONAL (EDI)	PERFECCIO- NISMO (EDI)
E.A.T.-40	$r = 0.4876$ $p = 0.000$ ***	$r = 0.1120$ $p = 0.203$	$r = 0.7158$ $p = 0.000$ ***	$r = 0.2580$ $p = 0.003$ **	$r = 0.1784$ $p = 0.041$ *	$r = 0.3208$ $p = 0.000$ ***

Tabla 4. Muestra la correlación entre los factores de riesgo de los instrumentos E.D.I. y C.I.M.E.C. con el instrumento E.A.T.-40, obtenida a través de una r de Pearson.