

01962

21

2 ej.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

DESORDENES ALIMENTARIOS EN MUJERES
ESTUDIANTES Y PROFESIONALES DEL BALLET

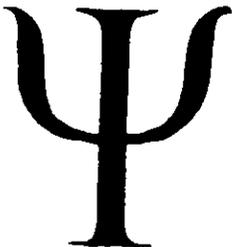
T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRIA EN PSICOLOGIA CLINICA

P R E S E N T A :

CLAUDIA UNIKEL SANTONCINI

DIRECTORA DE TESIS DRA GILDA L GOMEZ PERESMITRE
COMITE DE TESIS: DRA EMILIA LUCIO GOMEZ-MAQUEO
MTRA LUCY REIDL MARTINEZ
DRA MARIA ELENA MEDINA-MORA ICAZA
MTRA. AMADA AMPUDIA RUEDA.



MEXICO, D. F.

1998

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

258122



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 está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

A mis padres: Iris y Luis q.e.p.d.

Agradecimientos

Deseo expresar mi más profundo agradecimiento a todas las personas e instituciones que me apoyaron y colaboraron en la realización de este trabajo, en especial a todas las mujeres que compartieron su experiencia, sin la cual no hubiera sido posible realizar este trabajo.

A la Dra. Gilda Gómez Peresmitré, mi directora de tesis, por su asesoría, su interés, dedicación y gran apoyo en la realización de este trabajo.

A mis asesoras la Dra. Emilia Lucio Gómez-Maqueo, la Mtra. Lucy Reidl Martínez, la Dra. María Elena Medina-Mora Icaza y la Mtra. Amada Ampudia Rueda, por todo el apoyo que me brindaron, y las aportaciones en la revisión de esta tesis.

A las maestras: Ana del Castillo, q.e.p.d., Directora de la Academia de balé de Coyoacán; Arcelia de la Peña Directora de Dance Center; Irma Cuevas Directora del Liceo Artístico; a Margarita Contreras Directora de la Escuela de Danza de Margarita Contreras y a Martha O'Reilly Directora de la Academia de ballet del Valle. A las autoridades de los planteles escolares: Colegio de Bachilleres Plantel 18; Instituto Moderno de México y Secundaria técnica N°123-V de la Secretaría de educación Pública. A las bailarinas y coreógrafas: Cecilia Lugo Directora del grupo Contempodanza; a Evelia Cochen Directora del grupo Viraje; a Gladiola Orozco Directora del Ballet Teatro del Espacio; a Gloria Contreras Directora del Taller Coreográfico de la UNAM; a Isabel Beteta Directora del grupo Nemian y a Magnolia Flores Directora de Ballet Independiente.

Agradezco al Instituto Mexicano de Psiquiatría la oportunidad que me dió de realizar esta tesis, a la Dra. Ma. Elena Medina-Mora, Jefe de la División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales y al Dr. Arturo Ortiz Castro, Jefe del Departamento de Investigaciones Especiales, por su apoyo.

Asimismo quiero agradecer el apoyo profesional del Lic. Jorge Villatoro Velázquez, del Dr. Jorge Armando Barriguete, de la Mtra. Georgina Loza Canales, la Lic. Ma. Emilia Velasco Sodi, de la Mtra. Martha Komero Mendoza y de la Dra. Catalina Gonzalez orteza.

A María Benítez Nava por su gran disposición y apoyo.

A Tulio, Iris, Isaac, Sofía, Alejandra, Fanny, Edith, Jazmín, Marcela y Reyna, quienes me acompañaron en este recorrido apoyándome y alentándome siempre.

Esta investigación pertenece al proyecto "Alteraciones de la nutrición y desórdenes del comer, una aportación biopsicosocial en la promoción de la salud" que pertenece al Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT), proyecto n° IN301695, a quien quiero dar también mi agradecimiento.

Indice

Pág.

Resumen	1
Introducción	2
Importancia de la investigación	3
I Epidemiología	
1. Panorama epidemiológico internacional	6
2. Panorama epidemiológico nacional	8
II Desarrollo histórico de las nosologías diagnósticas	12
III Desarrollo conceptual	
1. Adolescencia	15
2. Antecedentes teórico-prácticos	
2.1 Algunas características de personalidad en estudiantes de ballet y bailarinas profesionales	19
2.2 Trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de ballet y bailarinas profesionales	22
2.3 Trastornos de la conducta alimentaria y psicopatología asociada	29
3. Modelos teórico-explicativos y categorías diagnósticas (DSM-III-R, DSM-IV y Síndrome Subclínico)	
3.1 Categorías diagnósticas	33
3.2 Características clínicas	36
3.3 Modelo tridimensional de los trastornos alimentarios	38
4. Características del contexto profesional de los sujetos	42
IV Método	
1. Objetivos y preguntas de investigación	45
2. Definición de variables	47
3. Control experimental de variables	54
4. Diseño de investigación	55
5. Muestra	55
6. Instrumentos	57
7. Procedimiento	60
V Resultados	
1. Análisis descriptivo	62
2. Análisis inferencial	
2.1 Modelos de regresión	101
2.2 Análisis de discriminantes	109

	Pág.
VI Discusión	111
VII Conclusiones	122
VIII Limitaciones	127
Referencias	129
Lista de cuadros	
I. Índices de Mortalidad por Anorexia Nervosa en México, según datos de la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud	
II. Criterios para definir Anorexia Nervosa	
III. Criterios para definir Bulimia Nervosa	
IV. Desórdenes de la alimentación no especificados y Síndrome parcial de los desórdenes del comer	
V. Modelo tridimensional de los desórdenes de la conducta alimentaria	
Anexo	
Cuestionario de los desórdenes del comer	

Resumen

La presente investigación tiene como principal propósito detectar la presencia de conductas patológicas de la alimentación, en poblaciones que se han determinado de mayor riesgo, como es el caso de las mujeres jóvenes cuya vocación es ser bailarinas y estudiantes de ballet, en tanto que las exigencias intrínsecas a esta actividad, como son una figura corporal delgada y grandes expectativas de logro, pueden conllevar al desarrollo de dichas conductas. Por otro lado se pretendió buscar la posible asociación que tienen las características sociodemográficas, las variables cognoscitivas y actitudinales, los antecedentes traumáticos físicos y emocionales relacionados con el aumento o disminución del peso corporal, los antecedentes familiares de problemas alimentarios y alcoholismo, y el consumo de tabaco, alcohol y drogas, con el desarrollo de los desórdenes alimentarios.

El diseño del estudio fue de tipo exploratorio exposfacto de campo ajustado a un diseño de 6 grupos independientes. Los grupos seleccionados propositivamente quedaron conformados de la siguiente manera: 1) estudiantes de ballet (n=48), 2) estudiantes de escuela pública (n=67), 3) estudiantes de escuela privada (n=40), 4) bailarinas profesionales (n=43), 5) profesionistas no bailarinas, (n=45) 6) mujeres clínicamente diagnosticadas con desórdenes alimentarios (n=9). La variable género femenino se mantuvo constante para toda la muestra, y la variable edad, entre 12 a 19 años para los grupos de adolescentes, y entre 20 a 40 años, para adultos.

Para la recolección de datos se utilizó el Inventario Multifásico de la Personalidad MMPI-2 y MMPI-A, y un cuestionario de formato mixto, que incluye reactivos que han demostrado tener capacidades discriminativas y consistencia interna aceptable, así como otros nuevos, que se elaboraron para cubrir los aspectos específicos de la presente investigación.

Los principales resultados mostraron la presencia de conductas de riesgo del comer, del síndrome parcial y de los desórdenes del comer, en mujeres adolescentes y adultas mexicanas, principalmente en los grupos de estudiantes de ballet y de bailarinas profesionales, con lo cual se confirmó su caracterización como grupos de riesgo para el desarrollo de los desórdenes alimentarios.

La escasez de alimento y las hambrunas, han sido condiciones normales en la evolución del hombre y de los animales. Los organismos se han tenido que adaptar a través de la selección natural, al acceso de alimento, siendo una de estas formas la acumulación de grasa en el cuerpo. En las culturas "primitivas", la acumulación de grasa era una característica deseable en el hombre y específicamente en la mujer. Un cuerpo corpulento era considerado un símbolo de riqueza, éxito e influencia. En las últimas tres décadas de éste siglo sin embargo, ha ocurrido un cambio en los países occidentales en relación con los ideales estéticos del cuerpo, cambio que es comprensible desde la perspectiva antropológica, epidemiológica y de evolución del hombre, ya que se ha probado que la obesidad es un factor de riesgo para múltiples enfermedades (Garner y Garfinkel, 1980a; Fichter, 1990).

En la actualidad los estándares de belleza imponen un cuerpo sumamente esbelto, principalmente entre las mujeres; sin embargo, la búsqueda del ideal de delgadez frecuentemente lleva a la práctica de dietas drásticas y ayunos, los cuales basados en consideraciones médicas, no son saludables y pueden causar considerables disturbios a nivel neurológico y hormonal (Fichter 1990). Según Agras (1988), la búsqueda de una figura delgada puede ser uno de los principales motivos del aumento en la incidencia de trastornos como la bulimia y la anorexia nervosa.

De acuerdo con Gómez Peresmitré (1995), los trastornos de la conducta alimentaria han sido abordados, histórica y tradicionalmente por la medicina y el psicoanálisis, considerándose a la obesidad, en especial, como privativa del campo de la medicina y no es sino hasta hace unas cuantas décadas que la psicología las ha integrado a su campo de estudio, entendiéndolas como conductas complejas de etiología multicausal, producto de la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales.

A pesar de que la anorexia fue descrita como padecimiento psiquiátrico desde 1689, permaneció desconocida durante aproximadamente 250 años para el público en general. Sin embargo, y debido principalmente al aumento en su prevalencia, hacia la mitad de los años 70 se volvió ampliamente conocida para el público norteamericano y una década más tarde fue descrita como la enfermedad psiquiátrica de los 80's (Gordon, 1990). No así la bulimia, la cual fue incluida como diagnóstico independiente hasta la tercera edición del Manual Estadístico y Diagnóstico de las Enfermedades Mentales (APA, 1980).

Los estudios realizados en Europa y los Estados Unidos, han demostrado que la mayor incidencia de estos trastornos se presenta en mujeres jóvenes entre 12 y 30 años de edad, de nivel socioeconómico medio y alto. Sin embargo, al estudiar poblaciones específicas de bailarinas y gimnastas, en las que existen grandes ideales de delgadez y expectativas de logro en la ejecución, diversos autores (Garner y Garfinkel, 1980b; Szmukler, 1985a; Hamilton, Brooks-Gunn y Warren, 1985; Warren, Stanton, Blessing, 1990), han encontrado que la incidencia de estos trastornos es mucho mayor.

Importancia de la investigación

Los estudios realizados en México acerca de los desórdenes del comer son todavía muy escasos y sólo recientemente se han iniciado investigaciones enfocadas a detectar los aspectos epidemiológicos, etiológicos y de factores de riesgo de la anorexia y bulimia nervosa. A partir de los estudios realizados en nuestro país en poblaciones de estudiantes (Holtz, 1992; Gómez Peresmitré, 1993, 1995; Escobar, 1992), se ha detectado la presencia de manifestaciones patológicas de la alimentación, sin embargo se desconoce aún su prevalencia, evolución y manifestaciones particulares en nuestra cultura.

Sobre esta base, nos parece importante contribuir con el conocimiento epidemiológico de estos desórdenes, enfocándonos en este caso particular, en poblaciones consideradas de alto riesgo en otros contextos socio-culturales, como son las estudiantes y bailarinas de ballet.

Por otro lado es importante elaborar instrumentos de medición, a través de los cuales se pueda detectar de manera confiable y válida, los individuos en riesgo de desarrollar conductas de tipo anoréxico o bulímico, para prevenir este tipo de desórdenes que son enfermedades que producen graves consecuencias en la salud física, e inclusive la muerte, y en los que el pronóstico es mejor a más temprana sea su detección.

Se espera que el conocimiento producto de esta investigación, aporte los primeros elementos para la elaboración de programas preventivos para adolescentes y jóvenes, entre ellos, la población de estudiantes de danza y otras actividades en donde convergen grandes expectativas de logro e ideales de delgadez, como podrían ser las gimnastas u otros deportistas. Asimismo, será importante la elaboración de material de divulgación sobre los riesgos de la práctica de conductas

alimentarias anómalas, sobre la forma de modificarlas y la orientación necesaria para acudir a tratamiento.

Otras aportaciones de la presente investigación radican en la búsqueda de relaciones entre rasgos de personalidad y desórdenes alimentarios, hasta ahora no abordada en México, así como proponer un instrumento de detección de posibles casos de desórdenes alimentarios o de síndrome parcial, a partir de las variables que representen cierto riesgo para el desarrollo de estas patologías.

A continuación se describirá el contenido de los capítulos que conforman este proyecto de investigación.

Como se verá, en la primera parte del capítulo I, además de mostrar un panorama de la epidemiología internacional de los desórdenes del comer, se proporcionará información de las investigaciones realizadas con poblaciones denominadas de alto riesgo como son, deportistas, bailarinas, estudiantes de ballet y modelos de modas.

La segunda parte de este capítulo, se dedica a las investigaciones realizadas hasta la fecha en México, entre las cuales se encuentra una mayoría de trabajos de tesis de carreras como psicología, medicina y nutriología; algunos trabajos realizados con población estudiantil de nivel primaria hasta profesional, así como a la presentación de algunas estadísticas relacionados con la mortalidad por anorexia nervosa reportados por la Secretaría de Salud. (Cuadro I)

En el capítulo II se presentan los desórdenes del comer desde una perspectiva histórica, una recopilación de información acerca de la historia de la anorexia nervosa y la bulimia nervosa y se hace un intento de definición de éstos, con sus correspondientes categorías diagnósticas, tomando en cuenta las variaciones realizadas a lo largo del tiempo. (Cuadros II, III y IV)

En el capítulo III se aborda el tema de la adolescencia como etapa de desarrollo, en las áreas física y psicológica, considerando los cambios físicos de la pubertad y las consecuencias psicológicas de los mismos, como fundamento para entender por qué esta etapa de la vida puede considerarse como un factor de riesgo. Además se mencionan las principales patologías de esta etapa, incluyendo aquellas asociadas con la imagen corporal y la búsqueda de la identidad.

En el apartado 2 del capítulo III, se presentan los resultados de algunas investigaciones realizadas en México y en otros países, sobre las características de personalidad y problemas de desórdenes alimentarios de estudiantes de danza y bailarines profesionales. Entre ellos, se encuentran estudios acerca de la influencia del grado de competitividad profesional, de la presión

cultural a estar delgado, de las expectativas de logro, de la preocupación por el peso, de la insatisfacción con el cuerpo y del peso corporal bajo, en el desarrollo de estos desórdenes. Finalmente, abordamos el tema de la psicopatología asociada con los desórdenes del comer, principalmente los trastornos de personalidad y los trastornos afectivos.

En el apartado 3 de este mismo capítulo, se plantean en primer lugar, las categorías diagnósticas del Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales en su versión revisada (DSM-III-R) y en su cuarta versión (DSM-IV). Además se muestra un modelo teórico-explicativo de los desórdenes del comer: el modelo tridimensional (cuadro V) desarrollado por Schlundt y Johnson (1990). Este modelo parte del planteamiento de la existencia de un continuum de los desórdenes del comer en base a tres aspectos: peso corporal, la preocupación por el peso y el control sobre la ingesta de alimento. Los autores adoptan la teoría de sistemas como marco conceptual, y plantean la necesidad de estudiar la interacción de la patofisiología con los procesos psicológicos, conductuales e interpersonales, para comprender los desórdenes del comer. Finalmente, se mencionan las principales características clínicas de la anorexia nervosa y de la bulimia nervosa.

En el apartado 4 de este capítulo, se describen las características del contexto profesional de los sujetos de cada una de las muestras (estudiantes de ballet, bailarinas profesionales y pacientes clínicamente diagnosticadas con anorexia o bulimia nervosa).

En el siguiente apartado se plantean los problemas de investigación y la definición de variables. Posteriormente se plantea la metodología del estudio, resultados, discusión y conclusiones. Finalmente, en el anexo se encontrará el cuestionario sobre desórdenes del comer.

I Epidemiología

1. Panorama Epidemiológico Internacional

En cierto sentido dicen los especialistas, es más fácil estudiar la incidencia de la anorexia nervosa que de la bulimia nervosa, ya que es más difícil esconder una drástica pérdida de peso que las conductas anómalas del comer características de la bulimia nervosa. A pesar de ello, las dificultades metodológicas tampoco han podido proporcionar datos demasiado precisos al respecto. Entre los factores que afectan las estimaciones se encuentran: las poblaciones de las cuales han sido tomadas las muestras; la falta de acuerdo en los criterios diagnósticos utilizados, sobre todo, en lo que se refiere a la bulimia nervosa y el uso de instrumentos no estandarizados (Shapiro, 1988).

La incidencia de anorexia nervosa en población general en países occidentales se estima en un rango que fluctúa entre 1.43/100,000/a en mujeres entre 12 y 25 años de edad, hasta 50/100,000/a, en mujeres de 18 años; sin embargo los datos en población general pueden llevar a un mal entendido debido a que los trastornos de la conducta alimentaria son más prevalentes en determinados sub-grupos de pacientes (Hsu, 1996).

La mayor prevalencia tanto de anorexia como de bulimia nervosa, proviene de poblaciones de mujeres jóvenes blancas de clases media y alta. La tasa más alta (9%), ha sido reportada por Szmuckler, Eisler, Gillies, y Hayward (1985a) en una encuesta realizada con estudiantes de danza. La tasa más baja ha sido reportada en registros psiquiátricos en la comunidad (0.04%) (Hoek y Brook, 1985), Szmuckler (1985b) 0.004%. La anorexia nervosa se presenta 95% en mujeres, la mayoría de estas entre los 12 y 18 años de edad, mientras que la bulimia nervosa ocurre más frecuentemente entre los 12 a 40 años y es más prevalente entre los 15 y 30 años de edad. La proporción hombre/mujer varía de 9:1 a 5:1.

La prevalencia de bulimia nervosa es menor en poblaciones heterogéneas con una edad promedio mayor, entre 0.4% (Rand y Kuldau, 1986) y 1.9% (Fairburn y Cooper, 1983). En poblaciones homogéneas, como las de bailarinas, la prevalencia se eleva al 15.2% (Hamilton, et al, 1985). En estudiantes universitarios los datos reportados varían desde un 11% (Nevo, 1985) hasta 21.6% (Pertschuk, Collins, Kreisberg y Fager, 1986). En estudiantes de nivel preparatoria se

reporta una prevalencia del 12.5% (Williams, Schaefer, Shisslak, Gronwalt y Comerci, 1986). Investigaciones en estudiantes reportan una prevalencia del 2.5%, mientras que la prevalencia en población general es del 0.7%.

Cuando se promedian las prevalencias obtenidas en los diferentes estudios, se obtiene un porcentaje de 7.6, el cual resulta demasiado alto para poblaciones de mayor edad y heterogéneas, no así en poblaciones jóvenes y homogéneas, en las cuales resulta bajo.

En relación con los factores ambientales, como son la participación en deportes o actividades en las que el peso corporal debe ser restringido para la ejecución, Garner (1980b) reportó que el 6.5% de una muestra de estudiantes de ballet canadienses había padecido anorexia nervosa. La actividad per se, no necesariamente relacionada con la competencia, se cree que contribuye con el 38% al 75% de todos los casos de anorexia nervosa (Crisp, 1980).

El grado de competencia en estas actividades es otra variable importante. En el estudio de Garner (1980b) la incidencia de anorexia nervosa fue del 7.6% en los escenarios más competitivos y del 3.5% en los menos competitivos.

El estudio realizado por Garner, Garfinkel, Rockert y Olmsted (1987) con 55 estudiantes de ballet mostró que el 25% de ellas presentaban síntomas de anorexia nervosa en el seguimiento y 14% síntomas de bulimia o de un síndrome parcial (presencia de algunos síntomas característicos de los trastornos de la conducta alimentaria, pero que no alcanzan a cubrir el criterio diagnóstico)

En una muestra equivalente a la cuarta parte de las compañías de danza de los Estados Unidos y Europa, Hamilton (1985) encontró que el 15% en América y el 23% en Europa reportaron haber tenido anorexia nervosa, y el 19% de las americanas y el 29% de las europeas dijeron haber tenido bulimia. No se encontraron casos de anorexia o bulimia nervosa entre las bailarinas negras, lo cual señala en cuanto a las diferencias étnicas, un mayor grado de satisfacción corporal comparado con las bailarinas de raza blanca.

Diversos estudios han indicado que los trastornos de la conducta alimentaria y otros trastornos psiquiátricos ocurren en el 1% de familiares enfermos y en el 6% de familiares enfermos de anorexia nervosa. Strober, Morrell, Burroughs, Salkin y Jacobs (1985) encontraron una prevalencia del 27% en familiares de primero y segundo grado de pacientes con anorexia nervosa y 6% en familiares de pacientes con otros trastornos psiquiátricos. Se encontraron diferencias significativas entre grupo experimental y grupo control en cuanto a los porcentajes de hermanas

con anorexia nervosa (11.45% vs 1.8%), madres y hermanas (10% vs 1.4%) y tías (9.5% vs 2.4%). Asimismo se ha encontrado que otros miembros de dichas familias tienden a padecer algún trastorno de la alimentación. La tendencia a la obesidad es mayor en las familias de pacientes bulímicas que en las familias de anoréxicas (Garfinkel, Moldofski y Garner, 1979).

En conclusión, los desórdenes alimentarios permanecen relativamente raros, afectan a mujeres jóvenes, y su incidencia parece encontrarse en aumento. Sin embargo, de acuerdo a las evidencias a las que se tienen acceso, los desórdenes alimentarios se encuentran entre los padecimientos psiquiátricos más comunes en mujeres jóvenes. Debido a la alta morbilidad y mortalidad asociada con ellos, es importante realizar esfuerzos para detectarlos y tratarlos. Asimismo existe evidencia acerca de los síntomas que comparten los casos subclínicos con los casos verdaderos, además de que algunos de estos casos pueden llegar a convertirse en casos en toda forma, no deja de ser necesario su tratamiento. Por otro lado, se sabe que la expectativas de delgadez marcadas por la cultura no han sido combatidas hasta la fecha, por lo que se espera que la incidencia de los trastornos alimentarios pueda seguir aumentando (Hsu, 1996).

2. Panorama Epidemiológico Nacional

Las investigaciones realizadas en México acerca de los desórdenes alimentarios, han consistido básicamente en estudios de caso de pacientes diagnosticadas como anoréxicas o bulímicas, principalmente tesis de licenciatura, maestría y doctorado de las carreras de psicología y medicina.

Entre los estudios que han abordado el tema desde otra perspectiva, se encuentra el trabajo de Sosa y Castanedo (1981), en el cual recopilaron información de un hospital privado de la Ciudad de México de 1970 a 1980, con la finalidad de corroborar los diagnósticos de anorexia nervosa. Los autores encontraron 18 casos de anorexia nervosa reportados, de los cuales sólo 12 cumplían con los criterios diagnósticos del DSM-III (APA, 1980), 3 de ellos con 1 a 3 de los criterios y 3 no cumplieron ninguno de los criterios. De los 12 casos corroborados, todas eran mujeres, entre 14 y 39 años ($X=20.5$), solteras y estudiantes.

Al realizar un seguimiento de 6 meses de 6 de las 12 pacientes, encontraron que 3 de ellas continuaban padeciendo amenorrea y 4 de ellas, distorsiones en la imagen corporal. En el 50% de

los casos se presentaron dependencia a las drogas y alteraciones esquizofreniformes, así como alcoholismo, depresión, intentos de suicidio y personalidad borderline, esta última en 33.3% de los casos.

Estudios más recientes han intentado detectar la presencia de conductas anómalas de la alimentación en poblaciones de estudiantes de nivel secundaria, preparatoria y licenciatura, así como en estudiantes de danza. Holtz (1992) realizó un estudio exploratorio con 90 estudiantes de una preparatoria privada de la ciudad de México, aplicando una traducción del Eating Disorders Inventory-2 (EDI-2) (Garner, 1991). Los resultados de este estudio indicaron que la media del peso de las adolescentes de la muestra, se encontraba dentro los parámetros normales para estatura y edad, presentando sin embargo, un peso deseado 3 kilos por debajo de éste. Entre las conductas anómalas del comer se encontraron porcentajes elevados de seguimiento de dietas (59%), atracones (51.8%), consumo de anfetaminas (27.7%), diuréticos (12%) y laxantes (6%); además de 19.3% de amenorrea y 81% de casos con manifestaciones de preocupación por el peso. Por otro lado, al comparar los resultados obtenidos con los datos reportados en población norteamericana, se encontraron elevaciones en la escala de impulsividad y niveles altos mas no significativos, en desconfianza interpersonal y miedo a madurar. Holtz (1992) concluye que no encontró casos de anorexia nervosa, pero sí 39% de casos de bulimia, aunque esto último puede ser un porcentaje "inflado" debido a la presencia de falsos positivos y a que el EDI-2 por sí sólo, no proporciona un diagnóstico irrevocable.

En otro estudio, realizado con una muestra de estudiantes (hombres y mujeres) universitarios (N=197), de preparatoria, licenciatura y posgrado de la Ciudad de México, Gómez Peresmitré (1995), encontró con respecto a las variables que exploraban conducta alimentaria (normal y anómala), que la frecuencia con la que los estudiantes respondieron seguir prácticas o tener hábitos relacionados con conducta alimentaria normal, no resultó tan alta (valores promedio correspondientes a la categoría "aproximadamente la mitad de las veces") como sería lo deseable, mientras que la mayor frecuencia de respuestas encontradas en la categoría "algunas veces", para las variables que medían conductas alimentarias anómalas, no era lo suficientemente baja como sería lo esperable tomando en cuenta para ambos casos, que la población de la que se extrajo la muestra era una población "normal".

Entre los estudios realizados, el de Escobar (1992) incluye la muestra más grande de sujetos. Comparó las respuestas que dieron estudiantes de secundaria y preparatoria de escuelas públicas y privadas y estudiantes de licenciatura ($N=929$) del sexo femenino de la Ciudad de México, a reactivos que exploraban desórdenes del comer y prácticas relacionadas con éstos.

Escobar (1992) no reporta casos de anorexia nervosa o bulimia nervosa, aunque en su estudio el objetivo principal no era el diagnóstico. La práctica más frecuente reportada fue el seguimiento de dietas: 66% en escuelas privadas Vs. 37% en escuelas públicas y 48% en estudiantes de Nutriología Vs. 64% en otras licenciaturas. Entre los estudiantes de secundaria y preparatoria se encontró un porcentaje muy similar en escuelas privadas y públicas con respecto a "preocupación por el comer" (45% y un 47% respectivamente), mientras que entre los estudiantes de licenciatura este porcentaje fue más bajo (10% nutriología y 32% otras licenciaturas).

Los porcentajes correspondientes a "atracones" fueron: escuelas privadas (31%) y escuelas públicas (12%) entre los estudiantes de secundaria y preparatoria y más bajos entre los estudiantes de nutriología (6%) y las de otras licenciaturas (13%). Por otra parte, la presencia de vómito auto-inducido y uso de laxantes, fue mínima.

Estudios más recientes realizados en población estudiantil de enseñanza básica de la ciudad de México, muestran que en niños entre 10 y 11 años de edad, el 25% realiza dietas intencionales, el 19% con la finalidad de bajar de peso y el 6% para subir el mismo, sin diferencias entre hombres y mujeres. El principal método por el cual estos niños pretendían bajar de peso, era reduciendo el consumo de alimentos "engordadores" (Gómez Peresmitré y Avila, en prensa). Estos datos son interesantes debido a que por primera vez se reporta la presencia de conductas de riesgo hacia el comer en pre-adolescentes mexicanos y por otro lado, resulta alarmante que a tan tempranas edades exista esta tendencia, que en algunos casos pueda ser el punto de partida de un desorden alimentario mayor.

Unikel y Gómez Peresmitré (1996) en un estudio comparativo entre estudiantes de secundaria y preparatoria ($n=49$) y estudiantes de la carrera de danza de Bellas Artes ($n=43$), encontraron un porcentaje del 36.7% de atracones en el grupo de las estudiantes de secundaria y preparatoria. Asimismo sus resultados arrojaron porcentajes relativamente bajos en relación al seguimiento de prácticas tales como, vómito autoinducido, uso de laxantes y diuréticos.

Las conductas anómalas características de los trastornos de la conducta alimentaria se reportaron en mayor porcentaje en el grupo de estudiantes de danza, específicamente el porcentaje de atracones. Otras conductas tales como el exceso de ejercicio y la preocupación por el peso, aunque con altos porcentajes, fueron prácticamente iguales en ambos grupos. En cambio fueron las bailarinas quienes en mayor medida y de manera significativa respondieron hacer dietas y tener sentimientos de culpa relacionados con su forma de comer.

Como se observa a partir de las investigaciones realizadas hasta la fecha, los desórdenes alimentarios en México, no representan todavía un problema con la magnitud como se presenta en algunos países occidentales desarrollados, en donde existe un ideal de belleza muy exigente y gran abundancia de alimento. Sin embargo, en años recientes se ha observado un aumento en la demanda de tratamiento en centros especializados como es el Instituto Nacional de la Nutrición, en donde se recibe un promedio de 10 llamadas telefónicas mensuales solicitando tratamiento para algún trastorno de la conducta alimentaria y de los cuales, aproximadamente 4 se corroboran con diagnóstico de anorexia o bulimia nervosa.

Por otro lado es interesante presentar la información de la Secretaría de Salud sobre mortalidad por anorexia nervosa a nivel nacional. Debido a que en estas estadísticas se presentan casos de 15 hasta 85 años o más, se presupone que no en todos los casos se trata de muertes por anorexia nervosa, sino por anorexia (falta de apetito) debido a diversas causas, a pesar de que los datos aparecen clasificados con la clave internacional de las enfermedades mentales aprobada por la Organización Mundial de la Salud (ICD-9). Estos datos son una muestra interesante, de la falta de información que existe y de la escasa atención que se ha prestado a estas enfermedades hasta la fecha en nuestro país. (Cuadro I)

II Desarrollo histórico de las nosologías diagnósticas

El ayuno ha sido utilizado a lo largo de la historia de la humanidad como una forma de manipulación y control sobre el sí mismo y los otros. En la Edad Media el ayuno formaba parte de las prácticas penitenciaras y ascéticas de los cristianos, particularmente de la mujeres muy religiosas. Para ellos, el ayuno era una forma de fundirse con Cristo, cuyo sufrimiento había salvado al mundo (Bell, 1985, Bynum, 1987).

En el siglo XVI, aparecieron las "doncellas milagrosas", que en la historia de la auto-inanición es el vínculo de los ayunos medievales en el contexto de la tradición cristiana y la anorexia nervosa moderna en un contexto médico.

A lo largo de la historia, conforme la unión entre el ayuno y la religión se fueron disolviendo, la profesión médica poco a poco resaltó la importancia patológica de los ayunos prolongados. Las explicaciones metafísicas fueron substituidas por otras más realistas, de tal forma que a finales del siglo XIX la auto-inanición era considerada una aflicción debida a causas naturales. La discusión acerca de esta conducta fue parte del discurso médico (a excepción de los artistas del hambre y de los huelguistas de hambre), de tal forma que las doncellas milagrosas fueron substituidas por las pacientes histéricas o anoréxicas.

La auto-inanición ha sido considerada siempre como un fenómeno extraordinario a lo largo de la historia, aunque visto como una conducta desviada, siempre ha sido un fenómeno causante de intriga que todavía actualmente no ha perdido su interés. La anorexia nervosa resulta ser en un principio, la afirmación de las demandas culturales, en forma de protesta encubierta en un lenguaje místico o sintomático; mas al avanzar la enfermedad, se convierte en una parodia odiosa, caracterizada por el temor y la intimidación que causa, se convierte en la caricatura del ideal de delgadez obsesivamente perseguido por la cultura del siglo veinte.

Bordo (1990) menciona que en la transformación de los ayunos prolongados como purificación espiritual a la ahora persecución de un ideal estético, la auto-inanición se volvió un proyecto al servicio del cuerpo, más que al servicio del alma.

La anorexia nervosa fue distinguida por primera vez como una entidad clínica independiente por Richard Morton en 1689, quien la nombró "phtisis nervosa". Morton describió el síntoma principal de la anorexia nervosa como "un deseo de apetito" y pérdida de peso

atribuible a estados de ansiedad y tristeza. Escasamente mencionada en los siguientes 200 años, la anorexia nervosa repentinamente se vuelve nuevamente un foco del interés médico en la segunda mitad del siglo XIX, cuando William Gull en Londres y Charles Lasègue en París, simultáneamente publicaron alrededor de 1870, escritos acerca de numerosos casos de un estado de hambre auto-inducido, ahora claramente reconocible como anorexia nervosa. Gull de hecho, inventa el término anorexia nervosa para distinguirla de la tuberculosis; mientras que Lasègue la denomina anorexia histérica. Huchard en 1883, utiliza el término anorexia mental para diferenciarla de la anorexia gástrica (Gordon, 1990).

La etiología de este padecimiento fue atribuido originalmente a problemas del nervio gástrico o a un estado mental resultado de disturbios emocionales. En 1914, Simmonds explicó que la causa se encontraba en una deficiencia endócrina. Sin embargo en la década de los 30's se realizaron estudios que permitieron distinguirla de la llamada "enfermedad de Simmonds" o caquexia pituitaria, particularmente las explicaciones de corte psicoanalítico argumentaban más bien un origen de tipo psicosexual (Kestemberg y Kestemberg, 1983).

En 1903, Pierre Janet describió las formas histéricas y obsesivas de la anorexia nervosa y posteriormente, Freud sostuvo que se relacionaba con la melancolía y que se presentaba principalmente entre mujeres jóvenes carentes de un adecuado desarrollo sexual (Stunkard, 1990).

En 1963 Thöma, considera que la base de la enfermedad radicaba en la ambivalencia oral del paciente y que la anorexia nervosa funcionaba como una herramienta para la sobrevivencia, en la cual la emaciación era el síntoma principal para lograr independencia.

El enfoque exclusivo en los factores psicosexuales probó ser de poco valor en el tratamiento de estos pacientes. Hilde Bruch en 1973, plantea que los trastornos de la conducta alimentaria deben ser entendidos en términos del desarrollo completo de la personalidad en el contexto familiar, más que una interpretación en términos del desarrollo psicosexual individual, siendo este argumento un parteaguas en el estudio de estos trastornos, según la perspectiva de Gordon (1990).

En la actualidad, la mayoría de los investigadores acuerdan que la anorexia nervosa es un desorden propio del desarrollo de la adolescencia que resulta de la falta de habilidad para afrontar las demandas propias del desarrollo en este período, particularmente con la necesidad de definir la identidad y el sentido de la propia capacidad.

A partir de los estudios realizados con pacientes anoréxicas, se encontró que aproximadamente un 50% de ellas presentaban síntomas bulímicos, es decir, patrones de ingesta excesiva de alimento y el uso de métodos de purga para contrarrestar los efectos engordadores de la comida.

La bulimia fue incluida como diagnóstico independiente en la tercera edición del Manual Estadístico y Diagnóstico (APA, 1980). Sin embargo no es probablemente un trastorno tan nuevo como se cree, algunas referencias ancestrales del término bulimia, se pueden encontrar en el Talmud (400 500 a.C.) en donde el término "boolmut" se utiliza para describir un síndrome en el cual una persona está de tal forma agobiada por el hambre, que tanto su juicio en relación con el alimento como su nivel de conciencia respecto de acontecimientos externos se hallan disminuidos (Vandereycken, 1985), asimismo el término "boulimie" ha sido utilizado en la literatura francesa en el siglo XVIII para describir un patrón de sobre- alimentación (Gordon, 1990),

El término bulimia se deriva de "bulimy" en griego y se traduce como hambre excesiva (Kaplan y Garfinkel, 1984). Como síntoma ha sido reconocida desde fines del siglo XIX, en descripciones en las cuales aparece asociada con algunas patologías del cerebro o con anorexia nervosa. Al parecer las primeras menciones de este padecimiento fueron hechas por Gull en 1873 y Lasègue en 1874 (Casper, 1983), quienes describen casos de pacientes que además de padecer anorexia nervosa, también presentan síntomas bulímicos.

Pierre Janet se interesó por la bulimia y describió 4 casos clínicos en 1903. Su interés fue originado por la presencia de síntomas bulímicos en pacientes que también padecían anorexia nervosa (Stunkard, 1990). En 1944, Bingswanger describe el caso de Ellen West, que es quizá el reporte más temprano y detallado sobre la conducta anoréxica que después se convierte en predominantemente bulímica (Holtz, 1995).

Los trabajos realizados por Russell, finalmente logran el reconocimiento de la bulimia como un síndrome diferenciado, y presenta los criterios diagnósticos de la misma, a partir de la observación de que ésta se podía dar en personas de peso normal y no solo asociado con la anorexia nervosa o la Obesidad (Russell, 1979).

III Desarrollo Conceptual

1. Adolescencia

Generalmente se considera que la adolescencia se inicia con la pubertad, el proceso que lleva a la madurez sexual. Los cambios biológicos del final de la infancia producen un gran crecimiento en estatura y peso, cambios en las proporciones, forma del cuerpo y el alcance de la madurez sexual. Sin embargo, la adolescencia también es un proceso social y emocional que “comienza en la biología, pero termina en la cultura” (Conger y Peterson, 1984).

Antes del siglo veinte, los niños entraban al mundo de los adultos cuando maduraban físicamente o cuando comenzaban el aprendizaje de un oficio. En la actualidad, la entrada en la adultez no tiene un límite claro, en primer lugar la pubertad sucede más pronto que entonces, en segundo lugar, la sociedad contemporánea requiere de un período más prolongado para la educación, lo cual pospone la adultez, y en tercer lugar, no existe tampoco una definición clara de la edad adulta. Algunas culturas marcan la entrada a la edad adulta con ritos particulares que se llevan a cabo a edades determinadas, o se relaciona con algún evento como la menarca en la mujer. Sin embargo, las sociedades industrializadas modernas tienden a ser ambiguas al respecto; puede basarse en parámetros legales (obtener la cartilla o la licencia de manejo), cuando se alcanza la auto-suficiencia económica, cuando se elige una carrera, se casa o se funda una familia.

La adolescencia es la transición en el desarrollo entre la infancia y la edad adulta. Es una fase dinámica en el continuo de la vida, en la cual tienen lugar profundos cambios en el desarrollo físico, fisiológico y bioquímico, así como de personalidad.

En términos generales se considera que la adolescencia inicia a la edad de 12 o 13 años y termina entre los 18 y 22 años. Es un proceso que inicia en la pubertad y lleva a la madurez sexual, es decir, cuando el individuo es capaz de reproducirse. Durante la pubertad maduran las funciones reproductoras, crecen los órganos sexuales y aparecen las características sexuales secundarias. El proceso toma alrededor de 4 años y comienza 2 años antes en las niñas que en los niños. El inicio de la pubertad puede ser desde los 7 hasta los 14 años, aunque generalmente se inicia entre los 9 y 10 años. La madurez sexual se da entre los 9 y 16 y es más común entre los 13 y 14 años.

La pubertad es consecuencia de los cambios originados por una señal fisiológica, que a su vez trae consigo cambios emocionales que pueden manifestarse en los hombres como agresión y en las mujeres, como agresión y depresión (Brooks-Gunn, 1988).

La adolescencia es una etapa particularmente importante en el ciclo de vida de la mujer. Una de las principales señales de maduración, es un incremento agudo en la estatura y el peso, que inicia en las mujeres entre los 9 años y medio y los 14 años y medio, prolongándose aproximadamente durante 2 años. (Behrman y Vaughan 1983). Durante la pre-adolescencia y en la primera fase de la adolescencia, ocurre un importante aumento de grasa subcutánea, el ensanchamiento de la cadera se debe al crecimiento de la pelvis, pero también a la acumulación de grasa en esta zona. Una vez terminado el crecimiento en estatura, sobreviene un nuevo aumento de peso. El depósito de grasas en el cuerpo puede generar ansiedad, provocando como consecuencia la restricción en la alimentación y en algunos casos extremos anorexia o bulimia nervosa. Por otro lado es la etapa en la cual muchos jóvenes entran en contacto con sustancias como el alcohol, el tabaco y la drogas. La capacidad de reproducción también representa un riesgo relacionado con la conducta sexual y el embarazo. (Petersen y Brooks-Gunn, 1988)

En las mujeres la principal característica de maduración sexual es la menstruación. La menarca ocurre bastante adelantado el proceso de desarrollo; en promedio, a la edad de 12 años y medio, (aproximadamente 2 años después del desarrollo de los senos y del útero y después de la explosión del desarrollo); el 80% de las mujeres menstrúan entre los 11 y 15 años de edad. Las variaciones en la edad se deben a factores genéticos y nutricionales, este último asociado a factores socioeconómicos y no se relaciona a factores climáticos. Según los datos reportados por la Encuesta Nacional de Nutrición (1988) realizada en México, el 78% de las mujeres entre 14 y 16 años ya presentaban menarca.

El proceso de maduración y específicamente la menarca, son experimentados por muchas mujeres con sentimientos negativos o ambivalentes, aunque este negativismo tiende a desaparecer con el tiempo. Sin embargo, aún para las mujeres que maduran al tiempo promedio, la imagen corporal pobre y la insatisfacción con el peso, son generalizados (Tobin-Richards, Boxer y Petersen, 1983). Este efecto es en parte el resultado, de la imagen tan difundida de la mujer joven y madura, con cuerpo y proporciones corporales típicos de las niñas prepúberes. (Faust, 1983)

Para algunas personas, los depósitos de grasa se vuelven inaceptables y como consecuencia, inician procesos de dietas y ejercicio para mantenerse delgadas (Brooks-Gunn y Warren, 1985b).

El impacto psicológico de los cambios físicos se manifiesta como una gran preocupación por la apariencia física, el peso, la complexión y el rostro. Las mujeres tienden a estar más inconformes con sus cuerpos que los hombres, principalmente con sus piernas y caderas, debido al énfasis cultural que hay sobre los atributos físicos femeninos. (Tobin-Richards, et al, 1983). El desarrollo de los senos se encuentra relacionado culturalmente con el amamantamiento y la sexualidad y a diferencia de la menarca, son vistos y provocan comentarios frecuentes que provocan enojo y vergüenza.

La mayoría de los problemas de salud de las mujeres adolescentes giran en torno a la sexualidad y el embarazo. Sin embargo en años recientes se han incrementado los índices de consumo de tabaco y otras drogas (Green y Horton, 1982).

La mortalidad adolescente sigue siendo prioritariamente masculina, debido a tres causas principales: accidentes homicidios y suicidios. La adolescencia es el único grupo de edad en el cual se ha incrementado de manera constante el número de muertes por año.

Las enfermedades crónicas en los adolescentes se presentan en un 6%, de ellas, el 32% son de carácter mental (Newacheck 1989). Las mujeres adolescentes son más propensas a la depresión que los hombres de la misma edad, generalmente por causas relacionadas con su apariencia física. A este respecto, algunos estudios realizados han demostrado que la satisfacción con la imagen corporal tiene consecuencias a largo plazo, pues los adultos que se consideraban atractivos en la adolescencia, tienen mayor autoestima y son más felices que aquellos que no pensaron así (Berscheid, Walster y Bohrnstedt, 1973).

En la adolescencia se incrementa la conciencia del propio cuerpo debido a los cambios físicos radicales, la creciente introspección, el énfasis que se pone en el grupo de pares y en los rasgos físicos, y la creciente tendencia a compararse con normas de origen cultural. Algunos estudios han demostrado que mientras más perturbado afectivamente se encuentre un adolescente, menos tolerante es de su estado físico.

Las perturbaciones de la imagen corporal se pueden manifestar en una directa preocupación por el aspecto y el funcionamiento físico. Defectos físicos menores, como el tamaño o forma de la

nariz, pueden convertirse en factores importantes en el equilibrio de la personalidad, ya que para los adolescentes, ser diferente, equivale a ser inferior.

La actitud de los padres juega un papel importante en el concepto que desarrolla el individuo de sí mismo, de sus cuerpo y de sus funciones. Generalmente, cuando un niño siente que su cuerpo no satisface las expectativas de quienes le rodean, con frecuencia se menosprecia. Además, en las familias en las cuales se da gran énfasis al significado del aspecto físico y el funcionamiento físico, se sobrevalora la seguridad que brindan los atributos físicos a la persona.

Durante la adolescencia existe gran sensibilidad hacia el concepto del yo, los jóvenes reaccionan instantáneamente ante lo que se piensa de ellos, dado que su imagen de la propia persona se encuentra en constante cambio, de forma tal que se acepta como verdadera la opinión de padres, maestros y pares. Por otro lado el adolescente crea una imagen corporal ideal a partir de experiencias, percepciones, comparaciones e identificaciones con otras personas, a este respecto los medios de comunicación contribuyen de manera extraordinaria en normas poco realistas, glorificando el cuerpo ideal y descalificando a todo aquél que se aparta de él (Schonfeld, 1973).

El período crítico en el desarrollo de la identidad es la adolescencia, en el cual el individuo debe conjuntar las experiencias de la niñez con las nuevas demandas y retos de una nueva etapa. El proceso de formación de la identidad es particularmente susceptible de disrupción por los cambios radicales en los roles sociales o expectativas culturales.

El "ideal de delgadez" tiene una especial influencia negativa en las personas jóvenes en búsqueda de su identidad, quienes suprimen o no reconocen sus propias capacidades y por lo tanto no son capaces de expresarlas. Estas personas dependen en gran medida de la atención y reconocimiento de los demás. Desviarse de la persecución del ideal de delgadez puede traer consigo graves crisis y en casos extremos forzar al cuerpo hacia conductas anómalas para conseguir dicho ideal (Fichter, 1990).

Gordon (1990) plantea que los trastornos de la conducta alimentaria son la expresión extrema de las expectativas socialmente alteradas de la mujer a partir de la segunda mitad del siglo XX y particularmente desde los años 60's. En un tiempo relativamente corto, las mujeres jóvenes han encontrado una serie de nuevas presiones: mayores expectativas de logro, competencia e independencia; valores que se contraponen al rol femenino tradicional de las sociedades

occidentales. Ante el incremento de oportunidades a la vez que de presiones, la dificultad para encontrar una identidad "viable" ha generado sensaciones de fragmentación, confusión y duda. En términos de una enfermedad étnica, las personas que sufren anorexia y bulimia nervosa, viven conflictos psicológicos generalizados en nuestra cultura acerca del rol femenino, centrados en áreas tales como autoestima, autonomía y logro. La ansiedad, depresión y confusión resultantes, son lo suficientemente severas para desarrollar síntomas, que a su vez son defensas ante el estrés psicológico subyacente.

2. Antecedentes teórico-prácticos

2.1 Algunas características de personalidad de las estudiantes de ballet y bailarinas profesionales

La investigación en México específica en el área de la danza, abarca principalmente estudios de tipo histórico y antropológico sobre el significado y evolución de las danzas autóctonas del país. En el campo específico de la salud, es muy escasa la información, sin embargo se encuentran algunos trabajos de investigación desde las perspectivas pedagógica, médica y psicológica, y si tomamos en cuenta los trabajos de la especialidad de medicina del deporte, encontramos estudios realizados con atletas de alto rendimiento y otros deportistas, que nos brindan información valiosa sobre las personas que como los bailarines, dedican gran cantidad de horas diarias a ejercitar su cuerpo.

Por ejemplo, Eguarte (1990) realizó un estudio comparativo con niñas entre 7 y 9 años que estudiaban ballet y un grupo equivalente en edades que no practicaban ninguna actividad extracurricular. Su interés era conocer el nivel y tipo de imagen mental según los criterios de Piaget. La autora encontró que las niñas que estudiaban ballet tenían menor cantidad de errores en las tareas de anticipación en el dibujo, presentaban respuestas operatorias, ponían mayor atención al detalle, seguían mejor las instrucciones, eran más cuidadosas al dibujar y tenían mejor ubicación espacial.

Otterbach (1990), investigó el perfil de personalidad de un grupo de atletas mexicanos de alto rendimiento y otro de atletas de menor rendimiento con el MMPI y el 16 PF de Cattell. Sus

resultados mostraron que no existen diferencias entre ambos grupos en cuanto a los rasgos de personalidad, salvo en la escala de autoestima, por lo que la autora concluye que los atletas de alto rendimiento tienen mayor autoestima que los de menor rendimiento. Los atletas de alto rendimiento a diferencia del otro grupo, mostraron más respuestas socialmente aceptadas, persistencia, capacidad de previsión, consideración con los otros, fuerza de voluntad; perseverancia, competitividad y orientación al logro; mejor adaptación y seguridad. Los resultados indicaron escasos rasgos de psicopatología en este grupo de sujetos, sin ser posible interpretar su gran dedicación a la actividad deportiva como una conducta de tipo maniaco, debido a la ausencia de conductas inconstantes, características de este rasgo de personalidad.

Estudios realizados en otros contextos socioculturales sobre las características de personalidad de bailarines y estudiantes de ballet, reportan que estos tienden a ser más introvertidos, menos estables emocionalmente, obtienen puntuaciones altas en motivación al logro y expresan mayor cantidad de actitudes desfavorables hacia sí mismos; esto último probablemente como respuesta a las grandes exigencias en cuanto a la apariencia corporal y las habilidades físicas. Al analizar los motivos por los cuales algunos de las estudiantes de danza desertaban de sus estudios, Bakker (1991) menciona que aquellos cuyo perfil de personalidad se asemeja más al perfil estereotipado de personalidad de los bailarines, es decir, emocionalidad alta, gran motivación al logro, relativamente introvertidas y con actitudes desfavorables hacia sí mismas; tienden a permanecer estudiando, mientras que los que se alejan de este perfil, tienden a desertar. Es probable que los niños con estos rasgos de personalidad se sientan atraídos por la sub-cultura de la danza, y una vez dentro de ella, esta se encarga de reforzar los estereotipos de dicha personalidad.

Adame Radell y Johnson (1991) al comparar las actitudes hacia la salud, apariencia, condición física y locus de control, de estudiantes universitarios ($n=120$) y bailarines profesionales ($n=39$), encontró que los bailarines tienen mejor condición física, son más positivos acerca de su condición y salud física y su locus de control es más interno que para los no bailarines, (esto último en concordancia con los resultados obtenidos por Radell, Adame y Johnson (1993). El único aspecto en el cual no se encontraron diferencias entre ambos grupos, fue en cuanto a su apariencia física.

Brooks-Gunn y Warren (1985a), compararon dos muestras de adolescentes, una de estudiantes de escuelas privadas ($n=276$) y otra de estudiantes de ballet ($n=76$) inscritas en

escuelas estrictas con por lo menos 4 clases a la semana (6 horas). Las estudiantes de danza se encontraron más preocupadas por el peso y deseaban pesar menos, aunque su peso era en promedio 8 kg menor al de las no bailarinas. Además, no se percibían delgadas, aunque sí reconocían ser más delgadas que el promedio de las niñas de su edad. Este grupo también reflejó altos índices de perfeccionismo e introversión.

Las estudiantes de danza en su mayoría son niñas con menarca tardía, lo que marca diferencias físicas como tener un menor peso corporal, y conductuales, como mayor control sobre su alimentación. Las niñas con menarca a la edad promedio, presentan mayor grado de bulimia y seguimiento de dietas, su imagen corporal es negativa (se consideran más gordas de lo que son) y desean ser más delgadas, aún pesando lo indicado o menos para su estatura y edad; como consecuencia presentan mayor grado de psicopatología. Ante estas características Brooks-Gunn y cols. (1985a) concluyen que para las estudiantes de ballet, presentar menarca tardía, representa una ventaja, ya que gran parte del éxito en esta actividad se centra en el peso corporal.

Garner y Garfinkel (1980b) encontraron una correlación positiva entre sintomatología psicológica y los trastornos de la conducta alimentaria tanto en las pacientes con anorexia nervosa como en las estudiantes de danza de su muestra, aunque en el grupo de pacientes las puntuaciones del Hopkins Symptom Checklist (HSCL), fueron mayores. Los autores plantean la posibilidad de que exista una constelación de síntomas psicológicos comunes en las personas que experimentan una preocupación extrema acerca del peso, la comida y la figura corporal, como son las bailarinas y las pacientes anoréxicas.

El estudio realizado por Petrie (1993) con gimnastas universitarias (N=215), encontró diferencias significativamente mayores en el grado de psicopatología presentado por las atletas detectadas como bulímicas que por el resto de la muestra, en las cuatro áreas estudiadas (satisfacción con la figura, creencias acerca de su atractivo físico, autoestima y diferencias en el peso corporal). El autor menciona que debido a la similitud en cuanto a edad y tamaño físico presentado por ambos grupos, las diferencias en las puntuaciones presentadas por las variables actitudinales y de rasgos de personalidad, no son un artefacto de las diferencias en edad y tamaño físico. Los resultados se inclinan sobre la idea de que la presión social para alcanzar un ideal de delgadez, aunado a las presiones del ambiente deportivo, juegan un papel importante en el

desarrollo de las conductas patológicas del comer y en los problemas de actitudinales y de personalidad concomitantes.

2.2 Trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de ballet y bailarinas profesionales

La investigación en el área de los trastornos de la conducta alimentaria se ha centrado en tres aspectos fundamentales: factores socioculturales asociados con su incidencia, los tipos específicos de desórdenes y el perfil psicológico asociado con éstos.

La incidencia de la anorexia y la bulimia nervosa depende en gran medida de los factores socio-culturales y del momento histórico particular en el que se estudian.

En relación con los factores ambientales que tienen influencia en el desarrollo de estas enfermedades, se encuentran entre los más conocidos, la participación en deportes u otras actividades en las que el peso debe ser restringido para la ejecución, como el ballet (Hamilton, et al 1985; Szmuckler, 1985b; Garner, 1980b, 1987; Warren et al, 1990); la gimnasia (Rosen, McKeag, Hough y Curley, 1986); las luchas (Enns, Drewnowski y Grinker, 1987); la natación (Dummer, Rosen, Heusner, Roberts y Counsilman, 1987) y el modelaje (Garner et al, 1987).

Garner et al (1978, 1980b, 1987) han sugerido que las variables culturales, al interactuar con fuerzas psicológicas, juegan un papel importante en la producción de síntomas característicos de los trastornos de la conducta alimentaria. A partir de los resultados de sus investigaciones, han propuesto que las personas que desarrollan trastornos de la conducta alimentaria gravitan alrededor de áreas de la cultura en donde existe una focalización exagerada hacia el tamaño del cuerpo así como grandes expectativas de logro.

A pesar de que las bailarinas presentan en general algunas de las características asociadas con la anorexia nervosa, las cuales pueden colocarlas ante mayor riesgo para desarrollar trastornos de la conducta alimentaria como son: grandes expectativas de logro, perfeccionismo, miedo a la obesidad, preocupación por el cuerpo, sumisión, seguimiento de dietas y un alto nivel de actividad (Vincent, 1981, Bruch, 1978); el ambiente no deja de ser un factor determinante en el desarrollo de la enfermedad.

Garner y Garfinkel (1980b) realizaron un estudio (N=423) comparando mujeres estudiantes de ballet (n=183), en escuelas con programas altamente competitivos (n=103) y en otros menos estrictos (n=80); modelos (n=68), pacientes con anorexia nervosa (n=56), controles normales (n=81) y estudiantes del conservatorio de música (n=35). Los resultados de su estudio reportaron mayores índices de síntomas anoréxicos entre las bailarinas y las modelos que en el grupo control. Los autores reportan que el 6.5% de las bailarinas y el 7% de las modelos fueron diagnosticadas con anorexia nervosa primaria, de las cuales sólo un caso entre las bailarinas y dos casos entre las modelos, la desarrollaron previamente al entrenamiento dancístico o de modelaje. Los autores concluyen que el entrenamiento, aunado a la extrema delgadez, pudieron ser los factores desencadenantes de la enfermedad.

En este mismo estudio, las estudiantes de ballet en comparación con los estudiantes de música, presentaron diferencias significativas en cuanto a la presencia de mayor número de síntomas anoréxicos ($t=4.45$, $p<0.001$), hecho que favorece la hipótesis de que un ambiente altamente competitivo por sí mismo no deriva necesariamente en el desarrollo de anorexia y bulimia nervosa; sino que es necesario que exista además, la presión a estar delgado. Por otro lado, se encontraron diferencias significativas entre la cantidad de síntomas reportados en las escuelas de ballet con mayor grado de competitividad, en comparación con las menos competitivas ($X^2=4.85$, $p<0.05$), siendo que en las primeras la incidencia de anorexia nervosa fue dos veces mayor que en las menos competitivas y que en las escuelas de modelaje.

Hamilton et al (1985), realizaron un estudio con bailarinas profesionales de compañías de ballet norteamericanas (n=50) y europeas (n=16), con diferentes grados de competitividad. En su estudio y en concordancia con los reportes de Garner y Garfinkel (1980b), Hamilton encontró una correlación positiva entre la cantidad de síntomas anoréxicos y las expectativas de logro manifiestas en el grado de competencia manejado por la compañía de danza. En las compañías más estrictas en cuanto a selección, número de horas de ejercicio, estándares de delgadez y seguimiento de dietas, se encontraron los únicos casos de anorexia nervosa; además de que en general, las bailarinas de estas compañías presentaron mayor cantidad de síntomas, lo cual indica que la preocupación por el cuerpo no es la única variable importante en la patogénesis de la anorexia nervosa en bailarines. El seguimiento excesivo de dietas y el nivel de actividad son factores que también juegan un papel importante. Los resultados de ambos estudios han

demostrado que las bailarinas profesionales se encuentran ante mayor riesgo de reportar trastornos de la conducta alimentaria que las mujeres que no hacen ejercicio y las estudiantes adolescentes de danza.

En un segundo estudio (Hamilton, Brooks-Gunn, Warren y Hamilton, 1988) realizado con bailarinas norteamericanas ($n=32$) y bailarinas chinas ($n=17$) de tres diferentes compañías estadounidenses de ballet y una de la República de China, se encontró que el peso de las bailarinas de la muestra total se encontraba dentro de un rango del 6 al 12 por ciento por abajo del peso ideal según estatura y edad. Los investigadores reportan diferencias significativas con respecto a la incidencia de desórdenes del comer: las bailarinas de las compañías menos estrictas o exigentes en la selección de las mismas (realizada a través de audiencias) tenían un mayor índice de trastornos alimentarios (prácticas anoréxicas y bulímicas) que las de las compañías más estrictas (selección temprana, desde la niñez, con control continuo del peso y la figura), 46% Vs. 11%; $p < 0.05$. De acuerdo con los investigadores las bailarinas de las compañías menos estrictas en su selección, tenían que recurrir a prácticas alimentarias anormales para mantener su peso bajo, puesto que el ballet no es muy efectivo para reducir el peso debido al bajo gasto calórico implicado. Dichas diferencias no se encontraron cuando la comparación se realizó entre bailarinas de compañías igualmente estrictas en su selección.

Asimismo, Abraham (1996) reportó, al comparar una muestra de 60 estudiantes de ballet de tiempo completo con 216 estudiantes con el mismo promedio de edad, que la mayoría de las estudiantes de ballet, necesitan usar métodos para controlar o bajar de peso y mantenerlo en el rango deseado. La energía gastada en los entrenamientos de danza, no explican el peso bajo promedio. Tampoco se demuestra que las bailarinas profesionales sean seleccionadas o auto-seleccionadas para ser bailarinas, debido a que son genéticamente delgadas, aunque otras características como la estructura corporal, la flexibilidad y otros atributos físicos son también importantes. Los resultados del estudio confirman la hipótesis que sostiene que las bailarinas presentan mayor grado de preocupación por el peso del cuerpo que las mujeres que no se entrenan en ballet u otras actividades similares. Asimismo las bailarinas se encuentran más preocupadas por su forma de comer y por el control del peso del cuerpo. Sin embargo, estas mismas características fueron halladas entre las estudiantes que no practican ballet, de tal forma, dos terceras partes de la

muestra de estudiantes han utilizado o utilizan por lo menos algún método de control de peso, incluyendo entre ellos, el vómito auto-inducido, uso de laxantes y diuréticos.

Joseph, Wood y Goldberg (1982), en un estudio comparativo de 245 estudiantes norteamericanos de las carreras de danza (n=34), teatro (n=86), lenguas (n=97) y educación física (n=28); encontraron que en las carreras de danza y teatro existe mayor propensión entre los estudiantes a presentar síntomas anoréxicos, medidos con el Test de Actitudes en el Comer (Eating Attitudes Test. Garner y Garfinkel, 1979). El hecho de que los estudiantes de la carrera de lenguas presentaran la menor cantidad de síntomas, substancia la hipótesis de que la imagen corporal juega un papel importante como un estresor psicosocial en los eventos que conllevan al desarrollo de la anorexia nervosa. El autor encontró que el ideal de un cuerpo delgado es una característica que tiene influencia en el desarrollo de síntomas anoréxicos, siendo difícil decir sin embargo, si los síntomas anoréxicos se desarrollan en personas con una predisposición biológica dada y que por lo tanto tienden a gravitar selectivamente hacia áreas de la cultura en donde se da mayor importancia a la imagen corporal, o si las demandas de estas áreas llevan al escenario psicopatológico necesario para desarrollar la enfermedad. Una posible explicación de este fenómeno, es que estas personas poseen cierta propensión psicológica hacia la anorexia nervosa, la cual se exagera con las demandas del medio social, de tal forma desarrollando la expresión clínica de la enfermedad.

Warren y cols. (1990) al comparar mujeres atletas (n=59), gimnastas (n=15) y mujeres no deportistas (n=52) en cuanto a la presencia de trastornos de la conducta alimentaria, encontraron que la participación en una actividad deportiva en la que se requiere un bajo peso corporal, no es invariablemente un factor que confiera riesgo en el desarrollo de estos trastornos. Las mujeres atletas presentaron muy pocos síntomas anoréxicos, inclusive menos que las mujeres no atletas. Comparando con las atletas, las gimnastas sin embargo, presentaron mayores deseos de estar delgadas, mayor grado de insatisfacción corporal y mayor grado de preocupación por el peso, a pesar de que en ambos deportes se requiere un cuerpo delgado. Es probable que el tener una figura esbelta entre las gimnastas, sea un factor importante de éxito profesional, además del hecho de que se encuentren enfocadas más que otro tipo de atletas, hacia un ideal estético del cuerpo, lo que las coloca ante mayor riesgo para adquirir estas enfermedades.

Los resultados del estudio realizado por Petrie (1993) con gimnastas universitarias (N=215) señala que un número significativo de mujeres universitarias, ya sea atletas o no, experimentan disturbios alimentarios que pueden tener efectos deletéreos en su funcionamiento físico y psicológico, y que las conductas anómalas del comer se han vuelto probablemente en la conducta normativa de las mujeres universitarias. El autor encontró que un 60% de los sujetos presentan un desorden alimentario moderado (sin alcanzar un criterio diagnóstico), principalmente la práctica excesiva de ejercicio, y sólo el 22% de fueron clasificadas "normales". La conclusión de este estudio apunta hacia la detección temprana de los casos de patología moderada, con la finalidad de prevenir el desarrollo de patologías alimentarias más severas.

En relación con el peso corporal, diversos estudios han reportado que estudiantes y profesionales del ballet, presentan porcentajes entre 6 y 12% por abajo del peso ideal para edad y estatura; (Brooks-Gunn, Warren y Hamilton, 1986; Calabrese, Kirkendall, Floyd, et al, 1983; Garner y Garfinkel, 1980b; Frisch, Wyshak y Vincent, 1981; Garner, Olmsted y Polivy, 1983; Hamilton et al, 1988; Meerman, 1982). Al respecto en México, Unikel y Gómez Peresmitré (1996), encontraron las mismas tendencias al comparar una muestra de estudiantes de ballet (n=43) y una muestra de estudiantes de secundaria y preparatoria (n=49). Los resultados indicaron que el peso promedio en el grupo de las bailarinas (Índice de Masa Corporal* IMC=18.72) era significativamente menor que el peso promedio de las estudiantes de secundaria y preparatoria (IMC=20.65), presentando diferencias significativas en cuanto al (IMC) ($t=2.5$, 76 gl, $p<0.05$).

Por otro lado y aunado a los bajos índices de peso corporal encontrados entre las estudiantes de danza y bailarinas profesionales, se han encontrado altos porcentajes de amenorrea y de irregularidades en la menstruación (Brooks-Gunn et al, 1986; Frisch et al, 1980; Garner et al, 1980a), esto último relacionado con el bajo peso corporal. Brooks-Gunn et al (1986) encontraron mayores índices de psicopatología y menor tono emocional entre bailarinas con amenorrea que en aquellas sin amenorrea o con oligomenorrea.

En un estudio prospectivo a 2-4 años con 55 adolescentes estudiantes de danza Garner et al (1987), encontraron que los predictores más importantes del desarrollo de la anorexia y bulimia nervosa son los índices de insatisfacción con el cuerpo y el deseo de estar delgada (medidos con el EDI, Inventario de Desórdenes en la Alimentación, Garner et al, 1983). Los autores encontraron

* Índice de Masa Corporal = peso/estatura²

un 25% de estudiantes de danza con un diagnóstico de anorexia nervosa en el seguimiento y 14% con bulimia nervosa o síndrome parcial. En los casos de anorexia nervosa que habían subido de peso en el seguimiento, persistían sin embargo, las actitudes distorsionadas hacia el peso y la figura, así como problemas emocionales.

Un hallazgo interesante de este estudio es que la presencia de actitudes distorsionadas hacia el peso y la figura pueden ser predictores del desarrollo de un trastorno más grave, ya que plantea la posibilidad de que algunas de las adolescentes vulnerables pueden ser detectadas a través de instrumentos psicométricos económicos, siempre que la evaluación no se perciba como una amenaza para conseguir los fines de su carrera.

Unikel y Gómez Peresmitré (1996) encontraron que las conductas anómalas del comer, se presentaron en mayor proporción entre las estudiantes de danza, como son: seguimiento de dietas, sentimientos de culpa después de comer y atracones, aunque esta última sin diferencias significativas cuando se compararon con las estudiantes de secundaria y preparatoria. En cuanto a la autopercepción del peso corporal, se encontró una tendencia general a percibirse más pesadas y a tener el deseo de ser más delgadas, más marcado entre las estudiantes de danza.

A partir de los estudios realizados se ha concluido que entre los factores que intervienen en el desarrollo de la anorexia nervosa entre bailarinas, se encuentran tanto las reglas de selección de los bailarines en las compañías de danza, como la socialización una vez incorporados a un ambiente altamente competitivo. Sin embargo, no se sabe si las mujeres con determinadas características de personalidad son más propensas a desarrollar la enfermedad, o si estos perfiles son sólo factores concomitantes. Garner y Garfinkel (1980b) señalan que aunque la presión para estar delgada es un factor importante, la evidencia general es que se trata de un desorden multicausal. Entre los factores potenciales predisponentes se han encontrado: características de personalidad, desórdenes perceptivo-conceptuales, tendencia a engordar, patrones familiares patológicos de interacción, características de personalidad en los padres, y actitudes de los padres hacia el peso, control y forma del cuerpo. Aunque muchas personas pueden poseer dichos antecedentes, es solamente en aquellas en quienes un comentario o evento sin importancia aparente, lleva a la "idea fija" de que la pérdida de peso mejorará los sentimientos de ineficacia e inadecuación que tiene la persona de sí misma.

En el ballet es particularmente importante la presión ejercida para tener un cuerpo delgado, requisito atribuible a los estándares modernos de dicha manifestación artística. Se espera que la bailarina dibuje un contorno afilado en el espacio, para lo cual, las formas protuberantes del cuerpo son un gran impedimento.

Agnes de Mille comenta: "Pocas bailarinas desarrollan cuerpos de mujeres maduras; se mantienen delgadas en las caderas y sin busto, fenómeno remarcado por los diseñadores de ropa. Otro factor importante es que las mejores ejecutantes, las más capaces de producir satisfacciones sensuales, son en sus cuerpos las menos sensuales. De hecho, han sacrificado todos los órganos de satisfacción personal y han mantenido y apreciado únicamente aquellas para la satisfacción de otros, el sistema de huesos y músculos para lograr la elevación y la propulsión. (Gordon, 1990, pp. 72)

Los síntomas de la anorexia nervosa son estadísticamente comunes o adaptativos en el ambiente dancístico (Holderness, Brooks-Gunn y Warren, 1994), tienen sin embargo, serias consecuencias negativas de salud. Si bien la recuperación tiende a ser buena, sobre todo a partir del parámetro del aumento de peso y regulación de la menstruación; en muchos casos permanecen las fluctuaciones en el peso, las conductas anómalas del comer, las distorsiones en la percepción y los disturbios psicológicos asociados. Además, no se deben menospreciar las consecuencias de la supresión crónica del peso, las cuales han sido asociadas al retardo en la pubertad, manifiesto entre otras características por menarca tardía, amenorrea, mayor psicopatología y menor tono emocional (Frisch et al, 1980, Garner y Garfinkel, 1980b; Hamilton et al, 1988; Manson, 1995). Por otro lado, Warren, Brooks-Gunn, Hamilton, Warren y Hamilton (1986) encontraron alta frecuencia de escoliosis (24%) y fracturas debidas a tensiones (61%) en el ballet, más frecuentemente cuando existen menarca tardía y amenorrea secundaria. Newton, Freeman, Hannah y Cowen (1993) ha encontrado que los pacientes con bulimia nervosa se encuentran bajo riesgo de padecer osteoporosis, sobre todo cuando han padecido anorexia nervosa, cuando existe una historia prolongada de amenorrea, cuando la bulimia es de comienzo tardío y cuando el peso del cuerpo se ha mantenido por abajo del ideal por periodos prolongados.

2.3 Trastornos de la conducta alimentaria y psicopatología asociada

La importancia del estudio de las características de la personalidad en personas que padecen trastornos alimentarios, radica en que son enfermedades que se pueden convertir en la expresión del potencial patológico de individuos con vulnerabilidades particulares de personalidad, que viven en culturas que promueven la insatisfacción extrema con el cuerpo en las mujeres (Leon et al, 1993). Los autores refieren que la evaluación de las características de personalidad y conducta de manera continua, debe permitir a los investigadores distinguir entre los factores asociados con los problemas del comer episódicos que se resuelven con el tiempo, y con los factores que son indicadores premórbidos del desarrollo eventual de un desorden alimentario crónico. Los estudios acerca de los rasgos de personalidad de pacientes con trastornos alimentarios, muestran la presencia de un cúmulo de rasgos "neuróticos". Patton, Johnson-Sabine, Wood, Mann y Wakeling (1990) encontraron que los síntomas neuróticos y depresivos y las características obsesivas de la personalidad, se asocian con factores de riesgo para el desarrollo de los desórdenes alimentarios.

Los diferentes estudios realizados señalan la presencia de rasgos obsesivos en 27% a 61% de las diversas muestras descritas, timidez y dependencia en 21% a 48% y ansiedad en 51% a 64% de los casos. Las primeras investigaciones realizadas, concurren en que el tipo de personalidad predominante (69% a 87%) se comprende de la combinación de rasgos obsesivos, inhibición y conformismo (Vitousek y Manke, 1994).

Diversos autores han estudiado la comorbilidad psiquiátrica en pacientes con desórdenes alimentarios. Los principales diagnósticos reportados son los trastornos afectivos y los trastornos de la personalidad, esto es en términos generales sin considerar los diferentes subtipos dentro de los trastornos alimentarios. Los estudios realizados investigando las diferencias entre subtipos de patologías alimentarias, se ha reportado que las pacientes con anorexia nervosa restrictiva, presentan menor grado de psicopatología, mientras que aquellas que presentan tanto anorexia como bulimia nervosa, se sitúan en el extremo opuesto.

Braun, Sunday y Halmi (1994) reportaron que el 63% de los pacientes estudiados (N=105) tenían historia de algún desorden afectivo, y la mitad habían experimentado uno o más episodios de depresión mayor. Las anoréxicas restrictivas presentaron en menor grado historias de depresión

en comparación con las bulímicas, mientras que la depresión mayor era aún más común en las pacientes con ambos diagnósticos. Por otro lado se confirmó que la ansiedad y los desórdenes afectivos representan condiciones comórbidas para anoréxicas y bulímicas, y que las bulímicas son más propensas al abuso de sustancias. Asimismo se encontró que 69% de los sujetos de la muestra presentaron por lo menos un trastorno de la personalidad, siendo menos común en las anoréxicas restrictivas. De la totalidad de pacientes que presentaron un diagnóstico en el Eje II, la gran mayoría también tenían un diagnóstico en el Eje I, además del trastorno de la alimentación. Los autores mencionan que no queda claro sin embargo, si el trastorno de personalidad coloca a los pacientes en riesgo para el desarrollo de un desorden alimentario, o si el desarrollo de estas enfermedades (principalmente en la adolescencia) tiene un efecto particular en el desarrollo de la personalidad.

Cash y Hicks (1990) encontraron la existencia de una alta relación entre la auto-evaluación del peso en personas de peso normal y los trastornos de la conducta alimentaria, así como la preocupación por el peso, la imagen corporal, el seguimiento de dietas y el ajuste emocional. Cuando las personas se auto-evalúan gordas, a pesar de tener un peso normal, se califican más negativamente, se sienten más insatisfechas con su cuerpo y su salud y su ajuste emocional es menor al de los sujetos control, manifestándose en un menor grado de satisfacción en la vida, depresión, menor auto-aceptación de sí mismos y de los otros.

En una muestra de 32 pacientes anoréxicas divididas en dos grupos: anorexia restrictiva y Anorexia-bulímica, Yellowees (1985) encontró diferencias en el peso y edad de las pacientes, mayor en las anoréxicas-bulímicas. Ambos grupos de pacientes manifestaron grados altos de ansiedad, depresión y exaltación, sin presentar diferencias significativas. Las pacientes que padecen anorexia y bulimia nervosa presentan más impulsividad, auto-mutilación, mayor peso corporal, mayor conciencia de enfermedad, más edad, más ansiedad y culpa. El autor ha encontrado que a mayor duración de la enfermedad, existen más síntomas de depresión. Cuando se encuentran bajos grados de ansiedad, fobia, obsesividad y somatización el pronóstico suele ser más favorable.

Casper, Eckert, Halmi, Goldberg y Davis (1980) mencionan que las pacientes que padecen anorexia nervosa restrictiva son más introvertidas, niegan las sensaciones de hambre y no manifiestan angustia abiertamente. Mientras que las pacientes bulímicas son más extrovertidas,

admiten tener apetito, son de mayor edad, roban frecuentemente, manifiestan más ansiedad, depresión, culpa, sensibilidad interpersonal y más quejas somáticas.

Johnson y Larson (1982) y Johnson y Berndt (1983), al estudiar una muestra de 15 mujeres bulímicas, encontraron mayor grado de patología expresado a través de estados de ánimo disfóricos y fluctuantes en mujeres que padecen bulimia con peso normal, que en mujeres normales ($n=24$). Las mujeres bulímicas pasan más tiempo solas ($t=3.29$, $p<0.01$), dedican mayor tiempo a actividades relacionadas con la comida ($t=6.92$, $p<0.001$) y su estado psicológico general es más triste, son solitarias, débiles, pasivas, irritables y constreñidas que el grupo control. En cuanto al grado de excitación/aburrimento y alerta/somnolencia, los autores no encontraron diferencias significativas. Los autores mencionan que así como en las pacientes anoréxicas, co-existe un trastorno afectivo con la bulimia, sin embargo este trastorno no se manifiesta en conductas de fatiga, aletargamiento, falta de motivación, etc., sino que es de tipo activo, alerta y voluble en el estado de ánimo. Debido a la vulnerabilidad que existe en la bulimia, en cuanto a estados de ánimo de tipo eufórico y fluctuantes, similares a los del alcoholismo, puede existir un riesgo de adquirir conductas adictivas con la intención de disminuir dichos síntomas. Por otro lado menciona que el tiempo que se dedica a las conductas que giran alrededor de la comida como son los atracones y la práctica de métodos de purga, provocan aislamiento social en estas personas, conductas que pueden convertirse en un mecanismo de tensión-regulación.

El uso del MMPI para el estudio de los pacientes con trastornos alimentarios ha mostrado perfiles específicos para cada subcategoría de los mismos, si bien las anoréxicas restrictivas muestran perfiles que sugieren depresión, aislamiento social y ansiedad, siendo depresión la escala más elevada, y a veces la única clínicamente elevada; las anoréxicas bulímicas muestran perfiles con mayor severidad y menor precisión en los rasgos. Depresión y ansiedad son rasgos prominentes, pero la elevación en otras escalas muestran rasgos expresivo-dramáticos ausentes en las "restrictivas", las escalas Depresión (2), Desviación psicopática (4) y Esquizofrenia (8) pueden ser mayores de 70, y son consistentemente menos elevadas las escalas Histeria (3), Masculinidad-feminidad (5), Paranoia (6) y Psicastenia (7). Por lo general se reporta un promedio de 3 a 6 escalas clínicamente elevadas en este grupo. Por otro lado, cuando se trata de pacientes bulímicas de peso normal, no se encuentra un perfil homogéneo, sino que se presentan elevaciones en todas las escalas, y muchas combinaciones en la elevación de las mismas, siendo las más altas Depresión

(2) y Desviación psicopática (4) por lo general. En conclusión los autores señalan que los pacientes con desórdenes alimentarios no conforman una entidad homogénea en cuanto a rasgos de personalidad, la enfermedad es el resultado de diversas etiologías que se desarrollan en el contexto en un amplio espectro de dinámicas de la personalidad.

Shisslak, Pazda y Crago (1990) compararon mujeres anoréxicas restrictivas (n=20), bulímicas de peso normal (n=31), de peso bajo (n=20) y con sobrepeso (n=22), obesas (n=22) y controles de peso normal (n=31) en cuanto a sus características de personalidad. Los autores reportan que la mayor psicopatología la presentaron las pacientes bulímicas de peso bajo, presentando estas: locus de control externo, baja autoestima, poco sentido de efectividad y mayor psicopatología en las escalas Histeria (3), Desviación psicopática (4), Masculinidad-feminidad (5), Psicastenia (7) y Esquizofrenia (8) del MMPI. En las pacientes bulímicas encontraron que aquellas de peso normal presentaban mayor autoestima que las de peso bajo o alto. Las bulímicas de peso alto presentaron índices elevados en las escalas Depresión (2) y Desviación psicopática (4) del MMPI y las anoréxicas restrictivas una sola escala del MMPI elevada, introversión social (0). De todos los grupos estudiados, las pacientes bulímicas de peso normal presentaron el menor grado de psicopatología en las escalas del MMPI.

Diversos estudios realizados en muestras de pacientes anoréxicas y bulímicas en donde se evalúan sus características de personalidad (Biederman, Habelow, Rivinus, Harmatz y Wise, 1986; Pyle, Mitchell y Eckert, 1981) coinciden en que las pacientes bulímicas registran mayores puntuaciones en las escalas Desviación psicopática (4), Depresión (2), Paranoia (6) y Esquizofrenia (8), del MMPI. Otros autores como Scott y Baroffio (1986) han encontrado las mismas características de personalidad, que incluyen elevación en las escalas Depresión (2) y Desviación psicopática (4) del MMPI, en sujetos con anorexia nervosa, bulimia y Obesidad. Este perfil del MMPI sugiere características de personalidad de dependencia, fijación oral y personalidad adictiva, inmadurez, rasgos pasivo-agresivos y de auto-derrota. A pesar de la gran similitud entre los tres grupos, cada uno mostró singulares diferencias, las anoréxicas y bulímicas elevación en la escala Esquizofrenia (8) lo que sugiere mayor confusión de identidad y distorsión de la realidad. Las pacientes obesas, además de mostrar puntuaciones más bajas en la escala Esquizofrenia (8), también mostraron puntuaciones menores en las escalas Paranoia (6) y Psicastenia (7), lo que sugiere mayor ajuste personal y auto-aceptación. Las anoréxicas y obesas

son similares sin embargo en la escala Introversión social (0), lo cual se puede deber a que anoréxicas y obesas muestran la patología en sus cuerpos, mientras que las bulímicas no.

El estudio de los diferentes tipos de trastornos de la conducta alimentaria, específicamente bulimia y anorexia restrictiva, ha señalado que las pacientes bulímicas presentan obesidad premórbida, obesidad materna y mayor peso corporal a pesar del uso de laxantes y de la práctica del vómito auto-inducido para controlar el peso. Además se ha reportado que el pronóstico de este grupo de pacientes es menos favorable que para aquellos que padecen anorexia restrictiva (Morgan, 1975).

Wood, Waller y Gowers (1994) encontraron en un estudio prospectivo a dos años con 33 adolescentes mujeres, que la medición de las conductas anómalas y de la autoestima, tienen valor predictivo en el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria. Aunque la presencia de un síndrome parcial no se relaciona necesariamente con el desarrollo de anorexia y bulimia nervosa, se puede ver como una etapa inicial de la enfermedad. El peligro de que una joven alcance esta etapa, radica en que el control del peso y la comida se conviertan en una recompensa, desarrollando entonces, un síndrome más grave. Los autores mencionan que la posibilidad de detectar los trastornos de la conducta alimentaria a través de variables no relacionadas con la comida, como la autoestima, permitirá detectar la enfermedad en etapas más tempranas, simplificando por lo tanto la intervención.

3. Modelos teórico-explicativos y categorías diagnósticas (DSM-III, DSM III-R y DSM-IV, Síndrome subclínico)

3.1 Categorías diagnósticas

Durante los últimos 15 años han existido una serie de términos para describir los trastornos de la conducta alimentaria. Existe consenso en torno a la definición de obesidad y un acuerdo moderado en la definición de anorexia nervosa; sin embargo, los términos empleados para describir y distinguir la bulimia de la anorexia nervosa, han sido causa de numerosas confusiones. Entre los términos más empleados para definir los trastornos bulímicos se encuentran: Disorexia

(Guiora, 1967); Hiperorexia Nervosa (Ziolko, 1967, 1976); anorexia bulimia nervosa (Ehrensing y Weitzman, 1970); Comer Compulsivo (Ondercin, 1979; Rau y Green, 1975); Respuesta Neurótica (Lacey, 1982); Personas Gordas-delgadas (Bruch, 1973); Bulimarexia (Boskind-Lodhal, 1976); Síndrome del caos dietético (Palmer, 1979); Síndrome de comer en exceso (Wardle, 1980); Bulivomia (Meyer, 1980); bulimia (DSM-III, 1980); anorexia nervosa subclínica (Button y Whitehouse, 1981) y bulimia nervosa (Russell, 1979). (Cuadro III)

El término bulimia nervosa, fue introducido por Russell (1979), para describir una categoría de pacientes que tenían la tendencia a comer en exceso y que mitigaban los efectos engordadores de la comida a través de vómito auto-inducido o del abuso de laxantes. Este término fue bien recibido debido a la constancia y significado de esta conducta, aunque se consideró prematuro tomar este desorden como un síndrome independiente. A partir de su introducción, ha existido un debate vigoroso alrededor de los criterios diagnósticos específicos y de la relación entre la anorexia y bulimia nervosas. El término bulimia nervosa fue incorporado a los dos principales sistemas de clasificación de las enfermedades mentales: el ICD (Organización Mundial de la Salud) en su décima versión y el DSM (Asociación Psiquiátrica Americana, 1987) en la tercera versión revisada. (Cuadros 2, 3 y 4)

A pesar del actual acuerdo, existen aún algunos problemas en el estatuto diagnóstico de este desorden, debido a que es un síndrome recientemente reconocido y todavía se requiere de investigaciones que apoyen dicho reconocimiento. Además, existe evidencia acerca de la vulnerabilidad de la bulimia nervosa en su forma clínica, ya que se piensa que representa una transformación de la anorexia nervosa en décadas recientes, producto de las fuerzas socio-culturales prevaletentes, específicamente de la moda (Hare, 1981). Esto permite sugerir que tanto la anorexia como la bulimia nervosa han evolucionado bajo la influencia de factores de origen patoplástico, es decir, la maleabilidad de una enfermedad bajo la influencia de los factores históricos o de las condiciones culturales alteradas; y su evolución puede aún no estar terminada (Russell, 1985).

La anorexia y la bulimia nervosas fueron reconocidas por primera vez en la Asociación Psiquiátrica Americana como condiciones psicopatológicas en la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM-III, 1980). El avance en el conocimiento de estas enfermedades ha dado como resultado el planteamiento de nuevos criterios

diagnósticos, ahora conjuntados en la nueva versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (APA, 1994) cuyas principales modificaciones con respecto a la versión revisada (DSM-III-R) se presentan a continuación (Wilson y Walsh, 1991). (Cuadros II, III y IV)

Para la anorexia nervosa se plantean dos subtipos en base a la presencia o ausencia de episodios de ingesta voraz y se denominan: bulímica y restrictiva respectivamente.

Las modificaciones al diagnóstico de la bulimia nervosa radican en la definición de los episodios de ingesta voraz como: comer en un período corto de tiempo, una cantidad de comida que es definitivamente mayor a la que cualquier persona comería en el mismo lapso y a la sensación de falta de control durante este episodio. Por otro lado las conductas compensatorias del comer excesivo se dividen en dos grupos: 1) vómito auto-inducido o uso de laxantes y 2) sin método de purga, (dietas estrictas exceso de ejercicio o ayunos).

Además se incluyen los siguientes criterios: la preocupación persistente sobre la forma y el peso del cuerpo se encuentra influenciada por la forma del cuerpo y por el peso. La distorsión no ocurre exclusivamente durante episodios de anorexia nervosa.

El DSM-IV propone además, una nueva categoría diagnóstica que son los *desórdenes de la alimentación no especificados*, los cuales incluyen casos de anorexia y bulimia nervosas, en donde se cumplen todos los criterios diagnósticos excepto uno, o donde no se cumple el criterio temporal de un síntoma específico, y el *síndrome de comer en exceso (binge-eating syndrome)*, el cual consiste en la ingesta de grandes cantidades de alimento, sin el uso de métodos compensatorios. (Ver cuadros II y III)

El punto importante a considerar en los nuevos criterios diagnósticos, es que permiten organizar a los pacientes en grupos más homogéneos, posibilitando con ello el planteamiento de tratamientos específicos para cada trastorno, en los aspectos médico y psicológico.

En la actualidad ha quedado claro que los trastornos de la conducta alimentaria ocurren en personas con toda clase de historias de peso y aún más, se sabe que la utilización de la historia del peso para hacer las diferencias diagnósticas, trae como consecuencia separaciones artificiales. Los rasgos diagnósticos importantes a tomarse en cuenta son: el uso de purgantes como una estrategia para controlar el peso, la pérdida de control en el comer y la obsesión por volverse delgado o permanecer delgado.

Por otro lado, autores como Button y Whitehouse (1981), han planteado la existencia de lo que ellos denominaron anorexia subclínica o síndrome parcial de los desórdenes del comer. Los autores mencionan que el seguimiento de dietas por razones estéticas, puede traer consigo el desarrollo de conductas de tipo anoréctico o aún al desarrollo de anorexia nervosa y que la detección de casos subclínicos, podría ser de gran ayuda para prevenir el desarrollo de la enfermedad. Wood et al (1994), retomaron el término planteado por Button y Whitehouse y desarrollaron criterios específicos para definir operacionalmente el síndrome parcial de los desórdenes del comer (SPDC) (Ver cuadro IV).

3.2 Características clínicas

Anorexia nervosa:

En la anorexia nervosa el deseo de estar delgado y el miedo a la gordura se manifiestan en una serie de síntomas que incluyen la reducción propositiva en la ingesta de alimento que conduce a grandes pérdidas de peso, 15% o más, por abajo del peso normal. Puede acompañarse de trastornos fisiológicos tales como constipación, amenorrea, bradicardia, piel seca y fría, alteraciones endocrinológicas leves y cambios neurovegetativos en forma de agotamiento simpático. En términos generales, una vez reducido el "peso excesivo", se continúa incansablemente hasta llegar a una emaciación severa, con gran temor a recuperar el peso perdido. Generalmente existe una negativa a comer con sus familiares o en lugares públicos.

Se ha encontrado también, falta parcial o total de conciencia de enfermedad, alteración o distorsión de la imagen corporal, (sobreevaluación del tejido y/o peso corporal) hiperactividad (ejercicio excesivo), disturbios en el sueño, grandes expectativas de logro y un negativismo agresivo hacia los intentos de tratamiento; fracaso o confusión en el reconocimiento del hambre y del apetito; sentido de ineficacia con sensación de actuar sólo en respuesta a demandas de otros, ante lo cual la manipulación de la alimentación proporciona un sentido de logro (Battegay, Glatzel, Poldinger y Rauchfleisch, 1989; Bruch, 1973; Papalia y Wendkos, 1993). Por otra parte, la amenorrea ligada a la pérdida de libido, se propone como uno de los síntomas primarios de la anorexia nervosa, aparece en dos tercios de los casos en la fase temprana, sin embargo es un síntoma eventual y puede también faltar (Bruch, 1970).

La habilidad para mantenerse en una dieta de semi-hambruna provee las bases para distinguir dos tipos de anorexia: restrictiva y bulímica. La primera se caracteriza por la capacidad de adherirse a limitaciones calóricas excesivas, que consecuentemente desemboca en una gran pérdida de peso. Las anoréxicas bulímicas, por el contrario, no son siempre capaces de mantenerse bajo la restricción calórica. Estos pacientes alternan entre dietas de semi-hambruna, que no pueden mantener y episodios de atracones, con frecuencia seguidos de vómito auto-inducido. Se estima que aproximadamente el 50% de las anoréxicas muestran síntomas de ingesta voraz y el uso de algún método de purga (vómito, laxantes, diuréticos) (Casper et al, 1980).

Bulimia nervosa:

La bulimia nervosa comparte con la anorexia nervosa muchos de sus síntomas, específicamente el miedo a la obesidad y los intentos por perder peso. Se describe como pérdida del control sobre la ingesta de alimento, con un patrón de ingesta rápido y abundante en períodos breves de tiempo, seguido de vómito auto-inducido, uso de laxantes y/o diuréticos y una preocupación excesiva por el peso, la alimentación y la imagen corporal. Existe una desorganización profunda sobre el patrón alimentario, aunque el peso corporal, por lo general, tiende a ser normal. La sensación de la pérdida de control sobre la ingesta (no poder voluntariamente dejar de comer), puede acompañarse de estados de ánimo depresivos y de pensamientos autodestructivos, especialmente después de los episodios bulímicos. Estos ocurren impredeciblemente, pero por lo general son precipitados por eventos estresantes. Los atracones pueden durar desde unos cuantos minutos hasta algunas horas y se efectúan en privado.

La clasificación de un *atracón* es subjetiva, ya que varía de individuo a individuo y es una conducta socialmente aceptada en determinadas situaciones. Para algunas personas es comer grandes cantidades de comida en un periodo corto de tiempo; para otras, puede ser comer cualquier alimento "prohibido" y para otras más, una comida normal puede ser un atracón (Schlundt y Johnson, 1990). La violación de los estándares marcados por cada uno, es lo que inicia la conducta compensatoria para contrarrestar los efectos engordadores de la ingesta excesiva de alimento. La purga reduce el temor a engordar y regresa al individuo a un estado de vigilancia de lo que come.

Schlundt y Johnson (1990) definen un atracón como: *La ingesta de cualquier tipo de alimento y en cualquier cantidad, que viola la idea que el individuo tiene de hacer dieta y por lo tanto aumenta la ansiedad alrededor de subir de peso.*

Para muchos bulímicos el acto de comer se asocia con la sensación de pérdida de control, experiencia común también en las anoréxicas de tipo bulímico. Debido a que el estado de semi-hambre asegura el control, se procura comer la menor cantidad de alimento, lo cual provoca la ingesta de cantidades no planeadas de comida una vez que transcurre un período considerable (Schlundt y Johnson, 1990).

Los disturbios en la imagen corporal, presentes en algunos casos, toman la forma de insatisfacción por el propio cuerpo en peso y forma y en ocasiones también en disturbios del tamaño del cuerpo. El peso normal en las bulímicas, exacerba la distorsión en la imagen corporal y la insatisfacción con el cuerpo.

En su fase crítica, la bulimia nervosa suele acompañarse de uno o más de los siguientes trastornos físicos: hipertrofia de las glándulas salivales, erosión del esmalte de los dientes, perforación del esófago y del estómago, dependencia a los laxantes, caquexia, hipotensión, cabello delgado y quebradizo, alteración en el contenido corporal de albúmina y minerales, gingivitis, anemia, amenorrea, bradicardia, disminución de la hormona tiroidea, hipotermia, piel seca y fría, bajas concentraciones de HFE (hormona foliculo estimulante) y HL (hormona luteinizante), estreñimiento, acrocianosis, mediastinum, deshidratación, cefalea, arritmias cardíacas, exceso de vello en los brazos, piernas y cadera (Battegay et al, 1989; Mitchell, Pomeroy y Colon, 1990).

3.3 Modelo tridimensional de los desórdenes en el comer

Investigadores y clínicos en el área de los trastornos de la conducta alimentaria se encuentran con un serio problema al tratar de establecer las diferencias clínicas entre anorexia nervosa y bulimia nervosa. El perfil clínico de ambos desórdenes incluye: deseo de estar delgada, disturbios en la imagen corporal, conductas anómalas del comer y uso de métodos de purga para atenuar los efectos del comer en exceso. Asimismo las explicaciones etiológicas de ambos

trastornos corren paralelas en las perspectivas fisiológica, psicológica y sociocultural. A partir de la investigación desarrollada en el campo, ha quedado claro que ambos trastornos parten de una etiología multicausal (Garner, 1980b, Schlundt y Johnson, 1990; Russell, 1990).

El área de la medicina conductual o psicología médica, ha aparecido en años recientes como respuesta alternativa para comprender la interface entre los problemas médicos y la conducta (Weiss y Schwartz, 1982). La psicología médica ha evolucionado como un campo multidisciplinario relacionando el estilo de vida, el ambiente y la enfermedad. La complejidad etiológica y clínica de los problemas médicos ha forzado a los científicos en el campo de la conducta y la biomedicina a adoptar la teoría de sistemas como marco conceptual. Según esta teoría, la conducta de un sistema es visto como el resultado de las interacciones de múltiples componentes, de donde emerge un todo más grande que la suma de las partes; es decir, que la conducta del sistema no se puede predecir a partir de las propiedades particulares de sus componentes en forma aislada.

Esta forma de pensar en el área de la psicología médica, ha derivado en el modelo biopsicosocial, el cual determina que la comprensión de una enfermedad requiere del estudio de la patofisiología y su interacción con procesos psicológicos, conductuales e interpersonales.

Existen dos descubrimientos que argumentan la necesidad de un modelo más comprensible de los trastornos de la alimentación: 1) El entrecruzamiento sustancial entre anorexia y bulimia y 2) el hecho de que las conductas características (atracones, métodos para compensar el comer excesivo y el deseo de evitar aumentar de peso) existen en un continuum en población general (Schlundt y Johnson, 1990).

Los pacientes que sufren de algún trastorno de la conducta alimentaria, tienen la tendencia a alternar entre síntomas de anorexia y de bulimia y de bulimia y obesidad. Andersen (1983) argumentó que los trastornos de la alimentación tienen dos componentes básicos: el temor a aumentar de peso y el temor a perder control sobre el comer. Tanto la anorexia como la bulimia son motivados por un deseo de ser delgada y el temor a ser gorda. La diferencia básica consiste en la manera en cómo el individuo enfrenta el temor a perder el control, ya sea por la restricción alimentaria (anoréctico restrictivo), o ya sea que el individuo pierda el control en el comer, en donde la purga se adopta como estrategia compensatoria. Este autor especula que las características premórbidas de personalidad en parte determinan la forma de expresarse de estos

trastornos. La anoréxica restrictiva es más perfeccionista y compulsiva (la perfecta dietista) mientras que la bulímica es más impulsiva y relajada, sin embargo, explícitamente reconoce que estos trastornos y su expresión son determinados por múltiples variables.

Se cree que el conflicto anoréctico-bulímico es motivado por el temor a volverse gorda, lo cual no está relacionado con el peso actual de la persona, temor que motiva conductas hacia la pérdida de peso. De acuerdo con Holmgren, Humble, Norring, Roos, Rosmark y Sohlberg (1983), el conflicto entre el comer excesivo y la pérdida de peso es el punto focal de las vidas de los individuos que sufren de un trastorno de la conducta alimentaria. Debido al miedo a engordar, estos individuos desarrollan dos tipos de relación con la comida: evitativa y de acercamiento. Estas tendencias se presentan indistintamente, en cualquier momento y se sobrepone finalmente alguna de las dos. La alternancia entre las conductas de evitación y de acercamiento hacia la comida, generan cambios en el peso del cuerpo a través del tiempo. La temporalidad de estos cambios determina el cuadro que se presente: cuando estos se dan rápido, el individuo estará presentando un cuadro de bulimia; cuando son períodos prolongados de evitación se diagnosticará como una anoréxica bulímica y cuando la pérdida de peso sea suficiente será diagnosticada como anorexia restrictiva.

El peso corporal, más que ser parte del diagnóstico, es una complicación o consecuencia del mismo. Los cambios hormonales tampoco deben ser considerados como parte del diagnóstico, éste, según Holgrem et al (1983), debe de hacerse en base a la presencia del temor mórbido a engordar y del conflicto de acercamiento y evitación del alimento y de la restricción de las calorías o de su eliminación.

El modelo presentado tiene algunas ventajas sobre la categoría clínica del DSM III R. En primer lugar, da lugar a la diversidad de pacientes con estos trastornos en una sola conceptualización y evita hacer distinciones arbitrarias en individuos que difieren sólo en peso corporal. El clínico tendrá la conciencia de los posibles cambios en el peso sin la necesidad de cambiar el diagnóstico por dicha causa. Asimismo incluye a los pacientes denominados anoréxicos pre-clínicos, individuos que se encuentran en la fase inicial de la enfermedad, en una etapa de recuperación o en una fase intermedia entre anorexia y bulimia.

El modelo tridimensional de los trastornos de la conducta alimentaria (Schlundt y Johnson, 1990) se basa en el planteamiento de que aquellos trastornos de la conducta alimentaria

diagnosticados como tales, son nada más la punta de un iceberg (Zraly y Swift, 1990). Las preocupaciones acerca del comer y el seguir dietas son conductas ampliamente difundidas en la población femenina. La posibilidad de que el miedo a la obesidad y la alternancia entre comer en exceso y seguir dietas represente un espectro de los trastornos de la conducta alimentaria, tiene importantes implicaciones en la prevención de los mismos.

El modelo planteado por Schlundt y Johnson (1990), se basa en tres dimensiones que son: 1) peso corporal, 2) control de la conducta e 3) intensidad de la obsesión de la persona por el peso del cuerpo. (Cuadro V)

1. **Peso corporal:** el peso del cuerpo fluctúa desde la emaciación severa hasta la obesidad masiva y las personas oscilan constantemente en este continuum a lo largo del tiempo. Debido a las múltiples variables tanto conductuales como genéticas que controlan el peso del cuerpo, las distinciones diagnósticas sobre esta dimensión tienen poca validez, salvo en los casos en los que la persona tiene deseos de hacer modificaciones al respecto.
2. **Control de la conducta:** esta dimensión refleja el control sobre la ingesta de alimento, en cuyos extremos se observa el ayuno prolongado y los atracones frecuentes. Aquí se incluye el conflicto anorexia-bulimia antes mencionado, el cual es la principal manifestación de estos trastornos. Clínicamente un paciente con estos trastornos debe ser descrito en términos de la frecuencia y temporalidad de las alternancias entre seguimiento de dietas y los atracones.
3. **Intensidad de la obsesión por el peso corporal:** se asume que el miedo a engordar es la principal característica clínica de estos trastornos, así como la fuerza motivacional del conflicto entre hacer dietas y comer en exceso. La variación en el grado de miedo fluctúa entre un miedo intenso a engordar y ninguna preocupación por el peso. El miedo se manifiesta como: miedo a engordar, miedo a las consecuencias de subir de peso, obsesión con adelgazar, un peso ideal irreal, disturbios en la imagen corporal y fobias específicas hacia los alimentos.

Es el miedo a las consecuencias de comer alimentos "prohibidos", generalmente con alto contenido calórico, lo que lleva al individuo a mantener un control estricto sobre su alimentación. Cuando el temor es débil, se puede considerar a la persona como "conciente del peso" o como un "comedor restrictivo". Cuando el temor es moderado, la persona mostrará mayores alternancias entre sus conductas controladas o descontroladas del comer. En la medida en la que la

preocupación por el peso se acentúa, se desarrollan las conductas y consecuencias necesarias para diagnosticar anorexia o bulimia nervosa (Schlundt y Johnson, 1990).

Es posible conceptualizar los trastornos de la conducta alimentaria como un fenómeno originado por el miedo a la obesidad manifiesto en la percepción individual del peso y de los sentimientos acerca de la comida y su ingesta. Un individuo puede cambiar de estatus en el continuum de las tres dimensiones mencionadas con bastante rapidez, por ejemplo, cuando se rompe una dieta por un sólo episodio de ingesta excesiva de alimento. Bajo estas condiciones, algunos individuos determinarán utilizar algún método de purga, mientras que otros sólo se sentirán culpables y deprimidos. Como consecuencia de la alteración en el control sobre la comida, variarán los pesos corporales, los cuales representan un verdadero continuum.

4. Características del contexto profesional de las sujetos de cada una de las muestras.

Bailarinas profesionales

Las bailarinas profesionales que formaron parte de la muestra, pertenecen a compañías de danza de la Ciudad de México, 3 de las cuales se encuentran entre las más importantes del país, por el número de bailarines que las componen, el tiempo que llevan trabajando y porque son subsidiadas por el gobierno o la Universidad. Las demás, son compañías de danza independientes, es decir, que no reciben subsidio institucional, se componen de un número pequeño de bailarines, y tienen en promedio menor número de años funcionando.

Para llegar a formar parte de estos grupos, los candidatos se integran como aprendices, ya sea porque fueron alumnos en las escuelas de cada grupo, o porque se integraron como aprendices, habiendo estudiado en otras escuelas, y poco a poco fueron ejecutando papeles más importantes.

La mayoría de las bailarinas tienen una formación en danza clásica, y algunas también en técnicas de danza contemporánea. El número de horas promedio dedicadas a entrenamiento, ensayos y funciones es de 8 diarias. La mitad de ellas estudiaron en escuelas públicas de ballet, el 26.2% en escuelas privadas y el resto en el extranjero. Las bailarinas profesionales reportaron haber empezado sus estudios de danza en promedio a los 10 años de edad ($DE=4.1$); mientras que

a los 19 años ($DE=2.3$) promedio, se incorporaron como profesionales en alguna compañía de danza, y en la que pertenecen actualmente, tienen 4 años ($DE=3.3$) trabajando.

Estudiantes de ballet

Las estudiantes de ballet provienen la mayoría de escuelas privadas de ballet pertenecientes a la Royal Academy of Dancing, en las cuales se enseña la técnica inglesa de ballet, y dos escuelas, en donde se enseñan técnicas cubana y rusa de ballet.

El criterio de selección de los sujetos se hizo en base a dedicar un mínimo de 4.5 horas a la semana a esta actividad en ejercicios de entrenamiento. Muchas de ellas, además dedican otro tanto o más de horas/semana a ensayos para preparar espectáculos (el máximo fue de 15 horas/semana). El promedio de horas/semana que dedican a su actividad dancística es de 7.6 horas, $DE=3.7$.

Dado que uno de los intereses de la investigación era conocer el nivel de compromiso que tenían las estudiantes de ballet con sus estudios en esta disciplina, se les preguntaron los motivos por los cuales los iniciaron, y cuáles eran sus aspiraciones futuras. Los motivos reportados para iniciar sus estudios fueron en primer lugar, el "gusto por bailar" (68%), en segundo lugar "mi mamá me metió a tomar clases" (15%) y en tercer lugar "hacer ejercicio" y "expresarme" (6.4% c/u). Por otro lado el 40% mencionó que su mayor aspiración en este campo es "bailar profesionalmente", el 23% que les "gustaría ser buenas bailarinas" y el 19%, "ser maestra". La edad de inicio promedio de los estudios de ballet fue de 6.4 años ($DE=2.9$); es decir que en promedio han estudiado ballet durante 9 años o el equivalente a casi dos terceras partes de su vida.

Es importante señalar que los sujetos de este grupo contestaron los cuestionarios de la investigación en un horario extra-escolar, tanto de sus clases de ballet como académicas. Esto puede ser uno de los factores que influyeran para que contestaran la prueba de manera defensiva, tal y como resultó en los perfiles del Inventario Multifásico de la Personalidad, aunado a sus propias rasgos de personalidad, a diferencia de los grupos de estudiantes de secundaria y preparatoria, quienes contestaron la prueba dentro de su horario de clases.

Pacientes con diagnóstico de trastornos de la alimentación

Seis de las pacientes con diagnóstico fueron localizadas en una institución de salud mental, perteneciente a la Secretaría de Salud, como pacientes o ex-pacientes de la misma. Dos de las pacientes fueron referidas por un médico particular a la investigadora y una fue referida por una escuela, y posteriormente evaluada por un psiquiatra especializado en trastornos de la alimentación para confirmar el diagnóstico.

IV Método

1. Objetivos y preguntas de investigación

De acuerdo con la literatura, ciertas vocaciones y/o profesiones, entre ellas las relacionadas con la ejercitación del cuerpo, como son, bailarinas y estudiantes de ballet, son consideradas como factores de alto riesgo, en tanto que las exigencias intrínsecas a esta actividad, como son una figura corporal delgada y grandes expectativas de logro, pueden conllevar al desarrollo de conductas anómalas de la alimentación o desórdenes en el comer.

Sobre esta base se plantean los siguientes objetivos de investigación:

1. Conocer la relación de la variable vocación-profesión (estudiantes y profesionales de ballet, estudiantes y profesionales no relacionadas con el ballet), con los desórdenes de la alimentación.
2. Conocer la relación de variables como rasgos de personalidad (MMPI), eventos traumáticos físicos y emocionales, desórdenes del comer y alcoholismo en familiares, enfermedades físicas y conductas adictivas, con los desórdenes del comer.
3. Conocer la influencia de variables cognoscitivas y actitudinales (preocupación por la figura y el peso, distorsión de la imagen corporal), sobre los desórdenes del comer.
4. Conocer si en nuestro contexto sociocultural la variable vocación-profesión puede ser determinada de alto riesgo.
5. Conocer la relación de las variables sociodemográficas (sexo, edad, estado civil y nivel socioeconómico) con los desórdenes de la alimentación.
6. Conocer las diferencias cuantitativas y cualitativas que existen en relación con los desórdenes alimentarios, entre los sujetos del grupo diagnosticado con anorexia o bulimia nervosa y los grupos de estudiantes y profesionales de ballet y no ballet.
7. Conocer si existen diferencias entre los rasgos de personalidad de los sujetos del grupo diagnosticado con anorexia o bulimia nervosa y los grupos de estudiantes y profesionales de ballet y no ballet.
8. Confirmar la relación que existe entre el Índice de Masa Corporal y los desórdenes del comer.

El carácter exploratorio de la investigación se justifica ampliamente sobre la base fundamental de producir conocimiento sobre una problemática, conducta alimentaria anómala, íntimamente relacionada con el proceso de salud-enfermedad, de la que prácticamente se desconoce todo si nos referimos al contexto específico de nuestra cultura y a la población mexicana específica de nuestro interés- bailarinas profesionales y estudiantes de ballet.

Sobre esta base y en relación con las sujetos de nuestra investigación, estudiantes de ballet y no ballet, profesionales de ballet y no ballet e individuos diagnosticados con anorexia o bulimia nervosa, nos preguntamos:

1. ¿Se encontrarán desórdenes del comer en estudiantes y profesionales del ballet?
2. Si la respuesta es afirmativa, ¿Existirán diferencias entre estudiantes y profesionales del ballet?
3. ¿Se encontrará el síndrome parcial en estudiantes y profesionales del ballet?
4. Si la respuesta es afirmativa, ¿Existirán diferencias entre estudiantes y profesionales del ballet?
5. ¿Se encontrarán desórdenes del comer en mujeres adolescentes y adultas jóvenes, cuya vocación o profesión no tiene las mismas exigencias que para aquellas que se dedican al ballet?
6. Si la respuesta es afirmativa, ¿Se encontrarán diferencias entre estudiantes (no ballet) y profesionales (no ballet)?
7. ¿Se encontrará el síndrome parcial en mujeres adolescentes y adultas jóvenes, cuya vocación o profesión no tiene las mismas exigencias que para aquellas que se dedican al ballet?
8. Si la respuesta es afirmativa, ¿Se encontrarán diferencias entre estudiantes (no ballet) y profesionales (no ballet)?
9. ¿Se encontrarán diferencias entre los desórdenes del comer y síndrome parcial de las estudiantes (ballet y no ballet) y profesionales (ballet y no ballet) vs. las mujeres diagnosticadas con anorexia o bulimia nervosa?
- 10.Cuál es la influencia de variables como, eventos traumáticos físicos y emocionales, desórdenes del comer y alcoholismo en familiares, enfermedades físicas y conductas adictivas, sobre los desórdenes del comer?
11. ¿Cuál es la influencia de variables cognoscitivas y actitudinales (preocupación por la figura y el peso, distorsión de la imagen corporal), sobre los desórdenes del comer?
12. ¿Existe relación entre rasgos de personalidad y desórdenes del comer?

13. Si la respuesta es afirmativa ¿se encontrarán diferencias entre los rasgos de personalidad de las estudiantes (ballet y no ballet) y profesionales (ballet y no ballet) vs. las mujeres diagnosticadas con anorexia o bulimia nervosa?
14. ¿Los desórdenes del comer se relacionan con el Índice de Masa Corporal?
15. ¿Las características sociodemográficas (sexo, edad, estado civil y nivel socioeconómico) se relacionan con los desórdenes del comer?
16. ¿En nuestro contexto socio-cultural la variable vocación puede ser considerada de alto riesgo?

2. Definición de variables

Variables dependientes

Desórdenes del comer

Definición conceptual: nombre que se le da a una variable compleja en donde los patrones de consumo de alimento se ven severamente distorsionados. Bajo este rubro se incluyen dos categorías diagnósticas que son: anorexia nervosa y bulimia nervosa. El miedo a la obesidad y el deseo de estar delgado son las fuerzas motivacionales de estos desórdenes y en ambos se presenta un disturbio en la percepción de la forma y peso del cuerpo. En la anorexia nervosa existe un rechazo a mantener el peso del cuerpo en sus límites normales; mientras que la bulimia nervosa se caracteriza por episodios recurrentes de ingesta voraz, seguidos de prácticas compensatorias inapropiadas tales como vómito auto-inducido, abuso de laxantes, diuréticos u otros medicamentos; ayunos o exceso de ejercicio. **Los desórdenes del comer no especificados**, son una tercera categoría diagnóstica propuesta para clasificar los desórdenes que no cumplen los criterios específicos de la anorexia nervosa y la bulimia nervosa.

Para todas las respuestas del *Cuestionario de los Desórdenes del Comer* se tomará la siguiente equivalencia: valores más altos igual a mayor grado de patología; valores más bajos igual a menor grado de patología. En el cuadro 1 se presentan las áreas del instrumento y los reactivos que corresponden a cada una.

Cuadro 1
Áreas y reactivos del Cuestionario de los Desórdenes del Comer

Área	Reactivos
Características sociodemográficas	1-12
Índice de Masa Corporal	13 y 14
Preocupación por la figura, el peso y el comer	20-22, 44 y 63
Satisfacción con la figura y el peso	16 y 64 (a-r)
Autopercepción del peso corporal	15, 75
Menarca y períodos menstruales	53-57
Conductas alimentarias de riesgo	27(a-n)-31, 36, 43 y 59-62
Sintomatología asociada con atracones	32-35 y 37-42
Eventos traumáticos físicos y emocionales relacionados con las fluctuaciones en el peso	24 y 26
Enfermedades físicas	45-52
Consumo de tabaco, alcohol y drogas	65-74
Antecedentes familiares de problemas alimentarios y alcoholismo	58 (a-n)
Importancia de la figura en diferentes aspectos de la vida	17
Actitud de los otros hacia la figura y el peso	18 y 19
Fluctuaciones de peso en el desarrollo	23 y 25

Definiciones operacionales

Anorexia nervosa:

- A. Rechazo a mantener el peso del cuerpo por encima del mínimo para edad y estatura (por ejemplo, pérdida de peso que lleva a mantenerlo en menos del 85% esperado, o falla para alcanzar el peso esperado durante el crecimiento, llevando al peso del cuerpo a mantenerse menos del 85% esperado), o IMC menor o igual a 17.5 (WHO, 1997)
- B. Miedo intenso a ganar peso o a volverse gordo, a pesar de estar por debajo del peso esperado.
- C. Disturbios en la forma en la que el peso o figura del cuerpo es experimentado, influencia indebida del peso o figura del cuerpo en la auto-evaluación, o negación de la seriedad del peso bajo actual.
- D. En mujeres post-menárquicas, amenorrea, ausencia de por lo menos 3 ciclos menstruales consecutivos.

Tipos específicos: a) **Restringido:** durante el episodio de anorexia nervosa, la persona no se involucra regularmente en episodios de ingesta voraz o conductas de purga (por ejemplo, vómito

auto-inducido, uso de laxantes, diuréticos o enemas), b) **Bulímico**: durante el episodio de anorexia nervosa, la persona se involucra regularmente en conductas de comer en exceso o de uso de métodos de purga (por ejemplo, vómito auto-inducido, uso de laxantes, diuréticos y enemas).

Bulimia nervosa:

- A. Episodios recurrentes de ingesta voraz. Un episodio de ingesta voraz se caracteriza por las siguientes 2 características: 1) comer en un período discreto de tiempo (menos de 2 hrs.) una cantidad de comida definitivamente mayor a la que la mayoría de las personas comerían en un período de tiempo similar bajo las mismas circunstancias; 2) sentimiento de falta de control sobre el comer durante el episodio (por ejemplo, la sensación de no poder parar de comer o de controlar la cantidad de comida ingerida).
- B. Conductas compensatorias inapropiadas para prevenir el aumento de peso, tales como: vómito auto-inducido, uso de laxantes, diuréticos y enemas u otras medicaciones, ayunos o ejercicio excesivo.
- C. Los episodios de ingesta voraz y las conductas compensatorias inapropiadas ocurren en promedio, por lo menos 2 veces a la semana durante 3 meses.
- D. La auto-evaluación se encuentra indebidamente influenciada por la forma y el peso del cuerpo.
- E. El disturbio no ocurre exclusivamente durante episodios de anorexia nervosa.

Tipos específicos:

Con uso de métodos de purga: durante el episodio de bulimia nervosa, la persona utiliza el vómito auto-inducido, laxantes, diuréticos o enemas.

Sin uso de métodos de purga: durante el episodio de bulimia nervosa, la persona utiliza conductas compensatorias inapropiadas, pero no utiliza regularmente el vómito auto-inducido, laxantes, diuréticos o enemas.

Desórdenes del comer no especificados:

- Para mujeres, se cumple con todos los criterios para anorexia nervosa excepto la irregularidad en la menstruación.

- Se cumple con todos los criterios para anorexia nervosa excepto que el peso corporal de la persona se mantiene dentro de los límites normales a pesar de una pérdida significativa del mismo.
- Se cumplen todos los criterios para bulimia nervosa excepto que los atracones y los mecanismos compensatorios inapropiados ocurren en una frecuencia menor a 2 veces a la semana o durante un período menor de 3 meses.
- Uso de conductas compensatorias anómalas por individuos de peso corporal normal después de comer pequeñas cantidades de alimento.
- Masticar y escupir sin tragar repetidamente, grandes cantidades de alimento.
- **Comedor compulsivo:** episodios recurrentes de ingesta voraz en la ausencia del uso regular de conductas compensatorias inapropiadas características de la bulimia nervosa. A. Episodios recurrentes de ingesta voraz (mismo criterio de bulimia nervosa), 2) Los episodios de ingesta voraz se asocian con 3 o más de las siguientes:
 - A. Comer más rápido de lo normal.
 - B. Comer hasta sentirse incómodamente lleno.
 - C. Comer grandes cantidades de comida cuando no se siente hambre físicamente.
 - D. Ocultamiento, porque se siente vergüenza debido a la gran cantidad de comida ingerida.
 - E. Sentirse a disgusto con uno mismo, deprimido o muy culpable después de comer. Elevados sentimientos de angustia cuando el episodio de ingesta voraz está sucediendo.
 - F. El episodio de ingesta voraz ocurre en promedio, por lo menos 2 veces a la semana durante seis meses. no se asocia con el uso regular de conductas compensatorias inapropiadas y no ocurre exclusivamente durante el padecimiento de anorexia nervosa o bulimia nervosa.

Síndrome Parcial

Definición conceptual: el síndrome parcial es una categoría propuesta por Button & Whitehouse (1981), y operacionalizada por Wood, Waller & Gowers (1994), para clasificar la presencia de algunas prácticas anómalas del comer sin alcanzar criterios diagnósticos. Se define como la presencia de una o más de las siguientes prácticas:

Definición operacional

- Preocupación mayor por el peso y la ingestión de comida, la cual toma prioridad sobre algunas actividades cotidianas.
- Insatisfacción significativa con una o más partes del cuerpo.
- Restricción calórica, seguimiento constante de dietas.
- Sentimientos de culpa al comer comidas engordadoras.
- Ejercicio solitario excesivo (>1 hora diaria) con la finalidad de controlar el peso.
- Presencia de vómito auto-inducido o abuso de laxantes o diuréticos, pero no como criterio diagnóstico.

Conductas inapropiadas del comer:

Estas conductas forman parte de los desórdenes del comer y del síndrome parcial de los desórdenes del comer.

- **Atracones o episodios de ingesta voraz:** comer en un período discreto de tiempo (<2hrs.), una cantidad de comida definitivamente mayor a la que comerían la mayoría de los individuos bajo circunstancias similares, tomando en cuenta la situación en la que ocurre la misma (comida normal, celebraciones, etc.) (DSM-IV, 1994).
- **Seguimiento de dietas en forma normal:** individuos que reportan seguimiento de dietas con la finalidad de controlar el peso pero que mantienen su consumo a un nivel razonable. Aunque puede haber preocupación por el peso, el seguimiento de dietas no es primordial en sus vidas. Se mantiene cierto control sobre la dieta y no hay reportes de grandes fluctuaciones de peso (+/-2kg) o de períodos de ausencia de comida.
- **Seguimiento de dietas en forma restrictiva:** individuos que reportan el seguimiento de dietas con una restricción exagerada del alimento con la finalidad de controlar o bajar de peso. Existe gran preocupación por el peso y figura corporal. Se presentan grandes fluctuaciones en el peso (+/-6kg) y períodos de ausencia de comida (ayunos).
- **Abuso de laxantes, diuréticos y anfetaminas:** consumo de cualquiera de estas sustancias, fuera de prescripción médica y con la finalidad expresa de controlar o bajar de peso.
- **Exceso de ejercicio:** práctica excesiva de ejercicio (>1 hora diaria), con la finalidad de controlar o bajar de peso (P. Ej. Aerobics, carrera, bicicleta.).

- **Vómito auto-inducido:** provocarse el vómito después de comer.
- **Masticar y escupir comida:** masticar la comida y escupirla sin tragarla.
- **Saltarse comidas:** comer menos de tres comidas al día para controlar el peso.

Variables independientes

Rasgos de personalidad

Definición conceptual: Allport (1970) define la personalidad como la organización dinámica en el individuo, de los sistemas psicofísicos que determinan su conducta y pensamiento característicos. Un rasgo es una fuerza real, una motivación o disposición dentro del individuo que inicia y guía una forma particular de conducta. Un rasgo es compartido por mucha gente. Un rasgo individual es peculiar en una persona y es constante en la personalidad.

Definición operacional: Esta variable se medirá en base a las respuestas dadas a las escalas clínicas, de contenido y suplementarias del MMPI-2 o del MMPI-A, en su caso (ver instrumentos). Para todas las escalas del MMPI-2 y MMPI-A se consideran los siguientes puntuaciones T:

- $T \geq 65$ Elevación clínica significativa (La persona tiene puntuaciones positivas en muchos ítems de la escala. Indica más síntomas o problemas y más probabilidad de que los descriptores se apliquen al individuo).
- $T 60-64$ Elevación moderada (Indica menor cantidad de síntomas o conductas problema. Las personas en este rango tienen mayor probabilidad de tener síntomas y conductas problema que los individuos promedio).
- $T \leq 55$ Elevaciones bajas (No garantiza la presencia de síntomas o conductas problema)

En los indicadores de validez se consideran los siguientes puntuaciones:

- Se invalida la prueba cuando hay más de 30 no respuestas, distribuidas a lo largo de toda la prueba. Si esto sucede después de la respuesta 350 en el MMPI-A, no se invalida la prueba..
- Lie (L): es necesario tomar precauciones en los puntuaciones 60-64.

- F1, F2 (Infrecuencia) Se invalida con puntuaciones entre 80-89.
- Defensa (K) Con puntuaciones ≥ 65 , se considera una conducta defensiva, pero no se invalida la prueba únicamente en base a (K).
- VRIN (Inconsistencia respuesta variable), TRIN (Inconsistencia respuesta verdadera), se consideran inválidos puntuaciones de 75 o mayores.

Vocación o profesión (ballet)

- **Definición conceptual -vocación-:** ser estudiante de ballet con una práctica mínima de 6 horas a la semana.
- **Definición conceptual -profesión-:** ser bailarina profesional de danza clásica y ejercer la profesión como ejecutante.
- **Vocación o profesión (no ballet)**
- **Definición conceptual -vocación-:** ser estudiante de secundaria o preparatoria actualmente.
- **Definición conceptual -profesión-:** ser profesionista de alguna carrera a nivel licenciatura o posgrado (no danza) y ejercer actualmente dicha profesión.
- **Mujeres diagnosticadas con anorexia nervosa o bulimia nervosa:** el diagnóstico de los desórdenes del comer lo hizo por un clínico especialista. Se utilizaron los criterios diagnósticos de Feighner (1979) y del DSM-IV (1994) para anorexia nervosa y los de Russell (1979) y del DSM-IV (1994) para bulimia nervosa.

Variables antecedentes

Antecedentes familiares de desórdenes de la alimentación o alcoholismo

Definición conceptual: presencia en los miembros del núcleo familiar (abuelos, padres, y hermanos), de anorexia nervosa, bulimia nervosa, desórdenes de la alimentación no especificados, síndrome parcial de los desórdenes del comer u obesidad y alcoholismo.

Uso de tabaco alcohol y drogas

Definición conceptual: la definición de uso y abuso de sustancias esta en función de la cantidad, frecuencia y consecuencias: 1) Experimental: uso alguna vez en la vida, 2) Ocasional:

uso en el último año pero no en el último mes , 3) Leve: Uso durante 1 a 5 días en el último mes, 4) Moderado: uso durante 6 a 19 días durante el último mes, 5) Alto: uso durante 20 o más días en el último mes. (Medina-Mora, 1992; Hughes, et al 1980)

Eventos traumáticos físicos y emocionales relacionados con el aumento o disminución de peso corporal

Definición conceptual: eventos estresantes (agudos o crónicos) sufridos por la persona (pérdida de algún ser querido, abandono, divorcio, cambio de domicilio, pérdida de empleo, enfermedades graves o crónicas de los familiares o propias), que la persona reporte están relacionados con el aumento o disminución de peso corporal.

3. Control experimental de variables:

- Se equilibrará el orden de presentación de los instrumentos para evitar el acarreo de efectos: a la mitad de sujetos de cada grupo, se les aplicará primero el MMPI y después el Cuestionario de los Desórdenes en el Comer, mientras que se procederá a la inversa con la otra mitad de los sujetos.
- Se mantendrá constante el **sexo**: todos los sujetos de la muestra serán de sexo femenino.
- Los grupos (con excepción del grupo diagnosticado) estarán igualados en promedios de **edad**: las edades de los sujetos de los grupos de estudiantes de ballet y de no ballet fluctuarán entre los 14 y 20 años. Las edades de los sujetos profesionistas de ballet y no ballet, fluctuarán entre más de 20 y 30 años.

Con la finalidad de conocer el contexto profesional de las estudiantes de ballet y bailarinas profesionales, se solicitó la siguiente información: edad de inicio de los estudios de danza, motivo por el cual estudian danza, máxima aspiración en su carrera dancística, edad en la que ingresaron a una compañía de danza profesional y tiempo que tienen en la compañía en la que pertenecen actualmente.

4. Diseño de investigación

La presente investigación puede clasificarse como un estudio exploratorio de campo y exposfacto, con un diseño de 6 grupos con observaciones independientes.

5. Muestra

La muestra total quedó conformada por 252 sujetos del sexo femenino seleccionadas de manera no aleatoria de las siguientes poblaciones: 1) Estudiantes de ballet (n=48), X=15.4 años (DE=1.6), 2) Estudiantes de nivel medio y medio superior de escuela pública (n=67), X=15.2 años (DE=1.9), 3) Estudiantes de nivel medio superior de escuela privada (n=40), X=15.2 años (DE=1.1), 4) Bailarinas profesionales (n=43), X=26.8 (DE=5.6), 5) Profesionistas no bailarinas (n=45), X=26.2 (DE=3.6) y 6) Pacientes con diagnóstico de anorexia y/o bulimia nervosa (n=9), Mediana=23 años (Cuadro 2). Este último grupo cubrió propósitos metodológicos importantes, si se tiene en cuenta el carácter exploratorio del presente estudio, los grupos 3, 4 y 5 se utilizaron como grupos extremos en los valores más bajos, y el grupo 6 en el valor más alto. De hecho se asume que los grupos cubren un continuo que va desde menor riesgo (estudiantes de secundaria y preparatoria de escuela pública y privada y profesionistas no bailarinas) a riesgo alto (desórdenes del comer detectados).

Cuadro 2
Distribución de la muestra por edad

	n	X	DE	
Estudiantes de ballet	48	15.25	1.6	
Estudiantes de escuela pública	67	15.22	1.6	
Estudiantes de escuela privada	40	15.95	1.1	F(2,155)=2.88, p>0.05
Bailarinas profesionales	43	26.84	5.6	
Profesionistas no bailarinas	45	26.22	3.6	t(86)=0.61, p>0.05
Pacientes con A.N. y/o B.N.*	9	23.78	5.1	Mediana = 23

* A.N. = anorexia nervosa B.N. = bulimia nervosa **p> 0.05

La submuestra de bailarinas profesionales se conformó de sujetos que pertenecen a 3 de las compañías más importantes de la ciudad de México (n=30) y sujetos a grupos de danza de los denominados independientes o no subsidiados (n=13). La manera en la cual se llega a formar parte de estos grupos, es integrándose como aprendiz, ya sea seleccionados mediante audiencia, o que su integración fue paulatina, generalmente provenientes de las mismas escuelas de cada grupo.

La mayoría de las bailarinas tienen una formación en danza clásica, y algunas también en técnicas de danza contemporánea. En promedio entrenan 8 horas diarias, incluyendo entrenamiento, ensayos y funciones. La mitad de ellas estudiaron en escuelas públicas de ballet, el 26.2% en escuelas privadas y el resto en el extranjero. Las bailarinas profesionales reportaron haber empezado sus estudios de danza en promedio a los 10 años de edad (DE=4.1); mientras que a los 19 años (DE=2.3) promedio, se incorporaron como profesionales en alguna compañía de danza, y en la que pertenecen actualmente, tienen un promedio de 4 años (DE=3.3) trabajando.

La submuestra de estudiantes de ballet se conformó de alumnas de escuelas privadas de ballet, 3 pertenecientes a la Real Academia de la Danza de Londres (n=33), y 2 no pertenecientes a esta Academia (n=15). El criterio de selección de estos sujetos fue en base a dedicar un mínimo de 4.5 horas a la semana a esta actividad en ejercicios de entrenamiento, siendo el máximo hasta 15 horas/semana. El promedio fue de 7.6 horas/semana (DE=3.7) de actividad dancística. Además, gran parte de ellas han dedicado 9 años o más a los estudios de ballet, el equivalente a 2/3 de su vida.

Dado que uno de los intereses de la investigación era conocer el nivel de compromiso que las adolescentes tienen con sus estudios en esta disciplina, se les preguntaron los motivos por los cuales se iniciaron, y cuáles son sus aspiraciones futuras. En cuanto a los primeros mencionaron en primer lugar, el "gusto por bailar" (68%), en segundo lugar "mi mamá me metió a tomar clases" (15%) y en tercer lugar "hacer ejercicio" y "expresarme" (6.4% c/u). Por otro lado el 40% mencionó que su mayor aspiración en este campo es "bailar profesionalmente", el 23% que les "gustaría ser buenas bailarinas" y el 19%, "ser maestra".

La submuestra de pacientes diagnosticadas con desórdenes alimentarios se conformó de 6 pacientes que acudían o habían acudido a tratamiento en el Instituto Mexicano de Psiquiatría. Un médico psiquiatra particular refirió a 2 de ellas y una fue referida por una escuela y su diagnóstico fue confirmado posteriormente por un especialista en el área.

6. Instrumentos

Inventario Multifásico de la Personalidad MMPI-2.

El Inventario Multifásico de la Personalidad MMPI (1989) es una prueba multidimensional diseñada para evaluar diversos patrones de la personalidad y de los desórdenes emocionales. Ha sido ampliamente utilizado en México desde la traducción realizada por Núñez en 1969.

La versión revisada MMPI-2 fue elaborada en 1989 con el objetivo de adaptar la redacción de los reactivos a los cambios culturales de la población norteamericana, además de eliminar el lenguaje ambiguo, la fraseología sexista y los contenidos obsoletos; para ello se utilizó una muestra más diversa y étnicamente balanceada. Además se añadieron escalas nuevas para hacer más precisa la evaluación psicológica, como son las escalas de contenido y nuevas escalas de validez que evalúan las actitudes del examinado ante el inventario.

El MMPI-2 fue traducido al español en 1991 por el método de transliteración (Lucio, 1994). La muestra en la que se llevó a cabo la normalización fue de 2,174 estudiantes de la Universidad Nacional Autónoma de México, 929 hombres y 1,245 mujeres, cantidad equivalente al 10% de la población estudiantil. Las edades de los sujetos fluctuaron entre los 17 y 36 años, con una media de 21.3 (SD = 3.2) para los hombres y 20.6 (SD = 2.2) para las mujeres. Los sujetos provenían de diferentes grados de estudio y de diferentes carreras universitarias.

Los resultados obtenidos mostraron ligeras diferencias entre la población de estudiantes mexicanos y norteamericanos. Las escalas en las cuales se encontraron mayores diferencias fueron las escalas L y 2 (D), y para las mujeres la escala 5 (Mf).

Un hallazgo importante es que los perfiles obtenidos para los estudiantes mexicanos difieren en menor escala de los perfiles de los estudiantes norteamericanos que los perfiles obtenidos con el MMPI en su versión original. Al excluir las escalas no clínicas se encontraron mínimas diferencias clínicas y ninguna diferencia entre hombres y mujeres.

La versión revisada del MMPI consta de 567 reactivos, incluye las escalas de validez tradicionales (L, F y K) y las escalas básicas: Hipocondriasis (Hs), Depresión (D), Histeria (Hi), Desviación psicopática (Dp), Masculinidad-Feminidad (Mf), Paranoia (P), Psicastenia (P), Esquizofrenia (Es), Manía (Ma) y Extroversión-Introversión (Si); además incluye 15 escalas de contenido que son: Ansiedad (ANS), Miedo (MIE), Obsesividad (OBS), Depresión (DEP),

Preocupación por la salud (SAL), Pensamiento delirante (DEL), Enojo (ENJ), Cinismo (CIN), Prácticas antisociales (PAS), Personalidad tipo A (PTA), Baja Autoestima (BAE), Incomodidad social (ISO), Problemas familiares (FAM), Dificultades en el trabajo (DTR) y Resistencia al tratamiento (RTR); y 15 escalas suplementarias que son: Ansiedad (A), Represión (R), Fuerza del yo (Fyo), Alcoholismo de Mac-Andrew (MAC-A), Hostilidad reprimida (Hr), Dominancia (Do), Responsabilidad social (Rs), Desajuste profesional (Dpr), Género masculino (GM), Género femenino (GF), Estrés postraumático de Keane (EPK), Estrés postraumático de Schlenger (EPS), F de la parte de atrás (Fb), Inconsistencia de las respuestas verdaderas (TRIN) y Inconsistencia de respuestas variables (VRIN). (Hathaway y McKinley, 1995).

Los requisitos indispensables para responder la prueba son tener un nivel de lectura de secundaria y un grado satisfactorio de cooperación y dedicación hacia la tarea de contestar el inventario. Se puede administrar en forma fácil tanto en forma individual como a grupos de sujetos

Inventario Multifásico de la Personalidad MMPI-A.

El Inventario Multifásico de la Personalidad en su versión original ha sido el instrumento más ampliamente utilizado en la medición objetiva de la personalidad en poblaciones de adolescentes, a pesar de su orientación hacia la edad adulta. Precisamente, con la finalidad de mejorar la redacción y sentido de algunos de los reactivos, así como de agregar escalas específicas para adolescentes, fue que se inició la elaboración de la versión específica para este grupo de edad.

El MMPI-A consta de 478 reactivos, se puede utilizar con sujetos entre los 12 y 19 años de edad, tomando en cuenta que para los menores de 14 años resulta más difícil. El criterio para determinar el uso del MMPI A en adolescentes de 18 años o más, es que se utilice la versión 1, cuando estos son estudiantes de preparatoria y la versión 2, cuando son estudiantes de licenciatura, trabajan o viven independientes.

La versión para adolescentes del MMPI incluye las escalas de validez (L, F y K) y las básicas tradicionales: Hipocondriasis (Hs), Depresión (D), Histeria (Hi), Desviación psicopática (Dp), Masculinidad-Feminidad (Mf), Paranoia (P), Psicastenia (P), Esquizofrenia (Es), Manía (Ma) y Extroversión-Introversión (Si); las escalas de contenido: Ansiedad (A-ans), Obsesividad (A-obs), Depresión (A-dep), Preocupación por la salud (A-sau), Alienación (A-ena), Pensamiento delirante (A-del), Enojo (A-enj), Cinismo (A-cin), Problemas de conducta (A-pco), Baja

autoestima (A-bae), Pocas aspiraciones (A-pas), Inconformidad social (A-iso), Problemas familiares (A-fam), Problemas escolares (A-esc) e Rechazo al tratamiento (A-rtr); **las escalas suplementarias:** Ansiedad (A), Represión (R), Alcoholismo de McAndrew revisado (MAC-R); y **las escalas nuevas:** reconocimiento de los problemas de alcohol/drogas (RFA), Inclinação a los problemas de uso de alcohol/drogas (TFA) e Inmadurez (INM) (Butcher, Williams, Graham, Archer, Tellegen, Ben Porath y Kraemer, 1992).

Cuestionario de los desórdenes del comer

El cuestionario de los desórdenes del comer ha sido elaborado específicamente para este estudio y tiene la finalidad de detectar la presencia de los desórdenes del comer, de los desórdenes del comer no especificados y del síndrome parcial de los desórdenes del comer; así como eventos estresantes en la vida del individuo relacionados con el aumento o disminución en el peso corporal, padecimiento de enfermedades físicas, antecedentes familiares de desórdenes del comer o alcoholismo y consumo de tabaco, alcohol y drogas.

Para elaborar el cuestionario se tomaron en cuenta los criterios diagnósticos del DSM-IV. Nueve reactivos de la escala sobre satisfacción con el cuerpo fueron tomados del instrumento Eating Disorders Inventory-2, (Garner et al, 1983, 1991; traducción de V. Holtz, 1992). Se tomaron reactivos del instrumento "Estudio sobre alimentación y salud", elaborado por Gómez Peresmitré (1996), mientras que los restantes fueron agregados por la investigadora.

Los dibujos utilizados para medir autopercepción de la imagen corporal fueron elaborados por Stunkard, Sorensen y Schulsinger (1980). El orden de la escala original fue modificado mediante un sorteo, ya que se consideró que éste desde muy delgada hasta muy gorda, provocaría la tendencia en los sujetos a elegir indistintamente las figuras centrales, correspondientes a peso normal. Kahm (1992) menciona que por lo general los sujetos con anorexia nervosa o bulimia nervosa eligen las figuras a, g ó h, deseando ser como las figuras c ó e, cuando en realidad su peso real se encuentra entre estas últimas.

Con la finalidad de conocer la consistencia interna de las escalas del instrumento, se obtuvo el alpha de Chronbach. Debido a que para algunas de las escalas el valor obtenido fue menor a 0.60, se eliminaron los reactivos con una correlación item-total menor a 0.2. Siguiendo este

Cuadro 3
Confiabilidad de las escalas

<i>Escala</i>	<i>Alpha de Chronbach</i>
Eventos traumáticos físicos y emocionales relacionados con el aumento del peso corporal	.7279
Eventos traumáticos físicos y emocionales relacionados con la disminución del peso corporal	.8375
Antecedentes de problemas alimentarios en la madre	.6486
Antecedentes de problemas alimentarios en el padre	.5367
Antecedentes de problemas alimentarios en hermanas	.7600
Antecedentes de problemas alimentarios en hermanos	.5505
Antecedentes de problemas alimentarios en tías	.6731
Satisfacción con la figura y el peso	.8376
Preocupación por la figura y el peso	.6018
Consumo de tabaco	.8272
Consumo de alcohol	.7408
Consumo de drogas	.7203
Nivel socioeconómico	.6721

7. Procedimiento

1. Se llevó a cabo un estudio piloto del cuestionario de los desórdenes del comer, con una muestra de 10 sujetos adolescentes y 10 sujetos adultos, únicamente con la finalidad de comprobar la comprensión del mismo. Dado que la población de estudiantes y profesionales de danza es muy pequeña y su acceso limitado, la fase piloto se llevó a cabo con sujetos cuya vocación-profesión no era la danza.
2. Las muestras de estudiantes de danza, secundaria y preparatoria, fueron contactadas a través de las escuelas a las que asisten (ballet, secundaria y preparatoria). Para ello se pidió la autorización de los directores de las mismas, solicitando la participación voluntaria de las alumnas. Los cuestionarios fueron aplicados en forma grupal en las escuelas de nivel medio y medio superior, mientras que en las escuelas de ballet, debido a que las alumnas acuden únicamente durante algunas horas en las tardes, los cuestionarios se aplicaron de manera individual según las posibilidades de cada alumna.
3. La aplicación de los instrumentos a las bailarinas profesionales y a las profesionistas no bailarinas fue de manera individual debido a la heterogeneidad en los horarios disponibles de cada persona. Para lograr su participación de las bailarinas, fue necesario solicitar la

autorización de las directoras de la mismas y posteriormente solicitar la participación voluntaria de las bailarinas.

4. Las mujeres diagnosticadas con anorexia nervosa y bulimia nervosa son pacientes del Instituto Mexicano de Psiquiatría y tres de ellas referidas por psiquiatras de manera externa. Se les solicitó su participación voluntaria en el estudio y se les evaluó de manera individual previa cita con cada una.
5. Una vez aplicados los instrumentos al número de sujetos propuesto, tomando en cuenta la mortalidad de la muestra, se procedió a la codificación y captura de la información en una base de datos computarizada. Se utilizó el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS) versión 6.1 para llevar a cabo el análisis estadístico de los datos.

V Resultados

Los resultados se presentan por separado para los grupos de adolescentes y de adultos. En la primera parte se incluye el análisis descriptivo de los datos e inferencial de algunas variables. La segunda parte se dedica a los modelos de regresión logística y el análisis de discriminantes. Para llevar a cabo el análisis descriptivo, se utilizaron frecuencias simples. Para el análisis inferencial se utilizaron las siguientes pruebas estadísticas:

- t de Student para conocer las diferencias en las medias entre dos grupos independientes
- ANOVA para conocer diferencias entre tres o más grupos independientes
- Ji cuadrada para conocer diferencias entre dos o más grupos independientes con datos a nivel nominal
- Regresión logística para conocer el valor predictivo de las variables independientes con respecto a las variables dependientes: Síndrome Parcial y Desórdenes del comer
- Análisis de discriminantes para conocer el poder predictivo de las variables que investiga el cuestionario de los desórdenes del comer, para la detección de casos de Desórdenes alimentarios y Síndrome Parcial.

La descripción del grupo de pacientes se presenta junto con los datos de los grupos de adultos, aunque los análisis realizados no sirven para fines comparativos por contar con un número reducido de sujetos.

Las áreas que se abarcan son las siguientes:

1. Características sociodemográficas
2. Índice de Masa Corporal
3. Autopercepción del peso corporal
4. Preocupación por la figura y el peso
5. Satisfacción con la figura y el peso corporal
6. Conductas alimentarias de riesgo
7. Presencia de Desórdenes del comer y del Síndrome Parcial
8. Eventos traumáticos físicos y emocionales relacionados con las fluctuaciones del peso corporal
9. Sintomatología asociada con la presencia de atracones
10. Consumo de tabaco, alcohol y otras drogas

11. Relación entre los desórdenes de la alimentación y el Índice de Masa Corporal
12. Familiares con problemas de peso y/o alcoholismo
13. Rasgos de personalidad en base a los resultados del MMPI-A y del MMPI-2
14. Modelos de regresión
15. Análisis de discriminantes

1. Características sociodemográficas

Adolescentes

La media de edad de las adolescentes de la muestra fue de 15.4 años (DE=1.6). La media de edad para el grupo de estudiantes de ballet fue de 15.2 (DE=1.9), de 15.2 (DE=1.6) para las estudiantes de escuela pública, y de 15.9 (DE=1.1) para las estudiantes de escuela privada. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre grupos ($F(2, 155)=2.88, p>0.05$).

El 77% de los sujetos adolescentes, reportaron vivir con ambos padres, mientras que el 17.6% reportó vivir con uno de sus progenitores. El principal proveedor del hogar fue el padre en los tres grupos (65%), seguido de ambos padres en el grupo de estudiantes de ballet (19%), y la madre en los grupos de estudiantes de escuela pública (17.2%) y privada (22.5%).

Cuadro 4
Escolaridad de las adolescentes
N=155

	<i>Estudiantes de ballet</i> n=48	<i>Estudiantes de escuela pública</i> n=67	<i>Estudiantes de escuela privada</i> n=40
	%	%	%
Secundaria	54.2	59.7	-
Preparatoria	39.6	40.3	100.0
Licenciatura	6.3	-	-

Escolaridad: El 54.2% de las adolescentes se encontraban estudiando la secundaria en el momento de la evaluación y el 39.6% estudiantes de preparatoria. Sólo el 6.3% en el grupo de estudiantes de ballet, estaban estudiando licenciatura. (Cuadro 4)

Estado civil: la totalidad de las sujetos adolescentes reportaron que son solteras.

Escolaridad de los padres: El nivel de estudios más alto (licenciatura), correspondió a las madres (59%) y padres (64%) de las estudiantes de ballet, mientras que los niveles de estudio más bajos (primaria) correspondieron a las madres (55%) y padres (40%) de escuela pública. En el grupo de escuela privada se reportó licenciatura como mayor grado de estudios en ambos padres, sin embargo un porcentaje importante de las madres (55%) y de los padres (40%) reportaron estudios de primaria. (Cuadro 5)

Cuadro 5
Escolaridad y ocupación de los padres de las adolescentes
N=155

	<i>Estudiantes de ballet</i> n=48	<i>Estudiantes de escuela pública</i> n=67	<i>Estudiantes de escuela privada</i> n=40	<i>Estudiantes de ballet</i> n=48	<i>Estudiantes de escuela pública</i> n=67	<i>Estudiantes de escuela privada</i> n=40
	MADRE			PADRE		
	%			%		
Primaria	2.4	55.0	40.0	-	39.7	21.2
Secundaria	4.8	25.0	22.2	7.1	32.6	24.2
Preparatoria	11.9	5.0	10.0	9.5	15.5	33.3
Técnico	14.3	8.3	20.0	-	1.7	3.0
Licenciatura	59.5	6.7	6.7	64.3	10.3	18.2
Posgrado	7.1	-	-	19.0	-	-
Ama de casa	50.0	71.6	55.3	-	-	-
Comerciante	6.3	3.0	15.8	4.3	1.7	18.4
Desempleado	-	-	-	-	1.7	5.3
Empleado	8.3	16.4	15.8	32.6	60.3	52.7
Empresario	-	-	-	10.9	-	-
Jubilado	-	1.5	-	2.2	5.2	5.3
Obrero	-	4.5	-	-	24.1	5.3
Profesionista	29.2	3.0	12.6	50.0	3.4	13.2

Ocupación de los padres: El mayor porcentaje de las madres en los tres grupos de estudiantes, se dedican a las labores del hogar, siendo este porcentaje mayor en el grupo de escuela pública (71%), que en los de escuela privada (55%) y estudiantes de ballet (50%). En el grupo de estudiantes de ballet, el 29% de las madres son profesionistas, porcentaje significativamente mayor que el de las madres de los otros grupos. Asimismo, el 50% de los padres de las estudiantes de ballet respondieron que son profesionistas, porcentaje significativamente más alto que el 3.4% y el 13.2% de padres profesionistas entre las estudiantes de escuela pública y privada respectivamente. En cambio, el 60% de los padres de las estudiantes de escuela pública y el 52% de las estudiantes de escuela privada, son empleados, porcentajes mayores al 32% reportado por los padres de las estudiantes de ballet. (Cuadro 5)

Adultos

La media de edad de la muestra de mujeres adultas fue de 25.8 años (DE=3.9). La media de edad del grupo de bailarinas profesionales fue de 26.8 (DE=5.6) y de 26.2 años (DE=3.6) para las profesionistas. El grupo de pacientes tuvo una mediana de 23 años.

El mayor porcentaje de sujetos en los tres grupos reportaron vivir con ambos padres (35%), seguido por "vivir en pareja" en los grupos de bailarinas (30%) y profesionistas (20%) y "vivir con uno de los progenitores" en el grupo de pacientes (22.2% c/u).

El principal proveedor del hogar fue el padre en los tres grupos (29%), seguido de manutención propia en los grupos de bailarinas (23.3%) y pacientes (22.2%), mientras que en el grupo de profesionistas, en segundo lugar se reportó al esposo (13.6%) como principal proveedor económico.

Escolaridad: Como era de esperarse el 98% de los sujetos del grupo de profesionistas reportaron estudios de licenciatura, y el resto de posgrado. En cambio en el grupo de bailarinas profesionales el porcentaje más alto de estudios (57%) correspondió a preparatoria, significativamente mayor al de estudios de licenciatura (31%). Por otro lado las pacientes reportaron un porcentaje más alto de estudios de licenciatura (56%) y más bajo de preparatoria (33%). En los grupos de bailarinas y profesionistas se reportó el estado civil "separada", aunque en porcentajes menores. (Cuadro 6)

Estado civil: El mayor porcentaje en el grupo de pacientes (89%) reportó que son solteras, porcentaje significativamente mayor en comparación con el grupo de bailarinas (51%) y de profesionistas (62%). En segundo lugar, aparece el estado civil "casada", con porcentajes similares en bailarinas y profesionistas, pero mucho menor en las pacientes. (Cuadro 6)

Cuadro 6
Escolaridad y estado civil
Grupos de adultos
N=96

	<i>Bailarinas profesionales</i> n=43	<i>Profesionistas no bailarinas</i> n=45	<i>Pacientes con diagnóstico de A.N. y/o B.N.*</i> n=9
	%	%	%
Secundaria	4.8	-	11.1
Preparatoria	57.1	-	33.3
Técnico	4.8	-	-
Licenciatura	31.0	97.8	55.6
Posgrado	2.4	2.2	-
Soltera	51.2	62.2	88.9
Casada	37.2	28.9	11.1
Separada	11.6	8.9	-

* A.N. = Anorexia Nervosa B.N. = Bulimia Nervosa

Escolaridad de los padres:

El mayor nivel de estudios (licenciatura) lo reportaron las madres de las bailarinas (38%) y pacientes (43%). Los padres de las bailarinas reportaron el mayor nivel de estudios (posgrado), porcentaje significativamente mayor al de los otros grupos. Asimismo, el menor nivel de estudios lo reportaron las madres de las pacientes (43%), porcentaje

significativamente mayor al 26% de los padres de las profesionistas y 11% bailarinas. Por otro lado, los padres de las pacientes (25%) y profesionistas (22%), reportaron el menor nivel de estudios (primaria). (Cuadro 7)

Ocupación de los padres: La principal ocupación de las madres en los tres grupos son las labores del hogar. En el grupo de bailarinas el 35% de las madres y el 46% de los padres son profesionistas, porcentaje significativamente mayor al 16% de las madres de la profesionistas y 12.5% pacientes y al 28% de los padres de profesionistas y 20% de pacientes. Por otro lado, el mayor porcentaje de los padres de las pacientes son empleados (40%), porcentaje mayor al (28%) de las profesionistas y 19% de bailarinas. (Cuadro 7)

Cuadro 7
Escolaridad y ocupación de los padres de
bailarinas, profesionistas y pacientes

N=96

	<i>Bailarinas profesio nales n=43</i>	<i>Profesionis tas no bailarinas n=45</i>	<i>Pacientes con diagnóstico de A.N. y/o B.N.* n=9</i>	<i>Bailarinas profesio nales n=43</i>	<i>Profesionis tas no bailarinas n=45</i>	<i>Pacientes con diagnóstico de A.N. y/o B.N.* n=9</i>
	MADRE			PADRE		
	%			%		
Primaria	10.8	26.2	42.9	13.9	22.6	25.0
Secundaria	10.8	23.8	-	-	12.9	25.0
Preparatoria	10.8	7.1	-	8.3	9.7	25.0
Técnico	18.9	21.4	14.3	2.8	6.5	-
Licenciatura	37.8	16.7	42.9	38.9	38.7	25.0
Posgrado	10.8	4.8	-	36.1	9.7	-
Ama de casa	42.5	65.9	50.0	-	-	-
Artista	2.5	-	-	-	-	-
Comerciante	7.5	4.5	12.5	10.8	25.0	20.0
Empleado	7.5	9.1	-	18.9	28.1	40.0
Empresario	-	-	25.0	10.8	-	20.0
Estudiante	2.5	-	-	-	-	-
Jubilado	2.5	4.5	-	13.5	9.4	-
Obrero	-	-	-	-	9.4	-
Profesionista	35.0	16.0	12.5	45.9	28.2	20.0

* A.N. = Anorexia Nervosa

B.N. = Bulimia Nervosa

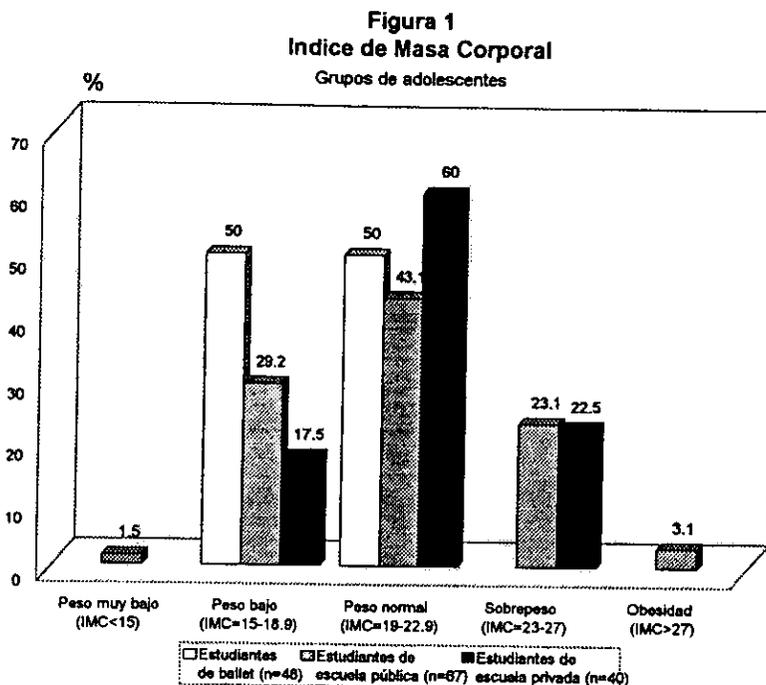
2. Índice de Masa Corporal

Adolescentes

Se obtuvo el Índice de Masa Corporal (peso/estatura²) para cada grupo de estudiantes, con base en la validación diagnóstica del IMC para muestras mexicanas (Saucedo y Gómez Peresmitré, 1997; Gómez Peresmitré y Saucedo, 1997). El grupo de estudiantes de ballet obtuvo un IMC promedio de 19.0, DE=1.24, el grupo de escuela pública un IMC=20.88, DE=3.2 y el grupo de escuela privada un IMC igual a 20.4, DE=2.5. El análisis de varianza mostró diferencias estadísticamente significativas entre grupos ($F(2,153)=10.4$, $p<0.001$). La prueba post hoc de

Bonferroni, señaló las diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de estudiantes de ballet y los grupos de estudiantes de escuela pública y privada. (Figura 1)

El grupo de ballet obtuvo el menor IMC promedio y el grupo de estudiantes de escuela pública el mayor. Únicamente en el grupo de escuela pública se encontraron sujetos pertenecientes a las categorías extremas "muy bajo peso" (1.5%) y "obesidad" (3.1%).



Adultos

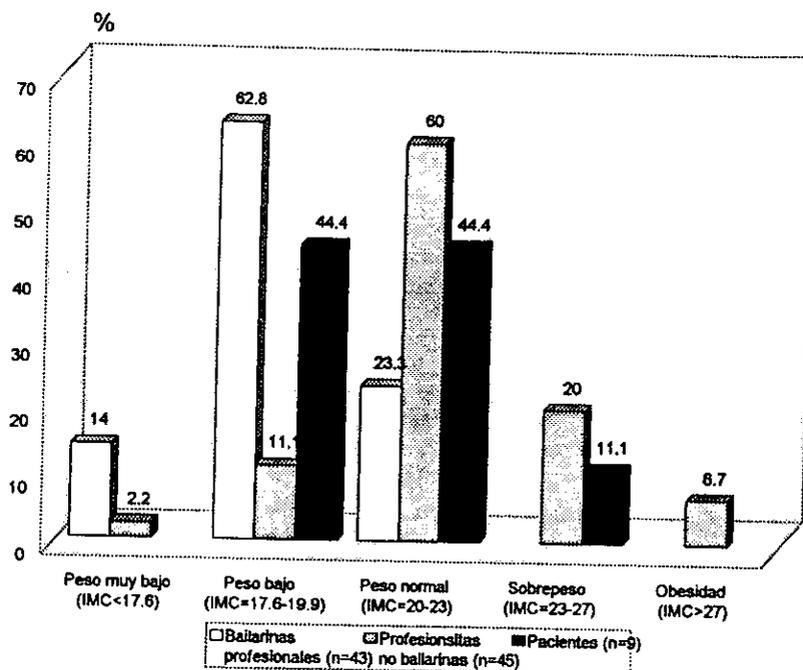
En los grupos de adultos el Índice de Masa Corporal-promedio, fue de 19.0, DE=1.4 en el grupo de bailarinas, y de 22.1, DE=2.8, en el grupo de profesionistas. La prueba t de Student, mostró diferencias significativas entre grupos ($t(86)=-6.37$, $p>0.05$).

La distribución del IMC para cada grupo se presenta en la figura 2. Como se observa, en el grupo de bailarinas encontramos que la distribución del peso de los sujetos fluctúa desde "peso

muy bajo" hasta "peso normal", estando la mayoría en la categoría de peso bajo (63%). No así en el grupo de profesionistas, en el cual la distribución del peso fluctúa desde "muy bajo" hasta "obesidad", encontrándose sin embargo, la mayoría en la categoría de peso normal (60%).

Figura 2
Indice de Masa Corporal

Grupos de adultos



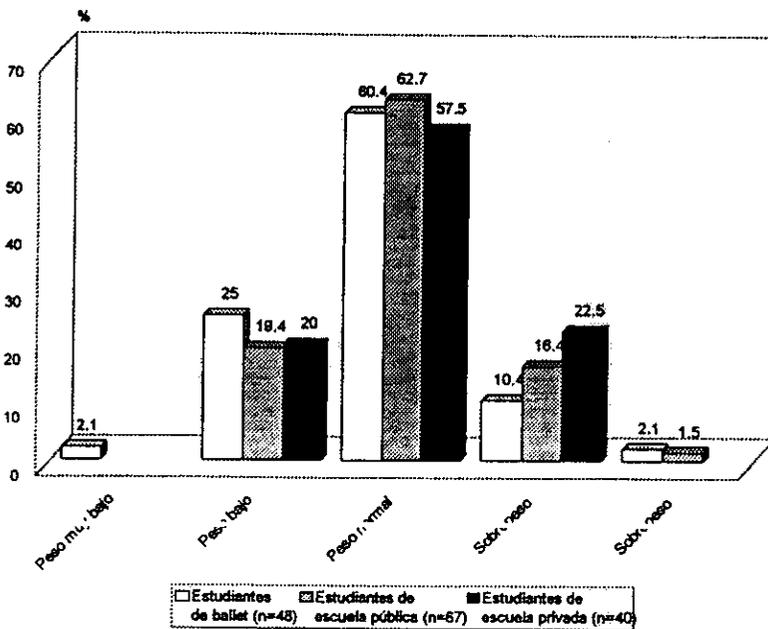
En el grupo de pacientes encontramos que la mayoría se encuentran en las categorías IMC bajo y normal (44.4% respectivamente), su IMC- promedio fue 20.35 (DE=1.9), con un mínimo de 17.9 y un máximo de 23.1, es decir, que no se encontraron casos de emaciación severa o de sobrepeso.

3. Autopercepción del peso corporal

Adolescentes

La percepción del peso que tienen las adolescentes de sí mismas, se observa en la figura 3. No obstante la distribución del IMC mencionada anteriormente, la percepción del peso muestra un panorama que no coincide con el peso y figura real de los sujetos. Existe una tendencia en general a la sobrestimación del peso corporal, más marcada en las estudiantes de ballet que en los demás

Figura 3
Autopercepción del peso corporal
Grupos de adolescentes



grupos, pues ellas se perciben con sobrepeso e incluso obesas, a pesar de que sus pesos reales son normales o aún inferiores. La percepción de las estudiantes de escuela privada es bastante adecuada con respecto a su peso y figura reales, mientras que las estudiantes de escuela pública mostraron cierta tendencia hacia la subestimación del peso corporal. El análisis de varianza no mostró diferencias estadísticamente significativas entre grupos ($F(2,154) = 0.896$ $p > 0.05$).

Peso ideal y peso deseado

En el grupo de estudiantes de ballet se encontró con respecto a lo que sería su peso ideal, que el 46% de los sujetos considera que está por arriba de éste, en contradicción con su IMC real que en ningún caso rebasa lo considerado "normal".

En el grupo de escuela pública la relación IMC-real y peso ideal es más realista, ya que el 23% considera que se encuentra por arriba de su peso ideal y el 4.6% muy arriba de éste. Sin embargo, sólo el 21.5% considera que se encuentra por abajo de su peso, cuando en realidad el 30% lo está.

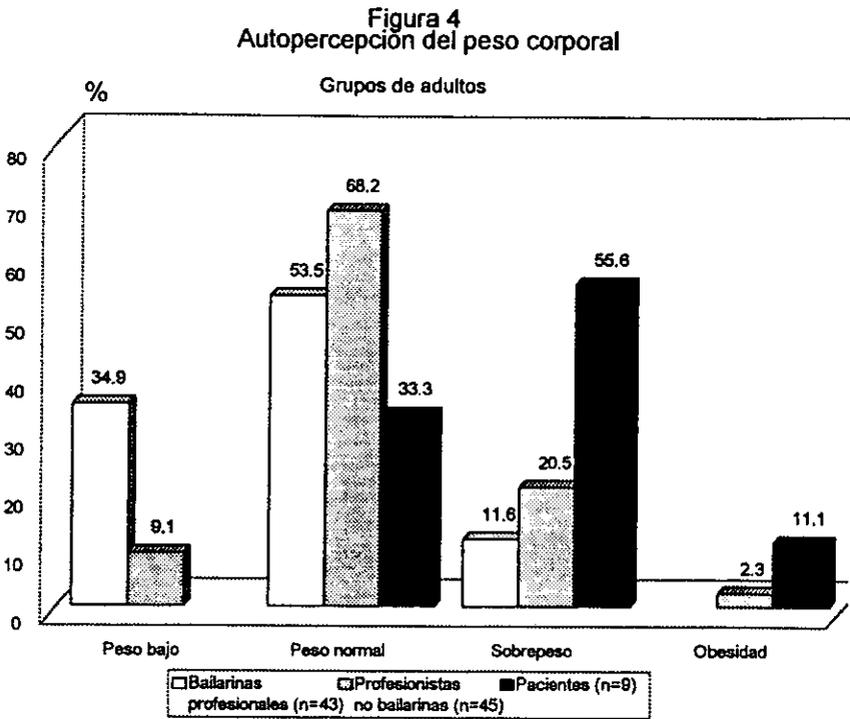
En el grupo de escuela privada encontramos que el 7.5% se considera muy por abajo de su peso, cuando en términos de IMC-real, no hubo casos clasificados como tales; únicamente el 37% se considera en su peso ideal, aunque en realidad el 67% lo está y el 42.5% se considera arriba de su peso, cuando sólo el 22.5% presentó sobrepeso. En este sentido, es en este último grupo en el que se encuentra la mayor discrepancia entre IMC-real y peso ideal. El análisis de Ji cuadrada no indicó diferencias entre grupos ($\chi^2(8)=19.35$, $p>0.05$).

En este rubro es generalizado el deseo por estar más delgada. En el grupo de estudiantes de ballet fue donde mayor porcentaje (70%) mencionó el deseo por pesar menos, a pesar de que es el grupo con menor IMC-promedio. En el grupo de estudiantes de escuela privada, el 62.5% se inclinó por este mismo deseo y en el de escuela pública el 44%. Además, las estudiantes de ballet no mencionaron querer pesar más, a diferencia de los otros grupos, en los cuales un pequeño porcentaje se expresó en este sentido. El análisis de Ji cuadrada señaló diferencias entre grupos ($\chi^2(4)=16.32$, $p<0.01$), siendo el grupo de estudiantes de ballet en donde mayor es el interés por tener un peso corporal menor, y en el de escuela pública el menor.

Adultos

De la misma manera como se reportó en el grupo de estudiantes de ballet, las bailarinas profesionales se perciben a sí mismas, más gordas de lo que son, pues si bien la mayoría se encuentra por abajo de su peso normal, se perciben más bien con peso normal o con sobrepeso. No así las mujeres profesionistas, quienes tienen una percepción bastante adecuada de su propio peso, aunque con una ligera tendencia a la subestimación del mismo, pues como se observa, no

mencionan la categoría "obesidad". La prueba de diferencias de medias mostró diferencias estadísticamente significativas entre grupos ($t(85)=2.91, p<0.01$).



Las pacientes casi en su totalidad sobrestimaron la percepción de su peso corporal, pues como se observa en la gráfica, se perciben a sí mismas con sobrepeso o incluso obesas, a pesar de que sólo el 11% presentó sobrepeso y ninguna obesidad, y al contrario el 44% tiene un peso por abajo del normal.

Peso ideal y peso deseado

Con respecto a lo que sería su peso ideal, el 66% de las bailarinas consideraron que se encuentran por arriba de él, mientras que en términos de IMC, nadie se encontró por arriba de su peso. Por otro lado sólo el 12% reconoció que se encuentra por abajo de su peso ideal, siendo que el 74% de los sujetos están por abajo del mismo.

En el grupo de profesionistas, se presenta una tendencia similar, pues el 60% de los sujetos mencionó encontrarse por arriba o muy arriba de su peso normal, cuando en realidad el 60% de ellos se encuentra en su peso. Además sólo el 9% mencionó que se encuentra por abajo de su peso ideal, siendo que fueron más sujetos (13%) los que se encontraron en estas categorías. Al respecto la prueba de ji cuadrada mostró diferencias estadísticamente significativas entre grupos ($X^2(8)=15.49$, $p=0.05$).

Más de la mitad de las pacientes mencionaron, que con respecto a su peso ideal se encuentran por arriba de él, con sobrepeso u obesidad, cuando en realidad su peso más bien fluctúa entre lo normal y lo bajo. Sin embargo, un pequeño porcentaje mencionó estar muy por abajo de su peso, en contradicción con lo esperado por el tipo de padecimiento en donde constantemente existe una sobrestimación del peso y un deseo por estar más delgado.

Lo observado en este rubro es que la mayoría de los sujetos desean pesar menos (66.7%) en ambos grupos, y sólo el 28% desean pesar lo mismo. En esta categoría, el grupo de pacientes no presenta características distintas a los otros grupos. El análisis de Ji cuadrada no señaló diferencias estadísticamente significativas ($X^2(4)=0.937$, $p>0.05$).

4. Preocupación por la figura, el peso y el comer

Adolescentes

En relación con este aspecto, las estudiantes de escuela pública fueron las que reportaron mayor porcentaje de tiempo dedicado a pensamientos sobre el peso, la figura y el comer. Tres cuartas partes de los sujetos dedican la mitad de su tiempo o más a este tipo de pensamientos, mientras que en el grupo de estudiantes de ballet es la mitad del grupo, y en el de escuela privada el 40%. Por el contrario cuando consideramos a los sujetos que dedican el 80% o más de su

tiempo a estos pensamientos, encontramos que en el grupo de escuela privada es en donde se encuentra el mayor porcentaje de sujetos el 17.5%, mientras que en el de estudiantes de ballet es sólo el 8.4%. El análisis de varianza no señaló diferencias estadísticamente significativas entre grupos ($F(2,150)=2.25$ $p>0.05$).

Ante la pregunta ¿Te preocupa engordar?, el grupo de estudiantes de ballet mostró los mayores porcentajes en la categoría "siempre", a diferencia de los otros grupos en los cuales la principal respuesta fue "a veces", sin dejar de mencionar que en segundo término también respondieron "siempre". Sin embargo, el análisis de varianza no mostró diferencias estadísticamente significativas entre grupos ($F(2,150)=1.63$, $p>0.05$).

Otro de los aspectos que indican preocupación por la figura y el peso, es la frecuencia con la cual las personas se pesan. Al respecto las adolescentes mencionaron en su mayoría que se pesan cada dos meses o con menor frecuencia. El 75% de las estudiantes de escuela pública y privada, se pesan cada dos meses, mientras que en el grupo de estudiantes de ballet sólo el 48% se pesa con esta frecuencia, y el 52% se pesa una vez al mes o menos; al contrario de las estudiantes de escuela pública y privada quienes se pesan cada mes o menos (24.8%). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de estudiantes de ballet con los grupos de escuela pública y privada ($F(2,150)=10.88$, $p<0.01$).

Adultos

En el grupo de bailarinas encontramos que la mitad de los sujetos del grupo se encuentran preocupados por el peso, la figura o el comer, 50% o más del tiempo; mientras que en el grupo de profesionistas se reporta que sólo el 20% de los sujetos se preocupan en esta medida por estos aspectos. En cuanto a dedicar 80% o más del tiempo a este tipo de pensamientos, en el grupo de bailarinas se reportó el 14% y en el de profesionistas sólo el 7%. Sí se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre grupos ($t(85)=2.91$, $p<0.01$).

El 90% de las pacientes mencionaron que dedican la mitad o más de su tiempo a estos pensamientos. Además el 33.3% de ellas lo hacen 80% o más del tiempo.

En relación con la pregunta ¿Te preocupa engordar?, el 38% de los sujetos del grupo de bailarinas se encontraron en la categoría "siempre", y el 23% "muy frecuentemente"; a diferencia de los sujetos del grupo de profesionistas en donde el 50% se encontró en la categoría "a veces" y

en segundo lugar "frecuentemente". Si se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre grupos ($t(85)=3.21$, $p < 0.01$).

A esta pregunta el 78% de las pacientes respondieron que "siempre" les preocupa engordar, el 11% "frecuentemente" y 11% "a veces".

Con respecto a la pregunta ¿Con qué frecuencia te pesas?, los sujetos respondieron en su mayoría que se pesan con una frecuencia de dos meses o menor. El grupo de bailarinas, reporta una ligera tendencia a pesarse con mayor frecuencia, el 21% se pesa con una frecuencia de un mes o mayor, contra el 13% en el grupo de profesionistas. La prueba de diferencias de medias, no mostró diferencias significativas entre grupos ($t(86)=1.3$, $p > 0.05$).

Contrariamente con lo esperado, el 44.4% de las pacientes reportaron que se pesan cada dos meses o menos, el 33.3% una vez al mes, y el 22.2% una vez a la semana.

5. Satisfacción con la figura y el peso

Adolescentes

En los tres grupos se encontró que la mayor proporción (51%) de sujetos se encuentran satisfechas con su peso y figura. En los grupos de estudiantes de ballet y de escuela pública, el 27% y 22.4% de los sujetos respectivamente, reportaron sentirse insatisfechas con su peso y figura, mientras que en el grupo de estudiantes de escuela privada, mayor proporción mencionó ser indiferente al respecto, sin dejar de tomar en cuenta que también el 20% mencionó sentirse insatisfecha con el mismo. El análisis de varianza no reportó diferencias estadísticamente significativas entre grupos ($F(2,152)=0.358$, $p > 0.05$). (Cuadro 8)

Al analizar la escala de satisfacción corporal, observamos que las estudiantes de ballet presentan mayores índices de insatisfacción con determinadas partes del cuerpo; consideran que sus muslos, glúteos y caderas, son muy grandes, que sus piernas son largas y su busto pequeño, reactivos en los cuales se encontraron diferencias significativas principalmente entre los grupos de estudiantes de ballet y escuela pública. En "pienso que mis muslos son muy grandes"; la diferencia fue entre el grupo de estudiantes de ballet y escuela pública y privada, y en "me siento satisfecha con la forma de mi cuerpo", entre el grupo de estudiantes de ballet y estudiantes de escuela

privada. Al contrario, el grupo de escuela privada presentó los mayores niveles de satisfacción con partes individuales del cuerpo. (Cuadro 8)

Cuadro 8
Satisfacción con la figura
Grupos de adolescentes

	<i>Estudiantes de ballet</i> <i>n=48</i>		<i>Estudiantes de escuela pública</i> <i>n=67</i>		<i>Estudiantes de escuela privada</i> <i>n=40</i>		ANOVA	
	X	DE	X	DE	X	DE	F	p
Pienso que mi estómago es demasiado grande	2.08	1.3	1.84	1.4	1.93	1.2	0.4706	NS
Pienso que mi estómago es del tamaño ideal	3.44	1.4	3.40	1.8	3.80	1.6	4.706	NS
Pienso que mis muslos son muy grandes	2.48	1.3	1.42	1.1	1.45	0.9	13.86**	<0.01
Pienso que mis muslos son del tamaño ideal	3.35	1.3	3.15	1.9	3.77	1.6	*1.704	NS
Pienso que mi busto es del tamaño ideal	3.10	1.6	3.03	1.9	3.08	1.7	.025	NS
Pienso que mi busto es demasiado grande	1.31	0.8	1.25	1.0	0.53	0.5	.8535	NS
Pienso que mi busto es demasiado pequeño	2.31	1.0	1.67	1.3	1.70	1.3	3.237*	<0.05
Pienso que mis piernas son muy largas	1.67	1.3	1.18	0.8	1.38	0.9	.7660*	<0.05
Pienso que mis piernas son del tamaño ideal	2.71	1.4	3.12	1.8	3.30	1.6	1.502	NS
Pienso que mis piernas son muy cortas	1.46	1.2	1.01	1.0	1.03	1.1	2.537	NS
Me siento satisfecha con la forma de mi cuerpo	2.52	1.3	2.88	1.7	3.52	1.4	4.706**	<0.05
Me gusta la forma de mis glúteos	3.04	1.4	3.16	1.8	3.35	1.6	.3720	NS
Pienso que mis glúteos son muy grandes	1.83	1.1	1.42	0.7	1.47	1.1	9.857*	<0.01
Pienso que mis caderas son muy grandes	2.13	1.4	1.49	1.3	1.60	1.1	3.383*	<0.05
Pienso que mis caderas son del tamaño ideal	3.54	1.4	3.30	1.7	3.83	1.6	1.320	NS
Me gustaría ser más acinturada	2.94	1.5	2.54	1.7	2.75	1.6	.8120	NS
Pienso que mi cintura es del tamaño ideal	3.44	1.5	1.94	1.9	3.95	1.6	1.732	NS
PUNTUACION TOTAL	3.04	0.5	2.73	0.8	3.00	0.7	2.918	.057

* Diferencia entre los grupos 1 y 2 ** Diferencia entre los grupos 1 y 3 *** Diferencia entre los grupos 1 y 2/1 y3

Al comparar las puntuaciones totales de cada grupo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ellos ($F(2,154)=2.91, p>.05$). Sin embargo, se observa que el grupo de estudiantes de ballet junto con el de escuela privada presentan los mayores índices de insatisfacción corporal.

Adultos

En este rubro, no se encontraron diferencias entre grupos, pues en ambos la mayor parte de los sujetos (52.9%) mencionaron encontrarse satisfechas con su peso y figura, y en segundo lugar "insatisfechas con su peso y figura" (24.7%), en porcentajes similares ($t(86)=-0.56, p>0.05$).

En la escala de satisfacción con el cuerpo únicamente tres reactivos mostraron diferencias significativas entre bailarinas y profesionistas: "Pienso que mi estómago es del tamaño ideal" ($t(86)=-2.32$, $p<0.05$), "Pienso que mis muslos son muy grandes" ($t(86)=2.08$, $p<0.05$) y "Pienso que mis piernas son muy cortas" ($t(86)=2.19$, $p<0.05$). En términos generales las bailarinas mostraron mayor insatisfacción con las partes de su cuerpo, sienten que sus muslos, glúteos y caderas son grandes, su busto es pequeño, y que sus piernas son cortas o largas. Sin embargo cuando se comparan las puntuaciones totales observamos que no hay diferencias significativas entre grupos y que las profesionistas presentaron un índice mayor de insatisfacción corporal, ($t(86)=-0.56$, $p>0.05$). (Cuadro 9)

Cuadro 9
Satisfacción con la figura
Grupos de adultos

	<i>Bailarinas profesionales</i>		<i>Profesionistas no bailarinas</i>		<i>T de Student</i>	<i>Pacientes con diagnóstico de A.N. y/o B.N.*</i>	
	<i>n=43</i>		<i>n=45</i>			<i>n=9</i>	
	X	DE	X	DE	t	X	DE
Pienso que mi estómago es demasiado grande	1.98	1.0	2.42	1.4	-1.70	3.56	1.3
Pienso que mi estómago es del tamaño ideal	3.19	1.7	3.98	1.4	2.32*	4.89	0.3
Pienso que mis muslos son muy grandes	2.21	1.3	1.64	1.2	2.08*	2.33	1.8
Pienso que mis muslos son del tamaño ideal	3.47	1.5	3.27	1.6	0.58	4.11	1.2
Pienso que mi busto es del tamaño ideal	3.19	1.4	2.96	1.5	0.72	3.44	1.3
Pienso que mi busto es demasiado grande	1.14	0.6	1.40	1.0	-1.39	1.56	0.8
Pienso que mi busto es demasiado pequeño	1.60	1.1	1.24	0.8	1.69	1.78	1.5
Pienso que mis piernas son muy largas	1.79	1.4	1.47	1.3	1.08	1.22	0.6
Pienso que mis piernas son del tamaño ideal	2.79	1.5	2.73	1.5	0.17	3.67	1.5
Pienso que mis piernas son muy cortas	1.51	0.8	1.13	0.7	2.19*	1.89	1.6
Me siento satisfecha con la forma de mi cuerpo	2.86	1.1	2.91	1.2	0.21	4.56	0.7
Me gusta la forma de mis glúteos	2.60	1.4	3.11	1.6	-1.52	3.33	1.8
Pienso que mis glúteos son muy grandes	1.60	0.9	1.33	0.9	1.35	1.33	1.5
Pienso que mis caderas son muy grandes	1.70	1.1	1.56	1.2	0.56	2.44	1.9
Pienso que mis caderas son del tamaño ideal	3.30	1.6	3.53	1.5	-0.69	4.00	1.5
Me gustaría ser más acinturada	2.93	1.7	2.98	1.5	-0.14	3.56	1.6
Pienso que mi cintura es del tamaño ideal	3.35	1.4	3.76	1.4	-1.30	3.56	2.0
PUNTUACION TOTAL	2.8	0.7	2.9	0.8	-0.56	3.4	0.5

* $P<0.05$

Las pacientes presentaron las mayores puntuaciones en todos los reactivos, es decir que se encuentran muy insatisfechas con su figura, principalmente con su estómago, muslos y caderas. En

las puntuaciones totales se muestra como éste grupo presenta el mayor índice de insatisfacción con el propio cuerpo.

6. Conductas alimentarias de riesgo

En nuestro contexto sociocultural no deja de ser importante la presencia de conductas inapropiadas del comer, que si bien no se presentan con las características propias de un síndrome clínicamente patológico, no dejan de ser rasgos importantes que se deben considerar principalmente cuando se trata de fines preventivos de la enfermedad, pues se sabe por ejemplo, que el seguimiento de dietas es uno de los principales predictores del futuro desarrollo de los desórdenes del comer en adolescentes. Otros factores importantes son la presencia de atracones, la practica de ayunos, o de un patrón desorganizado de alimentación como "saltarse comidas", y del uso de métodos de purga (vómito autoinducido, uso de laxantes, diuréticos y anfetaminas).

Adolescentes

En los grupos de adolescentes encontramos que el seguimiento de dietas presentó los mayores porcentajes en los tres grupos de estudiantes, seguido del grupo de escuela privada por "saltarse comidas", "práctica de ayunos" y de "ejercicio excesivo". En el grupo de estudiantes de

Cuadro 10
Conductas alimentarias de riesgo
Grupos de adolescentes

	<i>Estudiantes de ballet n=48</i>	<i>Estudiantes de escuela pública n=67</i>	<i>Estudiantes de escuela privada n=40</i>	<i>Ji cuadrada</i>
	<i>%</i>	<i>%</i>	<i>%</i>	<i>X²</i>
Práctica de atracones	31.3	28.4	32.5	0.231
Práctica excesiva de ejercicio	52.0	22.3	35.0	10.86*
Práctica de ayunos	22.9	10.4	32.5	7.98*
Saltarse comidas	35.4	22.3	45.0	21.78*
Seguimiento de dietas	68.7	31.3	60.0	17.67*
Uso de laxantes	14.5	-	10.0	-
Uso de diuréticos	14.5	2.9	2.5	-
Uso de anfetaminas	6.2	2.9	-	-
Vómito autoinducido	4.1	1.4	7.5	-

*p<0.01

ballet, la práctica de ejercicio excesivo, ocupa el segundo lugar, saltarse comidas el tercero y la práctica de atracones el cuarto, mientras que en el grupo de estudiantes de escuela pública, la práctica de atracones ocupa el segundo lugar, seguido de la práctica de ejercicio excesivo y de "saltarse comidas". El uso de métodos de purga se presenta en porcentajes menores, aunque no despreciables en los grupos de estudiantes de ballet y de escuela privada, y bastante menores en el de escuela pública. (Cuadro 10)

Adultos

De igual forma como en los grupos de adolescentes, en los grupos de adultos el seguimiento de dietas es la conducta principalmente elegida por los sujetos para controlar su peso. En el grupo de bailarinas le sigue la práctica de ejercicio excesivo, "saltarse comidas" y la práctica

Cuadro 11
Conductas alimentarias de riesgo
Grupos de adultos

	<i>Bailarinas profesionales</i> n=43	<i>Profesionistas no bailarinas</i> n=45	<i>Si cuadrada</i> X ²	<i>Pacientes con diagnóstico de A.N. y/o B.N.*</i> n=9
	%	%		%
Práctica de atracones	48.8	26.7	4.61*	100.0
Práctica excesiva de ejercicio	69.8	17.7	24.22*	55.5
Práctica de ayunos	39.5	15.5	6.37*	77.7
Saltarse comidas	48.8	24.4	5.65*	66.6
Seguimiento de dietas	90.6	68.8	6.42*	100.0
Uso de laxantes	30.2	15.5	2.09	55.5
Uso de diuréticos	20.9	8.8	2.53	44.4
Uso de anfetaminas	23.3	4.4	6.60*	22.2
Vómito autoinducido	18.6	-	-	88.8

* A.N. = Anorexia Nervosa

B.N. = Bulimia Nervosa * p<0.05

de atracones. En el grupo de profesionistas se encuentra en segundo lugar la práctica de atracones y "saltarse comidas", y en cuarto lugar la práctica de ayunos y el uso de laxantes. El uso de métodos de purga en el grupo de bailarinas se presenta en porcentajes bastante elevados como se observa en el cuadro, principalmente el uso de laxantes y anfetaminas. En el grupo de profesionistas los porcentajes de uso de métodos de purga son menores, aunque no tan bajos, pues

el uso de laxantes es del 15.5%, y de diuréticos del 9%. No se reportó la práctica de vómito autoinducido. (Cuadro 11)

8. Presencia de desórdenes del comer y síndrome parcial

Adolescentes

En el grupo de estudiantes de ballet se encontró un caso de Bulimia Nervosa con uso de métodos de purga y un caso de Bulimia Nervosa no especificada. En el grupo de estudiantes de escuela privada se encontró un sujeto que reportó el "uso de conductas compensatorias para bajar de peso después de comer pequeñas cantidades de alimento". En el grupo de escuela pública no se detectaron sujetos con desórdenes del comer. (Figura 5)

Cuadro 12
Síndrome Parcial
Grupos de adolescentes

	<i>Estudiantes de ballet n=48</i>	<i>Estudiantes de escuela pública n=67</i>	<i>Estudiantes de escuela privada n=40</i>	<i>χ² Cuadrada</i>
	%	%	%	X ²
Seguimiento de dietas	22.9	-	7.5	-
Práctica excesiva de ejercicio	18.7	2.9	-	-
Sentimientos de culpa al comer comidas engordadoras	27.0	16.4	25.0	2.15 NS
Preocupación por la figura, el peso y el comer	16.6	14.9	20.0	0.462 NS
Insatisfacción con la figura y el peso	29.2	25.4	17.5	1.651 NS
Uso de métodos de purga	18.7	4.4	15.0	-

*p<0.01

En los tres grupos se detectó la presencia del síndrome parcial, 52% en el grupo de estudiantes de ballet, 26.8% en el de escuela pública y 42.5% en el grupo de escuela privada.

Como se observa en el cuadro 12, los síndromes parciales mayormente reportados fueron "sentimiento de culpa al comer comidas engordadoras" y "seguimiento de dietas" y "preocupación por la figura, el peso y el comer" en el grupo de estudiantes de escuela pública y privada.

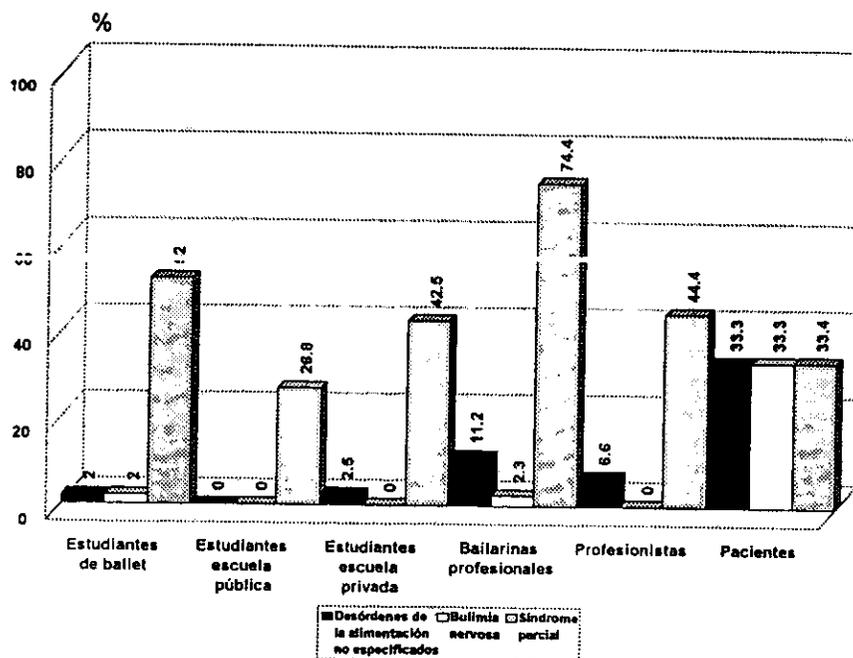
Adultos

En el grupo de bailarinas se encontró un caso de Anorexia Nervosa sin criterio de peso y "mastigar y escupir comida", un caso de Bulimia Nervosa sin uso de métodos de purga, y 3 casos de bulimia no especificada, uno de ellos también presentó "mastigar y escupir comida". Además el 74.4% de los sujetos presentó Síndrome Parcial.

En el grupo de profesionistas se encontraron 3 casos de Bulimia no especificada. El 44.4% de los sujetos presentó Síndrome Parcial. El grupo de bailarinas presentó los mayores porcentajes de todos ellos, en primer lugar "seguimiento de dietas" y en segundo "uso de métodos de purga"; mientras que en el grupo de profesionistas este orden se invierte, además, la práctica de ejercicio excesivo y los sentimientos de culpa al comer comidas engordadoras, se presentan en porcentajes mínimos. (Figura 5)

En el grupo de pacientes se encontró un caso de Bulimia Nervosa con uso de métodos de

Figura 5
Desórdenes del comer y síndrome parcial



purga, dos casos de Bulimia Nervosa sin uso de métodos de purga, dos casos de Bulimia Nervosa no especificada, y un caso de masticar y escupir comida. Por otro lado en este grupo se encontraron los porcentajes más elevados de todos los síndromes parciales, principalmente el uso de métodos de purga, seguimiento de dietas y sentimientos de culpa al comer comidas engordadoras. Tres de los sujetos de este grupo no alcanzaron alguno de los criterios diagnósticos para desórdenes alimentarios, sin embargo sí para Síndrome Parcial. (Cuadro 13)

Cuadro 13
Síndrome Parcial
Grupos de adultos

	<i>Bailarinas profesionales</i>	<i>Profesionistas no bailarinas</i>	<i>Si cuadrada</i>	<i>Pacientes con diagnóstico de AN, y/o BN.*</i>
	<i>n=43</i>	<i>n=45</i>		<i>n=9</i>
	<i>%</i>	<i>%</i>	<i>X²</i>	<i>%</i>
Seguimiento de dietas	41.8	13.3	9.02**	77.7
Práctica excesiva de ejercicio	37.2	2.2	17.26**	22.2
Sentimientos de culpa al comer comidas engordadoras	30.2	4.4	10.34**	77.7
Preocupación por la figura, el peso y el comer	18.6	6.6	2.86	44.4
Insatisfacción con la figura y el peso	37.2	36.4	0.006	100.0
Uso de métodos de purga	39.5	22.2	3.09	88.8

* A.N. = Anorexia Nervosa

B.N. = Bulimia Nervosa ** P<0,01

8. Eventos traumáticos relacionados con las fluctuaciones en el peso corporal

Adolescentes

En esta sección de preguntas, fueron pocos los sujetos que respondieron positivamente a la relación de algún evento traumático en su vida con el aumento o disminución en el peso corporal.

Los eventos relacionados con el aumento de peso más mencionados fueron: "las fallas en el trabajo o en la escuela", seguido de "problemas familiares", "periodos prolongados de dietas", "muerte de un ser querido" y "problemas económicos". En referencia a los eventos traumáticos

relacionados con bajar de peso, se mencionan: "fallas en la escuela" y "problemas familiares", con frecuencias menores que cuando se trata de subir de peso.

A pesar de las escasas menciones registradas, es interesante señalar que la mayoría de los eventos relacionados con subir de peso se encuentran en la categoría de respuesta "muchísima importancia"; mientras que las menciones de eventos relacionados con bajar de peso, son en general muy escasas.

Adultos

En los grupos de adultos encontramos nuevamente pocas referencias de eventos traumáticos relacionados con el aumento o disminución del peso corporal. En el grupo de bailarinas profesionales se relaciona al aumento de peso con "fallas en el trabajo", "periodos prolongados de dietas" y los "problemas familiares". En el grupo de profesionistas no bailarinas, se hace referencia a los "problemas económicos", la "ruptura afectiva con la pareja" y "período prolongado de dietas".

En cuanto a bajar de peso, se hace menor referencia de cualquier tipo de problema ocurrido, y entre los principales se menciona la "ruptura afectiva con la pareja", "el matrimonio", "la muerte de un ser querido", "los problemas familiares" y "periodos prolongados de dietas".

De la misma manera como ocurrió en los grupos de adolescentes, en los grupos de adultos, la mayoría de los eventos relacionados con subir de peso se encuentran en la categoría de respuesta "muchísima importancia"; mientras que las menciones de eventos relacionados con bajar de peso, son en general muy escasas, aunque en el grupo de mujeres profesionistas, éstos también se registraron en la categoría de respuesta "muchísima importancia".

En el grupo de pacientes es importante señalar que a pesar del número reducido de sujetos, son bastantes las referencias hechas a eventos traumáticos. Entre los principales se encuentran los "problemas familiares", "fallas en el trabajo" y "periodos prolongados de dietas". En relación con bajar de peso, los sujetos hicieron referencia a permanecer a dieta por periodos prolongados y a la muerte de un ser querido, como causas principales. Nuevamente la mayoría de sus respuestas se registraron en la categoría "muy importante".

9. Sintomatología asociada con la presencia de atracones

Durante la práctica de atracones o de episodios de comer con exceso, existen una serie de síntomas asociados que clasifican la severidad del padecimiento, ya sea para determinar un diagnóstico de Bulimia Nervosa o de comer compulsivamente. En los cuadros 12 y 13 se presentan las puntuaciones medias de las preguntas que indagan sobre estos aspectos a manera de mostrar los resultados obtenidos en el presente estudio. No se trata exclusivamente de los sujetos que presentaron un desorden alimentario ni de los que afirmaron la práctica de atracones, aunque cabe aclarar que algunas preguntas sólo estaban dirigidas a estos últimos sujetos. Las preguntas se midieron en una escala de 1 a 5, nunca, a veces, frecuentemente, muy frecuentemente y siempre.

Adolescentes

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de estudiantes de ballet y de escuela pública en las siguientes preguntas: "Me siento culpable cuando como comidas engordadoras" ($F(2,148)=4.34$, $p<0.05$), "Me provoqué el vómito después de estos episodios" ($F(2,42)=3.63$, $p<0.05$), "Comer de más me deprime" ($F(2,141)=5.23$, $p<0.01$), "Comer de más provoca que me sienta mal conmigo misma" ($F(2,141)=3.29$, $p<0.05$). Entre los grupos de ballet y de escuela privada no se encontraron diferencias en estos aspectos.

En los grupos de estudiantes de ballet y de estudiantes de escuela pública, las puntuaciones medias mayores corresponden a "Sentimientos de culpa por esta forma de comer" y "Sentimientos de culpa al comer comidas engordadoras"; mientras que en el de escuela privada fueron: "Tengo la sensación de no poder parar de comer" y "Me siento culpable al comer comidas engordadoras".

(Cuadro 14)

En términos de valores promedio, las respuestas a este grupo de preguntas, son aparentemente bajas, es decir que se pensaría que muestran bajas prevalencias de este tipo de síntomas en esta población. Sin embargo, si consideramos conductas tales como la sensación de falta de control al comer y el uso de vómito autoinducido, un promedio de 2.6 ó 2.7, corresponde a la opción de respuesta "a veces", lo cual es un indicador de patología incipiente, y llama la atención el simple hecho de que se presenten estas conductas en estas poblaciones. Por otro lado, la pregunta: "Me siento culpable por esta forma de comer", obtuvo un valor igual a tres,

correspondiente a la opción de respuesta "frecuentemente", el más elevado en todas las respuestas correspondientes a este grupo de preguntas, lo cual es importante considerar al hablar de prevención de la enfermedad. (Cuadro 14)

Cuadro 14
Sintomatología asociada con la presencia de atracones
Grupos de adolescentes

	<i>Estudiantes de Ballet</i>		<i>Escuela de escuela Pública</i>		<i>Escuela de escuela Privada</i>		<i>ANOVA</i>
	<i>n=48</i>		<i>n=67</i>		<i>n=40</i>		
	X	DE	X	DE	X	DE	F
Tengo la sensación de no poder parar de comer	2.7	0.93	2.0	0.83	2.6	1.0	2.4
Durante estos episodios tengo sensaciones de angustia	2.4	1.5	2.0	1.1	2.4	1.6	0.50
Oído que los demás no se dan cuenta de esta forma de comer	2.3	1.2	1.7	1.1	2.0	1.5	0.83
Me siento culpable por esta forma de comer	3.0	1.3	2.1	1.3	2.3	1.3	1.82
Me siento culpable cuando como comidas engordadoras	2.8	1.4	2.1	1.2	2.5	1.4	4.34*^
Me provocho el vómito después de estos episodios	1.1	0.35	1.0	0.25	2.0	1.8	3.67*
Comer de más me deprime	2.2	1.3	1.5	0.84	2.0	1.3	5.23***^
Comer de más provoca que me sienta mal conmigo misma	2.4	1.2	1.8	1.0	2.2	1.3	3.29*^
En ocasiones como mucho más rápido de lo normal	2.2	1.1	1.9	1.1	2.1	0.98	0.99
Me atasco de comida aunque no tenga hambre	1.5	1.5	1.2	0.43	1.2	0.52	3.41*^
Como hasta sentir malestares físicos	1.1	0.44	1.1	0.58	1.1	0.31	0.26

* p<0.05

** p<0.01

^Diferencia entre los grupos 1 y 2

Adultos

En los grupos de adultos se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre bailarinas profesionales y profesionistas no bailarinas, en las preguntas: "Me siento culpable cuando como comidas engordadoras" ($t(82)=3.52$, $p<0.01$), "Me provocho el vómito después de estos episodios" ($t(28)=2.35$, $p<0.05$), "Comer de más me deprime" ($t(81)=3.05$, $p<0.01$), "Comer de más provoca que me sienta mal conmigo misma" ($t(81)=3.0$, $p<0.01$). Las puntuaciones promedio del grupo de bailarinas fueron mayores para todas las preguntas. (Cuadro 15)

De igual forma como ocurre con los grupos de adolescentes, en los grupos de adultos, llama la atención la presencia de valores promedio entre 2 y 3.5, correspondientes a las opciones de respuesta "a veces" y "frecuentemente", aunque como ya se había mencionado anteriormente, en estos grupos el grado de patología relacionada con la alimentación, es mucho mayor que en las adolescentes.

En el grupo de pacientes se encontraron las mayores puntuaciones promedio para los grupos de adultos, cinco de ellas con un valor medio mayor a 4, correspondiente a la categoría de respuesta "muy frecuentemente": "Me siento culpable cuando como comidas engordadoras", "Me siento culpable por esta forma de comer", "Comer de más provoca que me sienta mal conmigo misma", "Cuido que los demás no se den cuenta de esta forma de comer", "Me provocó el vómito después de estos episodios". El resto de las preguntas obtuvieron valores medios de 3 o mayores.

Cuadro 15
Sintomatología asociada con la presencia de atracones
Grupos de adultos

	<i>Bailarinas profesionales</i> <i>n=43</i>		<i>Profesionistas no bailarinas</i> <i>n=45</i>		<i>T de Student</i>	<i>Pacientes con diagnóstico de A.N. y/o B.N.*</i> <i>n=9</i>	
	X	DE	X	DE	t	X	DE
Tengo la sensación de no poder parar de comer	2.6	0.97	2.5	0.82	0.35	3.3	1.2
Durante estos episodios tengo sensaciones de angustia	2.7	1.2	2.5	1.4	0.48	3.6	1.6
Cuido que los demás no se den cuenta de esta forma de comer	2.4	1.2	2.2	1.3	0.57	4.1	1.2
Me siento culpable por esta forma de comer	3.5	1.4	2.9	1.2	1.26	4.2	1.09
Me siento culpable cuando como comidas engordadoras	2.8	1.2	2.0	0.79	3.52***	4.4	1.1
Me provocó el vómito después de estos episodios	1.6	1.1	1.0	0	2.35**	4.1	1.5
Comer de más me deprime	2.2	1.3	1.5	0.80	3.05***	3.5	1.7
Comer de más provoca que me sienta mal conmigo misma	2.7	1.3	1.9	1.0	3.0***	4.2	1.3
En ocasiones como mucho más rápido de lo normal	2.5	1.0	2.4	1.1	0.05	3.5	1.2
Me atasco de comida aunque no tenga hambre	1.4	0.74	1.2	0.46	1.13	3.0	1.3
Como hasta sentir malestares físicos	1.3	0.53	1.1	0.38	1.51	3.0	1.4

* A.N. = Anorexia Nervosa

B.N. = Bulimia Nervosa

** p<0.05

*** p<0.01

10. Consumo de tabaco, alcohol y otras drogas

Adolescentes

En el grupo de escuela pública se encontró la menor proporción de consumo de tabaco, alcohol, y otras drogas, mientras que en el de escuela privada se encontró la mayor de ellas.

(Cuadro 16)

El consumo de tabaco alguna vez en la vida fue mencionado por el 50% de los sujetos en el grupo de estudiantes de ballet, por el 40% en el grupo de estudiantes de escuela pública, y por el 67% en el grupo de estudiantes de escuela privada. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre grupos ($X^2(2)=6.68$, $p<0.05$). El uso en el último año, disminuye a la mitad en los dos primeros grupos, mientras que en el de escuela privada permanece casi igual (60%), presentando diferencias estadísticamente significativas ($X^2(2)=11.65$, $p<0.01$). Asimismo en el consumo en el último mes, en donde los dos primeros grupos disminuye considerablemente, pero en el último se sostiene con un 45% de usuarios. El promedio de cigarros consumidos al mes es de 6 en el grupo de estudiantes de ballet, de 1.6 en el de escuela pública y de 4 en el de escuela privada.

Cuadro 16
Consumo de tabaco, alcohol y otras drogas
Grupos de adolescentes

	<i>Estudiantes de ballet n=48</i>	<i>Estudiantes de escuela pública n=67</i>	<i>Estudiantes de escuela privada n=40</i>
	%	%	%
Consumo de tabaco alguna vez	50.0	40.2	67.5
Consumo de tabaco en el último año	27.0	19.4	60.0
Consumo de tabaco en el último mes	12.5	11.9	45.0
Consumo de alcohol alguna vez	72.9	46.3	77.5
Consumo de alcohol en el último año	54.1	25.3	60.0
Consumo de alcohol en el último mes	14.5	7.4	22.5
Consumo de drogas alguna vez	2.08	-	2.5
Consumo de drogas en el último año	-	-	2.5
Consumo de drogas en el último mes	-	-	2.5

El consumo de alcohol se registra en proporciones similares en los grupos de estudiantes de ballet y escuela privada, mientras que en el de escuela pública es mucho menor. Esto mismo se observa en el consumo último año y último mes. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el consumo "alguna vez" ($X^2(2)=13.60$, $p<0.01$), pero no en el último año.

El consumo de otras drogas, no se registró en el grupo de escuela pública, mientras que en el de estudiantes de ballet, se registró únicamente la categoría de uso "alguna vez en la vida", y en

el de escuela privada en las tres categorías pero en porcentajes mínimos. Las drogas reportadas fueron: marihuana y píldoras para dormir.

Adultos

El consumo de tabaco, alcohol y otras drogas se registró en proporciones mayores en las tres categorías de consumo en el grupo de bailarinas profesionales, en comparación con el de profesionistas. Más del 70% de los sujetos en ambos grupos mencionaron haber consumido tabaco alguna vez en la vida, más del 85% han consumido alcohol alguna vez y más del 40% alguna otra droga. En estos grupos se mencionó el consumo de marihuana, hashish, cocaína, alucinógenos, píldoras para adelgazar y píldoras para dormir. (Cuadro 17)

Cuadro 17
Consumo de tabaco, alcohol y otras drogas
Grupos de adultos

	<i>Bailarinas profesionales</i>	<i>Profesionistas no bailarinas</i>	<i>Pacientes con diagnóstico de AN y/o BN.</i>
	<i>n=43</i>	<i>n=45</i>	<i>n=9</i>
	<i>%</i>	<i>%</i>	<i>%</i>
Consumo de tabaco alguna vez	83.7	71.1	77.8
Consumo de tabaco en el último año	60.4	51.1	55.5
Consumo de tabaco en el último mes	53.4	46.6	55.5
Consumo de alcohol alguna vez	95.3	88.8	100.0
Consumo de alcohol en el último año	90.6	82.2	55.6
Consumo de alcohol en el último mes	65.1	48.8	33.3
Consumo de drogas alguna vez	30.2	17.7	66.7
Consumo de drogas en el último año	11.6	4.4	???
Consumo de drogas en el último mes	4.6	2.2	-

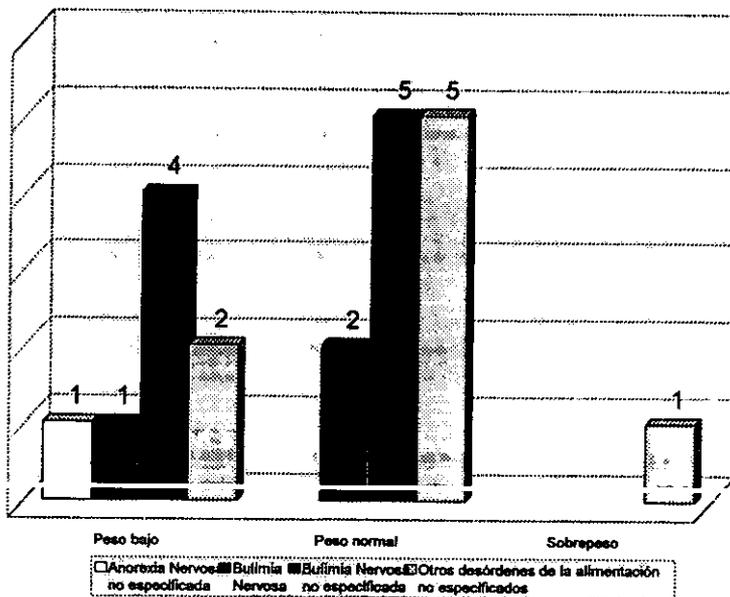
En el grupo de pacientes, los porcentajes de consumo de tabaco y alcohol son similares a los de los otros grupos, sin embargo el consumo de otras drogas es mucho más elevado, pues el 67% de los sujetos mencionan haber consumido alguna droga, aunque no refieren el consumo actual de las mismas. Entre las principales drogas mencionadas se encuentran: pastillas para dormir, pastillas para adelgazar y antidepresivos. En promedio estos sujetos consumen 8 cigarros al mes.

11. Relación entre los desórdenes alimentarios y el Índice de Masa Corporal

Adolescentes

Se encontró que el Síndrome Parcial se presenta en personas de todos los pesos corporales, pero principalmente en aquellas con peso normal (57.4%), peso bajo (21.3%) y sobrepeso (19.7%). Bulimia no especificada, se encontró en sujetos de peso normal. Masticar y escupir comida sin tragarla, en personas de peso bajo y sobrepeso y vómito después de comer pequeñas cantidades de alimento, en personas de peso normal. (Figura 6)

Figura 6
Relación entre los desórdenes alimentarios
y el Índice de Masa Corporal



Adultos

En los grupos de adultos se encontró la presencia de Anorexia Nervosa no especificada en un sujeto con peso corporal bajo, Bulimia Nervosa y Bulimia Nervosa no especificada en sujetos de peso normal, y con peso bajo; la práctica del vómito autoinducido después de comer pequeñas cantidades de alimento, en sujetos de peso corporal normal, y masticar y escupir comida sin

tragarla, en sujetos de peso corporal normal y peso bajo. El Síndrome Parcial se encontró en sujetos de todos los pesos corporales, pero principalmente en aquéllos con peso bajo y normal (42.4% c/u). (Figura 6)

12. Familiares con problemas de peso y/o alcoholismo

En este grupo de preguntas, encontramos que en todos los grupos de mujeres se reportan los porcentajes más elevados de la presencia de conductas anómalas del comer en la madre, tías y hermanas de los sujetos, es decir, en figuras femeninas cercanas a ellas.

En el grupo de pacientes se reportan los porcentajes más elevados de la presencia de conducta anómalas del comer en familiares. En específico los porcentajes más elevados se reportaron en las madres de los sujetos entrevistados: 44.4% de obesidad, 33.3% de cambios frecuentes de peso, 77.8% de preocupación por el peso y 22.2% de atracones. Otros porcentajes menores se reportaron en la presencia de obesidad en tías de los sujetos, cambios de peso en hermanas, seguimiento de dietas y preocupación por el peso en el padre y hermanos (22.2% c/u).

En el grupo de bailarinas se reportó la presencia de obesidad (16.3%) y seguimiento de dietas (16.3%) en tías, seguimiento de dietas (21%), preocupación por el peso (35%), uso de métodos de purga (21%) y saltarse comidas (16.3%) en hermanas y atracones (14%) y uso de métodos de purga (14%) en la madre.

En el grupo de profesionistas se reportó la presencia de obesidad (26.7%), cambios de peso (15.6%), y uso de métodos de purga (20%) en la madre; obesidad (31%), preocupación por el peso (18%) y uso de métodos de purga (15.5%) en tías; obesidad (18%) y cambios de peso (24.4%) en hermanos, y seguimiento de dietas (22.2%), preocupación por el peso (35.6%), atracones (18%) y uso de métodos de purga (17.7%) en hermanas.

En estudiantes de ballet se reportó la presencia de obesidad en tías (29%), seguimiento de dietas (23%), preocupación por el peso (27%) y uso de métodos de purga (31%) en la madre. En estudiantes de escuela pública se reportó la presencia de obesidad (31%) y preocupación por el peso (22.4%) en tías, y obesidad (18%) y cambios de peso (19.4%) en la madre. En estudiantes de escuela privada se reportó la presencia de obesidad (37.5%), delgadez extrema (22.5%) y

preocupación por el peso (17.5%) en tías, y obesidad (15%), cambios de peso (20%), preocupación por el peso (17.5%) y saltarse comidas (17.5%) en la madre.

13. Rasgos de personalidad

Adolescentes

En los grupos de adolescentes se encontraron perfiles de personalidad normales en los tres casos. En los grupos de escuela pública y privada, los perfiles fueron ligeramente más elevados que en las de estudiantes de ballet. La escala básica más alta en los tres casos, fue Feminidad-Masculinidad (Mf), que sólo en los grupos de escuela pública y privada, tocó el rango correspondiente a 60-65, o de elevación moderada.

En el grupo de estudiantes de ballet, las escalas básicas más elevadas fueron la de Masculinidad-Feminidad (Mf), Depresión (D), Histeria (Hi) y Paranoia (Pa). En el grupo de estudiantes de escuela pública las escalas de Masculinidad-Feminidad (Mf), Introversión social (Is), Depresión (D) e Hipocondriasis (Hs). En el grupo de estudiantes de escuela privada fueron Masculinidad-Feminidad (Mf), Depresión (D) e Hipocondriasis (Hs). (Figura 7)

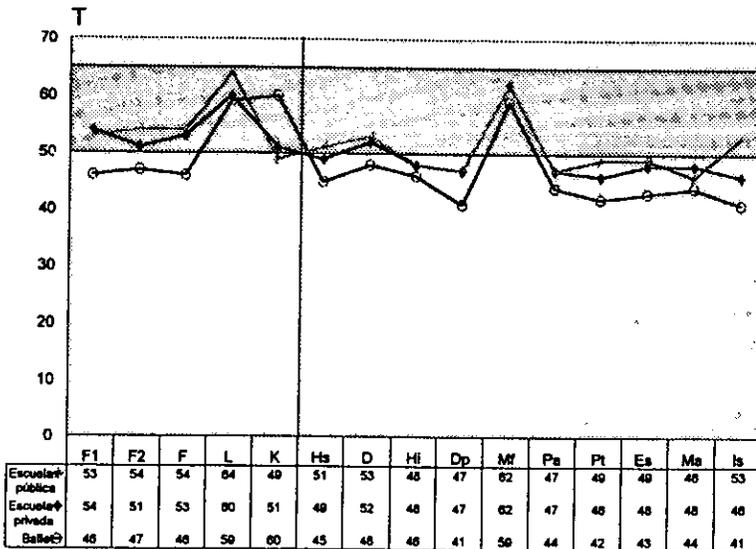
En cuanto a las escalas de contenido encontramos perfiles casi iguales para los tres grupos de estudiantes, en este caso más elevado para el de escuela pública, seguido del de escuela privada y más sumergido el de estudiantes de ballet. En este último grupo las escalas de contenido más elevadas fueron Pensamiento Delirante (Del), Inconformidad social (Iso), rechazo al tratamiento (Rtr) y preocupación por la salud (Sau). En el grupo de escuela pública, las escalas de contenido más elevadas fueron pensamientos delirantes (Del), preocupación por la salud (Sau) e Inconformidad social (Iso). En el grupo de escuela privada las escalas más elevadas fueron Bajas aspiraciones (Pas), Depresión (Dep), Preocupación por la salud (Sau), Pensamiento delirante (Del) y Enojo (Enj). (Figura 8)

El análisis de varianza, mostró diferencias estadísticamente significativas entre grupos en gran parte de las escalas del Inventario, principalmente entre los grupos de estudiantes de ballet y escuela privada y pública (1 y 2, y 1 y 3).

A excepción de las escalas L, INVER, Hi, Mf, Pa y R, el resto mostró diferencias entre grupos, es decir que en estas escalas todos los grupos de adolescentes son similares. En términos

generales el grupo de estudiantes de ballet mostró el perfil más sumergido de los tres grupos, y el de escuela pública el más elevado, lo que podría sugerir que las primeras son más defensivas o que tienen más problemas emocionales.

Figura 7
Escalas Básicas MMPI-A
Adolescentes



Estudiantes de ballet

El grupo de estudiantes de ballet, presentó un perfil válido, con una actitud defensiva hacia la prueba, en el sentido de no reconocer la existencia de problemas psicológicos y la falta de disposición para pedir ayuda. Por otro lado intentaron dar una imagen adecuada de sí mismas.

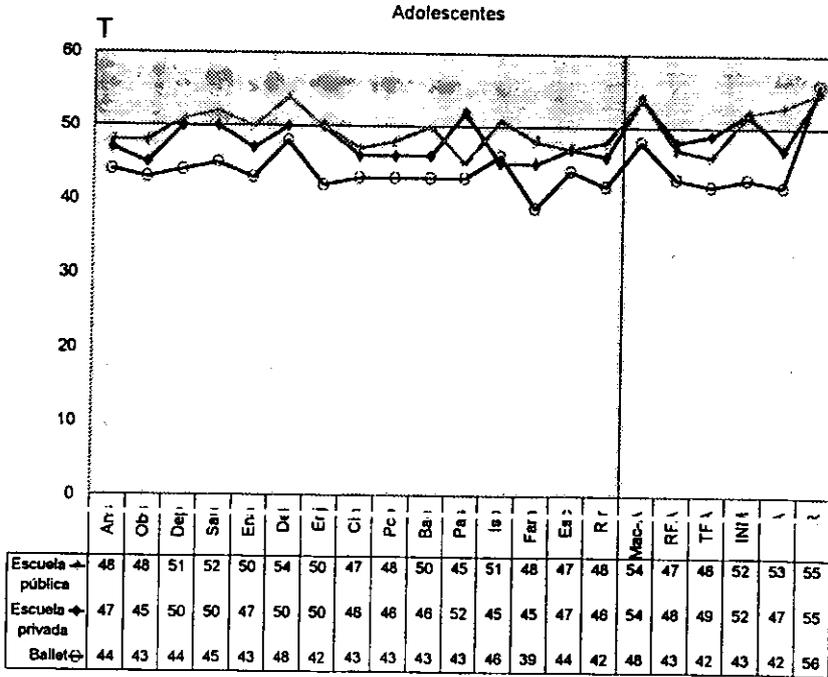
Se presentan como sujetos con intereses poco usuales para el rol femenino, que asumen riesgos y son muy activas, espontáneas, sensibles, y claros al expresar sus sentimientos y puntos de vista. Además muestran estar conformes consigo mismas, y ser estables, realistas y equilibradas.

En ocasiones pueden experimentar sentimientos de tristeza, o falta de motivación para realizar sus actividades, se preocupan por la salud y el cuerpo sintiéndose más enfermas que los

demás e incluso con cierta tendencia a presentar problemas relacionados con la alimentación o la imagen corporal.

En términos generales son personas extrovertidas, aunque se les puede dificultar las relaciones profundas, ya que son un tanto desconfiadas y sensibles; además tienen algunas ideas peculiares que pueden entorpecer su conducta general, como pudiera ser problemas en el área escolar.

Figura 8
Escalas de Contenido y Suplementarias del MMPI-A



Estas adolescentes, muestran cierta tendencia a actuar de manera convencional, por lo que tratan de sobrecontrolarse, negar o racionalizar, aunque también pueden ser exhibicionistas en ocasiones y asumir conductas de alto riesgo.

Estudiantes de escuela pública

La actitud hacia la prueba fue buena, con respuestas comunes, aunque tratando de dar una imagen favorable de sí mismas. No consideran que sus problemas psicológicos sean severos y no parecen contar con suficientes recursos para enfrentar los desafíos cotidianos.

Los sujetos de este grupo tienen intereses considerados estereotípicamente masculinos, son personas enérgicas, competitivas y activas, equilibradas, amistosas y realistas.

Presentan una actitud de inconformidad con su propia imagen, sin interés por cuestiones relacionadas con el cuerpo o la salud, y cierta frialdad o distancia emocional y racionalidad, prefieren estar solas debido a sentimientos de menosprecio, depresión y baja autoestima.

Estas chicas pueden presentar problemas de tipo académico, con dificultades conductuales y en el rendimiento. Se sienten presionadas por el ambiente a actuar de manera convencional, y tratan de controlar sus ideas y emociones. Presentan pocas aspiraciones en general, inmadurez y cierta tendencia hacia las conductas exhibicionistas, lo cual entra en contradicción con las presiones del medio ambiente.

Estudiantes de escuela privada

En este grupo se encontró una actitud adecuada hacia la prueba, con respuestas comunes y de buen funcionamiento, aunque intentaron dar una buena imagen. Presentan ligeros desajustes psicológicos pero cuentan con suficientes recursos para solucionarlos y lograr una mejor adaptación.

Manifiestan algunos intereses considerados característicos de los varones, se presentan a sí mismas como personas seguras, competitivas y enérgicas con cierta frialdad emocional y una manera lógica de pensamiento. Son estables, equilibradas y realistas.

En ocasiones experimentan sentimientos de tristeza, y síntomas somáticos, como reacción ante el estrés. Pueden tener problemas académicos, y dificultades para relacionarse con maestros y compañeros.

Por otra parte muestran cierto grado de desinterés por lo que hacen, y falta de responsabilidad ante los problemas, asimismo presentan falta de control de impulsos, son temperamentales y peleonas, manifestando su inmadurez.

Por otro lado se sienten presionadas para actuar de manera convencional, aunque a veces sean arriesgadas y exhibicionistas.

Adultos

Los perfiles presentados por los grupos de bailarinas y profesionales fueron válidos, con actitudes aceptables hacia la prueba, ambos similares entre sí. En el grupo de bailarinas se encontraron dos escalas moderadamente elevadas: Mf y Hs; mientras que en el de mujeres profesionistas no se encontró ninguna.

El análisis de diferencias de medias entre los grupos de adultos, sólo mostró diferencias estadísticamente significativas en dos escalas: Fb (más elevado en el grupo de profesionistas) y Mf (más elevada en el grupo de bailarinas); el resto de las escalas no presentó diferencias, por lo que se deduce que los perfiles grupales son muy parecidos entre sí, con tendencia a la normalidad. (Figuras 9,10 y 11)

Bailarinas profesionales

El perfil de personalidad de estos sujetos fue válido, con una actitud adecuada hacia la prueba y respuestas honestas conforme a su propia autoimagen, presentando suficientes recursos para el tratamiento.

Se presentaron como sujetos confiados en sí mismos, adaptables, equilibrados, realistas, competitivos y enérgicos, orientadas al logro y al trabajo, con cierta conflictiva para aceptar el rol femenino tradicional. Son sujetos con interés por la salud, las dietas, el peso y el funcionamiento corporal, algo quejumbrosos e irritables, algunas podrían presentar quejas somáticas vagas sin base orgánica, preocupaciones por su peso, etc.

Se presentaron como sujetos realistas, con pensamiento claro, que actúan racionalmente, guiándose por la lógica. Por otro lado son flexibles por lo que se adaptan a los cambios y responden adecuadamente a las exigencias del medio. Se desenvuelven adecuadamente, son extrovertidas, sensibles, amigables y platicadoras, aunque pueden ser desconfiadas en ocasiones.

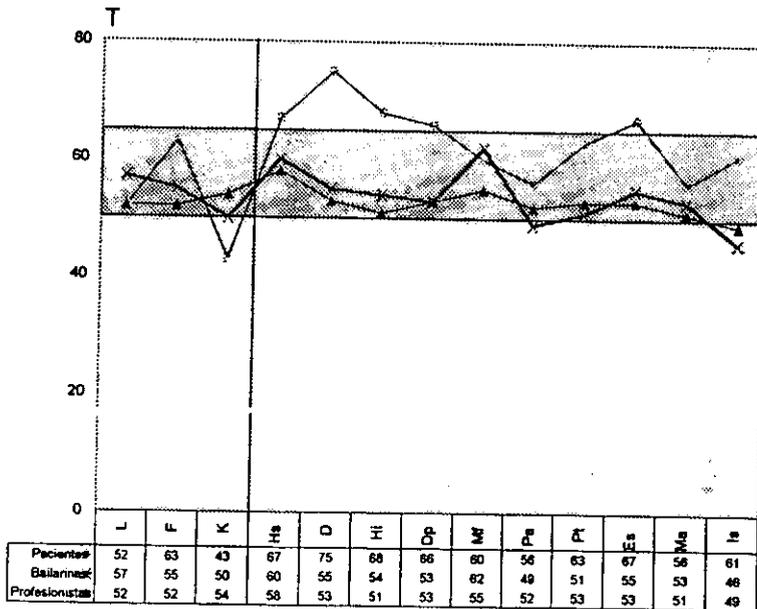
Probablemente algunos de los sujetos del grupo tengan una actitud negativa hacia el tratamiento, no creen que se les pueda ayudar y comprender, no reconocen la necesidad de cambio, y niegan su problemática.

Profesionistas no bailarinas

Los sujetos de este grupo presentaron un perfil normal, con una actitud adecuada hacia la prueba y suficientes recursos hacia el tratamiento.

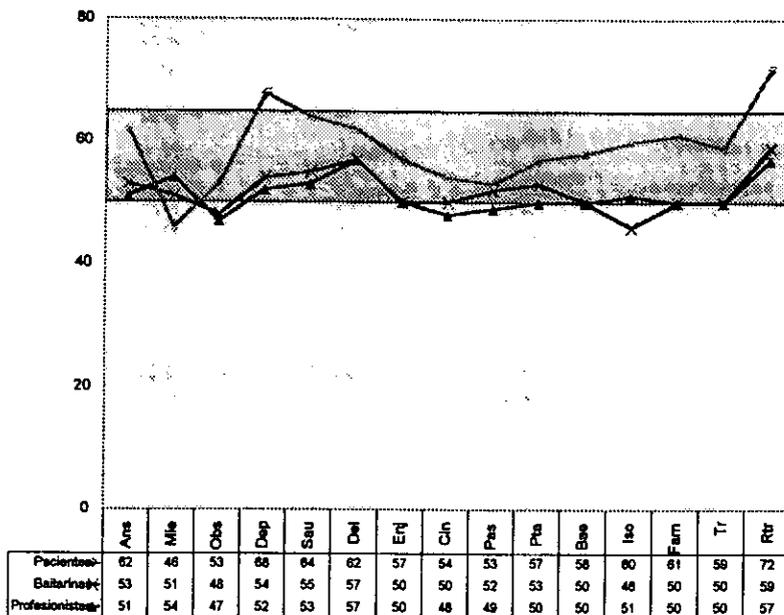
Es probable que algunas personas del grupo se encuentren preocupadas por su salud, y que algunas presenten dolencias físicas, interés por el peso y las dietas.

Figura 9
Escalas Básicas MMPI-2
Adultos



Se mostraron como personas capaces y eficientes, equilibradas y estables, empáticas y de trato fácil. Poseen un pensamiento claro, racional y flexible, que les permite expresarse con claridad y tomar decisiones.

Figura 10
Escalas de Contenido MMPI-2
 Adultos



Tienen suficientes recursos para responder a las demandas del medio ambiente y adaptarse a los cambios, tienen buen control de impulsos, de la ansiedad y el estrés.

Son personas optimistas, arriesgadas, competitivas, enérgicas, tenaces, firmes en sus opiniones, confiables, responsables, organizadas, desinhibidas, sin temores ni preocupaciones.

Algunos miembros del grupo pueden ser introvertidas, tímidas y distantes, aunque la mayoría son sociables, sensibles, amistosas y platicadoras. En su desempeño laboral son positivas, están conformes con su elección profesional, están orientadas al logro y tienen buenas relaciones de trabajo.

Es probable que algunas de ellas sientan rechazo hacia los doctores, o que piensen es difícil obtener ayuda para sus problemas.

Pacientes diagnosticadas con desórdenes alimentarios

Este grupo presentó protocolos aceptables, con una actitud adecuada hacia la prueba, con respuestas honestas, aceptando tener problemas y dificultades importantes, tal vez exagerando su problemática.

El perfil de estos sujetos muestra rasgos de depresión significativos, se sienten abrumados por los problemas y tienen sentimientos de desesperanza, soledad y vacío interior. Además muestran sensaciones de derrota, se sienten insatisfechas, devaluadas y culpables, así como un tanto inadecuadas. Por otra parte experimentan mucha ansiedad, tensión, falta de energía, dificultad para tomar decisiones y concentrarse, e incluso manifiestan pensamientos de autodestrucción o ideación suicida.

En términos generales se sienten más enfermas que los demás, exagerando la sintomatología física, como una manera de evitar el estrés y de interactuar con los demás. Presentan reacciones exageradas a problemas reales, por la exagerada conciencia que tienen de los mismos. Estos sujetos presentan altos niveles de ansiedad, canalizada en su forma de comer.

Posiblemente la mayoría de las personas de este grupo presenten un pobre autoconcepto de sí mismas, carezcan de autoconfianza y se sientan incapaces de manejar sus problemas. Presentan mala adaptación al ambiente, son incapaces de manejar las presiones externas y poca habilidad para manejar el estrés.

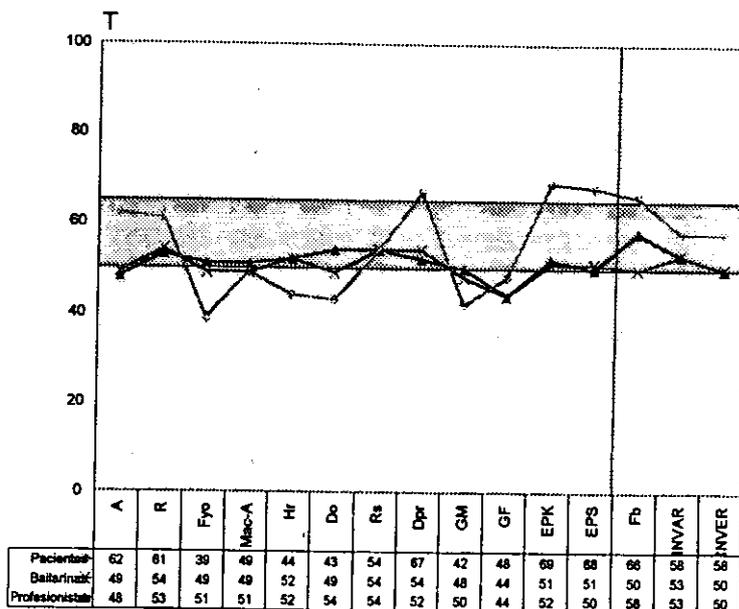
La mayoría son personas inhibidas con un control exagerado de impulsos, evitan los disgustos o las situaciones desagradables, con tendencia a negar y racionalizar. Son personas retraídas, cautelosas y distantes, que evitan involucrarse socialmente, son muy sensibles a la crítica, narcisistas y demandantes, por lo que pueden sentirse lastimadas con frecuencia. Son personas inseguras, y tienen un alto grado de autocrítica y perfeccionismo; probablemente estén confundidas en cuanto a lo que son y quieren ser, lo cual dificulta la toma de decisiones.

Presentan problemas cognoscitivos severos en torno a síntomas somáticos o problemas hipocondriacos. Pueden tener una manera extraña de comportamiento, relacionado con pensamientos extraños o particulares y problemas en la percepción de sí mismas.

También muestran problemas con la autoridad, poca tolerancia a la frustración, problemas en el trabajo y maritales recurrentes, así como problemas familiares, los cuales giran alrededor del resentimiento hacia sus familiares. Los problemas en el área laboral, se refieren más bien a cierta

inconformidad con su desarrollo personal, para algunas tal vez sí en cuanto a lo profesional, pero en otras puede ser en cuanto a su desempeño cotidiano.

Figura 11
Escalas Suplementarias MMPI-2
Adultos



La elevación en las escalas de estrés post-traumático, son un indicador de conflictos de la infancia o de la adolescencia no resueltos, como ellas mismas mencionan, han sufrido agresiones sexuales y muertes de seres queridos, que les han afectado de manera importante.

A pesar de que aceptan abiertamente su problemática, manifiestan rechazo hacia el tratamiento, no les gusta discutir sus problemas íntimos y creen que nadie los puede entender ni ayudar, en parte porque sienten que no son interesantes para nadie. La falta de un sentido de responsabilidad, las lleva a no aceptar sus actos, presentan ingenuidad y poca capacidad de insight, son pesimistas y se dan por vencidas fácilmente, lo que en conjunto dificulta el tratamiento, con un pronóstico pobre.

Comparación de los perfiles individuales del MMPI-A y MMPI-2

Se llevó a cabo una comparación de los perfiles individuales de las pacientes con las sujetos pertenecientes a los demás grupos, detectadas por el instrumento con algún trastorno de la alimentación, para conocer las similitudes entre ambos. Se encontró que los perfiles de los sujetos pertenecientes a los demás grupos, no presentan elevaciones tan importantes, ni en tantas escalas como los de las pacientes previamente diagnosticadas. Sin embargo, sí se presentaron escalas con elevaciones altas y moderadas en todos ellos: las escalas básicas con elevación alta fueron: Hipocondriasis, Depresión, Histeria, Desviación Psicopática, Psicastenia, Esquizofrenia y Manía. Las escalas básicas que presentaron elevaciones moderadas fueron: Hipocondriasis, Histeria, Paranoia, Psicastenia e Introversión social.

Los perfiles individuales de las pacientes mostraron elevación en las escalas relativas a la triada neurótica: Hipocondriasis, Depresión e Histeria. Sin embargo, tres de ellos mostraron elevaciones en las escalas correspondientes a la tétrada psicótica: Paranoia, Psicastenia, Esquizofrenia y Manía. Es importante mencionar esto por las implicaciones que tiene en relación con el tratamiento para estos pacientes, pues al conocer la estructura de personalidad de cada una, se puede orientar el tratamiento de manera adecuada. Únicamente una de las pacientes, no mostró elevaciones en las escalas del instrumento, y se trata de un sujeto que había estado en tratamiento psicoanalítico por algunos años.

Por otro lado, en los sujetos adolescentes esta misma comparación, nos muestra nuevamente perfiles sumergidos, con elevación moderada en la escala de Masculinidad-Feminidad. Es importante resaltar que varias escalas obtuvieron puntuaciones extremadamente bajas en estos sujetos, entre ellas las escalas Desviación psicopática, Esquizofrenia, Introversión social, Miedos, Enojo, Fuerza del Yo, Hostilidad reprimida, Dominancia, Género femenino, Género masculino.

14. Modelos de Regresión

Con la finalidad de responder a las preguntas de investigación acerca de la influencia de variables sociodemográficas, cognoscitivas y actitudinales, antecedentes y rasgos de personalidad sobre los desórdenes de la alimentación, se llevaron a cabo análisis multivariados. Se eligió el uso de la regresión logística debido a que las variables dependientes fueron medidas nominalmente. Mediante este análisis podemos conocer la magnitud del riesgo o probabilidad de adquirir una enfermedad, al estar o no expuesto a determinadas circunstancias, las cuales se constituyen como los "factores de riesgo" para adquirir una enfermedad. El riesgo es una medida sin dimensión que se expresa en términos de porcentajes.

1. Las regresiones se llevaron a cabo por separado para los grupos de adolescentes y de adultos y tomando en cuenta dos variables dependientes: 1) Síndrome Parcial y 2) Desórdenes alimentarios.
2. Debido a que el número de sujetos detectados con un desorden alimentario fue muy reducido, no fue posible realizar un sólo análisis de regresión con todas las variables de la investigación. De tal forma, se llevaron a cabo diversos análisis con las variables independientes y antecedentes: 1) características sociodemográficas, 2) variables cognoscitivas y actitudinales (preocupación por la figura y el peso; satisfacción con la figura y el peso), 3) uso de tabaco, alcohol y drogas, 4) eventos traumáticos físicos y emocionales relacionados con el aumento o disminución del peso corporal, 6) familiares con antecedentes de problemas de la alimentación o alcoholismo y 7) rasgos de personalidad.

Adolescentes

1. Síndrome Parcial

La primera regresión logística se llevó a cabo con las variables sociodemográficas. Las variables que arrojaron valores estadísticamente significativos fueron vocación, edad y nivel socioeconómico. Los resultados señalan que dedicarse a una actividad como el ballet implica 2.4 veces más riesgo para desarrollar un Síndrome Parcial que no hacerlo, mientras que la variable

edad representa un 30% más de riesgo, es decir que en la medida que aumenta la edad, también aumenta el riesgo de desarrollar un Síndrome Parcial. (Cuadro 18)

Cuadro 18
Variables sociodemográficas

<i>Variable</i>	<i>B</i>	<i>E.E.</i>	<i>R</i>	<i>Exp (B)</i>
Vocación	1.2494	.4692	.1576	3.4883**
Edad	.2671	.1107	.1367	1.3062*
Nivel Socioeconómico	-.8773	.4465	-.0952	.4159
Constante	-3.7611	1.6762		

*p<0.05 **p< 0.01

El segundo análisis de regresión, se llevó a cabo con las variables cognoscitivas y actitudinales. Los resultados indicaron que únicamente la variable preocupación por la figura y el peso representa riesgo en el desarrollo de un Síndrome Parcial, en específico 6 veces mayor riesgo. El resto de las variables fueron excluidas de la ecuación. (Cuadro 19)

Cuadro 19
Variables cognoscitivas y actitudinales

<i>Variable</i>	<i>B</i>	<i>E.E.</i>	<i>R</i>	<i>Exp (B)</i>
Satisfacción con la figura y el peso	.5097	.3444	.0306	1.6648
Índice de Masa Corporal	.3646	.2997	.0000	1.4399
Preocupación por la figura y el peso	1.9518	.3487	.3801	7.0414*
Distorsión de la imagen corporal	.1754	.2104	.0000	1.1917
Constante	-7.7670	1.3914		

*p< 0.01

Se realizó el análisis con las variables antecedentes: antecedentes familiares de problemas alimentarios y alcoholismo en el padre, eventos traumáticos físicos y emocionales relacionados con cambios en el peso corporal y consumo de tabaco, alcohol y otras drogas. (Cuadro 20)

La variable eventos traumáticos físicos y emocionales relacionados con el aumento de peso fue la que mayor riesgo representó para el desarrollo de un Síndrome Parcial, esto es 1.8 veces mayor riesgo. Por otra parte, la presencia de desórdenes alimentarios en tías implica un 47% más de riesgo, mientras la presencia de un problema alimentario en la madre del sujeto implica un 40% de mayor riesgo. El resto de las variables no resultaron significativas en este análisis.

Cuadro 20
Variables antecedentes

<i>Variable</i>	<i>B</i>	<i>E.E.</i>	<i>R</i>	<i>Exp (B)</i>
Eventos traumáticos relacionados con el aumento de peso	1.0426	.4199	.1425	2.8366*
Eventos traumáticos relacionados con la disminución de peso	.5829	.4082	.0139	1.7913
Problemas alimentarios en la madre	.3392	.1532	.1190	1.4038*
Problemas alimentarios en las hermanas	-.1263	.1764	.0000	.8814
Problemas alimentarios en tías	.3885	.1647	.1318	1.4748*
Alcoholismo en el padre	.2075	.7115	.0000	1.2306
Consumo de tabaco	-.0346	.1461	.0000	.9660
Consumo de alcohol	.0537	.1949	.0000	1.0552
Consumo de drogas	2.0205	7.0342	.0000	7.5417
Constante	-3.0298	.6989		

* $p < 0.05$

Al realizar el análisis con las variables de rasgos de personalidad se encontró que dos de las escalas de contenido del MMPI-A representan cierto riesgo en el desarrollo de un Síndrome

Cuadro 21
Escalas de contenido del MMPI-A

<i>Variable</i>	<i>B</i>	<i>E.E.</i>	<i>R</i>	<i>Exp (B)</i>
Ansiedad	-.0181	.0751	.0000	.9820
Obsesividad	.0182	.0960	.0000	1.0184
Depresión	.0262	.0754	.0000	1.0265
Preocupación salud	-.0534	.0475	.0000	.9480
Alienación	.0162	.1033	.0000	1.0164
Pensamiento delirante	-.0079	.0817	.0000	.9922
Enojo	.1116	.0767	.0241	1.1181
Cinismo	-.1725	.0638	-.1617	.8416**
Problemas de conducta	-.0097	.0815	.0000	.9903
Baja autoestima	.0522	.0843	.0000	1.0536
Pocas aspiraciones	-.0491	.0752	.0000	.9521
Inconformidad social	-.0283	.0554	.0000	.9721
Problemas familiares	.1134	.0506	.1221	1.1201*
Problemas escolares	-.1110	.0982	.0000	.8949
Rechazo al tratamiento	.0285	.0840	.0000	1.0289
Constante	.1918	.7358		

$p < 0.05$ ** $p < 0.01$

Parcial en adolescentes. En la variable "Cinismo" se encontró una relación inversa con el desarrollo de un Síndrome Parcial, es decir que a medida que ésta disminuye, el riesgo se incrementa 21%, y la variable "Problemas familiares", cuya elevación incrementa en 18% el riesgo de desarrollar un Síndrome Parcial. El resto de las escalas del MMPI-A no resultaron estadísticamente significativas. (Cuadro 21)

2. Desórdenes alimentarios

En ninguno de los análisis de regresión realizados con la variable dependiente Desórdenes alimentarios en los grupos de adolescentes, se encontraron variables estadísticamente significativas. Esto se explica ya que el número de sujetos en esta categoría es demasiado reducido para poder llevar a cabo el análisis.

Adultos

1. Síndrome Parcial

En los grupos de adultos se llevaron a cabo los mismos análisis de regresión que con los grupos de adolescentes. El primero se realizó con las variables sociodemográficas y mostró que la variable vocación/profesión fue la única estadísticamente significativa. Esto quiere decir que el hecho de ser bailarina implica 1.65 veces más riesgo para el desarrollo de un Síndrome Parcial que cuando no existe la dedicación a una actividad profesional como el ballet. (Cuadro 22)

Cuadro 22
Variables sociodemográficas

<i>Variable</i>	<i>B</i>	<i>E.E.</i>	<i>R</i>	<i>Exp (B)</i>
Vocación	.9772	.4567	.1387	2.6570*
Edad	.0636	.0492	.0000	1.0657
Estado civil	.3136	.4844	.0000	1.3684
Nivel Socioeconómico	-.0217	.4687	.0000	.9785
Constante	-2.6299	1.5616		

* $p < 0.05$

Por otra parte al analizar las variables cognoscitivas y actitudinales, observamos que la única variable que implica cierto riesgo para el desarrollo de un Síndrome Parcial, es la preocupación por la figura y el peso, representa 1.05 veces mayor riesgo cuando se tiene gran preocupación por estos aspectos del cuerpo. (Cuadro 23)

Cuadro 23
Variables cognoscitivas y actitudinales

<i>Variable</i>	<i>B</i>	<i>E.E.</i>	<i>R</i>	<i>Exp (B)</i>
Satisfacción con la figura y el peso	-.2992	.3779	.0000	.7414
Índice de Masa Corporal	.1360	.3144	.0000	1.1457
Preocupación por la figura y el peso	.7186	.2956	.1708	2.0516*
Distorsión de la imagen corporal	-.0710	.2134	.0000	.9315
Constante	-1.5067	1.1649		

* $p < 0.05$

En cuanto a las variables "antecedentes familiares de desórdenes alimentarios", "alcoholismo en el padre", "eventos traumáticos físicos y emocionales relacionados con el aumento o disminución del peso corporal" y "consumo de tabaco, alcohol y otras drogas", se encontró que la presencia de alcoholismo en el padre, es la única que resultó significativa, la cual implica 4.5 veces mayor riesgo para el desarrollo de un Síndrome Parcial. (Cuadro 24)

Cuadro 24
Variables antecedentes

<i>Variable</i>	<i>B</i>	<i>E.E.</i>	<i>R</i>	<i>Exp (B)</i>
Eventos traumáticos relacionados con el aumento de peso	-.3701	.3399	.0000	.6907
Eventos traumáticos relacionados con la disminución de peso	.3908	.3199	.0000	1.4782
Problemas alimentarios en la madre	-.0892	.1896	.0000	.9147
Problemas alimentarios en las hermanas	.0485	.1215	.0000	1.0497
Problemas alimentarios en tías	-.0099	.1646	.0000	.9902
Alcoholismo en el padre	-1.7075	.8344	-.1278	.1813*
Consumo de tabaco	-.0453	.1139	.0000	1.4782
Consumo de alcohol	.0794	.2285	.0000	1.0827
Consumo de drogas	.2681	.2900	.0000	1.3075
Constante	-.1385	.7780		

* $p < 0.05$

El análisis con las escalas del MMPI-2 indicó que la elevación en las escalas de contenido "prácticas antisociales" (24%) y "personalidad tipo A (26%) (Cuadro 24), y las escalas suplementarias "alcoholismo de Mac Andrew (46%), Hostilidad sobrecontrolada (29%) y Estrés

Cuadro 25
Escalas de contenido del MMPI-2

<i>Variable</i>	<i>B</i>	<i>R</i>	<i>Exp (B)</i>
Ansiedad	.0748	.0942	.0000
Miedo	-.0651	.0546	.0000
Obsesividad	.1784	.1514	.0000
Depresión	-.1131	.0839	.0000
Preocupación salud	.0597	.0692	.0000
Pensamiento delirante	.2177	.1161	.1069
Enojo	-.0881	.1095	.0000
Cinismo	-.0547	.0837	.0000
Prácticas antisociales	.2210	.1104	.1230
Personalidad tipo A	-.2325	.1076	-.1417
Baja autoestima	.0062	.1157	.0000
Inconformidad social	.0233	.0642	.0000
Problemas familiares	-.1335	.0936	-.0154
Dificultades en el trabajo	.0702	.0960	.0000
Rechazo al tratamiento	-.0399	.0693	.0000
Constante	.4176	.8502	

Cuadro 26
Escalas suplementarias del MMPI-2

<i>Variable</i>	<i>B</i>	<i>E.E.</i>	<i>R</i>	<i>Exp (B)</i>
Ansiedad	.0080	.1003	.0000	1.0080
Represión	-.1102	.0801	.0000	.8957
Fuerza del Yo	-.1350	.0739	-.1001	.8737
Alcoholismo de Mac Andrew	-.3839	.1199	-.2483	.6812**
Hostilidad sobrecontrolada	.2609	.1141	.1553	1.2981*
Dominancia	.2067	.1170	.0915	1.2296
Responsabilidad social	-.3007	.1306	-.1570	.7403*
Desajuste profesional	.0758	.0857	.0000	1.0787
Género masculino	.1098	.0709	.0547	1.1161
Género femenino	.0816	.0728	.0000	1.0850
Estrés postraumático de Keane	-.4173	.1602	-.1891	.6588**
Estrés postraumático de Schlenger	.2382	.1206	.1191	1.2690*
Constante	7.2635	4.6072		

*p<0.05

**p<0.01

postraumático de Schlenger (26%), así como la disminución en las escalas Responsabilidad social (35%) y Estrés postraumático de Keane (51%), representan un riesgo para el desarrollo de un Síndrome Parcial. (Cuadros 25 y 26)

2. Desórdenes alimentarios

El análisis de los datos utilizando como variable dependiente los Desórdenes alimentarios, mostró que en cuanto a las variables sociodemográficas, ninguna tuvo resultados estadísticamente significativos.

En el análisis de las variables cognoscitivas y actitudinales encontramos que la satisfacción con la figura y el peso, el Índice de Masa Corporal y la preocupación por la figura y el peso, representan riesgo para el desarrollo de un Desorden alimentario. La presencia de insatisfacción con la figura y el peso implica 10 veces mayor riesgo, mientras que , el Índice de Masa Corporal implica 2.6 veces mayor riesgo, con una relación inversa, es decir que a medida que disminuye el IMC, aumenta el riesgo para desarrollar un Desorden alimentario. Por otro lado cuando existe preocupación por la figura y el peso, el riesgo asociado con el desarrollo de un Síndrome Parcial se incrementa 82%. (Cuadro 27)

Cuadro 27
Variables cognoscitivas y actitudinales

Variable	R	FF	R	F _{yn} (R)
Satisfacción con la figura y el peso	2.4007	.9021	.2466	11.0313**
Índice de Masa Corporal	-1.3047	.6358	-.1627	.2712*
Preocupación por la figura y el peso	.5990	.4043	.0483	1.8203*
Distorsión de la imagen corporal	-.4510	.3331	.0000	.6370
Constante	-5.0019	2.1138		

*p<0.05

**p<0.01

En el análisis de las variables: antecedentes familiares de desórdenes alimentarios y alcoholismo en el padre, eventos traumáticos físicos y emocionales relacionados con el aumento o disminución del peso corporal y consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, mostró que la presencia de consumo de alcohol representa 4.2 veces más riesgo para desarrollar un desorden

alimentario. La variable eventos traumáticos físicos y emocionales relacionados con el aumento de peso representa 2.8 veces mayor riesgo, mientras que la presencia de un desorden alimentario en tías implica 1.6 veces mayor riesgo.

Cuadro 28
Escalas de contenido y suplementarias del MMPI-2

<i>Variable</i>	<i>B</i>	<i>E.E.</i>	<i>R</i>	<i>Exp (B)</i>
Ansiedad	.3396	.1849	.1286	1.4044
Miedo	-.0509	.0864	.0000	.9503
Obsesividad	-.1866	.2454	.0000	.8298
Depresión	-.0296	.1049	.0000	.9709
Preocupación salud	-.0097	.0957	.0000	.9904
Pensamiento delirante	-.0436	.1737	.0000	.9573
Enojo	-.3680	.1871	-.1499	.6921*
Cinismo	-.0898	.1289	.0000	.9141
Prácticas antisociales	-.3259	.1928	-.1015	.7219
Conducta tipo A	.3137	.1804	.1109	1.3684
Baja autoestima	.2128	.1936	.0000	1.2371
Inconformidad social	.0355	.1012	.0000	1.0361
Problemas familiares	.2202	.1449	.0610	1.2463
Dificultades en el trabajo	-.1345	.1351	.0000	.8742
Rechazo al tratamiento	.0875	.0909	.0000	1.0915
Constante	-3.0010	1.3128		
<i>Variable</i>	<i>B</i>	<i>E.E.</i>	<i>R</i>	<i>Exp (B)</i>
Ansiedad	.3913	.1447	.2522	1.4789**
Represión	.0683	.1150	.0000	1.0706
Fuerza del Yo	.1502	.1099	.0000	1.1621
Alcoholismo de Mac Andrew	-.0071	.1336	.0000	.9929
Hostilidad sobrecontrolada	-.4249	.2068	-.1630	.6538*
Dominancia	-.3891	.1888	-.1641	.6777*
Responsabilidad social	.7777	.2805	.2609	2.1765**
Desajuste profesional	-.0809	.1489	.0000	.9223
Género masculino	.0756	.1029	.0000	1.0786
Género femenino	-.2474	.1199	-.1643	.7808*
Estrés postraumático de Keane	.3748	.1506	.2241	1.4546*
Estrés postraumático de Schlenger	-.3306	.1383	-.2110	.7185*
Constante	-10.3646	5.8624		

* $p < 0.05$

** $p < 0.01$

Las escalas del MMPI-2 que representaron riesgo para el desarrollo de un desorden alimentario fueron la elevación en la escala de contenido "Enojo" (44%), y las escalas suplementarias "Ansiedad" (47%), "Responsabilidad social" (17%) y "Estrés postraumático de

Keane* (45%) y la disminución en las escalas Hostilidad sobrecontrolada (52%), Dominancia (47%), Género femenino (28%) y Estrés postraumático de Schlenger (39%). (Cuadro 28)

16. Análisis de discriminantes

Se llevó a cabo un análisis de discriminantes con la finalidad de conocer las variables predictoras de los Desórdenes Alimentarios y del Síndrome Parcial y con éstas poder proponer un instrumento de tamizaje para distinguir cuándo un sujeto se encuentra en riesgo de presentar alguna de estas enfermedades. Esto resulta importante en la medida que un instrumento de esta índole permita llevar a cabo tareas de prevención en el área de la salud.

Se llevó a cabo un análisis con la variable independiente en dos niveles: 1) Síndrome parcial y 2) Desórdenes alimentarios. No se consideraron los casos sin patología. De esta forma se pretendió encontrar las variables predictoras de uno u otro padecimiento.

Las variables que se incluyeron en el análisis, se eligieron por estar señaladas en la literatura como indicadores importantes relacionados con los desórdenes alimentarios. Estas fueron: preocupación por la figura y el peso, satisfacción con la figura y el peso, presencia de desórdenes alimentarios en familiares (madre, hermanas, tías), eventos traumáticos físicos y emocionales relacionados con el aumento de peso, Índice de Masa Corporal, distorsión de la imagen corporal, presencia de sobrepeso en diferentes etapas del desarrollo (niñez, pubertad, adolescencia), conductas anómalas del comer (práctica de ayunos, vómito autoinducido, ejercicio excesivo, saltarse comidas, dietas, atracones, uso de laxantes, diuréticos y anérgicos), presencia de alcoholismo en el padre, sentimiento de falta de control al comer, comer a escondidas, sentimientos de angustia, culpa o tristeza por comer de más, comer más rápido de lo normal, atascarse de comida sin tener hambre y comer hasta sentir malestares físicos.

El análisis resultó estadísticamente significativo, y se constituyó por una sola función, que se formó de las siguientes variables: sentimiento de falta de control al comer (1.4766)*, presencia de atracones (.9404)*, práctica de ayunos (.3824)*, práctica del vómito autoinducido después de

* Coeficientes estandarizados de la función canónica discriminante.

comer pequeñas cantidades de alimento (.3220)* y presencia de sobrepeso en la pubertad (-.2911)*. El porcentaje de casos correctamente clasificados fue de 93.39%, es decir que el poder predictor de este conjunto de variables es bastante bueno, aunque como se observa en el cuadro 29, la predicción para pertenecer al grupo de Síndrome Parcial (98%) es mucho mejor que para el grupo de Desórdenes Alimentarios (67%).

Cuadro 29
Resultados de la clasificación

Grupo actual		Predicción de membresía de grupo	
		Grupo 1 Síndrome Parcial	Grupo 2 Desórdenes alimentarios
	Número de casos		
Grupo 1 Síndrome Parcial	103	101 98.1%	2 1.9%
Grupo 2 Desórdenes alimentarios	18	6 33.3%	12 66.7%

VI Discusión

La investigación en el área de los desórdenes alimentarios es aún incipiente en México, debido principalmente a que no han sido consideradas patologías prioritarias en el campo de la salud, sino hasta fechas recientes. Por la misma razón, se desconoce aún mucho acerca de las características particulares con las que se manifiestan estas enfermedades en nuestro contexto sociocultural.

Este trabajo contribuye con la confirmación de algunos de los hallazgos previamente reportados en México y en el extranjero, señala la presencia de conductas de riesgo del comer, de desórdenes alimentarios y de algunos de los factores asociados con su desarrollo, en mujeres adolescentes y adultas. De esta manera muestra la importancia de iniciar con la labor de prevención de estas enfermedades en nuestro país, principalmente en las mujeres adolescentes y pre-adolescentes, así como de manera específica, en aquellas que se interesan por actividades como la danza y la gimnasia entre otras, en las que la figura y el peso tienen gran importancia.

Es importante señalar que se trata de un estudio exploratorio y que la información aquí presentada se debe confirmar con más con investigaciones que incluyan mayor número de sujetos, principalmente población clínica, cuyo acceso es tan difícil.

Entre las principales aportaciones de este trabajo, se encuentran la confirmación de la presencia de porcentajes importantes de conductas de riesgo del comer, que en la literatura internacional han sido señaladas como detonadores de una patología más importante. Dadas las características del presente estudio, no es posible conocer cuáles de estas conductas son las principalmente asociadas con el desarrollo de un desorden alimentario. Sin embargo, no deja de ser importante el señalamiento de porcentajes elevados de seguimiento de dietas, práctica de ejercicio excesivo y uso de métodos de purga entre las adolescentes, conductas que muestran la preocupación e insatisfacción por la figura y el peso, como consecuencia del deseo por alcanzar un ideal de belleza impuesto por las culturas occidentales en nuestros días.

El cuestionario aplicado, permitió conocer la presencia de los desórdenes alimentarios y del síndrome parcial en la muestra estudiada. Sin embargo, los resultados en cuanto al diagnóstico, deben ser tomados con reservas, ya que para que éste sea confirmado es necesario llevar a cabo una entrevista clínica con el paciente y con sus familiares como mencionan algunos autores

(Salinas, Pérez, Viniestra, Barriguete, Casillas, Valencia, 1992). Por lo tanto, los porcentajes aquí reportados en cuanto a desórdenes de la alimentación pueden estar elevados por la detección de falsos positivos.

Asimismo, por medio del análisis de discriminantes, se proponen las variables que pueden ser consideradas para la elaboración de un instrumento de tamizaje que sea eficiente en la detección de posibles casos, y que puede ser útil en la prevención y tratamiento adecuados de estos trastornos.

• Índice de Masa Corporal

En este trabajo se confirmaron algunos hallazgos previamente reportados por otras investigaciones realizadas en México (Unikel y Gómez Peresmitré, 1996) y en el extranjero (Brooks-Gunn, et al, 1986; Calabrese et al, 1983, Frisch et al, 1980; Hamilton et al, 1988; Meerman, 1983; Warren et al, 1990), acerca del bajo peso corporal que presentan estudiantes de ballet y bailarinas profesionales. Aunque el IMC-promedio no alcanzó el rango considerado patológico (IMC menor a 17.6), se ubicó en el rango "delgada", mientras que en los demás grupos el IMC-promedio se ubicó en el rango "normal", el grupo de pacientes inclusive. En los únicos grupos en los que se encontraron casos de obesidad, fueron los de profesionistas no bailarinas y de estudiantes de escuela pública, los cuales representan únicamente el 2% de los sujetos, porcentaje menor al reportado en otros estudios realizados en poblaciones similares en México (Gómez Peresmitré, 1995).

Es importante considerar esta característica presente en las estudiantes de ballet y bailarinas profesionales, ya que se puede constituir como un factor de riesgo para el desarrollo de un desorden alimentario, en la medida en que la exigencia por tener un cuerpo delgado obligue a adoptar medidas compensatorias que contrarresten los efectos engordadores de la comida, principalmente en las personas que tienen dificultad para controlar su forma de comer, quienes tienen una corpulencia naturalmente robusta, o quienes tienen un control muy estricto de impulsos y que se les facilita abstenerse de comer.

Haciendo referencia al nivel socioeconómico de los sujetos, es probable que la presencia de mayor peso corporal en los sujetos de los grupos de profesionistas no bailarinas y de estudiantes de escuela pública esté relacionado con su menor nivel socioeconómico, considerando que en

estos grupos el nivel socioeconómico fue menor. Al respecto (Bowen et al, 1991; Crisp, 1976) mencionan que existe una relación directa entre el nivel socioeconómico y el peso corporal, a medida que disminuye el primero aumenta el segundo. Además, también se ha mencionado (Boltansky, 1975), que existe mayor preocupación por la belleza entendida como delgadez, en las mujeres de las clases altas, mientras que en los sectores socioeconómicos bajos, no se dá tanta importancia a valores como la belleza en base al aspecto físico, razón por la cual, tampoco manifiestan el deseo por pesar menos. Por estas razones, resulta lógica la ausencia de obesidad entre las estudiantes de escuela privada, así como la también ausencia de diagnósticos y menor porcentaje de síndrome parcial en el grupo de estudiantes de escuela pública.

•Autopercepción del peso

La literatura internacional reporta que existe una tendencia general en personas con desórdenes alimentarios y obesas a sobrestimar su peso corporal. En el presente estudio en concordancia con estudios previos realizados en México (Gómez, 1995; Unikel y Gómez Peresmitré, 1996), se encontró esta misma tendencia; principalmente en las estudiantes y profesionales del ballet, así como en las pacientes diagnosticadas. En este sentido, ambos grupos son similares. Sin embargo, también se encontró un porcentaje importante de subestimación del peso corporal en personas con sobrepeso, peso normal y peso bajo inclusive. Es probable que esto esté relacionado con la influencia de aspectos tales como la estigmatización de la gordura, como un atributo negativo del sujeto (Cash y Hicks, 1990; Hill, 1993; Unikel, Mora y Gómez Peresmitré, en prensa), la deseabilidad social al responder a dicha pregunta, problemas de tipo perceptual, así como la negación de su aspecto físico (Flavin y Morse, 1991).

La tendencia a sobrestimar el peso resulta particularmente preocupante, porque es uno de los rasgos esenciales característicos de los desórdenes alimentarios, ya que en la medida en la que se autoperciben "gordas" desean ser más delgadas, lo que las incita al uso de métodos para bajar de peso.

Un aspecto que se reporta de manera generalizada en los sujetos de la muestra sin importar su grupo de pertenencia, es el considerar que se encuentran por arriba de su peso ideal y el deseo de pesar menos, así como la preocupación e insatisfacción con su propia figura y peso corporal, aunque no se autoperciban gordas. Al respecto es importante señalar, que tanto en las estudiantes

de ballet como las bailarinas profesionales, estos rasgos son más marcados, lo que se torna grave dado su bajo peso corporal. Cabe mencionar que la opinión de las estudiantes de ballet y bailarinas profesionales a este respecto, se basa en los parámetros impuestos por las exigencias del medio vocacional y profesional en el que se desenvuelven, y que si bien no son los parámetros para cualquier persona, son los "normales" para ellas. Es importante decir, que muchas de ellas mencionaron estar concientes de estas diferencias con expresiones tales como: "una cosa es para el ballet y otra cosa es para la vida fuera del ballet", "mi peso actual esta bien fuera del ballet pero no dentro de éste". Sin embargo, no deja de ser importante que también se puede deber a la insatisfacción que sienten con su propio cuerpo, pues las exigencias estéticas de la danza son adoptadas por ellas al querer dedicarse a esta actividad.

Esto nuevamente plantea la paradoja acerca de si las personas que se dedican a la danza, lo hacen porque tienden a ser perfeccionistas y obsesivas, etc., o es una vez dentro del ambiente de la danza, en donde se desarrollan todas estas preocupaciones alrededor de la figura y el peso como lo han planteado otros autores anteriormente (Garner, 1978; Garner y Garfinkel, 1980b; Garner et al, 1987; Joseph et al, 1982; Vincent, 1981).

•Preocupación por la figura y el peso

El miedo a la obesidad y el deseo de pesar menos, no son fenómenos nuevos. Dwyer, Feldman y Mayer (1970), describieron el uso de dietas para bajar de peso en adolescentes hace 25 años. Las conductas inapropiadas del comer, la insatisfacción con la figura y el peso y el uso de métodos de purga, son actitudes que han sido reconocidas comúnmente en la población adolescente. Inclusive niños desde los 10 años manifiestan gran preocupación por la figura, el peso y el comer, como lo han destacado algunos autores (Davies y Furnham, 1986; Gómez Peresmitré, 1997; Hill y Oliver, 1992; Maloney, McGuire, Daniels, Specker, 1989; Shapiro, 1988; Wardle y Marsland, 1990).

En la muestra estudiada, encontramos una tendencia generalizada a preocuparse por estos aspectos, que al parecer son característica común de grupos normales, de riesgo y clínicos. A pesar de lo anterior, es evidente que estudiantes de ballet, bailarinas y pacientes, manifiestan mayor preocupación por la figura, el peso y el comer, al compararlas con los demás grupos. Esta característica nos lleva a pensar en la importancia que ha cobrado este aspecto de la cultura en

México en años recientes, y tal vez nos encontramos ante el inicio del desarrollo de una patología más generalizada como ha ocurrido en otros países en desarrollo y poblaciones marginales (Chen, Wong, Lee, Lee, Chan-Ho, Lau y Fung, 1993; Hooper y Garner, 1986).

Por otro lado, es interesante observar, tal y como ha sido previamente señalado en México por Gómez Peresmitré (1995), y en el extranjero por Johnson y Larson (1982), Johnson y Berndt (1983) y Yellowees (1985), que la preocupación por la figura y el peso, es un fenómeno que ocurre independientemente del peso corporal real, lo que lo convierte en un factor de riesgo, porque muestra que consiste en un estado mental independiente de la condición real.

•Satisfacción con la figura y el peso

En relación con la satisfacción con la figura y el peso corporal, encontramos una contradicción cuando se analizan las respuestas a la pregunta directa "¿Cómo te sientes con tu figura?", y cuando se analizan las respuestas acerca de la satisfacción con partes específicas del cuerpo. En el primer caso las respuestas de todos los grupos, excepto el de pacientes, fueron positivas; respuesta probablemente influenciada por una tendencia a responder de manera favorable en este aspecto. Murrieta (1997) y Rivera (1997) encontraron esta misma inclinación y proponen el uso de una medición indirecta, como pueden ser imágenes dibujadas o computarizadas, para contrarrestar los efectos de la discapacidad social.

Sin embargo, al analizar las respuestas acerca del grado de satisfacción que tienen con partes específicas de su cuerpo, encontramos que presentan grados importantes de insatisfacción, respuestas en el rango "a veces" y "frecuentemente", especialmente con los muslos, glúteos, cadera, estomago, piernas y busto.

En este rubro, las pacientes diagnosticadas, fueron las más honestas al responder que se encuentran muy insatisfechas con su peso y figura, y en concordancia con lo esperado, también al referirse a partes específicas de su cuerpo, reactivos en los cuales obtuvieron las puntuaciones más altas (en el rango "frecuentemente" y "siempre") de todos los grupos estudiados.

A partir de los resultados, podemos observar que el grupo de estudiantes de ballet fue el que obtuvo la segunda puntuación más elevada en este rubro, es decir, que se encuentran más insatisfechas con su figura, factor que puede representar mayor riesgo para desarrollar un desorden alimentario.

Un aspecto importante a considerar para los grupos de adolescentes, es que se encuentran en una etapa del desarrollo en la cual los cambios físicos y emocionales pueden representar serios conflictos en la autoimagen y ser un fuerte motivo para sentirse insatisfechas con su aspecto físico (Berscheid et al, 1973; Fichter, 1990; Guaraldi, Orlandi, Boselli y Tartoni, 1995; Schonfeld, 1973; Tobin-Richards et al, 1983). Rosenbaum (1979) sugiere que dada la ausencia de otra característica sexual evidente en esta etapa del desarrollo, los senos tienden a ocupar una cantidad desorbitada de espacio psíquico en las adolescentes. La insatisfacción con el tamaño de la cadera, muslos y cintura también es común en las adolescentes, quienes desean por lo general tener menores medidas de las reales. Por lo tanto, el problema que estas jóvenes enfrentan es: cómo mantener las medidas corporales de la etapa pre-adolescente y al mismo tiempo desarrollar un busto y cadera aceptables, evitando la acumulación de grasa concomitante con el crecimiento (Davies y Furnham, 1986).

Es importante considerar, que si bien el sentirse insatisfecha con la figura, es un sentimiento generalizado de la etapa de la adolescencia y tal vez de muchas mujeres jóvenes, sentimiento propiciado en gran parte por la sociedad y cultura contemporáneas; esta insatisfacción no alcanza grados patológicos de la forma como se llega a observar en pacientes con desórdenes alimentarios, principalmente la insatisfacción con aquellas partes del cuerpo que representan los atributos femeninos y en las que se acumula mayor cantidad de grasa. En este sentido se torna importante la medición del grado de insatisfacción con partes específicas del cuerpo, ya que es un indicador importante del grado de patología.

Los estudios realizados con muestras de adolescentes han encontrado, que por lo general las adolescentes se sienten más insatisfechas con piernas y caderas (Davies y Furnham, 1986, Salmons, Lewis, Rogers, Gatherer y Booth, 1988; Tobin-Richards et al, 1983); cadera, glúteos, muslos y estómago (Wardle y Marsland, 1990). Al respecto resulta preocupante que las partes del cuerpo con las cuales las mujeres de la muestra se sienten más insatisfechas, son los muslos, cadera, glúteos, piernas y busto, ya que como se señala esto es un factor de riesgo.

La escala de satisfacción con la figura, donde se exploran partes específicas del cuerpo, resulta un acercamiento más confiable para el estudio de la satisfacción con la figura, que la pregunta directa, tal y como se pudo observar en los resultados.

•Conductas alimentarias de riesgo

A partir de los resultados resulta claro que los factores de riesgo característicos de los desórdenes alimentarios se encuentran presentes entre las adolescentes de la muestra y más importante aún es que la patología no sólo no desaparece con la edad, sino que se incrementa en grado y número de sujetos, particularmente en aquellos cuya vocación es la danza. Este hallazgo resulta particularmente importante, ya que si bien la tarea preventiva se debe focalizar en la adolescencia, edad en la que surgen estos problemas, también es necesario intervenir en grupos de mujeres jóvenes cuya problemática es grave también.

A partir de los resultados se observa que las estudiantes de ballet son un grupo en riesgo que requiere de una intervención preventiva; sin embargo no queda claro, si los otros grupos de estudiantes también lo requieren. Dado que encontramos similitudes entre los grupos de ballet y escuela privada en la práctica de atracones y seguimiento de dietas, resultaría importante considerar también al grupo de escuela privada con esta perspectiva.

Las conductas alimentarias de riesgo principalmente reportadas por los sujetos de la muestra fueron las prácticas de evitación: seguimiento de dietas, ejercicio excesivo, saltarse comidas y ayunos; así como la práctica de atracones. La práctica de dietas ha sido considerada como uno de los principales indicadores para el desarrollo de un desorden alimentario, por lo que en los sujetos adolescentes resulta importante considerar los altos porcentajes reportados (Herman y Polivy, 1980; Polivy y Herman, 1985; Striegel-Moore, Silberstein, Rodin, 1986; Wardle y Marsland, 1990).

Las respuestas acerca del uso del vómito autoinducido en los grupos de adolescentes plantea una interrogante, pues si bien lo esperado era que las estudiantes de ballet reportaran los mayores porcentajes de esta práctica, fueron las estudiantes de escuela privada quienes así lo hicieron. Ante esto, cabe la pregunta acerca del grado de no respuesta en las estudiantes de ballet, o aún más alarmante, que ésta sea una práctica común entre adolescentes de clase media y alta y no exclusiva de grupos de alto riesgo.

Si bien los grupos de ballet y escuela privada tienen características comunes, algunas diferencias como son un mayor porcentaje del uso de métodos de purga por las primeras, puede estar determinando su menor peso corporal. A pesar de ello, las estudiantes de escuela privada, presentan valores promedio elevados en las respuesta correspondientes a la insatisfacción con

partes específicas del cuerpo y en la sintomatología asociada con la práctica de atracones, sobre todo en lo concerniente a sentimientos de culpa, práctica de vómito autoinducido (el porcentaje mayor de los tres grupos), sentimientos de depresión y malestar al comer en exceso. Las características de este grupo de estudiantes, también las ubica en riesgo de desarrollar un problema más importante, en este caso sin estar relacionado con una práctica vocacional en particular, lo cual puede fungir más como un factor interviniente y facilitador para desarrollar una patología más grave que como un elemento antecedente.

Con respecto a los grupos de adultos, es importante considerar los elevados porcentajes de uso de métodos para bajar de peso que utilizan las bailarinas profesionales; que si bien no alcanzan los porcentajes reportados por las pacientes, casi en su totalidad siguen dietas (91%), y un porcentaje elevado (19%), practica el vómito autoinducido. Este dato resulta interesante porque es uno de los métodos más extremos para controlar el peso, y el hecho de que las bailarinas lo reporten resulta de seria preocupación, sobre todo en el contexto de la danza, en el que las conductas alimentarias de riesgo pueden llegar a ser parte de los hábitos "normales" de alimentación.

El único método mayormente utilizado por las bailarinas para bajar de peso, en comparación con las pacientes, fue la práctica de ejercicio excesivo, lo cual pudiera considerarse normal dado que se dedican a una actividad física. Sin embargo, es importante mencionar que la danza no es un ejercicio aeróbico, por lo que no facilita la eliminación de calorías y es probable que por esta razón algunas de ellas practiquen otro tipo de ejercicio con este fin.

Desórdenes alimentarios y síndrome parcial

A partir de la presente investigación, queda clara la presencia de conductas de riesgo en el comer y la distinción entre los grupos estudiados en cuanto a grados de patología. En concordancia con lo esperado, en el extremo de la máxima patología se encuentra el grupo de pacientes diagnosticadas, seguido del grupo de bailarinas profesionales, profesionistas, estudiantes de ballet, estudiantes de escuela privada y finalmente estudiantes de escuela pública.

Al analizar los grupos en función de la variable vocación, encontramos que los sujetos cuya vocación o profesión es la danza, presentan mayor grado de patología. La edad por otro lado, incrementa el porcentaje de sujetos con una patología independientemente de su

vocación/profesión. En este sentido, la edad se sobrepone a la elección vocacional, pues como se observa, las profesionistas se ubican en tercer lugar y las estudiantes de ballet en el cuarto. Cabe mencionar al respecto, que las estudiantes de ballet que conformaron la muestra, son un grupo heterogéneo en cuanto al grado de compromiso que tienen con esta actividad, ya que no todas están estudiando con la finalidad de ser bailarinas profesionales, lo cual disminuye las exigencias externas e internas para conseguir determinado peso y figura.

Finalmente, al analizar los grupos en función al factor económico, encontramos que las estudiantes de escuela pública son el grupo con menor grado de patología, tal y como ha sido señalado por la literatura internacional.

En relación con el nivel socioeconómico de los sujetos de la muestra, considerando la equivalencia nivel socioeconómico medio o alto (escuela privada), y nivel socioeconómico bajo (escuela pública), se confirmó la relación tradicional planteada por la literatura, acerca de la mayor prevalencia de desórdenes alimentarios en mujeres de clase alta. Sin embargo, otros autores mencionan que esta aparente relación no es consistente, e inclusive se ha reportado la relación contraria (Gard y Freeman, 1996). Es probable que la relación tradicionalmente encontrada, se haya referido por lo general a casos de anorexia nervosa sin incluir bulimia nervosa, que al parecer es una patología que se presenta en grupos sociales más diversos.

La asociación tradicional entre nivel socioeconómico alto y desórdenes alimentarios, tiene que ser demostrada aún. Puede tratarse de un artefacto creado y perpetuado, y que existan poblaciones que no se han estudiado debido a que de antemano se descarta la posibilidad de encontrar casos con estas patologías (Gard y Freeman, 1996).

Siguiendo el mismo esquema en cuanto al síndrome parcial, observamos que los mayores porcentajes los reportaron las bailarinas profesionales y las estudiantes de ballet, seguido por las profesionistas no bailarinas, estudiantes de escuela privada y estudiantes de escuela pública. Como se observa, al hablar de síndrome subclínico, resulta evidente que la variable vocación representa el mayor riesgo, mientras que con la variable edad no se encuentra una relación directa.

• Rasgos de personalidad

Los perfiles de personalidad de los sujetos de la muestra son similares, tanto entre adolescentes como adultos. En realidad el único grupo que es evidentemente distinto, es el de

pacientes diagnosticadas, con elevaciones patológicas en varias escalas del instrumento.

La única diferencia entre los perfiles de bailarinas profesionales y profesionistas fue la elevación en la escala de Hipocondriasis en las primeras. El resto de los perfiles de ambos grupos son muy semejantes. Al respecto se podría pensar que los problemas que las bailarinas manifiestan con respecto a la alimentación, se circunscriben a las exigencias profesionales del medio de la danza y no a características de personalidad determinadas, aunque hay que considerar que al analizar los perfiles individuales de los sujetos que se encontraron con un diagnóstico mediante el cuestionario de desórdenes del comer, presentaron perfiles más patológicos que el resto de la muestra de bailarinas.

Los perfiles de los tres grupos de adolescentes son básicamente similares, salvo por las características ya mencionadas del grupo de estudiantes de ballet, en quienes se puede suponer un mayor grado de disturbios emocionales, observado en los perfiles sumergidos y que probablemente tienen relación con la patología estudiada.

Por otro lado, al analizar la asociación entre los rasgos de personalidad y el desarrollo de problemas alimentarios, encontramos que rasgos tales como la presencia de problemas familiares, ente los cuales se pueden mencionar: problemas alimentarios en la madre y alcoholismo en el padre; problemas de conducta, estar en contra de las reglas y los valores sociales, desajuste emocional, actitudes pasivo-dependientes y dificultad para expresar las emociones (principalmente el enojo), pueden ser características que propicien o incrementen el riesgo de desarrollar un síndrome parcial.

Mientras que con respecto al desarrollo de un desorden alimentario, se encontró una asociación con síntomas de ansiedad, inseguridad, desconfianza y pesimismo, pérdida del control emocional y sensaciones de incompreensión por parte de los otros, aunque por otro lado también con un sentido de responsabilidad en cuanto a aceptar las consecuencias de sus actos. Algunos autores han reportado estas mismas características de personalidad que sugieren dependencia, fijación oral, personalidad adictiva, inmadurez, personalidad pasivo-agresiva, y sentimientos de auto-derrota (Shisslak et al, 1990; Biederman et al, 1986; Pyle et al, 1981; Scott y Baroffio, 1986). Reafirmando lo anterior, en la presente investigación se encontró asociación entre el consumo de alcohol y la presencia de desórdenes alimentarios, hecho previamente mencionado por algunos autores (Johnson y Larson, 1982 y Johnson y Berndt, 1983; Yellowees, 1985).

Es importante mencionar que el alto porcentaje de consumo de drogas reportado por las pacientes, se debe principalmente a que han sido medicadas como parte del tratamiento que han recibido. Sin embargo los alcances de esta investigación no permiten conocer si este consumo ha trascendido las indicaciones de los médicos.

•Análisis de discriminantes

Se utilizó este análisis estadístico con la finalidad de conocer la validez discriminante del instrumento "Cuestionario de los desórdenes del comer", en la detección de la presencia y grados de patología de la alimentación: 1) Ausencia de patología, 2) Síndrome parcial y 3) Desórdenes alimentarios, y por otro lado, cuáles de los indicadores incluidos en el instrumento, son los más adecuados para hacer esta distinción.

El análisis de discriminantes mostró que sólo algunas de las variables distinguen entre sujetos con síndrome parcial y sujetos con un desorden alimentario, estas son: sentimiento de falta de control al comer, presencia de atracones, práctica de ayunos, práctica de vómito autoinducido y presencia de sobrepeso en la pubertad.

La identificación de estas variables tiene la ventaja de posibilitar la elaboración de un instrumento de tamizaje para la detección de casos o posibles casos con un síndrome parcial o con un desorden alimentario, que incluya las preguntas con las cuales se hace dicha distinción entre grupos. Esto facilita la tarea de identificación de sujetos ya que se trataría de un instrumento sencillo y corto, probablemente aplicable por maestros o tutores. Esto resulta muy importante en la medida que permite detectar los casos en su fase temprana, y de esta manera intervenir con mecanismos preventivos y de tratamiento adecuados.

VII Conclusiones

Finalmente para concluir, se responderá a las preguntas de investigación planteadas en este trabajo:

1. ¿Se encontrarán desórdenes del comer en estudiantes y profesionales del ballet?
2. Si la respuesta es afirmativa, ¿Existirán diferencias entre estudiantes y profesionales del ballet?
3. ¿Se encontrará el síndrome parcial en estudiantes y profesionales del ballet?
4. Si la respuesta es afirmativa, ¿Existirán diferencias entre estudiantes y profesionales del ballet?
5. ¿Se encontrarán desórdenes del comer en mujeres adolescentes y adultas jóvenes, cuya vocación o profesión no tiene las mismas exigencias que para aquellas que se dedican al ballet?
6. Si la respuesta es afirmativa, ¿Se encontrarán diferencias entre estudiantes (no ballet) y profesionales (no ballet)?
7. ¿Se encontrará el síndrome parcial en mujeres adolescentes y adultas jóvenes, cuya vocación o profesión no tiene las mismas exigencias que para aquellas que se dedican al ballet?
8. Si la respuesta es afirmativa, ¿Se encontrarán diferencias entre estudiantes (no ballet) y profesionales (no ballet)?

Si existen los desórdenes del comer y el síndrome parcial en estos grupos de mujeres. Se encontró el diagnóstico de Bulimia Nervosa con y sin uso de métodos de purga, Bulimia Nervosa no especificada, Desórdenes de la alimentación no especificados (uso de conductas compensatorias después de comer pequeñas cantidades de alimento y masticar y escupir comida) y Anorexia Nervosa no especificada. En los grupos de adolescentes el 1.0% presentó un desorden alimentario, dos en el grupo de estudiantes de ballet y uno en el grupo de estudiantes de escuela privada, y en los adultos el 10.2%, de los cuales 5 pertenecen al grupo de bailarinas y 3 al de profesionistas no bailarinas.

El Síndrome parcial se presentó en el 37.4% de las adolescentes y 47.7% de las adultas, principalmente en las bailarinas profesionales y estudiantes de ballet. Los principales síndromes reportados fueron: sentimiento de culpa al comer comidas engordadoras, seguimiento de dietas, preocupación por la figura el peso y el comer y uso de métodos de purga.

En relación con las conductas asociadas con la presencia de atracones, se encontró que

entre los grupos de estudiantes de ballet y de escuela privada no existen diferencias significativas. Sin embargo, entre el grupo de ballet y el de escuela pública sí se encontraron diferencias, principalmente en la práctica del vómito autoinducido después de comer grandes cantidades de alimento y sentimientos de depresión y de malestar al comer en exceso.

Es importante señalar con respecto a la necesidad de prevenir la enfermedad, que la respuesta acerca de la práctica del vómito autoinducido y de la sensación de falta de control sobre el comer, (considerados como algunos de los principales síntomas para diagnosticar un desorden alimentario) en la categoría de respuesta "a veces", probablemente nos está señalando una patología incipiente o latente. Asimismo, con respecto a la presencia de sentimientos de culpa al comer comidas engordadoras, pues es un factor que influye en el uso de métodos más extremos para controlar el peso.

En este mismo conjunto de preguntas, los grupos de adultos muestran una notoria diferencia entre pacientes, bailarinas y profesionistas. Las primeras presentan puntuaciones más elevadas en todas las preguntas, mostrando mayor grado de patología, y sucesivamente las bailarinas y profesionistas.

Es sumamente importante mencionar que entre las principales diferencias entre adolescentes y adultos con respecto a la presencia de los desórdenes del comer, es que son patologías que se presentan de inicio en la edad de la adolescencia, pero que no solo persisten sino que se incrementan con la edad, característica que se observa tanto en los grupos de danza como en los que no practican esta disciplina.

El síndrome parcial, se encontró que es común a todos los grupos, incluyendo el de pacientes cuando estas no alcanzaron un diagnóstico de trastorno de la alimentación. Sin embargo, como ya se señaló previamente, al observar sus puntuaciones en estos indicadores, podemos ver que son las más elevadas de todos los sujetos y alcanzan a cubrir todos menos uno de los requisitos señalados por el DSM-IV para un diagnóstico. Asimismo, observamos que sus perfiles de personalidad son claramente patológicos.

9. ¿Se encontrarán diferencias entre los desórdenes del comer y síndrome parcial de las estudiantes (ballet y no ballet) y profesionales (ballet y no ballet) vs. las mujeres diagnosticadas con Anorexia o Bulimia Nervosa?

Probablemente la principal diferencia entre la patología de las pacientes diagnosticadas y el resto de los sujetos hallados con un desorden alimentario, es que las primeras presentan rasgos claramente patológicos en sus perfiles de personalidad, principalmente marcado por rasgos depresivos, ansiedad, baja autoestima, problemas de tipo cognoscitivo y perceptual, problemas en las áreas familiar, laboral y social y conflictos de la infancia y adolescencia no resueltos; mientras que el resto de los sujetos no presenta una patología tan marcada. Asimismo, con respecto a las puntuaciones obtenidas en el síndrome parcial, en donde los sujetos diagnosticados obtuvieron los valores promedio más elevados. Tal y como señalan Leon y cols. (1993), la evaluación de la personalidad permite distinguir entre los problemas del comer que se resuelven con el tiempo, de aquellos que tienden a la cronicidad.

10. ¿Cuál es la influencia de variables como eventos traumáticos físicos y emocionales, problemas alimentarios y alcoholismo en familiares, enfermedades físicas y conductas adictivas, sobre los desórdenes del comer?
11. ¿Cuál es la influencia de variables cognoscitivas y actitudinales (preocupación por la figura y el peso, distorsión de la imagen corporal), sobre los desórdenes del comer?

Las variables antecedentes que tuvieron influencia sobre el desarrollo de un síndrome parcial y los desórdenes del comer, fueron el consumo de alcohol, la presencia de eventos traumáticos físicos y emocionales relacionados con el aumento de peso, problemas alimentarios en la madre y en tías, alcoholismo en el padre, síntomas de ansiedad, inseguridad, desconfianza y pesimismo, pérdida del control emocional y sensaciones de incompreensión por parte de los otros.

La preocupación por la figura y el peso fue la variable cognoscitiva y actitudinal que tuvo la principal influencia sobre el desarrollo de un síndrome parcial; mientras que esta misma, asociada con la insatisfacción por la figura y el peso y el Índice de Masa Corporal, reflejaron influencia sobre el desarrollo de un desorden alimentario.

12. ¿Existe relación entre rasgos de personalidad y desórdenes del comer?

13. Si la respuesta es afirmativa ¿Se encontrarán diferencias entre los rasgos de personalidad de las estudiantes (ballet y no ballet) y profesionales (ballet y no ballet) vs. las mujeres diagnosticadas con anorexia o bulimia nervosa?

Al analizar la asociación entre los rasgos de personalidad y el desarrollo de problemas alimentarios, encontramos que características de personalidad como la presencia de problemas alimentarios en la madre y de alcoholismo en el padre; problemas de conducta, estar en contra de las reglas y valores sociales, presentar desajuste emocional, actitudes pasivo-dependientes y dificultad para expresar las emociones (principalmente el enojo), síntomas de ansiedad, inseguridad, desconfianza y pesimismo, pérdida del control emocional, y sensaciones de incompreensión por parte de los otros pueden ser características que propicien o incrementen el riesgo de desarrollar un síndrome parcial o un desorden alimentario.

Los perfiles de personalidad de los sujetos de la muestra son similares, tanto entre adolescentes como adultos. En realidad el único grupo que es evidentemente distinto, es el de pacientes diagnosticadas, con elevaciones patológicas en varias escalas del instrumento.

La principal diferencia entre los perfiles de bailarinas profesionales y profesionistas fue que en las primeras se presentó una elevación moderada en la escala Hipocondriasis y en los grupos de adolescentes, únicamente resaltan los perfiles sumergidos de las estudiantes de ballet que sugieren mayor grado de disturbios emocionales, que pueden estar relacionados con la patología alimentaria así como con una defensividad marcada al contestar la prueba.

14. ¿Los desórdenes del comer se relacionan con el Índice de Masa Corporal?

Los hallazgos presentados señalan que si existe una relación entre el Índice de Masa Corporal y los desórdenes del comer. En esta muestra se encontró un caso de Bulimia Nervosa, sin la especificidad del peso corporal, por lo que el peso de este sujeto se registró en la categoría de peso bajo y no muy bajo. Los casos encontrados de Bulimia Nervosa, con y sin uso de métodos de purga y de Bulimia Nervosa no especificada, se presentaron en sujetos de peso corporal bajo y normal, así como la práctica del vómito autoinducido después de comer pequeñas cantidades de

alimento, y la de masticar y escupir comida sin tragarla. Por otro lado el Síndrome parcial se presentó en sujetos de todos los pesos corporales, principalmente en los de peso normal, peso bajo y sobrepeso.

La casi ausencia de sujetos con sobrepeso y obesidad que presentan desórdenes del comer y prácticas inapropiadas del comer, confirman por un lado el aspecto de la distorsión de la imagen corporal y de la insatisfacción con la figura y el peso que conllevan al desarrollo de estos problemas, y por otro lado, la búsqueda de un ideal de delgadez, prácticamente inalcanzable, impuesto culturalmente como parte de una moda.

15. ¿Las características sociodemográficas se relacionan con los desórdenes del comer?

La edad fue uno de los principales factores de riesgo encontrados en la investigación relacionados con los desórdenes alimentarios, a medida que esta se incrementa, aumenta la proporción de sujetos con problemas alimentarios. Esto es un indicador de que si bien la tarea preventiva se debe llevar a cabo principalmente con adolescentes, no se debe descuidar la labor con mujeres jóvenes, principalmente cuando su actividad profesional se vincula con exigencias para tener un cuerpo delgado, como es la danza clásica entre otras.

16. ¿En nuestro contexto socio-cultural la variable vocación puede ser considerada de alto riesgo?

A través de los resultados de la presente investigación se puede concluir que la vocación/profesión, es un factor ambiental que confiere riesgo en el desarrollo de los desórdenes alimentarios en mujeres adolescentes y adultas mexicanas. Esto queda señalado tanto por los puntuaciones obtenidas por estos sujetos en los indicadores de riesgo, así como por los análisis de regresión. Si bien no fue posible realizar los análisis de regresión con la variable dependiente "desórdenes alimentarios" para los grupos de adolescentes, para demostrar que las estudiantes de ballet son un grupo de riesgo, las puntuaciones obtenidas por estos sujetos, se encuentran en el extremo más patológico de los grupos de estudiantes. En particular es interesante la presencia de vómito autoinducido, uso de anfetaminas y la sensación de falta de control al comer, que a mi juicio son conductas poco comunes que determinan la presencia de una patología más seria.

VIII Limitaciones

- La selección de los sujetos estudiantes de ballet y bailarinas profesionales se vio limitada por el acceso a las escuelas de Bellas Artes y a la Compañía Nacional de Danza, las cuales cuentan con un sistema de selección y permanencia más rígido. Los sujetos de la muestra, fueron reclutados en diferentes escuelas de ballet, con diversos sistemas y niveles de exigencia, por lo que fue más difícil obtener un grupo homogéneo con una dedicación de tiempo completo a esta actividad. El nivel de exigencia de las escuelas y compañías de danza, determina algunos aspectos, tales como la forma de selección, (mediante audiciones y no de incorporación paulatina al grupo); el número de horas de entrenamiento; la inclusión de las materias académicas como parte de su formación; el control alimentario por un nutriólogo; la selección de los estudiantes según sus capacidades para estudiar la carrera de ejecutante o maestro y la existencia de jerarquías dentro del grupo.
- Es importante considerar que algunas preguntas del instrumento son demasiado directas para obtener una respuesta honesta. Sería importante utilizar métodos indirectos de evaluación, a manera de evitar la evasión de las respuestas, tales como imágenes dibujadas o computarizadas, o preguntas indirectas.
- Las condiciones para la aplicación del MMPI, no fueron las más adecuadas. Siendo una prueba tan extensa y para algunos sujetos complicada, es importante tomar en cuenta que es necesario proporcionar las condiciones adecuadas para la aplicación, como por ejemplo, en el caso de los estudiantes, que la escuela apoye facilitando un horario y lugar adecuado. Considero que este fue uno de los factores que influyó la defensividad en los grupos de adolescentes, principalmente el de estudiantes de ballet. Asimismo, fue notoria la dificultad que presentaron las estudiantes de escuela pública para comprender las preguntas de la prueba, por lo que aplicar previamente una prueba de comprensión de lectura, sería útil para determinar los sujetos que pueden contestar adecuadamente.
- El grupo de pacientes fue reducido debido a la dificultad para tener acceso a personas con este diagnóstico en instituciones de salud. Por un lado, son pocos las pacientes con trastornos alimentarios que acuden a tratamiento, algunas fueron renuentes a participar en la investigación, y otras, una vez dadas de alta eran difíciles de localizar. Por otro lado, hubo instituciones que

negaron el acceso a las pacientes, y aquellas que acuden a la consulta privada son prácticamente inaccesibles. El número tan reducido de sujetos en esta muestra dificultó los análisis inferenciales, razón por la cual no fue posible contestar algunas de las preguntas de investigación. Es necesario que en futuras investigaciones se incluya mayor número de sujetos con diagnóstico de desórdenes alimentarios, de manera que se puedan llevar a cabo estudios comprobatorios y de seguimiento.

VII Referencias

- Abraham S. (1996) Eating and weight controlling behaviours of young ballet dancers. *Psychopathology*. 29:218-222.
- Adame DD, Radell S, Johnson TC. (1991) Physical fitness, body image and locus of control in college women dancers and nondancers. *Perceptual and Motor Skills*. 72:91-95.
- Agras S. Eating disorders. Management of obesity, bulimia and anorexia nervosa. Pergamon Press:New York. 1988.
- Allport GW. Allport's psychology of the individual En: Theories of personality, Calvin S. Hall y Gardner Lindzey (Eds.), John Wiley & Sons Inc:New York, 1970.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition. DSM-IV. Washington, D.C. 1994.
- Andersen A. (1983) Anorexia nervosa and bulimia: a spectrum of eating disorders. *Journal of Adolescent Health Care*. 4:15-21.
- Asociación Psiquiátrica Americana. Manual estadístico y diagnóstico de las enfermedades mentales. DSM-III, Masson Editores:Barcelona, 1980.
- Asociación Psiquiátrica Americana. Manual estadístico y diagnóstico de las enfermedades mentales. DSM-III-R, Masson Editores:Barcelona, 1987.
- Bakker FC. (1991) Development of personality in dancers: a longitudinal study. *Personality and Individual Differences* 12(7):671-681.
- Battegay R, Glatzel J, Poldinger W, Rauchfleisch U. Diccionario de psiquiatría.. Herder:España, 1989.
- Bell RM. (1985) Holy anorexia. Chicago-London:University of Chicago Press. Citado en: R Van Deth y W Vandereycken (1994) Continuity and discontinuity in the history of self-starvation. *Eating Disorders Review*. 2(1):47-54.
- Berhman RE y Vaughan VC. (Eds.) Nelson Textbook of Paediatrics (12th de) Philadelphia:Saunders. 1983.
- Berscheid E, Walster E, Bohrnstedt G. (1973) Body image. The happy American body: a survey report. *Psychology Today*. November. 119-131.
- Biederman J, Habelow W, Rivinus T, Harmatz J, y Wise J. (1986) MMPI Profiles in anorexia nervosa patients with and without major depression. *Psychiatry Research*. 19:147-154.
- Boltansky I. (1975) Los usos sociales del cuerpo. Periferia: Buenos Aires
- Bordo S. (1990) Reading the slender body En: Body/politics: women and the discourses of science (Eds. Jacobs, E. Fox Keller and S. Shuttlewood). New York-London:Routledge. pp. 88-112 Citado en: R Van Deth y W Vandereycken (1994) Continuity and discontinuity in the history of self-starvation. *Eating Disorders Review*. 2(1):47-54.
- Boskind-Lodhal M. (1976) Cinderella's stepsisters: a feminist interpretation of anorexia nervosa and bulimia. *Signs*. 2:341-356. Citado en: Gordon, RA. Anorexia and bulimia. Anatomy of a social epidemic. Basil Blackwell:Cambridge, MA. 1990.
- Bowen D, Tomoyasu N, Cauce A (1991) The triple threat: a discussion of gender, class and race differences in weight. *Women and Health*. 17,123-143.
- Braun DL, Sunday SR, Halmi KA. (1994) Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychological Medicine*. 24:859-867.

- Brooks-Gunn J y Warren M. (1985a) The effects of delayed menarche in different contexts: dance and nondance students. *Journal of Youth and Adolescence*. 14(4):285-300.
- Brooks-Gunn J y Warren M. (1985b) Measuring physical status and timing in early adolescence: a developmental perspective. *Journal of Youth and Adolescence*. 14:163-189.
- Brooks-Gunn J, Warren M, Hamilton L. (1986) The relation of eating problems and amenorrhea in ballet dancers. *Medicine and Science in Sports and Medicine*. 19(1):41-44.
- Brooks-Gunn J. (1988) Pubertal processes and the early adolescent transition. En: W. Damon (Eds.) *Child development today and tomorrow*. Jossey Bass:San Francisco.
- Bruch H. Changing approaches to anorexia nervosa. En: Rowland Jr. C.V. *Anorexia nervosa and obesity*. Boston Little Brown Company. *International Psychiatric Clinics*. 1970: 3-24.
- Bruch H. *Eating disorders: obesity, anorexia nervosa and the person within*. Routledge and Kegan Paul:London. 1973.
- Bruch H *The golden cage: the enigma of anorexia nervosa*. Harvard University Press:Cambridge, MA. 1978.
- Butcher JN y Williams CL. *Essentials of MMPI-2 and MMPI-A interpretation*. University of Minnesota Press:Minneapolis. 1992.
- Butcher J, Williams CL, Graham JR, Archer RP, Tellegen A, Ben Porath YS y Kraemer B. *Manual for administration, scoring and interpretation. MMPI-A. Minnesota Multiphasic Personality Inventory*. The University of Minnesota Press. 1992.
- Button EJ y Whitehouse A. (1981) Subclinical anorexia nervosa. *Psychological Medicine*. 11:509-516.
- Bynum CW. (1987) Holy feasts and holy fast. The religious significance of food to medieval women. Berkeley-London-Los Angeles. University of California Press. Citado en: Van Deth, R y Vandereycken, W (1994) Continuity and discontinuity in the history of self-starvation. *Eating Disorders Review*. 2(1):47-54.
- Calabrese LH, Kirkendall DT, Floyd M. (1983) Menstrual abnormalities, nutritional patterns, and body composition in female classical ballet dancers. *Physician Sports Medicine*. 11:86-98.
- Cash TF y Hicks KL. (1990) Being fat versus thinking fat: relationships with body image, eating behaviours, and well being. *Cognitive Therapy and Research*. 14(3):327-341.
- Casper R, Eckert E, Halmi K, Goldberg S, Davis J. (1980) Bulimia: Its incidence and importance in patients with anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*. 34:87.
- Casper R. (1983) On the emergence of bulimia nervosa as a syndrome: a historical view. *International Journal of Eating Disorders*. 2:3-16.
- Conger JJ y Peterson AC. *Adolescence and youth*. New York:Harper & Row, 1984. En: Papalia DE y Wendkos Olds, S. *A child's world. Infancy through adolescence*. 6th de. Mc Graw Hill Inc:New York. 1993.
- Crisp LMB. (1976) How common is anorexia nervosa? *British Journal of Psychiatry*. 128:549-554.
- Crisp LMB. *Anorexia nervosa: Let me be*. Academic Press:London. 1980.
- Chen HN, Wong J, Lee N, Chan-Ho MW, Lau JTF, Fung M (1993) The Shatin Community Mental Health Survey in Hong Kong. II Major findings. *Archives of General Psychiatry*. 50:125-133.
- Davies E y Furnham A (1986) Body satisfaction in adolescent girls. *British Journal of Medical Psychology*. 59:279-287.

- Dirección General de Epidemiología. Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Nutrición. México. 1988.
- Dummer GM, Rosen LW, Heusner WW, Roberts PJ, Counsilman JE. (1987) Pathogenic weight control behaviour of young, competitive swimmers. *Physician in Sports Medicine*. 15:75-84.
- Dwyer JT, Feldman JJ, Mayer J. (1970) Nutritional literacy of high school students. *Journal of Nutrition and Education*. 2:59-66.
- Eguiarte MC. Estudio comparativo en niñas de segundo grado de primaria: el ballet, la imagen mental y sus implicaciones en el desarrollo cognoscitivo. Tesis Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM. México. 1990.
- Ehrensing RH y Weitzman EL (1970) The mother-daughter relationship in anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*. 32:201-208.
- Enns MP, Drownowski A, Grinker JA (1987) Body composition, body size estimation and attitudes towards eating in male college athletes. *Psychosomatic Medicine*. 49:56-64.
- Escobar GMI. Prevalencia de conductas generalmente presentes en pacientes que padecen de anorexia nervosa y bulimia en estudiantes de secundaria, preparatoria y universidad de la ciudad de México. Tesis de licenciatura inédita. Universidad Iberoamericana. México, D.F. 1992.
- Fairburn C y Cooper P. (1983) The epidemiology of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*. 2:61-67.
- Faust MS. (1983) Alternative constructions of adolescent growth En: J. Brooks-Gunn y AC Petersen (Eds.) *Girls at puberty: biological and psychological perspectives* (pp.105-125). Plenum Press:New York.
- Feighner JP, Robins E, Guze SB, Woodruff RA, Winokur G, Munoz R. (1972) Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Archives of General Psychiatry*. 26:57-63.
- Fichter MM. (1990) Bulimia nervosa and bulimic behaviour En *Bulimia nervosa: Basic research, diagnosis and therapy*. Manfred M. Fichter Editor. John Wiley y Sons:Chichester. 1990.
- Flavin DK y Morse RM. (1991) What is alcoholism? Current definitions and diagnostic criteria and their implications for treatment. *Alcohol Health Research World*. 15(4):266-271.
- Frisch RE, Wyshak G, Vincent L (1980) Delayed menarche and amenorrhea in ballet dancers. *The New England Journal of Medicine*. 303(1):17-19.
- Gard MCE y Freeman CP (1996) The dismantling of a myth: a review of eating disorders and socio-economic status. *International Journal of Eating Disorders*. 20(1):1-12.
- Garfinkel PE, Moldofsky H, Garner DM (1979) The stability of perceptual disturbances in anorexia nervosa. *Psychological Medicine*. 9:703-708.
- Garfinkel P, Moldofsky H, Garner D. (1980) The heterogeneity of anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*. 37:1036-1040.
- Garner DM. (1978) . Sociocultural factors. *Lancet* II, 674.
- Garner D y Garfinkel P. (1979) The eating attitudes test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*. 9:273-279.
- Garner D, Garfinkel P, Schwartz D, Thompson M. (1980a) Cultural expectations of thinness in women. *Psychological Reports*. 47:483-491.
- Garner D y Garfinkel P. (1980b) Sociocultural factors in the development of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*. 10:647-656.

- Garner D, Olmsted M, Polivy J. (1983) Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*. 2(2):15-33.
- Garner DM, Garfinkel PE, Rockert W, Olmsted MP. (1987) A prospective study of eating disorders in the ballet. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 48:170-175.
- Garner DM (1991) *Eating disorder inventory-2. Professional Manual.: Psychological Assessment Resources:Odessa, Florida.*
- Gómez Peresmitré G. (1993) Variables cognoscitivas y actitudinales asociadas con imagen corporal y desórdenes del comer: problemas de peso. *Investigación Psicológica*. 2(2):95-112.
- Gómez Peresmitré G. (1995) Detección de anomalías de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios: obesidad, bulimia y anorexia nervosa. *Revista Mexicana de Psicología*. 10(1):17-27.
- Gómez Peresmitré G. (1995) Peso real, peso imaginario. *Revista Mexicana de Psicología*. 12(2):185-197.
- Gómez Peresmitré G. (1996) Estimaciones subjetivas/mediciones objetivas. La imagen corporal y sus derivaciones como factores de riesgo para los desórdenes del comer. (Nueva etapa del proyecto de investigación PAPIIT n° IN301695). Proyecto del Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) n° IN304496.
- Gómez Peresmitré G y Saucedo T. (1997) Validez diagnóstica del IMC (Índice de Masa Corporal) en una muestra de escolares preadolescentes y adolescentes mexicanos *Acta Pediátrica de México*. 18(1):103-110.
- Gómez Peresmitré G. (1997) Alteraciones de la imagen corporal en una muestra de escolares mexicanos preadolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*. 14(1):31-40.
- Gómez Peresmitré G y Avila E. (En prensa) ¿Los escolares mexicanos preadolescentes hacen dieta con propositos de control de peso? *Revista Mexicana de Psicología*.
- Gordon RA. *Anorexia and bulimia. Anatomy of a social epidemic*. Basil Blackwell:Cambridge, MA. 1990.
- Graham JR. *MMPI-2 Assessing personality and psychopathology*. Second Edition. Oxford University Press:New York. 1993.
- Green LW y Horton D. (1982) Adolescent health. Issues and challenges. En: TJ Coates, AC Petersen y C Perry (Eds.) *Promoting adolescent health: a dialogue on research and practice*. (pp 23-43) Academic Press:New York.
- Guaraldi GP, Orlandi E, Boseli P, Tartoli PP. (1995) Body size perception and dissatisfaction in female subjects of different ages. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 64:149-155.
- Guiora AS. (1967) Disorexia: A psychopathological study of anorexia nervosa and bulimia. *American Journal of Psychiatry*. 124:391-393.
- Hamilton LH, Brooks-Gunn J, Warren MP. (1985) Sociocultural influences on eating disorders in professional female ballet dancers. *International Journal of Eating Disorders*. 4(4):465-477.
- Hamilton LH, Brooks-Gunn J, Warren MP, Hamilton WG. (1988) The role of selectivity in the pathogenesis of eating problems in ballet dancers. *Medicine and Science in Sports and Exercise*. 20(6):560-565.
- Hare E. (1981) The two manias: a study of the evolution of the modern concept of mania. *British Journal of Psychiatry*. 138:89-99.

- Hathaway SR y McKinley JC. (1995) Inventario Multifásico de Minnesota MMPI-2. Adaptación al español de E. Lucio Gómez-Maqueo. El Manual Moderno. México. 1995.
- Herman CP y Polivy J. Restrained eating. In AJ Stunkard (De.) Obesity. Saunders:Philadelphia. 1980.
- Hill AJ y Oliver S. (1992) Eating in the adult world: the rise of dieting in childhood and adolescence. *British Journal of Clinical Psychology*. 31:95-105.
- Hill AJ. (1993) Pre-adolescent dieting: implications for eating disorders. *International Review of Psychiatry*. 5:87-100.
- Hoek HW y Brook FG. (1985) Patterns of care of anorexia nervosa. *Journal of Psychiatric Research*. 19:155-160.
- Holderness CC, Brooks-Gunn J, Warren MP. (1994) Eating disorders and substance use: a dancing vs non dancing population. *Medicine and Science in Sports and Exercise*. 26(3):297-302.
- Holmgren S, Humble K, Norring C, Roos B, Rosmark B, Sohlberg S. (1983) The anorectic-bulimic conflict. *International Journal of Eating Disorders*. 2:3-14.
- Holtz V. Factores psico-bio-sociales de los desórdenes de la alimentación: estudio piloto en una preparatoria. Tesis Licenciatura. Universidad Iberoamericana. México. 1992.
- Holtz V. Antecedentes históricos de la anorexia nervosa. *Psicología Iberoamericana*. 3(2):5-13.
- Hooper MSH y Garner DM. (1986) Application of the eating disorders inventory to a sample of black, white and mixed race schoolgirls in Zimbabwe. *International Journal of Eating Disorders*. 5:161-168.
- Hsu LKG. (1996) Epidemiology of the eating disorders En: J. Yager (Ed.) *The Psychiatric Clinics of North America*. 19(4):681-700.
- Hughes PH, Venulet J, Khant U, Medina-Mora ME, Navaratam V, Poshychinda V, Rootman I, Salan R, Wadud KA. Core data for epidemiological studies of nonmedical drug use. World Health Organization. Geneva. 1980
- Johnson CL y Larson R. (1982) Bulimia: an analysis of moods and behaviour. *Psychosomatic Medicine*. 44:341-351.
- Johnson CL y Berndt D. (1983) Preliminary investigation of bulimia and life adjustment. *American Journal of Psychiatry*. 140:774-777.
- Joseph A, Wood IK, Goldberg S. (1982) Determining populations at risk for developing anorexia nervosa based on selection of college major. *Psychiatric Research*. 7:53-58.
- Kahn A. Nutritional counselling for anorexic and bulimic patients En: R. Lemberg. *Controlling Eating Disorders with facts*. ORIX Press:Arizona. 1992.
- Kaplan A y Garfinkel P (1984). Bulimia in the Talmud. *American Journal of Psychiatry*. 141:721. En: Holtz V. (1995) Antecedentes históricos de la anorexia nervosa. *Psicología Iberoamericana*. 3(2):5-13.
- Kestemberg E, Kestemberg J, Decourt S. (1983) La faim et le corps: une etude psychoanalytique de l'anorexie mentale. Presses Universitaires de France:Paris. 1983.
- Lacey JH. (1982) The bulimic syndrome at normal body weight: reflections on pathogenesis and clinical features. *International Journal of Eating Disorders*. 2:59-65.
- Leon GR, Fulkerson JA, Perry CL, Cudeck R. (1993) Personality and behavioural vulnerabilities associated with risk status for eating disorders in adolescent girls. *Journal of Abnormal Psychology*. 102(3):438-444.

- Lucio E y Reyes I. (1994) La nueva versión del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota MMPI-2 para estudiantes universitarios mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*. 11(1):45-54.
- Maloney MJ, McGuire L, Daniels SR, Specker B. (1989) Dieting behaviour and eating attitudes in children. *Paediatrics*. 84:482-489.
- Manson JE, Willett WC, Stampfer MJ, Colditz GA, Hunter DJ, Hankinson SE, Hennekens CH, Speizer FE. (1995) Body weight and mortality among women. *The New England Journal of Medicine*. 333(11):677-685.
- Medina-Mora ME. (1992) Los conceptos de uso, abuso, dependencia y su medición En: Las adicciones en México: dimensión, impacto y perspectivas. FCE:México.
- Meermann R. (1983) Experimental investigation of disturbances in body image estimation in anorexia nervosa patients, and ballet and gymnastics pupils. *International Journal of Eating Disorders*. 2(4).
- Meyer AE. (1980) Personal communication En: Fichter, MM (1990) *Bulimia nervosa and bulimic behaviour* En *Bulimia nervosa: Basic research, diagnosis and therapy*. Manfred M. Fichter Editor. John Wiley y Sons:Chichester. 1990.
- Mitchell JE, Pomeroy C, Colon E. Medical complications in bulimia nervosa En: *Bulimia nervosa: Basic research, diagnosis and therapy*. Manfred M. Fichter Editor. John Wiley y Sons: Chichester. 1990.
- Morgan HG y Russell GFM (1975) Value of family background and clinical features as predictors of long term outcome in anorexia nervosa: four year follow-up study of 41 patients. *Psychological Medicine*. 5:355-372.
- Moses N, Banilivy M, Lifshitz F. (1989) Fear of obesity among adolescent girls. *Paediatrics*. 83(3):393-398.
- Murrieta CM. (1997) Relación entre la distorsión de la imagen corporal y el nivel socioeconómico en mujeres adolescentes estudiantes de preparatorias públicas y privadas. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM. México, D.F.
- Newacheck PW. (1989) Improving access to health services for adolescents from economically disadvantaged families. *Paediatrics*. 84(6):1056-1063.
- Newton J, Freemann C, Hannan W, Cowen S. (1993) Osteoporosis and normal weight bulimia nervosa-which patients are at risk? *Journal of Psychosomatic Research*. 37(3):239-247.
- Nevo S. (1985) Bulimic symptoms, prevalence and ethnic differences among college women. *International Journal of Eating Disorders*. 4:151-168.
- Ondercin P. (1979) Compulsive eating in college women. *Journal of College Student Personnel*. 20:153-157.
- Otterbach C. Perfil de personalidad de atletas de alto rendimiento. Tesis de Licenciatura. Universidad Iberoamericana. México, D.F. 1990.
- Palmer RL. (1979) The dietary chaos syndrome: A useful new term? *British Journal of Medical Psychiatry*. 52, 187-190.
- Papalia DE y Wendkos Olds S. *A child's world. Infancy through adolescence*. 6th ed. Mc Graw Hill Inc:New York. 1993.
- Patton GC, Johnson-Sabine E, Wood K, Mann AH, Wakeling A. (1990) Abnormal eating attitudes in London school girls -a prospective epidemiological study: outcome at twelve month follow-up. *Psychological Medicine*. 20:383-394.

- Pertschuk M, Collins M, Kreisberg J. (1986) Psychiatric symptoms associated with eating disorder in a college population. *International Journal of Eating Disorders*. 5:563-568.
- Petersen AC y Brooks-Gunn J. (1988) Puberty and adolescence En: EA, Blechman y KD, Brownell (Eds.) *Handbook of behavioural medicine for women*. Pergamon Press:New York.
- Petrie TA. (1993) Disordered eating in female collegiate gymnasts: prevalence and personality/attitudinal correlates. *Journal of Sport and Exercise Psychology*. 15:424-436.
- Polivy J y Herman CP. (1985) Dieting and bingeing: a causal analysis. *American Psychologist*. 40(2):193-201.
- Pyle R, Mitchell J, Eckert E. (1981) Bulimia a report of 34 cases. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 42(2):60-64.
- Radell S, Adame DD, Johnson TC. (1993) Dance experiences associated with body-image and personality among college students: a comparison of dancers and nondancers. *Perceptual and Motor Skills*. 77:507-513.
- Rand CSW y Kuldau JM (1986) Eating patterns in normal weight individuals: bulimia, restrained eating, and the night eating syndrome. *International Journal of Eating Disorders*. 5:75-84.
- Rau JH y Green RS. (1975) Compulsive eating. A neuropsychologic approach to certain disorders. *Comprehensive Psychiatry*. 16:223-231.
- Rivera ML. (1997) Relación entre el nivel socioeconómico y la presencia de factores de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios en mujeres de 15 a 19 años. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM. México, D.F.
- Rogers L, Resnick MD, Mitchell JE, Blum RW. (1997) The relationship between socioeconomic status and eating-disordered behaviours in a community sample of adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders*. 22:15-23.
- Rosen LW, McKeag DB, Hough DO, Curley V. (1986) Pathogenic weight-control behaviour in female athletes. *The Physician and Sports Medicine*. 14:79-86.
- Rosenbaum M. (1979) The changing body image of the adolescent girl. In M. Sugar (De.) *Female Adolescent Development*. New York: Brunner/Mazel. En: Davies E, Furnham A (1986) *Body satisfaction in adolescent girls*. *British Journal of Medical Psychology*. 59:279-287.
- Russell GFM. (1979) Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*. 9:429-448.
- Russell GFM. (1985) The changing nature of anorexia nervosa: an introduction to the conference Citado en: Gordon. RA. *Anorexia and bulimia Anatomy of a social epidemic*. Basil Blackwell: Cambridge, MA. 1990.
- Russell GFM. (1990) The diagnostic status and clinical assessment of bulimia nervosa En *Bulimia nervosa: Basic research, diagnosis and therapy*. Manfred M. Fichter Editor. John Wiley & Sons: Chichester. 1990.
- Salinas JL, Pérez MP, Viniegra L, Barriguete JA, Casillas J, Valencia A. (1992) Modelo psicodinámico-sistémico de evaluación familiar. *Revista de Investigación Clínica*. 44:169-186.
- Salmons PH, Lewis VJ, Rogers P, Gatherer AJH, Booth DA. Body shape dissatisfaction in schoolchildren. *British Journal of Psychiatry*. 153:27-31.
- Sands R, Tricker J, Sherman C, Armatas C, Maschette W. (1997) Disordered eating patterns, body image, self-esteem, and physical activity in preadolescent school children. *International Journal of Eating Disorders*. 21(2):159-166.

- Saucedo T y Gómez Peresmitré G. (1997) Validez diagnóstica del IMC (Índice de Masa Corporal) en una muestra de adolescentes mexicanos. *Acta Pediátrica de México*. 18(3):19-27.
- Schlundt D, Johnson WG, Jarrell M. (1985) Naturalistic functional analysis of eating behaviour in bulimia and obesity. *Advances in Behaviour and Research Therapy*. 7(3):149-162.
- Schlundt D y Johnson WG. *Eating disorders: assessment and treatment*. Allyn and Bacon: Needham Heights, MA. 1990.
- Schonfeld WA. El cuerpo y la imagen corporal en los adolescentes En: Caplan, G. y Lebovici, S. *Psicología de la adolescencia*. PAIDOS: Buenos Aires. 1973.
- Scott RL y Baroffio JR. (1986) An MMPI analysis of similarities and differences in three classifications of eating disorders: anorexia nervosa, bulimia and morbid obesity. *Journal of Clinical Psychology*. 42(5):708-713.
- Shapiro S. (1988) Bulimia: an entity in search of definition. *Journal of Clinical Psychology*. 44(4):491-498.
- Shisslak C, Pazda SL, Crago M. (1990) Body weight and bulimia as discriminators of psychological characteristics among anorexic, bulimic, and obese women. *Journal of Abnormal Psychology*. 99(4): 380-384.
- Sosa AL y Castanedo LA. *Anorexia nervosa, revisión bibliográfica e investigación realizada en un hospital general privado*. Tesis de la especialidad en Psiquiatría. Facultad de Medicina. UNAM. México. 1981.
- Striegel-Moore RH, Silberstein LR, Rodin J. (1986) Towards an understanding of risk factors in bulimia. *American Psychologist*. 41:246-263.
- Strober M, Morrell W, Burroughs J, Salkin B, Jacobs CA. (1985) A controlled family study of anorexia nervosa. *Journal of Psychiatric Research*. 19:239.
- Strober M y Humphrey LL. (1987) Familial contributions in the aetiology and course of anorexia nervosa and bulimia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 55(5):654-659.
- Stunkard A, Sorensen T, Schulsinger F. (1980) Use of the Danish adoption register for the study of obesity and thinness. En: S. Kety (De.) *The genetics of neurological and psychiatric disorders*. New York: Raven Press. p. 115-120. Citado en Fallon A y Rozin P. (1985) Sex differences in perceptions of desirable body shape. *Journal of Abnormal Psychology*. 94(1):102-105.
- Stunkard A. (1990) A description of eating disorders in 1932. *American Journal of Psychiatry*. 147:3.
- Szmuckler GI, Eisler I, Githes C, Hayward ME. (1985a) The implications of anorexia nervosa in a ballet school. *Journal of Psychiatric Research*. 19/2-3 (177-181).
- Szmuckler G. (1985b) The epidemiology of anorexia nervosa and bulimia. *Journal of Psychiatric Research*. 19:143-153.
- Tobin-Richards MH, Boxer AM, Petersen AC. (1983) The psychological significance of pubertal change: sex differences in perceptions of self during early adolescence. En: J. Brooks-Gunn y AC, Petersen (Eds.) *Girls at puberty: biological and psychological perspectives*. Plenum Press: New York.
- Unikel C y Gómez Peresmitré G. (1996) Trastornos de la conducta alimentaria en mujeres adolescentes estudiantes de danza, secundaria y preparatoria. *Psicopatología*. 16(4):121-126.
- Unikel C, Mora J, Gómez Peresmitré G. (En prensa) Percepción de la gordura en adolescentes y su relación con las conductas inapropiadas del comer. *Revista Interamericana de Psicología*.

- Vandereycken W. (1985) Bulimia has different meanings. *American Journal of Psychiatry*. 141:141-142. En: Holtz V. (1995) Antecedentes históricos de la anorexia nervosa. *Psicología Iberoamericana*. 3(2):5-13.
- Vincent LM. (1981) Competing with the sylph: dancers and the pursuit of the ideal body.: Andrews y McMeel:Kansas.
- Vitousek K y Manke F. (1994) Personality variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology*. 103(1):137-147.
- Wardle J. (1980) Dietary restraint and binge eating. *Behaviour Analysis and Modification*. 4:201-209.
- Warren B, Stanton A, Blessing D. (1990) Disordered eating patterns in female athletes. *International Journal of Eating Disorders*. 9(5):565-569.
- Warren MP, Brooks-Gunn J, Hamilton L, Warren F, Hamilton WG. (1986) Scoliosis and fractures in young ballet dancers. *The New England Journal of Medicine*. 314(21):1348-1353.
- Weiss SM y Schwartz GE. (1982) Behavioural Medicine: The biobehavioral perspective. In R. Williams y R. Surwitt (Eds.), *Proceedings of the NATO Symposium on Behavioural Medicine*. New York: Plenum Press. En Schlundt, D y Johnson, WG *Eating disorders: assessment and treatment*. Allyn and Bacon:Needham Heights, MA. 1990.
- Williams R, Schaefer C, Shisslak C, Gronwaldt V, Comerci G. (1986) Eating attitudes and behaviours in adolescent women: discrimination of normals, dieters, and suspected bulimics using the Eating Attitudes Test and Eating Disorder Inventory. *International Journal of Eating Disorders*. 5(5).
- Wilson GT y Walsh BT. (1991) Eating disorders in the DSM-IV. *Journal of Abnormal Psychology*. 100(3):362-365.
- Wood A, Waller G, Gowers S. (1994) Predictors of eating psychopathology in adolescent girls. *European Eating Disorders Review*. 2(1):6-13.
- World Health Organization. *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva. 1992.
- Yellowees AJ. (1985) Anorexia and bulimia in anorexia nervosa. A study of psychosocial functioning and associated psychiatric symptomatology. *British Journal of Psychiatry*. 146:648-652.
- Ziolko HV (1967) Hyperorexia-anorexia. *Hypokrates* 13,522-526. Citado en: Schütze, G. *Anorexia mental*. Herder:España. 1983.
- Ziolko HV (1976) Hyperorexia nervosa. *Psychotherapy and medical psychology*. 26:10-12. Citado en: Schütze, G. *Anorexia mental*. Herder:España. 1983.
- Zraly K y Swift D. *Anorexia, bulimia and compulsive overeating. A practical guide for counsellors and families*. Continuum:New York. 1990.

CUADROS

- I. Índices de Mortalidad por Anorexia nervosa en México, según datos de la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud**
- II. Criterios para definir Anorexia nervosa**
- III. Criterios para definir Bulimia nervosa**
- IV. Desórdenes de la alimentación no especificados y Síndrome parcial de los desórdenes del comer**
- V. Modelo tridimensional de los desórdenes de la conducta alimentaria**

CUADRO I

**DEFUNCIONES GENERALES A NIVEL NACIONAL
DE RESIDENCIA HABITUAL DEL FALLECIDO Y CAUSA,
SEGUN SEXO Y EDAD PARA ANOREXIA NERVOSA**

	Masculino	Edad	Femenino	Edad		
1981	-	-	1	75-79		
1982	-	-	-	-		
1983	1	15-19	1	70-74		
1984	2	85+	1	45-49		
			1	80-84		
1985	1	55-59	1	20-24		
			1	40-44		
			1	85+		
1986	1	20-24	1	75-79		
		50-54				
		80-84				
1987	-	-	1	30-34		
			1	45-49		
			1	80-84		
1988	1	20-24	1	45-49		
		25-29				
		65-69			2	85+
		80-84				
1989	1	75-79	1	30-34		
		80-84		2	60-64	
				1	85+	
1990	1	70-74	1	55-59		
		80-84		1	75-79	
		85+		1	85+	
1991	-	-	1	45-49		
			1	55-59		
			1	75-79		
			1	80-84		
1992	1	20-24	1	30-34		
		40-44		1	45-49	
		70-74		1	50-54	
		85+		2	80-84	
				1	85+	

Fuente: Dirección General de Estudios Técnicos y Proyectos Especiales. Dirección General de Epidemiología. Secretaría de Salud.

CUADRO II

CRITERIOS PARA DEFINIR ANOREXIA NERVOSA

1. *Morton R.* 1689 Descripción del concepto "nervosa"
2. *Gull W.* 1868 Primer empleo del término anorexia nervosa, estado mental mórbido, causado por problemas centrales y hereditarios.
3. *Lassègue È.* 1873 Inanición histérica, anomalía intelectual, problema central y hereditario. "Si atribuyo al estado mental una importancia particular, quiere decir que toda la enfermedad se resume en ese estado de perversión intelectual".
4. *Huchard Ch.* 1883 Primer empleo del término anorexia mental. Distinción entre anorexia gástrica y anorexia mental. Empleo del término "sitiofobia".
5. *Freud S.* 1893-1895 Un caso de curación por hipnosis (caso de anorexia mental). Estudios sobre la histeria (caso de Emmy von N...), establece un paralelo con la melancolía. Pérdida de apetito al mismo tiempo que de libido.
6. *Freud S.* 1901-1914 "Tres ensayos para una teoría sexual", rechazo excesivo del componente erótico en la anorexia mental.
7. *Janet P.* 1908 Observación del caso de Nadia: obsesión por la vergüenza del cuerpo, origen neuropático del problema de la alimentación en la anorexia mental.
8. *Simmonds M.* 1914 Caquexia hipofisiaria, síndrome visto como una deficiencia endócrina.
9. *Ryle J.* 1936 Distinción de una enfermedad debida a un traumatismo psíquico de una enfermedad debida a la caquexia pituitaria.
10. *Eissler K.* 1943 La anorexia mental no es más que un aspecto de la perturbación de la relación de objeto en el caso de la fijación oral.
11. *Albeaux-Fernet M.* 1954 Distinción entre las dietistas funcionales y las anorécticas propiamente dichas.
12. *Bliss E. & Branch C.* 1960. El criterio de pérdida de 25 libras (12.5 Kg) por razones psicológicas, es patognomónico de la anorexia nervosa.
13. *Thöma H.* 1961 Problema de la conducta debido a la ambivalencia oral que traduce una falla del proceso de desarrollo, rol de las experiencias traumáticas de la infancia.
14. *Bruch H.* 1962 La anorexia reposa sobre un desorden de tipo perceptual y conceptual, y sobre una negación del cuerpo y sus deseos. Hace de la anorexia nervosa una entidad nosológica específica, una forma especial de la esquizofrenia y la distingue de las formas pseudoanorécticas. Las características son: 1) rechazo de la alimentación con la finalidad de conseguir la autonomía por medio del control del cuerpo, 2) la psicopatología puede ser aquella de la neurosis o de la esquizofrenia border-line (problemas cognoscitivos principalmente), 3) perturbación de la imagen corporal, perturbación en la interpretación cognoscitiva de los estímulos del cuerpo.

15. <i>Selvini M.</i> 1963	Psicosis monosintomática en donde la imagen del cuerpo es vivida como persecutoria. La anorexia mental se ubica en la zona intermedia entre la posición esquizoparanoide y depresiva definidas por Melanie Klein.
16. <i>King</i> 1963	Diagnóstico diferencial a partir de la noción de placer relativo a la negativa de la alimentación: criterio esencial de la anorexia nervosa. La anorexia nervosa primaria como entidad nosológica distinta.
17. <i>Crisp L.</i> 1965	Respuesta de evitación a los conflictos emocionales post-puberales, tratamiento a través de régimen alimentario.
18. <i>Feighner J</i> 1972	A. Edad de inicio menor a los 25 años, B. Pérdida de por lo menos 25% del peso original, C. Actitud distorsionada e implacable sobre el comer, la comida o el peso, que rebasa el hambre; amonestaciones, reafirmación o amenazas, D. Ausencia de enfermedades conocidas que puedan ser la causa de la anorexia y la pérdida de peso, E. Ausencia de otras enfermedades, particularmente trastornos afectivos, esquizofrenia, neurosis obsesivo-compulsiva o fóbica, F. Por lo menos dos de los siguientes: amenorrea, lanugo, bradicardia, hiperactividad, episodios de bulimia o vómito autoinducido.
19. <i>DSM-III</i> 1980	A. Miedo intenso a engordar que no disminuye a medida que se pierde peso, B. Alteración de la imagen corporal, C. Pérdida de peso de al menos un 25% del peso original. Edad menor a los 18 años. A la pérdida de peso inicial hay que añadir el peso que correspondería ganar de acuerdo con el proceso de crecimiento y ver si entre los dos alcanzan ese 25%, D. Negativa a mantener el peso corporal por encima del mínimo normal según edad y talla, E. Ausencia de enfermedades somáticas que justifiquen la pérdida de peso.
20. <i>ICD-9</i> 1986	Trastorno cuyas manifestaciones son el activo y persistente rechazo a ingerir alimentos y la marcada pérdida de peso. El nivel de actividad y atención es característicamente alto en relación con el grado de emaciación. El trastorno afecta típicamente a las niñas adolescentes, pero puede algunas veces empezar antes de la pubertad y rara vez se presenta en hombres. La amenorrea es habitual y puede haber una variedad de otros cambios fisiológicos, incluso lentitud del pulso y de la respiración, baja temperatura corporal y edema. Son típicos los hábitos alimentarios inusitados, y las actitudes hacia los alimentos, algunas veces el ayuno aparece después de un lapso de sobrealimentación o bien, estos periodos se alternan. Los síntomas psiquiátricos concomitantes son diversos.
21. <i>DSM-III-R</i> 1987	A. Rechazo contundente a mantener el peso corporal por encima del valor mínimo normal considerando edad y talla. Por ejemplo, pérdida de peso hasta un 15% por abajo del peso teórico, o fracaso para conseguir el aumento de peso esperado en el periodo de crecimiento, resultando un peso corporal 15% por abajo del peso teórico, B. Miedo a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por abajo del peso normal, C. Alteración en la percepción del peso, talla o silueta corporal, por ejemplo, la persona se queja de que "se encuentra obesa", aun estando emaciada, o cree que alguna parte de su cuerpo resulta desproporcionada, incluso estando por abajo 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.

22. ICD-10 1992

A. El peso del cuerpo se mantiene por lo menos 15% por abajo del esperado (perdido o nunca adquirido), o el Índice de Masa Corporal de Quetelet es 17.5 o menor. Los pacientes prepúberes pueden presentar fallas para alcanzar el peso esperado en el período de crecimiento. B. La pérdida de peso es auto-inducida por medio de evitación de "comidas engordadoras" y uno o más de los siguientes: vómito autoinducido, uso de métodos de purga, exceso de ejercicio o uso de supresores del apetito. C. Existe distorsión de la imagen corporal en la forma de una psicopatología específica en la cual persiste el temor a la gordura como una idea intrusiva y sobrevaluada, y el paciente se auto impone un umbral de peso bajo. D. Existe un desorden endócrino que involucra el eje gónado-pituitario, que se manifiesta como amenorrea en las mujeres, y como falta de interés sexual e impotencia en los hombres. E. Cuando el inicio es prepuberal, la secuencia de los eventos de la pubertad se retrasa o se detiene, (en las niñas no se desarrollan los senos y hay amenorrea primaria, y en los niños, los genitales permanecen juveniles). Con la recuperación, la pubertad por lo general se termina normalmente, pero la menarca es tardía.

23. DSM-IV 1994

A. Rechazo a mantener el peso del cuerpo por encima del mínimo normal para edad y estatura.
B. Miedo intenso a ganar peso o a volverse gordo, a pesar de estar por abajo del peso esperado.
C. Disturbios en la forma en la que el peso o figura del cuerpo es experimentado, indebidamente influenciado por el peso o figura, o negación de la seriedad del peso bajo.
D. En mujeres post-menárquicas, amenorrea, ausencia de por lo menos 3 ciclos menstruales consecutivos.

Tipos específicos:

Restringido: durante el episodio de anorexia nervosa, la persona no se involucra regularmente en episodios de ingesta voraz o conductas de purga (por ejemplo: vómito autoinducido, uso de laxantes, diuréticos o enemas).

Bulímica: durante el episodio de anorexia nervosa, la persona se involucra regularmente en conductas de comer en exceso o de uso de métodos de purga (por ejemplo: vómito autoinducido, uso de laxantes, diuréticos o enemas).

Episodios de ingesta voraz/uso de purgantes: durante el episodio de anorexia nervosa, la persona se involucra regularmente en conductas de comer en exceso o de uso de métodos de purga (vómito auto-inducido, uso de laxantes, diuréticos o enemas).

CUADRO III

CRITERIOS PARA DEFINIR BULIMIA NERVOSA

1. *Hiperorexia nervosa* 1967
Ziolk H. Ingesta voraz de cantidades desmesuradas de comida, seguida de vómitos. Puede desarrollarse a partir de la anorexia nervosa o bien como una enfermedad independiente. Puede conducir a la obesidad o asociada a vómitos, a un adelgazamiento pronunciado.
2. *Disorexia* 1967
Giura A. Individuo que alterna entre los síntomas de anorexia y bulimia. Existe preocupación extrema por el peso, aunado a conflictos psicodinámicos, resultado de una fijación oral y a la falla en el desarrollo de una sexualidad madura.
3. *Personas gordas delgadas* Síndrome bulímico no anoréctico en personas con sobrepeso, con la misma obsesión anoréctica de estar delgada.
4. *Bulimarexia* 1976
Boskind Lodhal M. Descripción de mujeres de peso normal involucradas en un patrón de atracones seguidos del uso de algún método de purga.
5. *Bulimarexia* 1979
Boskind Lodhal M. & Boskind White M. Atracones versus ayunos: 1) atracones y purga mediante vómito, ayunos, laxantes y/o anfetaminas, 2) disturbios en la imagen corporal, 3) baja autoestima, desesperanza y desesperación.
6. *Síndrome del caos dietético*
Palmer R. 1979 Casos de anorexia nervosa con características diferentes a las descritas por Feighner: comer en exceso, uso de métodos de purga, masticación sin deglutir, comer secreto, preocupación por la comida, el comer y el peso; pérdida del control sobre el comer, e inestabilidad emocional.
7. *Bulimia nervosa* 1979
Russel G. Descripción de la relación y diferencia entre anorexia nervosa y bulimia en pacientes con anorexia nervosa, que además sufrían de comer en exceso. Características principales: 1) deseos irrefrenables de comer en exceso, 2) se busca contrarrestar los efectos engordadores de la comida a través de algún método de purga, y 3) miedo mórbido a la obesidad.
8. *DSM-III* 1980
APA A. Episodios recurrentes de ingesta voraz (consumo rápido de grandes cantidades de comida en un período corto de tiempo, usualmente menos de 2 horas), B. Al menos 3 de los siguientes síntomas: 1) consumo fácil de alimentos con muchas calorías durante la comida, 2) ingesta disminuida de alimentos durante la comida, 3) terminación de los episodios de ingesta voraz con dolor abdominal, sueño, interrupción de la vida social o vómito autoprovocado, 4) intentos repetidos de perder peso con dietas exageradamente estrictas, vómitos autoprovocados, empleo de laxantes y/o diuréticos, 5) frecuentes oscilaciones de peso, superiores a 5 kilos, debido a la alternancia de banquetes y ayunos. C. Conciencia de la anomalía del patrón de ingesta y temor a no ser capaz de parar de comer voluntariamente. D. Estado de ánimo depresivo y pensamientos autodestructivos después de cada episodio de voracidad. E. Los episodios bulímicos no son debidos a anorexia nervosa ni a otro trastorno conocido.
9. *ICD-9* 1986
OMS Polifagia, excesiva ingestión de alimentos.

10. DMS-III-R 1987

A. Episodios recurrentes de ingesta voraz (consumo rápido de gran cantidad de comida en un periodo discreto de tiempo), B. Sentimientos 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, practicar dietas estrictas o ayunos, hacer mucho ejercicio para prevenir el aumento de peso. D. Un promedio mínimo de 2 episodios de voracidad a la semana por lo menos durante 3 meses, E. Preocupación por la figura y el peso.

11 ICD-10 1992

A. Existe una preocupación persistente por la alimentación y un deseo irresistible por comer. El paciente sucumbe a episodios de sobre-alimentación de grandes cantidades de comida en periodos cortos de tiempo, B. El paciente intenta contrarrestar los efectos engordadores de la comida con uno o más de los siguientes: vómito auto-inducido, abuso de purgantes, periodos alternantes de ayuno, uso de drogas tales como supresores del apetito, preparaciones tiroideas de diuréticos. Cuando la bulimia ocurre en pacientes diabéticos, podrán elegir el rechazo al tratamiento de insulina, C. La psicopatología consiste en un miedo mórbido a la gordura y el paciente se establece un umbral estrictamente definido de peso, muy por abajo del peso premórbido que constituye el óptimo o saludable en la opinión del médico. Existe frecuentemente una historia de un episodio previo de anorexia nervosa, el intervalo entre ambos desórdenes fluctuando entre algunos meses y algunos años. Este episodio pudo haberse expresado completamente o pudo asumir una forma enigmática con pérdida de peso moderada y/o una fase transitoria de amenorrea.

12 DSM-IV 1994

A. Episodios recurrentes de ingesta voraz. Un episodio de ingesta voraz se caracteriza por las siguientes 2 características: 1) comer en un periodo discreto de tiempo una cantidad de comida definitivamente mayor a la que la mayoría de las personas comerían en un periodo de tiempo similar bajo las mismas circunstancias, 2) sentimiento de falta de control sobre el comer (por ejemplo, la sensación de no poder parar de comer o de controlar la cantidad de comida ingerida), B. Conductas compensatorias inapropiadas para prevenir el aumento de peso, tales como: vómito autoinducido, uso de laxantes, diuréticos, enemas u otras medicaciones, ayunos o ejercicio excesivo, C. Los episodios de ingesta voraz y las conductas compensatorias inapropiadas ocurren por lo menos 2 veces a la semana durante 3 meses, D. La autoevaluación se encuentra indebidamente influenciada por la forma y peso del cuerpo, E. El trastorno no ocurre exclusivamente durante episodios de anorexia nervosa.

Tipos específicos:

Con uso de métodos de purga: durante el episodio de bulimia nervosa, la persona utiliza el vómito autoinducido, laxantes, diuréticos o enemas.

Sin uso de métodos de purga: durante el episodio de bulimia nervosa, la persona utiliza conductas compensatorias inapropiadas, tales como exceso de ejercicio, pero no utiliza regularmente el vómito autoinducido, laxantes, diuréticos o enemas

CUADRO IV

DESORDENES DE LA ALIMENTACION NO ESPECIFICADOS

1. Para mujeres, se cumple con todos los criterios para anorexia nervosa, excepto la irregularidad en la menstruación.
2. Se cumple con todos los criterios para anorexia nervosa, excepto que el peso corporal de la persona se mantiene dentro de los límites normales, a pesar de la pérdida significativa del mismo.
3. Se cumplen con todos los criterios para bulimia nervosa, excepto que los atracones y los mecanismos compensatorios inapropiados, ocurren en una frecuencia menor a 2 veces a la semana o durante un periodo menor a 3 meses.
4. Uso de conductas compensatorias anómalas por individuos de peso corporal normal, después de comer pequeñas cantidades de alimento.
5. Masticar y escupir comida sin tragar, grandes cantidades de alimento.
6. Comedor compulsivo: episodios recurrentes de ingesta voraz, en la ausencia del uso regular de conductas compensatorias inapropiadas características de la bulimia nervosa.
 - A. Episodios recurrentes de ingesta voraz (para definición ver cuadro III).
 - B. Los episodios de ingesta voraz se asocian con 3 o más de los siguientes: 1) comer más rápido de lo normal, 2) comer hasta sentirse incómodamente lleno, 3) comer grandes cantidades de comida cuando no se siente hambre físicamente, 4) comer sólo porque se siente vergüenza debido a la gran cantidad de comida ingerida, 5) sentirse a disgusto con uno mismo, deprimido o muy culpable después de comer.
 - C. Elevados sentimientos de angustia durante los episodios de ingesta voraz.
 - D. El episodio de ingesta voraz ocurre en promedio por lo menos 2 veces a la semana durante 6 meses.
 - E. El episodio no se encuentra asociado con el uso regular de conductas compensatorias inapropiadas y no ocurre exclusivamente durante el padecimiento de anorexia nervosa o bulimia nervosa.

SINDROME PARCIAL DE LOS DESORDENES DEL COMER

Se define como la presencia de alguna(s) de las siguientes prácticas:

1. Preocupación mayor por el peso y la ingestión de comida, la cual toma prioridad sobre algunas actividades cotidianas.
2. Cambios significativos de peso (+6Kg).
3. Insatisfacción significativa con una o más partes del cuerpo.
4. Restricción calórica o seguimiento de dietas.
5. Sentimiento de culpa al comer comidas engordadoras.

CUADRO V

MODELO TRIDIMENSIONAL DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

ANOREXIA RESTRICTIVA = PESO BAJO + MUCHO CONTROL

Conducta: dietas constantes, ayunos, ejercicio excesivo.

Metabolismo: amenorrea, hipotermia, lanugo, cambios en la función tiroidea, bajos niveles de la hormona del crecimiento. Riesgo de muerte cuando el peso baja demasiado.

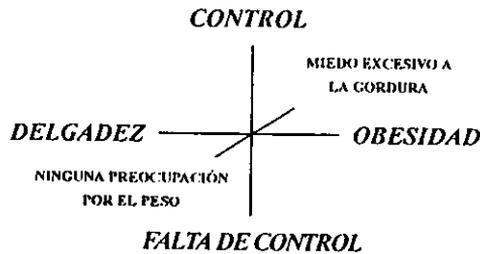
COMEDOR RESTRINGIDO = PESO MEDIO + MUCHO CONTROL

Conducta: vigilancia de las fluctuaciones del consumo calórico para evitar los cambios en el peso. Atracciones ocasionales especialmente en situaciones de estrés.

OBESIDAD RESTRICTIVA = PESO ALTO + MUCHO CONTROL

Conducta: probables episodios de ingesta excesiva de alimento.

Metabolismo: obesidad a pesar de restringir el consumo de alimento. Probablemente existe un fuerte componente genético y un set point bajo, a pesar de estar por arriba de su peso ideal.



ANOREXIA BULÍMICA = PESO BAJO + CONTROL MODERADO

Conducta: dietas constantes, ayunos, ejercicio excesivo, períodos de control sobre el comer.

Metabolismo: cambios en la función tiroidea, bajos niveles de la hormona del crecimiento. Riesgo de disturbios electrolíticos graves.

BULIMIA NERVOSA = PESO MEDIO + POCO CONTROL

Conducta: cuando la pérdida de control es moderada, se mantiene un peso normal alternando entre dietas y atracones. Cuando la pérdida de control es severa, el peso se mantendrá constante sólo bajo el uso de métodos de purga.

Metabolismo: riesgo de muerte por ataque cardíaco debido a disturbios electrolíticos.

COMEDOR COMPULSIVO = PESO ALTO + POCO CONTROL

Conducta: personas que comen en exceso pero no utilizan métodos de purga, que comen en exceso con mucha frecuencia o que utilizan métodos ineficientes de purga (diuréticos). Trastornos emocionales consecuencia de la obesidad

Metabolismo: riesgo de diabetes, hipertensión e hiperlipidemia.

**ESTE CUESTIONARIO FORMA PARTE DE UNA INVESTIGACION QUE TIENE COMO OBJETIVO
PROMOVER LA SALUD Y MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA**

**TODA LA INFORMACION QUE NOS PROPORCIONES SERA
ANONIMA Y CONFIDENCIAL**

**TU COOPERACION ES MUY IMPORTANTE PARA EL LOGRO DE NUESTRO OBJETIVO, POR LO
QUE TE AGRADECEMOS DE ANTEMANO TU COLABORACION**

Afiliación _____

Folio _____

1.- Edad (años cumplidos) _____

2.- Estado civil: a) soltera b) casada o unión libre c) separada o divorciada d) viuda _____

3.- ¿Cuál es tu último grado de estudios? _____

4.- ¿Vive tu mamá? Sí _____ No _____

Si tu mamá ya falleció pasa a la pregunta 7

5.- ¿Cuál es el último grado de estudios de tu mamá? _____

6.- ¿Cuál es la ocupación de tu mamá? _____

7.- ¿Vive tu papá? Sí _____ No _____

Si tu papá ya falleció pasa a la pregunta 10

8.- ¿Cuál es el último grado de estudios de tu papá? _____

9.- ¿Cuál es la ocupación de tu papá? _____

10.- Con quien(es) vives:

a) sola b) cónyuge o pareja c) cónyuge e hijos d) hijos e) con uno de tus padres
f) con ambos padres g) con amigos o amigas h) otro (especifica) _____

11.- ¿Quién(es) es el principal proveedor del hogar? _____

12.- ¿En qué colonia vives? _____ Delegación _____

13.- Peso actual (en kilogramos) _____, si desconoces este dato con exactitud:
peso aproximado (en kilogramos) _____

14.- Estatura actual _____, si desconoces este dato con exactitud:
estatura aproximada _____

15.- De acuerdo con la siguiente escala:

- Obesa = Muy gorda
- Sobrepeso = Gorda
- Peso normal = Ni gorda ni delgada
- Peso por abajo del normal = Delgada
- Peso muy por abajo del normal = Muy delgada

tú te consideras:

- Obesa _____
- Con sobrepeso _____
- Con peso normal _____
- Con peso por abajo del normal _____
- Con peso muy por abajo del normal _____

16.- ¿Cómo te sientes con tu figura?:

- a) Muy satisfecha b) Satisfecha c) Indiferente d) Insatisfecha e) Muy insatisfecha

17.- ¿Qué tan importante crees que sea la propia figura para tener éxito en los siguientes aspectos de la vida?

	a) Muy importante	b) Impor- tante	c) Importancia regular	d) Poco mportante	e) Muy poco importante
Con el sexo opuesto	_____	_____	_____	_____	_____
Entre los amigos	_____	_____	_____	_____	_____
Para encontrar pareja	_____	_____	_____	_____	_____
En las fiestas	_____	_____	_____	_____	_____
En los estudios	_____	_____	_____	_____	_____
En el trabajo	_____	_____	_____	_____	_____
Con la familia	_____	_____	_____	_____	_____
Contigo misma	_____	_____	_____	_____	_____
Otras (específica)	_____	_____	_____	_____	_____

18.- De acuerdo con la siguiente escala, señala cuáles son las actitudes de las siguientes personas hacia tu peso y figura:

	Negativa	Indiferente	Positiva
Personas/namria	_____	_____	_____
Hijos	_____	_____	_____
Padre	_____	_____	_____
Madre	_____	_____	_____
Hermanos	_____	_____	_____
Amigos	_____	_____	_____
Maestros	_____	_____	_____
Compañeros de trabajo	_____	_____	_____

19.- ¿Consideras que éstas actitudes influyen sobre tí para subir o bajar de peso?

Sí _____ No _____

25.- ¿En alguna de las siguientes etapas de tu vida has estado muy por abajo de tu peso?

	No	Poco	Mucho	
Niñez (9 años o menos)	---	---	---	---
Pubertad (Más de 9 a 12)	---	---	---	---
Adolescencia (Más de 12 a 20)	---	---	---	---
Juventud (20 años o más)	---	---	---	---

Si tu respuesta es NEGATIVA pasa a la pregunta 27

26.- Señala si alguno(s) de los siguientes eventos estuvo relacionado con tu disminución en el peso y cuánta importancia tuvo para tí

	a) Muy Importante	b) Impor- tante	c) Importancia regular	d) Poco Importante	e) Muy poco Importante	f) Ninguna Importancia	
a) Ruptura afectiva con la pareja	---	---	---	---	---	---	---
b) Aborto	---	---	---	---	---	---	---
c) Matrimonio	---	---	---	---	---	---	---
d) Embarazo	---	---	---	---	---	---	---
e) Desempleo	---	---	---	---	---	---	---
f) Muerte de un ser querido	---	---	---	---	---	---	---
g) Fallas en el trabajo o en la escuela	---	---	---	---	---	---	---
h) Experiencias sexuales desagradables	---	---	---	---	---	---	---
i) Problemas familiares	---	---	---	---	---	---	---
j) Período prolongado de dietas	---	---	---	---	---	---	---
k) Problemas económicos	---	---	---	---	---	---	---
l) Nacimiento de los hijos	---	---	---	---	---	---	---
m) Divorcio de los padres	---	---	---	---	---	---	---
n) Otro (especifica) _____	---	---	---	---	---	---	---

27.- A continuación se enlistan una serie de métodos para controlar o bajar de peso, si alguna vez los has utilizado, señala la frecuencia y desde hace cuánto tiempo

	a) Nunca	b) Menos de 2 veces a la semana	c) Dos veces a la semana o más	d) Hace menos de 3 meses	e) Hace 3 meses o más	
a) Ayuno	---	---	---	---	---	---
b) Vómito provocado	---	---	---	---	---	---
c) Uso de laxantes (medicamento que facilita la digestión)	---	---	---	---	---	---
d) Uso de diuréticos (medicamento que ayuda a eliminar el agua)	---	---	---	---	---	---
e) Uso de anfetaminas (medicamento que acelera el metabolismo)	---	---	---	---	---	---
f) Exceso de ejercicio (Más 1 hora diaria)	---	---	---	---	---	---
g) Masticar y escupir comida sin tragarla	---	---	---	---	---	---
h) Dieta evitativa de harina y azúcar	---	---	---	---	---	---
i) Dieta evitativa de grasas	---	---	---	---	---	---
j) Dietas comiendo poco de todo	---	---	---	---	---	---
k) Dietas comiendo sólo líquidos	---	---	---	---	---	---
l) Dietas en base a un sólo alimento	---	---	---	---	---	---
m) Saltarse comidas	---	---	---	---	---	---
n) Otro (especifica) _____	---	---	---	---	---	---

Un episodio de comer en exceso se define de la siguiente forma: Comer grandes cantidades de comida en un periodo corto de tiempo (menos de 2 hrs). Durante este episodio la persona come definitivamente más de lo que cualquier persona comería en las mismas circunstancias, además de tener la sensación de no poder parar de comer.

28.- ¿Te ha sucedido esto alguna vez? Sí No

Si esto NO te ha sucedido pasa a la pregunta 37

29.- ¿En qué época de tu vida te sucedió por primera vez?

- Niñez (9 años o menos)
 Pubertad (Más de 9 a 12)
 Adolescencia (Más de 12 a 20)
 Juventud (20 años o más)

30.- ¿Te sucede actualmente?

- a) No c) Si hace más de 3 meses y menos de 6 meses
 a) Sí, hace menos de 3 meses d) Sí, hace 6 meses
 b) Sí, hace 3 meses e) Si hace más de 6 meses

31.- ¿Podrías responder con qué frecuencia te ocurren estos episodios?

- a) Dos veces a la semana o más d) Una vez al mes
 b) Una vez a la semana e) Menos de una vez al mes
 c) Una vez cada 15 días

De acuerdo con la siguiente escala, marca con una cruz la opción que describa mejor tus experiencias

	Siempre	Muy frecuen- tamente	Frecuente- tamente	A veces	Nunca
32.- ¿Durante estos episodios has tenido la sensación de no poder parar de comer?	<input type="checkbox"/>				
33.- ¿Cuidas que los demás no se den cuenta de esta manera de comer?	<input type="checkbox"/>				
34.- ¿Durante estos episodios tienes sensaciones de angustia?	<input type="checkbox"/>				
35.- ¿Te sientes culpable por esta forma de comer?	<input type="checkbox"/>				
36.- ¿Te provocas el vómito después de estos episodios?	<input type="checkbox"/>				
37.- ¿Te sientes culpable cuando comes comidas engordadoras?	<input type="checkbox"/>				
38.- ¿Comer de más te depri- me?	<input type="checkbox"/>				
39.- ¿Comer de más provoca que te sientas mal contigo misma?	<input type="checkbox"/>				
40.- ¿En ocasiones comes mucho más rápido de lo normal?	<input type="checkbox"/>				
41.- ¿Te atascas de comida aunque no tengas hambre?	<input type="checkbox"/>				
42.- ¿Comes hasta sentir malestares físicos?	<input type="checkbox"/>				
43.- ¿Te provocas el vómito después de comer pequeñas cantidades de alimento?	<input type="checkbox"/>				

44.- ¿Con qué frecuencia te pesas?

- a) Dos veces al día d) Una vez al mes
 b) Una vez al día e) Cada 2 meses o más
 c) Una vez a la semana

45.- ¿Te encuentras actualmente bajo algún tratamiento médico? Sí ____ No ____

Si tu respuesta es NEGATIVA, pasa a la pregunta 47

46.- Si tu respuesta es positiva, indica la medicación y el motivo de la misma

Medicación _____	Motivo _____
Medicación _____	Motivo _____
Medicación _____	Motivo _____

47.- ¿Alguna vez has estado hospitalizada? Sí ____ No ____

Si tu respuesta es NEGATIVA, pasa a la pregunta 49

48.- Si alguna vez has estado hospitalizada, indica la edad, el motivo y la duración

Edad _____	Motivo _____	Tiempo _____
Edad _____	Motivo _____	Tiempo _____
Edad _____	Motivo _____	Tiempo _____

49.- ¿Has tenido problemas médicos relacionados con el peso? Sí ____ No ____

Si tu respuesta es NEGATIVA pasa a la pregunta 51

50.- Especifica el tipo de de problemas que has tenido relacionados con el peso

51.- ¿Alguna vez has padecido enfermedades (incluyendo fracturas o desgarras) que hayan requerido de períodos prolongados de reposo (más de una semana) o que por causa de ellas hayas tenido que suspender tus actividades normales?

Sí ____ No ____

Si tu respuesta es NEGATIVA pasa a la pregunta 53

52.- Indica la edad, el motivo y el tiempo que duró la enfermedad

Edad _____	Motivo _____	Tiempo _____
Edad _____	Motivo _____	Tiempo _____
Edad _____	Motivo _____	Tiempo _____

53.- Señala la edad de tu primera menstruación (años cumplidos) _____

Si NUNCA has menstruado pasa a la pregunta 58

64.- ¿Tienes períodos menstruales actualmente?

- a) Regulares una vez al mes _____
- b) Sí pero irregulares _____
- c) Muy irregulares (ausencia de 3 períodos consecutivos o más) _____
- d) No tengo períodos menstruales actualmente

Si tu respuesta es a, b ó c, pasa a la pregunta 58

55.- Si no tienes períodos menstruales actualmente, señala cuándo fue el último

Hace _____ meses Hace _____ años

56.- Señala el motivo si lo conoces _____

57.- ¿Cuánto pesabas cuando dejaste de menstruar (en kilogramos) _____
Si no conoces este dato con exactitud; peso aprox. _____

58.- Señala (con una cruz) si alguno de tus familiares cercanos y/o amigos han padecido alguno (s) de los siguientes problemas:

	Madre	Padre	Hermana	Hermano	Tía	Amiga	Amigo
a) Obesidad	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
b) Delgadez extrema	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
c) Cambios frecuentes de peso	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
d) Seguir constante de dietas	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
e) Gran preocupación por la figura y el peso	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
f) Episodios frecuentes de comer en exceso	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
g) Vómito auto-inducido	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
h) Uso de laxantes	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
i) Uso de diuréticos	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
j) Uso de anfetaminas	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
k) Exceso de ejercicio (Más 1 hora diaria para controlar o bajar de peso)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
l) Masticar y escupir comida sin tragarla	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
m) Saltarse comidas	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
n) Alcoholismo	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

59.- ¿Haces ejercicio? Si _____ No _____

Si tu respuesta es NEGATIVA pasa a la pregunta 63

60.- ¿Qué tipo de ejercicio practicas _____

61.- ¿Cuántas horas de ejercicio haces al día? _____

62.- ¿Qué porcentaje de este ejercicio lo haces para controlar o bajar de peso?

0% 10 20 30 40 50% 60 70 80 90 100%

63.- ¿Te preocupa engordar?

a) Siempre b) Muy frecuentemente c) Frecuentemente d) A veces e) Nunca

64.- De acuerdo con la siguiente escala, señala el grado de satisfacción que tienes con cada una de las partes de tu cuerpo que se mencionan a continuación

Siempre
Muy
frecuen-
tamente
Frecuente-
mente
A veces
Nunca

- a) Pienso que mi estómago es demasiado grande
- b) Pienso que mis muslos son muy grandes
- c) Pienso que mi busto es del tamaño ideal
- d) Pienso que mis piernas son muy largas
- e) Pienso que mi estómago es del tamaño ideal
- f) Me siento satisfecha con la forma de mi cuerpo
- g) Pienso que mi busto es demasiado grande
- h) Me gusta la forma de mis glúteos
- i) Pienso que mis piernas son del tamaño ideal
- j) Pienso que mis caderas son muy grandes
- k) Pienso que mi busto es demasiado pequeño
- l) Pienso que mis muslos son del tamaño ideal
- m) Pienso que mis glúteos son muy grandes
- n) Me gustaría ser más achaturada
- o) Pienso que mis caderas son del tamaño ideal
- p) Pienso que mi cintura es del tamaño ideal
- q) Pienso que mis piernas son muy cortas
- r) Señala si hay alguna otra parte de tu cuerpo que te parezca importante mencionar

65.- ¿Has fumado tabaco alguna vez en tu vida? SI ___ No ___

Si tu respuesta es NEGATIVA pasa a la pregunta 69

66.- ¿Has fumado tabaco en los últimos 12 meses? SI ___ No ___

Si tu respuesta es NEGATIVA pasa a la pregunta 69

67.- ¿Has fumado tabaco en los últimos 30 días?

- a) No
- b) SI, durante 1 a 5 días
- c) SI, durante 6 a 14 días
- d) SI, durante 20 días o más

Si tu respuesta es NEGATIVA pasa a la pregunta 69

68.- ¿Cuántos cigarrillos fumas al día?

69.- ¿Has ingerido bebidas alcohólicas alguna vez en tu vida? SI ___ No ___

Si tu respuesta es NEGATIVA pasa a la pregunta 72

70.- ¿Has ingerido bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses?
Sí ___ No ___

Si tu respuesta es **NEGATIVA** pasa a la pregunta 72

71.- ¿Has ingerido bebidas alcohólicas en los últimos 30 días?

- a) No
- b) Sí, durante 1 a 5 días
- c) Sí, durante 6 a 14 días
- d) Sí, durante 20 días o más

72.- ¿Has consumido drogas como marihuana, cemento, thiner, cocaína, heroína, píldoras para dormir, píldoras para adelgazar, hongos, peyote, etc, alguna vez en tu vida?

No ___

Sí ___ (especifica la(s) droga(s) que has consumido) _____

Si tu respuesta es **NEGATIVA** pasa a la pregunta 76

73.- ¿Has consumido drogas en los últimos 12 meses?

No ___

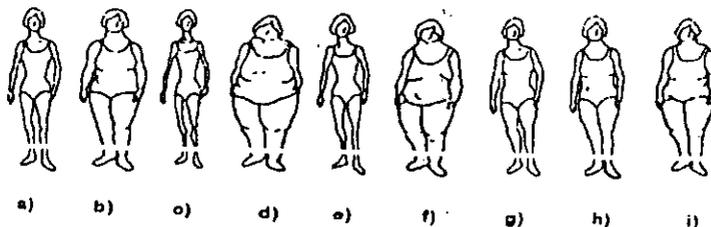
Sí ___ (especifica la(s) droga(s) que has consumido) _____

Si tu respuesta es **NEGATIVA** pasa a la pregunta 76

74.- ¿Has consumido drogas en los últimos 30 días?

- a) No
- b) Sí, durante 1 a 5 días
- c) Sí, durante 6 a 14 días
- d) Sí, durante 20 días o más

75.- Marca con una cruz la figura con la cual te identificas más



¡MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACION!