



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

CAMPUS "IZTACALA"

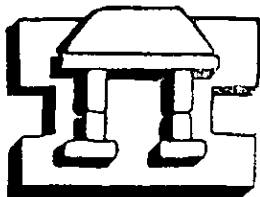
IDENTIFICACION DE LAS ACTITUDES
ALIMENTARIAS Y SINTOMAS DE TRASTORNO
ALIMENTARIO EN ESTUDIANTES MEXICANAS

REPORTE DE INVESTIGACION

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A
MARIA TERESA URIBE GUTIERREZ

283821

DIRECTOR: MTRA. GEORGINA LETICIA ALVAREZ RAYON
ASESORES: LIC. XOCHITL LOPEZ AGUILAR
DRA. ROSALIA VAZQUEZ AREVALO



IZTACALA

TLALNEPANTLA, EDO. DE MEXICO

2000



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Esta tesis se la dedico especialmente a mis padres, que con su amor, cariño y comprensión me ayudaron a seguir adelante con mis estudios hasta lograr obtener este gran triunfo en mi vida.

- ❖ A mi **padre Luis Enrique** que a pesar de su ausencia, desde el cielo ha logrado hacerme sentir su apoyo y protección, para llevar a cabo las metas que me he propuesto alcanzar.
- ❖ A mi **madre María Teresa** que gracias a su amor incondicional, esfuerzo, confianza y fortaleza he conseguido progresar hasta llegar a concluir mi carrera profesional siendo una gran felicidad para ambas.
- ❖ A mi hermana **Laura** que a pesar de los dificultades que se le han presentado me ha apoyado, y que esto le sirva como ejemplo de que por muy difícil que parezca una situación siempre se saldrá victorioso.
- ❖ A mis tías, **Jovita, Esther, Rosa María y Virginia** así como a **Daniel y Felipe** que me brindaron sus consejos y cariño para seguir adelante, a pesar de los momentos difíciles por los que he vivido.
- ❖ A mis tías **Alicia y Martha** que en algún momento me dieron su apoyo.
- ❖ A mis asesoras **Gina, Xochitl y Rosalía** que me ayudaron a que este trabajo llegara a su conclusión gracias a sus conocimientos y paciencia, así como a cada uno de los miembros del Proyecto de Investigación de Nutrición.
- ❖ Así mismo, a los profesores que me guiaron en mi formación académica dentro de la UNAM Campus Iztacala.

INDICE

RESUMEN.....	4
INTRODUCCION.....	5
MARCO TEORICO CONCEPTUAL.....	7
1. TRASTORNOS ALIMENTARIOS.....	7
1.1. Actitudes alimentarias anómalas.....	11
1.2. Trastorno subclínico o Síndrome parcial.....	11
2. ANOREXIA NERVIOSA.....	13
2.1. Definición	13
2.2. Criterios diagnósticos.....	14
2.3. Breve revisión histórica.....	16
2.4. Características: Biológicas, Psicológicas, Sociales.....	19
2.5. Instrumentos de evaluación	28
2.6. Tratamiento.....	32
3. BULIMIA NERVIOSA.....	34
3.1. Definición.....	34
3.2. Criterios diagnósticos.....	34
3.3. Breve revisión histórica.....	37
3.4. Características: Biológicas, Psicológicas, Sociales.....	39
3.5. Instrumentos de evaluación	45
3.6. Tratamiento.....	47
4. SINTOMATOLOGIA DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS.....	51
4.1. Sintomatología de la anorexia nerviosa.....	51
4.1.1. Otras investigaciones realizadas.....	70
4.2. Sintomatología de la bulimia nerviosa.....	73
4.2.1. Otras investigaciones realizadas.....	88
OBJETIVOS.....	91

METODO

Sujetos.....	92
Escenario.....	92
Tipo de diseño.....	92
Instrumentos de evaluación.....	93
Procedimiento.....	94

RESULTADOS.....97

Test de Actitudes Alimentarias (EAT).....	97
Test de Bulimia (BULIT).....	112

DISCUSION.....123

Test de Actitudes Alimentarias (EAT).....	123
Test de Bulimia (BULIT).....	131

CONCLUSIONES.....140

Test de Actitudes Alimentarias (EAT).....	140
Test de Bulimia (BULIT).....	141

REFERENCIAS.....142

RESUMEN

Los trastornos alimentarios son patologías en la conducta alimentaria, dados por una obsesión por el peso y la figura. Dentro de estos, se encuentran la anorexia y bulimia nerviosa. Existen diversos instrumentos que miden la sintomatología de estos trastornos alimentarios, entre los cuales se encuentran el E.A.T. (Test de Actitudes Alimenticias) y el B.U.L.I.T. (Test de la Bulimia). Cabe señalar, que cada uno de estos instrumentos se divide en varios factores que permiten determinar si una persona presenta síntomas del trastorno alimentario. Dado que existen estudios en diversos países en donde se utilizan tanto el E.A.T. como el B.U.L.I.T., se creó el interés de emplear éstos dentro de la población de estudiantes mexicanas para poder determinar la presencia de sintomatología de estos trastornos. De tal forma, que el objetivo del presente estudio fue el de realizar una caracterización de los rasgos o componentes de trastorno alimentario en una muestra comunitaria de estudiantes mexicanas.

El método consistió en dos fases: en la primera se utilizó una muestra de 2168 alumnas, pertenecientes a escuelas públicas (n= 1428) y privadas (n= 740), las cuales cursaban el nivel bachillerato (n= 1038) y profesional (n= 1130). Posteriormente, se seleccionaron cuatro grupos: a) Profesional/Privada (n= 377); b) Bachillerato/Privado (n= 363), c) Profesional/Público (n= 753) y d) Bachillerato/Público (n= 676).

En conclusión, se puede decir que dentro de la población de estudiantes mexicanas se presentaron algunos factores del E.A.T. y el B.U.L.I.T., que miden la sintomatología de los trastornos alimentarios de la anorexia y de la bulimia. Encontrando que existe una mayor prevalencia de sintomatología bulímica (14.4%) que de anoréxica (11%) dentro de la población mexicana. En cuanto a los factores de la anorexia se encontró que los más característicos fueron los de Motivación por adelgazar y Obsesiones y Compulsiones, siendo mínima la presencia de Conductas Compensatorias. En cuanto a la bulimia, se puede decir que fue el Factor Sobreingesta y sensación de pérdida de control el que presentó mayor prevalencia, siendo mínimo el de Conductas compensatorias. Asimismo, tomando como base el nivel socioeconómico y el nivel de estudios, se halló que las estudiantes que presentaron con mayor frecuencia sintomatología de anorexia pertenecían a una institución de tipo privado así como a un nivel de bachillerato; con respecto a la sintomatología bulímica se encontró con mayor frecuencia en aquellas pertenecientes a un nivel profesional cursando de institución privada. Asimismo, se halló que la anorexia prevalecía en los grupos pertenecientes a Privada/Bachillerato y Pública/Bachillerato; mientras que en la bulimia prevaleció en los grupos Privada/Profesional siendo menor en los Grupos Pública/Profesional.

INTRODUCCION

Dentro de la conducta alimentaria existen diversas patologías, siendo las más significativas la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, en las cuales, intervienen factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales dado que son comportamientos que suponen tres componentes generales: cognición, actitud y conducta. Así, los trastornos alimentarios se pueden definir como trastornos psicológicos que comportan graves anormalidades en el comportamiento de ingesta, es decir, que la base y fundamento de estos se halla en la alteración psicológica (Raich, 1994). Observando en la actualidad un incremento en la incidencia de estos trastornos, principalmente en poblaciones de nivel socioeconómico medio, siendo ya no exclusivas de las sociedades desarrolladas, debido a múltiples factores socioculturales, conductuales, cognitivos, emocionales y psicológicos que están entrelazados entre sí, pero siendo la influencia más importante la "Cultura de la delgadez".

En general, la investigación de los trastornos alimentarios es muy joven, como lo son también sus formulaciones diagnósticas y nosológicas, ha encontrado una mayor prevalencia de estos trastornos, pese a los problemas nosológicos y clínicos que conlleva para su identificación y diagnóstico como trastornos de la alimentación y no como síntomas de otros trastornos (Alvarez, 2000).

Cabe mencionar, que el floreciente desarrollo en la investigación de los trastornos alimentarios dentro de países no desarrollados, se enfrentan al reto de poder subsanar inicialmente una necesidad básica de contar con instrumentos válidos y confiables para así poder evaluar la presencia o ausencia de estas patologías entre nuestra población, así como analizar y valorar la pertinencia de la calidad diagnóstica de los instrumentos de evaluación, o bien, de partir de dicho análisis para su reformulación y/o adaptación.

De tal manera, en México se está llevando a cabo dentro del Proyecto de Investigación en Nutrición: Trastornos alimentarios de la UNAM "Campus Iztacala", algunas investigaciones sobre los trastornos alimentarios que han dado como resultado algunos reportes sobre su prevalencia, ocurrencia y/o caracterización de los indicadores de factores de riesgo y/o de los síntomas, ya identificados en otros países. De los cuales se han destacado: las actitudes alimentarias, las prácticas alimentarias, la imagen corporal, la presencia de conductas compensatorias, la presión psicosocial respecto al ideal corporal y los rasgos de personalidad

asociados, entre otros. Por ello, y continuando con este trabajo, es que la presente investigación se llevó a cabo con el objetivo de realizar una caracterización de los rasgos o componentes del trastorno alimentario en una muestra comunitaria de estudiantes mexicanas.

De tal forma, en la presente investigación se inicia nombrando aspectos generales de los trastornos alimentarios, así como de los trastornos subclínicos y parciales. En un siguiente punto, se establece una definición del trastorno alimentario de la anorexia nerviosa, así como los criterios diagnósticos, se realiza una breve revisión histórica, se nombran sus características biológicas, psicológicas y sociales, el instrumento que se emplea para su evaluación así como algunos tipos de tratamiento para esta patología. Siguiendo estos mismos puntos pero con referencia al trastorno alimentario de la bulimia nerviosa. Por último, se da una breve explicación de la sintomatología de ambos trastornos alimentarios, donde se define los factores que miden los instrumentos E.A.T. y B.U.L.I.T.

MARCO TEORICO CONCEPTUAL

1. TRASTORNOS ALIMENTARIOS

La alimentación representa una respuesta biológica voluntaria que satisface una función fisiológica básica, la cual, se hace por medio de la ingestión de comestibles; sin embargo, ésta puede adoptar formas diferentes de país a país, de ciudad en ciudad y de persona a persona. En cambio, la nutrición es el conjunto de procesos químicos que realiza el organismo con los comestibles, siendo similar entre un individuo y otro (Higashida, 1991).

Con respecto a la conducta alimentaria del ser humano, hay que tomar en cuenta que es un fenómeno complejo, ya que intervienen múltiples factores desde biológicos (hambre, mecanismo nutricional, necesidades especiales debido al crecimiento, embarazo o lactancia); geográficos (disponibilidad de alimentos de acuerdo a la región, clima y estación del año); psicológicos (apetito, preferencias y gustos, experiencias ligadas a los alimentos, los estados de ánimo) y socioculturales (estilos alimentarios como el número de comidas al día, horarios, tradiciones, ritos sociales, familiares e individuales que rodean al acto de comer; el establecimiento y regulación de las pautas de alimentación a través de la disciplina y autonomía personal para controlar lo que se come y el modo de comer, la situación económica, los contextos sociales; las normas, prácticas y creencias reglamentadas individualmente, en torno a lo que se llama "etiqueta") (Avila, 1982; Bourges, 1987; Virseda, 1995; Corona, 1998).

De tal forma, que se puede decir que la alimentación en el ser humano ha dejado de ser la respuesta a una necesidad fisiológica, para convertirse en una respuesta altamente condicionada por factores psicológicos, sociales y culturales. Obedece en mayor parte a los hábitos y costumbres que se van adquiriendo y modulando a lo largo de la vida, lo que representa una forma de intercambio del individuo con su entorno, ya que el hombre aprende a alimentarse a partir del contacto con otras personas (Bourges, 1987; Bourges, 1990). Esto conlleva el tener que estudiar los aspectos cognitivos, emocionales y/o afectivos y conductuales del individuo, dado que es un ser biopsicosocial (Mahoney, 1985; Saldaña y Rosell, 1988; Szamos, 1994; Corona, 1998).

Por otra parte, se ha visto que en la actualidad, la alimentación normal implica una ingestión restringida, establecida por el régimen dietético que responde a la necesidad de lograr una imagen corporal prescrita como ideal social; de tal modo, que los excesos, las deficiencias o los desequilibrios de los nutrientes dados por la misma abstinencia crean problemas en la persona no sólo en el aspecto fisiológico, sino también en el psicológico y el social.

Estas dietas restrictivas ocasionan que dentro de la conducta alimentaria existan algunos trastornos o patologías alimentarias que suponen grandes anormalidades en el comportamiento de la ingesta (Raich, 1994). Afectando directamente al cuerpo, provocan vulnerabilidad en la personalidad y maduración del individuo, ocurren en familias con determinadas características previas a la aparición del trastorno, en sociedades desarrolladas donde existe abundancia de comida y en donde la cultura que predomina está marcada por una ética y estética determinadas que enfatizan la delgadez; es decir, le dan prioridad a la imagen externa por encima de cualquier otro valor (Rosen, 1990; Duker y Slade, 1992; Crispo, Figueroa y Guelar, 1996).

Holtz (1992) menciona que en el origen de los trastornos alimentarios pueden influir diversas causas, tales como: psicológicas (rasgos de personalidad), sociales (cultura de esbeltez), familiares (ciertas características como la situación conflictiva en bulimia y sobreprotectora en anorexia), relativos a la profesión (bailarines), la historia de un régimen dietético restrictivo o una obesidad antecedente.

Dentro de estos trastornos se encuentran la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. El primero se refiere a una autoinaniación o una pérdida de peso autoinducida, por medio de una abstención total o parcial de la ingesta de alimentos y/o uso de laxantes y diuréticos, provocación de vómitos o exceso de ejercicio. La bulimia es un nulo control sobre los impulsos, particularmente sobre la ingesta de alimentos, así como el uso de conductas compensatorias inadecuadas como la habituación a la autoprovocación del vómito o al uso de sustancias o medicamentos, empleados éstos como métodos paliativos para evitar el aumento de peso tras la sobreingesta (Rausch y Bay, 1990).

Con respecto a sus semejanzas, ambas patologías comparten un deseo básico por adelgazar en razón de un temor fóbico a la obesidad e incluso al mínimo sobrepeso y se asocian estrechamente a un trastorno de la imagen corporal, compuesto tanto por una

insatisfacción como por una distorsión de ésta, hacen prácticas reiterativas de dietas más o menos restrictivas para controlar el peso o realizan conductas compensatorias tales como el vómito, el uso de laxantes y/o diuréticos, teniendo así una obsesión por el peso y la figura corporal, dada por la creciente presión social respecto al deseo de la delgadez (Perpiñá, 1989; Toro, Salamero y Martínez, 1994; Scarano y Kalodner, 1994; Crispo, *et. al.*, 1996; Lowe, *et. al.*, 1996).

Las pacientes con trastorno alimentario se caracterizan porque su valoración del éxito social, así como cualquier otro objetivo o logro personal que se propongan dependen de la delgadez como forma de vida y su autoestima, que ya era baja, se va deteriorando cada vez más con el paso del tiempo, crece su aislamiento social porque no pueden confiar a nadie su problema, presentan un miedo a la muerte y a la imposibilidad de controlar su ingesta de comida, dificultades en el dormir y en el descanso, asimismo cada vez se encuentran más tristes, solas y angustiadas, lloran y algunas veces no se sienten amadas (Mateos y Solano, 1997; Fulkerson, Keel, Leon y Dorr, 1999). Al mismo tiempo, presentan diversos problemas familiares, de tal manera que en la familia de la anoréxica los padres ven a su hija como una niña ejemplar y refieren que su problema se debe a las dificultades naturales de su desarrollo puberal y adolescencia (negación del problema), desencadenando en la familia la ansiedad, un ambiente hostil, conflictivo, aislado y desorganizado (Schütze, 1983). Con respecto a la bulimia nerviosa, ésta se asocia con una pérdida de la comunicación familiar, un ambiente hostil, patrones de interacción familiar desvinculados, con incremento de la impulsividad parental, alcoholismo familiar e incremento de obesidad (Strober y Humphrey, 1987).

Entre los principales factores predisponentes o de riesgo se suelen señalar el género femenino, el rango de edad entre 13 y 20 años que es el periodo de la pubertad- adolescencia y donde se inicia la búsqueda de la propia identidad, además se presentan los cambios corporales como el aumento del tejido adiposo y del peso, así como la necesidad de ser atractiva para el sexo opuesto; inestabilidad emocional, psicopatologías graves que interfieren en el funcionamiento normal de la vida social, escolar y laboral, trastornos de la personalidad, miedo a madurar por no querer enfrentarse a las nuevas exigencias del mundo adulto, ansiedad, depresión, sensación de ineffectividad, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, problemas en la interacción familiar, motivación para adelgazar a través de un régimen dietético restrictivo, obesidad antecedente u obesidad materna, valores estéticos de la delgadez, insatisfacción y distorsión de la imagen corporal, presión social, algunos determinantes

relativos a la profesión que se ejerce, un nivel económico de clase media o alta ya que es donde se ejerce una mayor presión y una preocupación por las cosas superfluas, así como el pertenecer a una cultura del occidente o con alto desarrollo económico, donde la delgadez es un valor estético primordial que se relaciona estrechamente con el atractivo y el éxito social (Garner y Garfinkel, 1982; Striegel-Moore, Silberstein y Rodin, 1986; Polivy y Herman, 1987; Toro y Vilardell, 1987; Herscovici y Bay, 1990; Sands, *et. al.*, 1997).

Cabe mencionar, que en la actualidad los trastornos alimentarios se han visto incrementados en su incidencia debido a múltiples factores socioculturales, conductuales, cognitivos, emocionales y psicológicos que están entrelazados entre sí (Duker *et. al.*, 1992). Observando que su prevalencia se está extendiendo hacia sociedades subdesarrolladas, dejando de ser una problemática exclusiva de las sociedades desarrolladas, siendo el común denominador "la cultura de la delgadez". Esto se debe quizás al gran bombardeo por parte de los medios masivos de comunicación, los cuales promueven imágenes estereotipadas, en donde el tener un cuerpo delgado da un cierto estatus a las personas y quienes no cumplen con estas exigencias son rechazadas por su medio social, empezando con el núcleo familiar, extrapolándose a sus amistades, pareja y en general al ámbito social que le rodea. Por lo que se puede decir, que hay una asociación entre la presión ejercida por los medios de comunicación y el entorno social, el miedo a engordar, la baja autoestima a causa de la apariencia y la insatisfacción con la imagen corporal respecto a los trastornos alimentarios (Mancilla, *et. al.*, 1998; Schwartz, Phares, Tantleff-Dunn y Thompson, 1999).

En México se han realizado varias investigaciones con la finalidad de valorar la ocurrencia de sintomatología de la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa en universitarias, así como conocer los factores cognitivos que se asocian a su presencia. De esta manera, Alvarez, Mancilla, Martínez y López (1998) realizaron un estudio donde encontraron que dentro de la población mexicana existen algunos factores cognitivos que se asocian a la presencia de los trastornos alimentarios, como son: la presión social por la delgadez, el miedo a madurar, la insatisfacción corporal, la sensación de ineffectividad, el perfeccionismo, la desconfianza interpersonal y la motivación para adelgazar a través de la dieta restrictiva, desarrollándose estos principalmente entre las mujeres adolescentes. En otro estudio realizado por Mancilla, *et. al.* (1998), se encontró que la muestra de universitarias mexicanas examinadas presentó sintomatología de trastorno alimentario (anorexia y/o bulimia) y factores cognitivos relacionados con la presencia de éste, tales como: insatisfacción con la imagen corporal, miedo a engordar y

a madurar, así como sentimientos de baja autoestima.

1.1. Actitudes Alimentarias Anómalas

Los trastornos de la conducta alimentaria son desviaciones o perturbaciones en los hábitos alimentarios que pueden conducir a enfermedades o incapacidad física. Estas desviaciones o trastornos pueden clasificarse de acuerdo a su resultado final, por ejemplo delgadez u obesidad, o por conductas alimentarias aberrantes que afectan la nutrición del individuo (ayuno, vómito autoinducido, atracones, restricción de alimentos, uso de laxantes o diuréticos). Aunque cabe mencionar que las desviaciones leves en el comportamiento alimentario son comunes y pueden presentarse en cualquier persona como resultado de influencias sociales, biológicas, culturales, familiares, etc., logrando regresar a la normalidad sin una intervención terapéutica.

Las principales diferencias entre una alteración y un trastorno de la conducta alimentaria, son que la alteración es una reacción a una situación cotidiana, un hábito; los pensamientos y conductas ocasionales sobre el cuerpo, los alimentos y el comer no conducen a problemas sociales o de salud, así los problemas médicos asociados pueden provocar cambios de peso o problemas nutricionales transitorios, los que normalmente no presentan complicaciones médicas mayores y su tratamiento se puede basar en la educación, grupos de autoayuda, psicoterapia o asesoría en nutrición, que favorecen la desaparición de las conductas pero no son indispensables y el problema puede desaparecer sin tratamiento. En cambio, el trastorno de la conducta alimentaria es una enfermedad, sus pensamientos frecuentes sobre el cuerpo, los alimentos y el comer le conduce a problemas sociales y de salud, los problemas médicos pueden provocar complicaciones médicas mayores que requieran de hospitalización o provoquen la muerte y este problema no desaparece sin un tratamiento adecuado (Welch, 1998; Crow, Praus y Thuras, 1999).

1.2. Trastorno Subclínico o Síndrome Parcial

Dado el aumento de los trastornos de la alimentación (anorexia y bulimia nerviosa, así como de cuadros subclínicos, los llamados "síndromes parciales") se plantea la necesidad de realizar estudios epidemiológicos para la comprensión de la etiología de dichos trastornos (Hsu, 1990; Rodríguez, Riquelme y Buendía, 1996).

De tal forma, estos trastornos de alimentación que no pueden ser diagnosticados utilizando los criterios para los trastornos específicos, se clasifican en el D.S.M.-IV (A.P.A., 1994) como trastorno alimentario no especificado, en donde se enfatiza la importancia de estos nuevos grupos de población, que sin llegar a desarrollar un cuadro completo, presentan problemas de alimentación no menos graves (Trastorno por sobreingesta y trastornos de alimentación no especificados). Algunos ejemplos son:

1. En mujeres que se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, pero las menstruaciones son regulares.
2. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, excepto que a pesar de existir una pérdida de peso significativa, éste se encuentra dentro de los límites de la normalidad.
3. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de 2 veces por semana o durante menos de 3 meses.
4. Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (por ejemplo, provocación del vómito después de haber comido dos galletas).
5. Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.
6. Trastorno compulsivo: Se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa

Así, las personas con este tipo de trastorno pueden tener un peso promedio y quizá se provoquen vómito o abusen de los laxantes (pero no en excesivos episodios) para control del peso, o pueden ser de bajo peso y quizá exhiban actitudes anormales hacia el comer o una conducta de alimentación anormal, pero que de cualquier manera no satisfacen los criterios para la anorexia y/o la bulimia nerviosa. Garfinkel y Kaplan (1995) hablan de síndromes parciales en la anorexia y bulimia nerviosa, para referirse en el primer grupo a aquellas mujeres que cumplen todos los criterios para el diagnóstico de anorexia nerviosa a excepción de la amenorrea; y dentro del grupo de la bulimia nerviosa, para hacer referencia a aquellas enfermas que cumplen todos los criterios de dicho trastorno a excepción del criterio de frecuencia en el atracón.

Algunos estudios han fundamentado la existencia de trastornos alimentarios subclínicos en un rango aproximado del 5% a 10% de mujeres postpuberales (Patton, 1988). Por ejemplo, Garner, Olmstead, Polivy y Garfinkel (1984) acuñaron el término de "anorexia nerviosa subclínica o parcial" para un grupo de sujetos de alto riesgo y/o subclínico que estaban excesivamente preocupados por el peso y la dieta, y que aunque no cumplían todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, sí presentaban algunos comportamientos afines. Posteriormente, Levine y Smolack (1992) proponen un modelo de continuidad parcial entre lo que denominan dieta no patológica, trastorno subclínico y trastorno alimentario, dado que presentan creencias, actitudes y conductas similares, aunque diferentes en cuanto a la severidad, además presentan discontinuidad en cuanto a psicopatología y ajuste social. Este modelo asume que los trastornos subclínicos son más probables, sobre todo porque es cuando la persona se encuentra más vulnerable, o cuando los eventos estresantes amenazan elementos que forman parte del autoconcepto. Asimismo, se dan cuando los individuos interfieren el proceso normal de ingesta y regulación del peso corporal, generalmente tras una fase inicial de ayuno extremo o dieta restrictiva, por lo que estos trastornos se relacionan más con las manifestaciones de abundancia que con las de privación.

Además, cuando se toman en cuenta todos estos grupos de mujeres con trastornos subclínicos, las cifras de incidencia y prevalencia aumentan considerablemente. Así, en un trabajo de Dancyger y Garfinkel (1995) en población general, encontraron que el 1% cumplía con los criterios diagnósticos para un cuadro completo de anorexia o bulimia nerviosa, mientras que un 5% cumplía criterios para el diagnóstico de un síndrome parcial.

2. ANOREXIA NERVIOSA

2.1. Definición

La anorexia nerviosa se define como una autoinanición o una pérdida de peso autoinducida, por medio de una abstención total o parcial de la ingesta de alimentos y/o uso de laxantes y diuréticos, provocación de vómitos o exceso de ejercicio, dada por el excesivo control sobre los impulsos, particularmente sobre el alimentario, asimismo presenta un rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales (Saldaña, 1994).

Suele ser insidiosa en su forma de presentación, ya que las pacientes se proponen comenzar un programa de adelgazamiento por medio de una dieta restrictiva autoimpuesta, acompañada a veces, por un aumento de la actividad física y utilización de purgas (por ejemplo, vómitos provocados y uso inadecuado de laxantes y diuréticos) ocasionando la pérdida de peso; además se manifiestan "patrones peculiares" de preparación de los alimentos (Kaplan y Sadock, 1994).

Esta situación generalmente pasa inadvertida para la familia, siendo usual que la alarma comience cuando la negativa a comer es muy marcada y la emaciación es muy evidente o cuando aparece la amenorrea (Rausch y Bay, 1990).

2.2. Criterios Diagnósticos

El primer planteamiento de criterios diagnósticos que se propusieron para la anorexia nerviosa son los de Rusell (1970), siguiendo el de Feighner, *et. al.* (1972):

- a) La conducta del paciente conduce a una pronunciada pérdida de peso.
- b) Hay un trastorno endócrino que se manifiesta clínicamente por interrupción de la menstruación.
- c) Hay una psicopatología caracterizada por temor mórbido a engordar, que es un conjunto complejo de actitudes referidas a la forma y el peso corporal de los pacientes.

Ambos sirvieron como base para que el trastorno de la anorexia nerviosa se incluyera inicialmente en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su tercera edición (A.P.A., 1980); aunque ya en el DSM-IV (A.P.A., 1994), se establece que una persona presenta este trastorno cuando:

1. Hay un rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (el peso corporal es inferior al 85% del peso esperable).
2. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
3. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
4. En mujeres postpuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos

tres ciclos menstruales consecutivos.

Existen dos tipos del trastorno, que sirven para especificar la presencia o la ausencia de atracones o purgas durante los episodios de anorexia nerviosa:

- **Anorexia tipo restrictivo:** En este tipo se describen cuadros clínicos en los que la pérdida de peso se consigue haciendo dieta, ayuno o realizando ejercicio intenso. Durante los episodios de anorexia nerviosa estos individuos no recurren a atracones ni a purgas; por ejemplo, provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas.

- **Anorexia tipo compulsivo/purgativo:** Este tipo supone que el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (o ambos). La mayoría de estas personas que pasan por episodios de atracones también recurren a purgas, provocándose el vómito o utilizando diuréticos, laxantes o enemas de manera excesiva. También existen algunos casos, dentro de este mismo tipo, en donde no se presentan atracones, por lo que incluso después de ingerir pequeñas cantidades se suelen recurrir a las purgas.

En comparación con los individuos con anorexia nerviosa de tipo restrictivo, los de tipo compulsivo/purgativo tienen más probabilidades de presentar problemas de control de los impulsos, de abusar del alcohol o de otras drogas y de manifestar más labilidad emocional.

Garner y Garfinkel (1982) estudiaron una población de 193 pacientes anoréxicas subdivididas en 97 del tipo bulímico y 96 del restrictivo. Se encontró que las diferencias se dieron con relación al peso (las del subtipo bulímico presentaban una mayor peso y había más casos de obesidad); en los métodos utilizados para disminuir o mantener el peso (las del subtipo bulímico vomitaban y se laxaban con mayor regularidad); en la frecuencia de comportamientos impulsivos (el consumo de alcohol, drogas y robos es más frecuente en las de tipo bulímico); en las relaciones sociales (más aislamiento y menos satisfacción en las de tipo restrictivo) y en las relaciones sexuales (las de tipo bulímico resultaban más activas y utilizan anticonceptivos orales). Además, las de tipo bulímico aparecen con menor control de los impulsos, más extrovertidas, más inestables emocionalmente, con sintomatología depresiva más intensa y con mayor psicopatología en general que las restrictivas.

Strober (1984, cit. en Toro y Vilardell, 1987) estudio la relación entre acontecimientos vitales estresantes y la precipitación de la anorexia nerviosa. Los resultados indican que las anoréxicas-bulímicas habían experimentado significativamente más estrés que las restrictivas. Asimismo, la intensidad del estrés sufrido por las bulímicas resultó ser 2.5 veces superior al de una población normal de la misma edad. Mientras tanto, Piran, Kennedy, Garfinkel y Owens (1985) encontraron que las anoréxicas restrictivas presentaban crisis de ansiedad, fobia social y trastorno obsesivo compulsivo; en cambio, las anoréxicas bulímicas presentaban crisis de ansiedad y de fobia social. Finalmente, Yellowless (1985, cit. en Toro y Vilardell, 1987) determinó la existencia de un estado depresivo en el 94% de las anoréxicas restrictivas y en el 100% de las anoréxicas bulímicas.

De tal forma, que el DSM-IV (A.P.A., 1994) sitúa en primer plano los fenómenos centrales de la anorexia: rechazo a mantener el peso corporal por encima de los valores normales para una determinada edad y talla, temor a engordar/ aumentar de peso o convertirse en una persona obesa aún cuando se está por debajo del peso considerado normal, alteraciones en la imagen corporal como la distorsión en la forma y tamaño del cuerpo, valorar la pérdida de peso tomando en cuenta los cambios evolutivos del peso medio en la población infanto-juvenil y además habla de la amenorrea aún en mujeres que hayan pasado su menarquía (Toro y Vilardell, 1987).

2.3. Breve Revisión Histórica

Según Jeammet (1984, cit. en Guillemot y Laxenaire, 1994) existen tres etapas históricas para estudiar a la anorexia nerviosa:

- **PRIMER PERIODO**

Del siglo V al XVI, es donde esencialmente dentro de la literatura teológica se encuentran casos de jóvenes que ayunaban hasta el total rechazo del alimento. Estas conductas eran consideradas como un signo de posesión demoníaca o de elección divina, lo que podía conducir a la canonización o la hoguera. De la edad media datan los primeros relatos de una enfermedad misteriosa caracterizada por una gran pérdida de peso a partir de una dieta de hambre autoimpuesta. El ejemplo más claro fue el de Liduina de Shiedam, quien ayuno y rezó a Dios rogándole le arrebatara su belleza para así ahuyentar la atención de los hombres. Por

otro lado, Morton en 1694 describió la "consunción nerviosa" considerándose ésta la primera descripción clínica de dicho trastorno.

Durante el siglo XV y XVI se observan las diferencias entre los hábitos alimentarios de la población rica y pobre, se daba la dieta ascética (ayuno) en la nobleza porque era la clase amenazada por la obesidad derivada de los excesos en el comer, la exuberancia gastronómica y la intoxicación alcohólica. En el siglo XVI, los utensilios y las prácticas comunales se reemplazan por pautas de comportamiento más reguladas, complejas e individualizadas (Corona, 1998).

Del siglo XVI al XVIII, las causas sobrenaturales siguieron siendo la primera explicación de los contados casos observados de rechazo alimentario (Turner, 1989). Por otra parte, en el siglo XIX Lasegue (1873) en Francia, describe al trastorno como anorexia histérica e ilustra las distorsiones cognitivas, negación y trastorno de la imagen corporal. Gull (1874) en Inglaterra, utiliza por primera vez la expresión de anorexia nerviosa, la cual se caracteriza por inanición y depresión de todas las funciones vitales; amenorrea, bajo pulso, lentificación de la respiración, haciendo referencia a la histeria.

▪ SEGUNDO PERIODO

En este segundo periodo se habla de que la anorexia nerviosa se explica a través de la patogenia somática o endocrinológica y se regresa a la explicación fisiopatológica de acuerdo con los criterios de los modelos científicos de la época. Así, Janet (1903) destaca la consideración errónea que se tenía de que los trastornos endócrinos eran causa del síndrome y reconoce el origen psiquiátrico del trastorno alimentario. Mientras que Simmonds (1914) clasifica a la anorexia nerviosa entre los trastornos de la alimentación de origen neuropático.

• TERCER PERIODO

A principios del siglo XX, la anorexia empieza a tratarse como un problema endocrinológico y no como psicógeno. Sin embargo, a partir de los años 30's, se da el regreso a la concepción psicológica de la anorexia nerviosa. Después de la segunda mitad del siglo XX nace el concepto de **anorexia nerviosa**, que se diferencia de los adelgazamientos de origen orgánico y al que se le atribuye una etiología de tipo psicológico.

Antes de 1960, se marca la tendencia por las tentativas de explicaciones psicopatológicas profundas que se basan en el modelo de la neurosis, es el inicio de los estudios catamnésicos y los intentos de evaluación del pronóstico. No obstante, a partir de los años 60's, el diagnóstico se precisa y se insiste en la diferenciación que debe establecerse entre anorexia primaria y secundaria, esta última relacionada con una patología psiquiátrica subyacente, como la histeria, el delirio de envenenamiento, la depresión severa, entre otros.

Bruch (1973) afirma que los trastornos primarios de la conducta alimentaria constituyen una entidad específica, que se deben diferenciar de los comportamientos alimentarios anormales asociados a la patología psiquiátrica primaria. Por ejemplo, cuando se presenta depresión en una paciente, puede establecer sintomatología de trastorno alimentario y no en sí el síndrome, por lo que hay que establecer que la patología alimentaria debe ser la entidad principal de la enfermedad y no el trastorno psiquiátrico.

Cabe señalar que su aumento de incidencia se liga a los valores sociales vigentes y al gran culto al cuerpo, que en un sentido estético se realza en la sociedad actual, encontrando que hay una mayor incidencia en las clases sociales altas, así como en los países más desarrollados (Corona, 1998). Así, Lucas, Beard, O'Fallon y Kurkland (1988) realizaron un estudio sobre la incidencia de anorexia nerviosa entre los años 1935 a 1979, encontrando que en los grupos de chicas entre 15 y 19 años se ha convertido en una enfermedad muy común y en muchos casos se puede considerar crónica. El pico más alto de incidencia se obtuvo en los años ochenta, a partir del cual, la bulimia nerviosa y otras formas intermedias del síndrome serán las que aumenten dentro de un grupo de mujeres que mantienen un peso más o menos normal.

Hoeck (1991) cifra la incidencia anual de anorexia y bulimia nerviosa en 8.1 y 11.4 por 100,000, respectivamente en Estados Unidos; en cambio, en España las cifras de incidencia de la anorexia nerviosa oscilan entre el 0.2% al 0.8% en la población general y entre el 1% y el 2% entre las muchachas adolescentes (Chinchilla, 1994). Datos más actuales refieren que del 10-15% de las personas presentan trastorno alimentario, siendo la prevalencia de la anorexia de 0.5-2%, habiendo una mortalidad en el 10% de los casos (Crispo, *et. al.* 1996; Mateos y Solano, 1997).

Por lo anterior, se puede decir que todos los estudios muestran una tendencia al aumento en la incidencia de trastornos de la alimentación a lo largo del tiempo, aunque cabe señalar que lo anterior quizás se deba a que en la actualidad existe una mejor evaluación para el diagnóstico de la patología alimentaria tanto de la anorexia nerviosa como de la bulimia (Rodríguez, *et. al.*, 1996).

2.4. Características Biológicas, Psicológicas y Sociales

Dentro de los trastornos alimentarios como la anorexia, existe una relación entre los factores biológicos, psicológicos y sociales (Toro y Vilardell, 1987; Mateos y Solano, 1997).

⇒ CARACTERISTICAS BIOLOGICAS

- ◆ Bajo peso.
- ◆ Emaciación.
- ◆ La piel presenta una apariencia seca, áspera, quebradiza, agrietada y pigmentada, en ocasiones recubiertas de lanugo (vello muy fino y oscuro) especialmente en mejillas, cuello, espalda, antebrazos y muslos; en ocasiones hay Petequias en piel (hemorragias puntiformes) (Schwabe, Lippe, Chang, Pops y Yager, 1981).
- ◆ Las extremidades (manos y pies) suelen estar frías y con color violáceo, probablemente debido a una vasoconstricción generalizada y a las alteraciones circulatorias. Asimismo, hay un color amarillento en las palmas de las manos y pies (hipercarotinemia) debido a la ingesta excesiva de calabaza y/o zanahoria, finalmente puede haber adormecimiento y calambres de pies y manos.
- ◆ Las uñas se vuelven quebradizas y se produce una caída de pelo con un aspecto pajizo del mismo (Toro y Vilardell, 1987).
- ◆ Alteraciones dentarias en el esmalte cuando las pacientes son vomitadoras, además de las lesiones en los nudillos de la mano, causadas por el roce con los dientes al introducir la mano para provocarse el vómito.
- ◆ El 8% presenta sialorrea (babeo).
- ◆ Cefaleas y mareos.
- ◆ Deshidratación.

Dentro de los trastornos médicos asociados se encuentran los siguientes:

- ◆ Problemas de visión y auditivo, ya que hay hipersensibilidad a la luz y a los ruidos.
- ◆ Aparato cardiovascular: Hay cambios cardíacos como la disminución en la frecuencia cardíaca (bradicardia), siendo anormalmente lento y/o con arritmias cardiopáticas, taquicardia e hipotensión arterial.
- ◆ Aparato digestivo: Son frecuentes las sensaciones de hinchazón y saciedad, estreñimiento, dolores abdominales, molestias gastrointestinales, acidez, constipación pertinaz en forma crónica, diarrea, retardo en la evacuación gástrica por dificultades en la contracción normal del tubo digestivo, decremento en la motilidad intestinal, hay un vaciamiento gástrico retardado, lo cual además puede propiciar que la persona comience a reducir la cantidad o frecuencia en sus comidas (Rausch y Bay, 1990).
- ◆ Renal: Puede aparecer la formación de cálculos.
- ◆ Endócrino: Se dan las irregularidades menstruales y la presencia de amenorrea por un periodo de tres meses o más, hay decremento en la fertilidad.
- ◆ Enlentecimiento metabólico y gasto energético: Hay decremento como adaptación a la baja ingesta de calorías. El cuerpo quema la mínima grasa para que le queden reservas, hay debilidad muscular, se reduce la actividad física, cansancio, debilidad y falta de energía.
- ◆ Temperatura: Hay pérdida de temperatura corporal (hipotermia) por la disminución del gasto energético, es usual que se quejen de sentir frío.
- ◆ Sistema óseo: Decremento en el calcio de los huesos, cadera y columna lumbar con la posibilidad de fracturas espontáneas, es decir, osteoporosis.
- ◆ Tejido celular subcutáneo: Edema generalmente en piernas y pies, debido a la retención de líquidos en el tejido celular subcutáneo.
- ◆ Sangre: Anemia por déficit de hierro, lo que hace que incremente la sensación de cansancio y un estado de tipo depresivo por la falta de fuerza. También hay un aumento del colesterol.

La apariencia física de la anoréxica es la de una enferma demacrada con un estado de desnutrición; la pérdida de tejido graso corporal y muscular exagera las prominencias óseas particularmente visibles en las zonas descubiertas y muy específicamente en la cara. Las características proporciones corporales femeninas desaparecen con la pérdida de peso, y si bien se conservan los caracteres sexuales secundarios puede aparecer una moderada involución mamaria.

En cuanto al arreglo personal de una anoréxica, se puede decir que la persona acostumbra usar la ropa muy amplia y superpuesta, cuya función es en un principio, disimular los supuestos defectos físicos (caderas anchas, abdomen, glúteos, etc.), y finalmente su función es doble, ya que por un lado disimula su delgadez, pero por otro sirve también para disminuir la constante sensación de frío. Es frecuente que se peinen de modo tal que el cabello, al caer sobre el rostro oculta la prominencia de los pómulos (Mateos y Solano, 1997). Las personas con este trastorno organizan su vida alrededor de su defecto, no van a lugares donde tengan que mostrar su cuerpo, no usan ropas revelantes, compulsivamente preguntan a las personas sobre su apariencia o se checan a sí mismas frente al espejo. Este es el aspecto conductual del problema (Raich, Soler y Mora, 1995). Pueden pasar bastantes años desde el inicio de la enfermedad hasta que es detectada, lo que tiene evidentes repercusiones pronósticas (Mateos y Solano, 1997).

⇒ CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS

Los cambios que se generan en sus pensamientos van afectando a sus emociones y sentimientos, concretándose en su comportamiento, los cuales a su vez repercuten en su relación con el mundo, y sin duda estigmatizan a su organismo (Toro y Vilardell, 1987).

En el inicio del cuadro de anorexia se presentan una serie de cogniciones relacionadas con el aspecto del cuerpo y la valoración estética del mismo, ya que tienen un miedo obsesivo e irracional ante la posibilidad de engordar, así como una preocupación excesiva por el cuerpo, peso y alimentos. Así, lo que pudo ser normal se convierte en distorsiones cognitivas relacionadas con la figura y el peso. Estas distorsiones son, entre otras variables, las responsables de que estas personas inicien una dieta restrictiva y poco tiempo después van a ser también las responsables en gran medida del mantenimiento del trastorno (Garner y Bermis, 1982).

De tal forma, que algunos autores han sistematizado las irregularidades del pensamiento de la anoréxica, que giran alrededor de lo que piensa y siente con respecto a la comida y el peso, abstrayéndolas en (Garner y Bermis, 1982; Crispo, *et. al.*, 1996):

1. **Abstracción selectiva**, es decir que llegan a conclusiones a partir de la consideración exclusiva de aspectos relacionados a la comida o la alimentación.

2. Generalización excesiva, es cuando piensan que si antes comían algo y estaban "gordas" ahora hay que evitar comerlos para poder bajar de peso.
3. Magnificación de posibles consecuencias negativas; por ejemplo, "si aumento 1 Kg de peso, no lo podré resistir".
4. Pensamiento dicotómico y extremista de "todo o nada".
5. Ideas de autoreferencia; por ejemplo, "cuando como me parece que todo el mundo me mira".
6. Pensamiento supersticioso, es aceptar relaciones de causa-efecto entre acontecimientos no contingentes; por ejemplo, "si como dulce se convertirá enseguida en grasa en el estómago" o "los problemas se resuelven por sí mismos".
7. Pensamientos catastróficos, que sirven para paralizar a la persona.

Así, la anoréxica actúa como si los estímulos internos relacionados con el hambre, la saciedad y otras sensaciones corporales no fueran percibidos o lo fueran de modo anómalo, y sólo lo reconocen después de un tratamiento avanzado. Tienen dificultad para abordar e informar correctamente acerca de sus estados físicos y emocionales (alexitemia). Incluso, algunas llegan a considerar su cuerpo como si se tratará de un objeto extraño y desafiante que debiera ser sometido, siendo más evidente en relación con el alimento; y si bien son capaces de reconocer las contracciones gástricas cuando se producen, algunas no las interpretan como sensaciones de hambre. Finalmente, dan cuenta de sensaciones alteradas de saciedad acompañadas de hinchazón, náuseas, dolores, molestias inespecíficas e incluso ausencia de sensaciones gástricas (Garner y Garfinkel, 1982).

Su pensamiento se vuelve egocéntrico, concreto y dicotómico, por lo que se torna difícil para la persona regular su ingesta de comida o su actividad física sin caer en extremos. La delgadez es fundamental para su sensación de bienestar y su autoestima comienza a ser regulada por un sistema de valores que tienen como eje el peso. Hay un refuerzo positivo en la pérdida de peso exitosa y la evitación del incremento de peso, las que a su vez perpetúan una retracción social, y así, se mantiene el ciclo (Garner y Bermis, 1982).

Los pensamientos que la anoréxica tiene acerca de su cuerpo, su peso, su necesidad de control, las comidas, etc. son reiterados y constantes, llegando incluso a convertirse en una obsesión, y suelen tener auténtico carácter intrusivo: "no me los puedo quitar de la cabeza". Estos son pensamientos que provocan ansiedad, al punto que incluso pueden llegar a

sospechar o aceptar que son absurdos o irracionales, sin embargo, no los ven como ajenos a sí mismas. Así, al ser coherentes con sus valores e intenciones conscientes, el grado de extrañeza resulta ser relativo.

Por otra parte, presentan ciertas características de *trastornos de depresión*, como estado de ánimo deprimido, labilidad de humor, retraimiento social, preocupación por sí mismos, irritabilidad, insomnio, dificultad en la concentración, indecisión, perturbaciones en el sueño, pérdida de interés por el sexo y trastornos obsesivo-compulsivos, ya sea como ideas o impulsos que no pueden rechazar, como si tomaran posesión de ellas en relación con la comida u otras áreas (Rausch y Bay, 1990). También se asocia a *trastornos de ansiedad* como la ansiedad fóbica, el ataque de pánico, fobia social, trastorno obsesivo compulsivo, el trastorno disfórico, la falta de control de los impulsos y alteraciones de la personalidad, como puede ser la *bordeline* o "límitrofe". También puede asociarse al abuso de sustancias, principalmente de las drogas inhibitoras del apetito y ansiolíticos (Crispo, *et. al.*, 1996).

Con respecto a la ansiedad fóbica, se dice que es una ansiedad difusa que tiende a agudizarse e incrementarse, ya que se afina a manera de fobia al sobrepeso real o supuesto. Unos criterios estéticos externos (adquiridos) conforman el contenido del pensamiento negativo respecto al propio cuerpo, despierta ansiedad y la asociación pensamiento-realidad conduce a que el propio cuerpo suscite la respuesta ansiosa. Por lo que la anoréxica huye de su peso actual y así los correspondientes alejamientos/evitaciones respecto al peso "aversivo" resultan altamente reforzados. En consecuencia, debe incrementarse la tasa de la conducta de disminución o restricción de los alimentos, así ciertos alimentos también adquieren carácter aversivo, y la respuesta fóbica continuará generalizándose y extendiéndose, llegando incluso al punto de que el alimento en general despierte una respuesta fóbica (Toro y Vilardell, 1987).

De tal forma, que los agentes ansiógenos para la anoréxica son: el sobrepeso, la imagen corporal, la amenaza de descontrol, la baja autoestima, la presión familiar, los conflictos interpersonales, el temor a enfermar y morir, la percepción de ser diferente y "rara", la coacción sociocultural en favor del adelgazamiento temido/deseado, la expectativa de una posible hospitalización, el aislamiento por lo menos subjetivo, las molestias y el deterioro físico progresivo. Sin duda, todo esto sirve para mantener y aumentar la ansiedad.

La personalidad premórbida es característica del trastorno, la anoréxica tiene una gran necesidad de aprobación externa, tendencia a la conformidad, falta de respuesta a las necesidades internas, perfeccionismo y escrupulosidad, además tiene expectativas personales muy altas y gran necesidad de complacer y acomodarse a los deseos de los otros, con fin de afianzar una autoestima vulnerable. Asimismo, suele manifestar sintomatología depresiva: tristeza, reducción de interés y baja autoestima, la que se encuentra muy ligada a la valoración que tienen de su propio cuerpo, retraimiento social, llanto frecuente, insomnio, hay rechazo inicial al propio cuerpo y una autoimagen negativa (Mancilla, *et. al.*, 1998; Alvarez, *et. al.*, 1999).

Además, reflejan una visión pesimista sobre sí mismas, sobre el futuro y sobre las posibilidades de pensar o hacer algo diferente al respecto, desesperación sobre el futuro, influencia sobre la manera de pensar, sensación de descontrol, regresión, comportamientos autodestructivos, intolerancia, asco respecto de los hábitos alimenticios de los demás, dejar cosas que antes disfrutaban, cambios abruptos del humor, incorporación de nuevos hábitos, aumento del grado de apatía, se observan a sí mismas como menos efectivas e inútiles al realizar actividades propias de la vida diaria, expresan sentimientos más profundos de inseguridad, inutilidad y falta de control sobre la propia vida, además de que tienden a crearse expectativas exageradas sobre sus propios logros personales, haciendo énfasis excesivo sobre el éxito y muestran una mayor preocupación por la dieta y el peso (Crispo, *et. al.*, 1996).

Se puede decir que hay un alto grado de incidencia de trastorno depresivo mayor en las pacientes afectadas de trastornos de la ingesta, observándose que las anoréxicas se muestran más depresivas, en cantidad y gravedad, ya que casi el 40% de las anoréxicas incurrir en depresión moderada o severa. Asimismo, se ha encontrado que hay una relación cronológica existente entre los episodios de depresión mayor como un humor deprimido, autoestima baja y retraimiento social con el inicio del trastorno, así la relación con la depresión pasaba por la pérdida de peso propia de la anorexia (Piran, Kennedy, Garkinkel y Owens, 1985). Sin embargo, también esta depresión puede ser previa al trastorno, la cual pudo ser motivada por acontecimientos estresantes recientes como problemas con los padres alcohólicos, trastornos afectivos en padres o la muerte de algún ser querido muy significativo (Strober y Humprey, 1987; Rosen, Compas y Tacy, 1993; Meyer, 1997). De tal manera, que el trastorno depresivo aumenta la predisposición a un trastorno alimentario, aunque muchas veces cuando la depresión mejora se normaliza la ingesta y se alcanza un peso saludable.

Otra característica psicológica que se relaciona con la anorexia nerviosa es el perfeccionismo, ya que tienden a ser trabajadoras y responsables, con actividad física y mental incesante, hasta llegar a rasgos obsesivos. Aunque también manifiestan temor a madurar, y por tanto, a enfrentar las excesivas demandas de la vida adulta (Mancilla, *et. al.*, 1998). Así, la anoréxica supuestamente deseosa de permanecer en la infancia a causa de las dificultades que experimenta durante el proceso adolescente, tiende a razonar de manera infantil, suele tener dificultades en el funcionamiento autónomo para establecer la identidad y acceder a la separación, lo que le disminuye la capacidad ya limitada para desempeñarse de manera autónoma respecto a su familia. Sin embargo, en un estudio de Kowolski, (1986, cit. en Toro y Vilardell, 1987) se encontró que el razonamiento de las anoréxicas es más similar al de las adolescentes normales que al de las niñas prepuberales.

⇒ CARACTERÍSTICAS SOCIALES

Los trastornos alimentarios han sido considerados como multicausales, dado que se relacionan los factores biológicos, psicológicos y sociales. Estos últimos son importantes porque juegan el papel de factores causantes, precipitantes o de mantenimiento para el establecimiento de la patología (Toro, *et. al.*, 1994).

❖ Sexualidad

En términos generales, se habla de una disminución del interés por el sexo opuesto, por la práctica y el placer sexual. Sin embargo, se ha visto que no es lo mismo una persona de 13 años a una de 24, por lo que no puede esperarse la misma respuesta sexual de una muchacha que ha iniciado su curso anoréxico muy recientemente y con una muy escasa pérdida de peso, que la manifestada por otra paciente de una más larga evolución mórbida; de tal forma, que si existía el interés sexual éste se disminuye o anula. Asimismo, suele aceptar que sería más atractiva para el otro sexo si aumentara su peso actual y a pesar de ello, desea perder más kilos (Toro y Vilardell, 1987).

Leon, *et. al.* (1985) encontraron que las anoréxicas presentan actitudes negativas observadas en la apariencia sexual femenina de los cuerpos, la evaluación de los sentimientos sexuales y el interés sexual. Asimismo, hallaron que la inmadurez sexual en la apariencia puede permitir evitar muchas de las expectativas que supone la interacción sexual, asociado

con la madurez física y el crecimiento, lo que indica dificultades significativas en la función psicosexual y actitudes anormales alrededor de la sexualidad. La aversión y el miedo a la sexualidad fueron observados en algunas anoréxicas, sugiriendo esto una razón psicológica de la etiología nutricional.

❖ Características familiares

La familia es el contexto social primario, donde el trastorno alimentario puede convertirse en el interés principal de la dinámica familiar, y a su vez, esta conducta familiar puede reforzar o reducir los síntomas del trastorno, ya que no es un factor unicausal, sino que puede acelerar o modificar su presencia. Numerosos autores han señalado que dentro de las dimensiones de la vida familiar se deben tomar en cuenta la dinámica familiar, la adaptabilidad, la cohesión y las actitudes paternas hacia los modelos estéticos corporales; así los padres comunican a través de sus comentarios el ideal del cuerpo o la importancia que el peso puede tener en la valoración de las personas y la dinámica familiar (Strober, 1995; Brownell y Fairburn, 1995; Vázquez y Raich, 1998).

La dinámica familiar de una paciente con anorexia nerviosa se caracteriza por: a) aglutinamiento, en donde las fronteras que definen la autonomía individual son tan difusas que el espacio vital del individuo es frecuentemente usurpado; b) sobreprotección de los padres, retardando el desarrollo de la autonomía y buen desempeño de los hijos; c) rigidez, que se refiere a un tenaz compromiso en el mantenimiento del statu-quo, por lo que se resisten a realizar o enfrentar los cambios necesarios e inevitables que impone el desarrollo. Todo esto trae como consecuencia una baja tolerancia al estrés y una participación excesiva del paciente designado en los conflictos familiares, que se refiere a la utilización del hijo como agente desviador de los conflictos conyugales, con el efecto de mantener el equilibrio del sistema conyugal. Así, cuando se da esta desviación, la diada conyugal permanece unida, los padres sumergen sus conflictos en una postura de protección o de acusación del hijo enfermo, estableciéndose así como el único problema familiar "reconocido" (Minuchin, Rosman y Baker, 1978; Bruch, 1982).

Asimismo, Minuchin, Rosman y Baker (1978) estructuraron un "modelo de la familia psicósomática" donde hablan de ciertas características que propician el trastorno alimentario de la anorexia. Mencionan que los padres consideran a los miembros de su familia con menor

autonomía, lo que conlleva a desarrollar conductas de sobreprotección, a ser una familia "estable", sin problemas económicos, con una supuesta convivencia perfecta aunque poco espontánea, rígida y carente de resolución de conflictos y de una elevada dependencia interpersonal. Así, las anoréxicas describen a su familia como poco impulsoras de la independencia, con baja tolerancia para una abierta expresión de sentimientos y altos niveles de conflictos (Toro y Vilardell, 1987).

Cabe señalar que los padres en general, y la madre en particular, tienen atribuido y asumido su papel de "alimentadores". En consecuencia, la disminución de la ingesta alimenticia por parte de la anoréxica desencadena la ansiedad familiar, ve como muchos de sus comportamientos anómalos resultan reforzados por la patología familiar, dada una sobreprotección lacrimosa e intermitente, la aceptación ambigua de los "caprichos" alimenticios, la ambición, la preocupación por el éxito y la apariencia externa. Todo ello hace que esos comportamientos anómalos incrementen y además la familia afectada por la anorexia, la puede y suele mantener, mediatizar y complicar.

Algunos autores han encontrado que las madres reaccionan y llegan a angustiarse ante la presencia de estímulos que les recuerden los "modelos sociales de la delgadez", que parece ser un signo característico de la anorexia, lo que explica tanto la frecuencia de regímenes a lo largo de su vida, como pensamientos reiterativos de preocupación por el tamaño de su silueta y por la cantidad de comida que algunas circunstancias pudieran obligarlas a comer. Por otra parte, hay una influencia familiar en la organización y orden de los hijos, encontrando en las anoréxicas hábitos obsesivos de orden o de limpieza (Kaye, *et. al.*, 1992; Toro, *et. al.*, 1994; Vázquez y Raich, 1998).

Al respecto, Hudson, *et. al.* (1983) investigaron a 420 familiares en primer grado, es decir, padres y hermanos, de 89 pacientes afectados de trastornos de la ingesta y diagnosticados según los criterios del DSM-III. Se encontró una elevada prevalencia de trastorno afectivo mayor (trastorno bipolar y depresión mayor) en los parientes de los tres grupos de pacientes con trastornos de la ingesta: anoréxicas, bulímicas o con ambos.

❖ Interacción interpersonal

Dado que la anoréxica presenta un rechazo inicial o persistente hacia el propio cuerpo, una autoimagen negativa y una autoestima baja, una intensidad emocional depresiva, un sentimiento de ser diferente, de no poder ser comprendida por los demás, la reducción de los centros de interés previos, la ocultación de su problema (especialmente por parte de las anoréxicas-bulímicas), la evitación de situaciones donde la comida se plantee como obligación o como tentación por lo que comienzan con los engaños y las mentiras a la hora de la comida, todo lo anterior contribuye al retraimiento social, o cuando menos a la irregularidad, inestabilidad y problemas al tratar de entablar relaciones interpersonales (Toro y Vilardell, 1987; Mateos y Solano, 1997; Mancilla, *et. al.*, 1998). De tal manera, el trastorno alimentario puede servir como una solución patológica al conflicto general que resulta del enfrentamiento con las dificultades propias del desarrollo puberal y de la adolescencia, así como los derivados de la pérdida de las relaciones extrafamiliares.

Asimismo, dado que surge principalmente en mujeres jóvenes solitarias que no echan de menos la compañía de los demás, con relaciones interpersonales poco desarrolladas o nulas y la marcada reducción en los intereses, hace que con el tiempo las amistades se alejen cada vez más. Esto ocasionara un déficit en su autoestima y estrés, que con frecuencia serán abordados por medio de intentos de autocontrol a través de la dieta para evitar sus conflictos emocionales (Herscovici, 1987; Toro y Vilardell, 1987; Martínez-Fornés, 1994).

2.5. Instrumentos de Evaluación

Para llevar a cabo las investigaciones epidemiológicas de los trastornos alimentarios así como su prevalencia en los grupos de alto riesgo, se utilizan generalmente autoinformes o cuestionarios sobre la conducta alimentaria, los cuales sirven para su detección, valoración y diagnóstico, dando una idea de como se sistematizan las actitudes (pensamientos/sentimientos) de las anoréxicas con relación a su problemática específica (Slade, 1973; Morgan y Hayward, 1988; Rodríguez, *et. al.*, 1996). Dentro de estos instrumentos y cuestionarios, los más utilizados son el E.A.T. (Eating Attitudes Test de Garner y Garfinkel, 1979) y el E.D.I. (Eating Disorders Inventory de Garner, Olmstead y Polivy, 1983).

Así, Garner y Garfinkel (1979) diseñaron una escala con el propósito de evaluar las principales conductas y actitudes respecto a la comida, peso y ejercicio característicamente

encontradas en la anorexia nerviosa. Se caracterizó por ser un cuestionario de fácil administración y calificación. Su validación se hizo con dos grupos independientes: (Grupo con anorexia nerviosa y Grupo control). De un informe clínico, 35 ítems preliminares se desarrollaron, los cuales, reflejaron un rango de conductas anoréxicas y actitudes reportadas. Estos ítems tuvieron respuestas de cinco opciones en forma exclusivas y exhaustivas.

La versión inicial del E.A.T. se administró a dos grupos: uno con 32 anoréxicas y el otro con 34 sujetos control. Los 23 ítems de la versión inicial del E.A.T. mostraron un nivel moderado de validez concurrente, dando como resultado que las medidas de la prueba fueran predictivas para el diagnóstico clínico. En la segunda versión del E.A.T., un coeficiente de validación se obtuvo al correlacionar la medida total de los 40 ítems con la medida total de los grupos, por lo que reveló que la prueba es un buen predictor de los miembros del grupo.

Para la validación, el cuestionario original se administró a dos grupos independientes de pacientes con anorexia nerviosa (n=32 y 33) y a dos grupos control normal (n=34 y 59). Ambos grupos tenían la misma edad y nivel socioeconómico. Las anoréxicas obtuvieron una media en el cuestionario de 58.9 y el grupo control de 15.6. Se encontró que el test sí diferencia a los sujetos de un grupo respecto al otro. El punto de corte se estableció en 30, con el que se elimina totalmente a los falsos negativos de la anorexia nerviosa y se mantiene un margen de 7% para los falsos positivos. Finalmente, se demostró que el cuestionario es sensible a la mejoría clínica.

Así, Garner y Garfinkel (1979) llevaron a cabo un primer análisis factorial del E.A.T., en donde los ítems fueron divididos inicialmente en siete factores: a) preocupación por el peso y la comida, b) imagen corporal por la delgadez, c) vómito y abuso de laxantes, d) dietas restrictivas, e) ingestión de alimentos lenta, f) comida clandestina y g) presión social percibida para ganar peso. Sin embargo, estos mismos autores (Garner, Olmstead, Bohr y Garfinkel, 1982) llevaron a cabo un nuevo análisis factorial del E.A.T., obteniendo solo tres factores: **a) Dieta; b) Bulimia y preocupación por la comida, c) Control oral.**

En otro estudio, Garner y Garfinkel (1980) administraron el E.A.T. a estudiantes universitarias, de baile, modelaje y música y a 60 pacientes anoréxicas. Se encontró que el 6% de los 68 pacientes obtuvieron un puntaje menor a 30, por lo que se tuvieron que considerar

como falsos negativos. Mientras que el 12% no tenían anorexia y sin embargo puntuaban más alto de 30, los cuales se consideraron como falsos positivos.

Por otra parte, el E.A.T.-40 (Test de actitudes alimentarias) de Garner y Garfinkel (1979), traducido y validado en su versión española por Castro, Toro, Salamero y Guimerá (1991), permite identificar el trastorno de anorexia así como su sintomatología. Es un autoreporte que consta de 40 ítems bajo una escala de seis opciones y como punto de corte una puntuación mayor o igual a 30.

Esta versión en español del E.A.T.-40 se realizó con el objetivo de validar una traducción al español de este cuestionario para usarlo con fines clínicos y de investigación en población de habla española. Para esto, se les aplicó a un grupo de 78 mujeres con anorexia nerviosa y un grupo de comparación de 78 mujeres normales, concordando en la edad y el nivel socioeconómico. En la muestra estudiada, la sensibilidad del punto de corte de 30 es de 67.9% y una especificidad de 85.9%. Empíricamente, un punto de corte situado en 20 reduce el número de sujetos mal clasificados, confiriendo al instrumento una sensibilidad del 91% a costa de reducir la especificidad al 69.2%. El análisis factorial obtuvo tres factores: a) **Dieta y preocupación por la comida** ; b) **Presión social percibida y angustia por la comida** y c) **Trastornos psicobiológicos**.

Se puede decir que la principal diferencia entre el E.A.T. de Garner y Garfinkel (1979) y el de Castro, *et. al.* (1991) fue el punto de corte, ya que en el primero se utilizó uno de 30 y en el segundo de 20, obteniendo una sensibilidad del 91%. Esto quizá se debió a que en el primer trabajo, la edad promedio de la muestra fue de 22.5 años y en el segundo fue de 16.8 años. Una edad mayor quizá hace que la presencia de los trastornos presente una mayor duración, extensión e intensidad de sus síntomas. Así mismo, en el primer estudio se administró el E.A.T. a las pacientes cuando estaban bajo tratamiento o iban a consulta y en el segundo trabajo el E.A.T. se administró sistemáticamente durante o inmediatamente después de la primera entrevista con la paciente anoréxica.

Por otra parte, Álvarez (2000) llevó a cabo un estudio con la finalidad de valorar las propiedades psicométricas (confiabilidad y validez) en población mexicana del instrumento E.A.T. (Garner y Garfinkel, 1979). Para esto, se empleó la traducción realizada por Castro, *et. al.* (1991) que se adaptó para la población mexicana. Encontrando que la prueba presentó una

adecuada consistencia interna, estableciendo un punto de corte = 28, el cual permite detectar los trastornos de anorexia y TCANE' s 1, 2 y 4, de tal forma que fue capaz de identificar al 71.1% del grupo clínico contra el 89% del grupo control, siendo clasificados correctamente el 83.6% de los sujetos valorados. Asimismo, por medio de una prueba de validez factorial se estableció que la prueba explica el 39.8% de la variabilidad total, obteniendo los siguientes factores:

Factor 1. Motivación para adelgazar (Items: 4, 15, 22, 25 y 37)

Factor 2. Evitación de alimentos engordantes (Hiperclóricos) (Items: 9, 10 y 29)

Factor 3. Preocupación por la comida (Items: 7, 14, 31 y 34)

Factor 4. Presión social percibida (Items: 12, 24 y 33)

Factor 5. Obsesiones y compulsiones (Items: 17, 18, 21 y 30)

Factor 6. Patrones y estilos alimentarios (Items: 1, 19, 27 y 39)

Factor 7. Conductas compensatorias (Items: 13, 28 y 40)

Wells, *et. al.* (1985) llevaron a cabo un análisis factorial del E.A.T., administrándolo a 749 estudiantes; el puntaje promedio del cuestionario fue de 12.4 y 5.5% de los sujetos puntuaron 30 o más. Los autores obtuvieron un factor principal llamado "Dieta", similar al de Garner, *et. al.* (1982), y dos factores llamados "Preocupación por la comida" y "Presión social para comer", repartiendo algunos ítems en los factores llamados "Bulimia" y "Preocupación por la comida", y "Control oral" encontrados por Garner, *et. al.* (1982) en su muestra de pacientes anoréxicas; además, un factor llamado "Comida social" relacionado a ítems de vómito, uso de laxantes y constipación.

Por otro lado, Eisler y Szmukler (1985) administraron el E.A.T. a 3000 estudiantes inglesas. El análisis factorial resultó con 5 factores: a) Dieta, b) Preocupación por la comida, c) Vómito, d) Presión social y e) Comida social.

Así, se puede decir que el E.A.T. es un instrumento objetivo, válido y económico que mide los síntomas específicos de las conductas y actitudes de la anorexia, siendo sensible al diagnóstico, pronóstico y la remisión clínica (Clarke y Palmer, 1983; Channon y De Silva, 1985; Eisler y Szmukler, 1985; Garner y Garfinkel, 1980, 1981; Leichner, *et. al.*, 1986; Thompson y Schwartz, 1982; Mann, *et. al.*, 1983; Toro, *et. al.*, 1986). Siendo que el diagnóstico final de la

anorexia nerviosa se basa en criterios clínicos establecidos por algunos autores (Rusell, 1970; Feighner, *et. al.*, 1972; A.P.A., 1994).

Sin embargo, algunas limitaciones del E.A.T. son que en ocasiones no sirve para describir exactamente los síntomas del trastorno alimentario; esto se ve específicamente en las pacientes con anorexia nerviosa que niegan su enfermedad (Slade & Rusell, 1973; Kalucy, Crisp & Harding, 1977; Goldberg, *et. al.*, 1977).

2.6. Tratamiento

Muchas de las personas que sufren anorexia nerviosa niegan su trastorno con firmeza o minimizan su gravedad, se resisten, o bien, no están interesadas en un tratamiento. No suelen acudir por sí solas a consulta hasta que los signos externos del trastorno se hacen visibles a la familia o a alguna persona cercana a la paciente (Mateos y Solano, 1997), por lo que es importante que el tratamiento se establezca a través de la familia (Crispo, *et. al.*, 1996). Así, para llevar a cabo un tratamiento primero se debe de evaluar el deterioro físico y su peso actual, evaluar la topografía de las dietas, los hábitos alimentarios de la paciente y las conductas purgativas; además de las distorsiones de la imagen corporal, las cogniciones relacionadas con la comida, el peso, la figura y la valoración estética de la misma, y finalmente, la existencia de otros posibles trastornos asociados.

Para esto, se hace la entrevista, el cual es el procedimiento de evaluación fundamental y cuyo objetivo es establecer si la paciente tiene un temor fóbico hacia la obesidad por el miedo a perder el control sobre la ingesta. Sin embargo, se ha visto que la anoréxica plantea dificultades al llevar a cabo la entrevista por su tendencia a negar la enfermedad, y por lo tanto, su actitud ante el médico o el psicólogo tiende a ser negativa, ya que lo ve como un enemigo aliado de la familia en la lucha por el aumento de su peso. Esto conduce a la deformación y ocultación de los hechos, comportamientos y sentimientos, cuando no un claro rechazo para realizar la entrevista clínica, por lo que es importante entrevistar a familiares cercanos del paciente (Rausch y Bay, 1990).

Existen diversos tipos de terapia, tales como (Mateos y Solano, 1997):

- ◆ Psicoterapia basada en el modelo neo-psicodinámico.
- ◆ Terapia familiar estructural.

- ◆ Terapia conductual.
- ◆ Terapia cognitivo-conductual: Reestructuración cognitiva, autoobservación, identificación de los antecedentes a los episodios de sobreingesta, educación nutricional y planificación de las dietas.

En esta última, se ha argumentado que se presentan contenidos cognitivos de un locus de control externo y un locus de control interno. En el primero es donde se atribuyen a los agentes ajenos al propio sujeto la forma de comportarse y el locus interno implica atribuir el comportamiento y sus consecuencias a uno mismo. Con base en lo anterior, Strober, Salkin, Burroughs y Morrell (1982) hallaron que las anoréxicas tenían un locus de control más interno que otros grupos (personas depresivas con trastorno de la conducta y "personas normales").

Con respecto a las técnicas utilizadas para evaluar la apreciación de la imagen corporal, Slade (1985) las clasifica en dos grupos:

1. Técnicas de distorsión de imágenes, es donde se utilizan espejos deformables de metal, fotografías o diapositivas contempladas con lentes amórficos o imágenes televisivas distorsionables y solicitan a la paciente que determine la imagen más acorde con la actual visión de su propio cuerpo.

2. Técnicas de estimación del tamaño, exigen que la paciente delimite las dimensiones concretas de determinadas partes de su cuerpo, señalándolas con un lápiz sobre un papel sujeto a una pared.

Una derivación de estas técnicas de estimación también puede ser empleada como una estrategia terapéutica para el trastorno de la imagen corporal en la anorexia nerviosa, ésta consiste en el uso de los métodos de retroalimentación visual a través de videos o espejos, consistentes en confrontar a las pacientes con el video grabado de su apariencia corporal (Norris, 1984). Se encontró que en las anoréxicas, después de confrontarlas con el video, su autoevaluación llegó a ser más negativa; sin embargo, hubo un impacto positivo con la confrontación por medio del espejo sobre la exactitud del tamaño corporal (estimación), ocasionando un cambio en la imagen corporal subjetiva de la paciente (Fernández y Vandereycken, 1994), ya que el hecho de que visualice su cuerpo más delgado que antes, induce a una visión más realista de su cuerpo emaciado, es decir, hace que cambie su negación de la enfermedad (Fichter, 1990).

Algunos autores proponen que los factores relacionados con un peor pronóstico son la obesidad previa, la cronicidad del trastorno, el mayor uso de conductas purgativas (vómitos y/o abusos de laxantes y diuréticos), un número elevado de hospitalizaciones, la presencia de trastornos de la personalidad, la insatisfacción y mayor sobrestimación de su imagen corporal, así como los desajustes sociales serios (Slade, 1985; Toro y Vilardell, 1987). De acuerdo al pronóstico, Chinchilla (1994) menciona que del 50 al 75% de las pacientes con anorexia nerviosa evolucionan hacia la remisión o la mejoría.

3. BULIMIA NERVIOSA

3.1. Definición

Rusell (1979) utiliza la expresión bulimia nerviosa para describir a un grupo de pacientes que presentan una necesidad imperiosa de comer en exceso, vomitar y utilizar laxantes tras sus ingestas, prácticas acompañadas por un miedo intenso a engordar. Mientras que más actualmente, Saldaña (1994) la define como una combinación de periodos de restricción alimentaria con periodos de sobreingesta y vómito.

Así, la bulimia nerviosa se define como un síndrome que se caracteriza por una forma particular de ingesta excesiva ("parranda" o "atacón") dada por un nulo control de los impulsos, consiste en el uso habitual de conductas compensatorias inadecuadas como la habituación a la autoprovocación del vómito o al uso de sustancias o medicamentos, que son empleados como métodos paliativos para evitar el aumento de peso tras la sobreingesta o atracón (Rausch y Bay, 1990).

3.2. Criterios Diagnósticos

La bulimia se denomina "bulimia nerviosa" porque presenta una psicopatología semejante a la de la anorexia nerviosa (temor fóbico a la obesidad o sobrepeso), por lo que se le consideraba inicialmente como un trastorno secundario a la anorexia, pero una vez establecidas las diferencias entre ambas se le identificó como una entidad psicopatológicamente distinta denominándola bulimia en el DSM-III (A.P.A., 1980) y adoptándose el término de bulimia nerviosa en el DSM-III-R (A.P.A., 1988) y DSM-IV (A.P.A., 1994).

Las características esenciales de la bulimia nerviosa consisten en atracones (episodios de sobreingesta), especialmente durante la noche y en conductas compensatorias inapropiadas para evitar la ganancia de peso (provocación del vómito, empleo de laxantes y/o diuréticos, ejercicio excesivo, etc.). Estos generalmente se producen a diario, al menos un promedio de dos veces a la semana durante un periodo de 3 meses, acompañados de un miedo enfermizo a engordar, llegando a establecerse un ciclo que consiste en hacer dieta o ayuno (periodos de restricción alimentaria), atracarse (episodios de ingestas copiosas) y practicar conductas compensatorias, lo que contribuye a perpetuarlo.

Así, el círculo vicioso del ciclo bulímico se inicia con frecuentes episodios de hiperfagia donde hay una sensación de pérdida de control (Mora y Raich, 1993a), después se produce la sensación de hinchazón y fuertes sentimientos de culpa (Chinchilla, 1994), lo que da lugar a que la paciente recurra a métodos purgativos tales como el vómito y/o abuso de laxantes y diuréticos. Este círculo se instaura de forma lenta y progresiva, de forma que cada vez se suceden con más frecuencia los atracones y los vómitos varias veces al día (Mora y Raich, 1993b).

Estos atracones se caracterizan por comprender la ingestión episódica, descontrolada y compulsiva de grandes cantidades de alimento en un corto periodo de tiempo (ataques de voracidad recurrentes). Los alimentos ingeridos durante estos episodios suelen tener un alto contenido calórico y normalmente son ingeridos en forma clandestina, constituyendo un círculo vicioso consistente en una actitud rebelde o transgresora de la norma o patrón alimentario, seguido de sentimientos de culpa y angustia, que inducen a comer nuevamente. Una vez iniciada la ingesta se pueden ir añadiendo alimentos para continuar con la comilona y a menudo existe una sensación de pérdida de control y de dificultad para dejar de comer. Sólo ante el malestar físico, el dolor abdominal o la sensación de náusea, el individuo reacciona provocándose el vómito para disminuir el malestar que aparece después de la comilona, o manifestando gran preocupación por su peso, haciendo nuevamente intentos de controlarlo mediante la dieta restrictiva, el vómito autoinducido o el abuso de los laxantes (Saldaña y Rosell, 1988).

Algunas investigaciones han afirmado que este tipo de conducta (atracción o sobreingesta) se debe a un trastorno del humor, baja autoestima, preocupaciones con la comida y con la forma

corporal (Fairburn, 1981; Johnson y Larson, 1982; Rusell, 1979). De acuerdo a los criterios de DSM-IV (A.P.A., 1994) se establece que una persona presenta bulimia nerviosa cuando existe:

1. Presencia de atracones recurrentes, que se caracterizan por a) un consumo rápido de una gran cantidad de comida en un periodo discreto de tiempo, por ejemplo 2 horas; b) percepción de pérdida de control sobre la ingesta de alimentos durante los episodios de voracidad, que terminan normalmente con malestar abdominal, provocación del vómito, sueño.
2. Conductas compensatorias inadecuadas de manera repetida para prevenir el aumento de peso, como son la provocación del vómito, el empleo de fármacos, laxantes y diuréticos, dietas estrictas o ayuno, ejercicio vigoroso para prevenir el aumento de peso.
3. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas deben ocurrir con un promedio de al menos dos veces a la semana durante un periodo de tres meses.
4. Una preocupación persistente por la silueta y el peso. Algunos sentimientos que predominan son la depresión, sentimientos de tristeza y llanto frecuente.
5. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Existen dos tipos de bulimia, con base en la presencia o ausencia del uso regular de métodos de purga con el fin de compensar la ingestión de alimento durante los atracones:

- Tipo purgativo, este tipo describe cuadros clínicos en los que las personas presentan regularmente autoprovocación del vómito o el uso de laxantes, diuréticos y enemas durante el episodio.
- Tipo no purgativo, este tipo describe cuadros clínicos en los que la persona ha usado otras conductas compensatorias inapropiadas como la dieta o el ejercicio excesivo pero no presenta conductas compensatorias como la provocación del vómito, el uso de laxantes, diuréticos o enemas durante el episodio.

Se ha sugerido que en casos del tipo purgativo hay más síntomas depresivos y una mayor preocupación por el peso y la silueta corporal que en los casos de tipo no purgativo (A.P.A., 1994).

Por otra parte, hay bulimia de peso normal, que se refiere a los pacientes que tienen episodios bulímicos pero su peso siempre ha estado en un rango normal o superior. También

se dice que la bulimia nerviosa comprende al subgrupo de ex-pacientes anoréxicos que se atracan y purgan, pero cuyo peso ha mejorado y no corresponde con anorexia nerviosa (Rausch y Bay, 1990). Asimismo, se ha encontrado que las mujeres que presentan este trastorno tienen un peso normal, aunque también las hay con sobrepeso u obesas (Raich, 1994). Además puede presentarse ya sea con la obesidad, con la anorexia o como una entidad aparte (Wilson y Walsh, 1991; Feinstein y Sorosky, 1988). La edad media de aparición está situada alrededor de los 16 y 18 años, que es el periodo de la adolescencia (Saldaña, 1994). Además, al ser un comportamiento clandestino y no presentar una pérdida de peso tan acusada, suele pasar desapercibida durante mucho tiempo. Se presenta principalmente en mujeres ligadas al ámbito de la danza y el modelaje (Kaplan y Sadock, 1994).

3.3. Breve Revisión Histórica

La historia de la bulimia inicia con Galeno (1743) quien la describió como la "kynos orexia" o hambre canina porque tenían un "enorme apetito", se caracteriza por la ingesta de alimentos a intervalos muy cortos y se asocia a palidez de tegumentos, frialdad en las extremidades, sensación de repleción gástrica y pulso débil. Posteriormente, apareció reflejada en los diccionarios médicos de los siglos XVIII y XIX como curiosidad médica. Así, en el siglo XIX el New Dictionary of Medical Science la define como "hambre de buey", un apetito atroz, observándose en algunas ocasiones en la histeria y a lo largo del embarazo. En Inglaterra, en el diccionario médico de Quincy (1726) y en Psysical Dictionary de Blankart (1708) la definen como un apetito excesivo, incluso extraordinario, que relacionan con un trastorno puramente gástrico. En el Dictionnaire de Edinburch (1807) se define como una afección crónica caracterizada por desvanecimientos y/o vómitos inmediatamente después de la ingesta de una enorme cantidad de alimentos. Blachez (1869, cit. en Stein, 1988a) decía que en la bulímicas, el alimento se convertía en una preocupación franca y obsesiva, lo que la hacía un síndrome. Janet publica en 1903 diversos ejemplos de casos de bulimia a finales del siglo XIX, los cuales se caracterizaban por un cuadro de depresión, un temor fóbico a engordar acompañado de una intensa preocupación por la ingesta (Stein, 1988a; Guillemot y Laxenaire, 1994).

En 1932, Wulff habla de un síndrome caracterizado por la alternancia de periodos de ascetismo y de voracidad insaciable estableciendo de este modo implícitamente la relación entre anorexia y bulimia. Posteriormente, en 1959 Stunkard propone una clasificación de la obesidad en función del tipo de comportamiento alimentario, habla de tres subgrupos, de los

cuales, uno se caracteriza por el aspecto orgiástico de la alimentación y por la repetición de accesos bulímicos, convirtiéndose en una de las primeras alusiones a este tipo de conductas alimentarias; sin embargo, este subgrupo no puede coincidir con las bulímicas actuales caracterizadas por la delgadez en la mayor parte de los casos. A finales de los años 70 fue descrita y traducida como el síndrome de purga y atracones o bulimarexia, caracterizado por los episodios de sobreingesta (Bosking-Lodahl, 1976). Palmer (1979) a su vez, habla de un síndrome de caos alimentario, refiriéndose a un trastorno del comportamiento alimentario caracterizado por accesos de bulimia (cit. en Chinchilla, 1994).

Por otro lado, Rusell (1979) es el primero en definir los criterios diagnósticos de la denominada entonces bulimia nerviosa y en hacer la primera descripción clínica exacta del trastorno. Sin embargo, a partir de 1985, reservará este término a las bulímicas que llegan a serlo tras un periodo de anorexia, por lo que a los otros casos los denominará solamente como bulimia. Siendo que la bulimia nerviosa haya adquirido su autonomía nosológica desde hace algunos años. Se concibe por primera vez como trastorno en 1980 y es incorporada en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales III (A.P.A., 1980) con la denominación de bulimia, en éste se proponen una serie de criterios, precisando que los accesos bulímicos deben ser repetidos (por lo menos dos episodios bulímicos como promedio por semana, como mínimo durante tres meses) y que los episodios bulímicos no deben darse en el contexto de una anorexia nerviosa o algún otro tipo de trastorno. Hablando ya desde ese entonces de una bulimia nerviosa. Posteriormente, en el DSM-III-R (A.P.A., 1988) se adopta el término de bulimia nerviosa. Este trastorno es el más desconcertante, en medida de que puede coexistir ya sea con la obesidad, con la anorexia, o bien presentarse como una entidad aparte. Actualmente se encuentra el D.S.M.-IV (A.P.A., 1994).

Cabe señalar que en los últimos 50 años, ha habido un incremento de las pacientes con anorexia nerviosa que presentan síntomas de bulimia. Esto se debe a la creciente presión social por la delgadez que se ejerce en la población femenina. El 56.7% de las bulímicas reúnen criterios diagnósticos de anorexia nerviosa previa y el 23.3% la padece de forma crítica (Rausch y Bay, 1990). Con respecto a la incidencia y la prevalencia que se estima para la bulimia, ésta ha variado ampliamente, se dice que hay una incidencia de 1.3% en mujeres y 0.1% en varones (Schotte y Stunkard, 1987). También se sugiere que cerca del 10% de la población femenina en la adolescencia padece este trastorno (Rausch y Bay, 1990). Asimismo, Crispo, *et. al.* (1996) mencionan que del 10-15% de la población que presenta trastornos

alimentarios, el 3 al 5% tienen bulimia. Otro porcentaje es el referido por Mateos y Solano (1997) quienes hablan de una incidencia de 1 a 3% en mujeres, siendo 10 veces menor en hombres. En estudios hechos en población general de clase media, la padecían alrededor del 10% de mujeres por debajo de los 30 años y la mitad la practicaba con frecuencia. La mayor prevalencia se observa en chicas escolares. En población general alrededor del 5% de mujeres y el 1% de hombres usan los vómitos o laxantes para adelgazar por cuestiones estéticas (Chinchilla, 1994).

3.4. Características Biológicas, Psicológicas y Sociales

Las pacientes con trastorno alimentario presentan características comunes que pueden agruparse en los sistemas biológico, psicológico y social (Mateos y Solano, 1997).

⇒ ETIOPATOGENIA

Las pacientes bulímicas comienzan su enfermedad siguiendo inadecuadamente una dieta para bajar de peso, resultado de la presión social en los últimos años por exaltar la silueta delgada; además de que los medios de difusión como cine, televisión y revistas muestran imágenes de lo que debe ser considerado como "bello", y simultáneamente, ofrecen dietas variadas con promesas mágicas de adquirir siluetas atractivas en breve tiempo. Además, existen múltiples mensajes respecto a la buena salud y la prevención de enfermedades que tienen que ver con la obesidad, pero no se encuentra el mismo grado de difusión sobre las complicaciones de las dietas y de lo peligroso que ellas pueden llegar a ser (Rausch y Bay, 1990).

⇒ CARACTERÍSTICAS BIOLÓGICAS

- ◆ Episodios de sudoración.
- ◆ Dolor de cabeza, garganta y estómago.
- ◆ Náuseas.
- ◆ Sobreingesta-vómito.
- ◆ Cara hinchada.

Trastornos médicos asociados (Rausch y Bay, 1990; Crispo, *et. al.* 1996):

- ◆ Boca: Por los vómitos se produce la pérdida y erosión del esmalte dentario, se inflaman las encías, el paladar y la garganta.
- ◆ Glándulas salivales: Hay hipertrofia de las glándulas y éstas aumentan de tamaño por vomitar, también aumenta el tamaño de las glándulas parótidas, llegando en ocasiones a una tumefacción.
- ◆ Del medio interno: Deshidratación (baja de agua), hipocalcemia, hipocloremia, alcalosis metabólica, acidosis metabólica, deficiencia de magnesio por el uso de laxantes y diuréticos, alteraciones electrolíticas y presencia de edemas. Estas producen debilidad muscular, hormigueos, calambres, cansancio, letargo, constipación y depresión. Asimismo, se presentan alteraciones hidroelectrolíticas, debido a que el potasio baja por los vómitos y empleo de diuréticos, afectando esto al funcionamiento del corazón y ocasionando arritmias cardíacas; además, hay baja de sodio, lo que produce a su vez baja en la presión arterial y mareos (Mitchell, 1988).
- ◆ Aparato digestivo:
 - a) Esófago: Irritación del esófago por los vómitos, puede haber una rotura o fisura esofágica, hay una frecuente aparición del reflujo gastroesofágico y/o esofagitis.
 - b) Estómago: Gastritis, hay vómitos de sangre por las erosiones y úlceras, el vaciamiento gástrico se hace más lento, lo que provoca dilatación aguda del estómago y del duodeno.
 - c) Intestino: Diarreas y cólicos, constipación grave afectando al colon por el uso prolongado de laxantes. Asimismo, se ha encontrado un aumento de las transaminasas aunque no hay afección hepática.
- ◆ Aparato cardiovascular: Hipotensión arterial, taquicardia, bradicardia, arritmia cardíaca, cambios ortostáticos de la presión arterial y alteraciones electrocardiográficas (Halmi, 1987).
- ◆ Aparato respiratorio: Bronquitis, neumonías aspirativas, espasmo bronquial, neumonitis, así como enfisema subcutáneo y pneumomediastino.
- ◆ Aparato renal: Necrosis renal, infecciones urinarias, cálculos urinarios, además pueden presentar ascenso de la urea y densidad urinaria baja.
- ◆ Aparato endócrino: Irregularidad menstrual, amenorrea secundaria, alteraciones menstruales, dadas algunas anomalías consecuentes en el eje hipotálamo-hipofisotiroideo.
- ◆ Neurológicos: Hay alteraciones electroencefalográficas acompañadas de parestesias y espasmos musculares.

- ♦ Manos: Callosidades y erosiones por utilizarlas para el vómito (Signo de Rusell), lastimaduras en los nudillos de los dedos y en el dorso de la mano (Renshow, 1985).

En el caso de las pacientes bulímicas, su aspecto externo suele ser o bien el de una persona más o menos obesa, o bien presentan un peso normal, aunque más raramente están desnutridas (Rausch y Bay, 1990).

⇒ CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS

La principal característica de la bulimia es que ponen demasiado énfasis en el peso y en la silueta corporal al autovalorarse, siendo estos los factores más importantes para determinar su autoestima, la cual tiende a ser baja. De tal forma, desarrollan imágenes sobre sí mismas y fabrican su propio concepto acerca de quienes son.

El grado en el que el individuo se acepta a sí mismo es conocido como autoestima, así cuanto menos parecido a lo que la persona considere como "ideal" más baja estará su autoestima, ya que en la mujer se relaciona con la imagen externa, la aprobación del otro, cumplir con las expectativas y responder a las necesidades de los demás (Crispo, *et. al.*, 1996).

Asimismo, presentan trastornos del estado de ánimo, inestabilidad afectiva, referidos a estados de humor depresivos altamente variables como el trastorno distímico y el trastorno depresivo mayor, los cuales ceden a medida que se controlan los síntomas alimentarios (Fairburn, 1984), conducta impulsiva y baja tolerancia a la ansiedad y a la frustración (Johnson y Maddi, 1985), es mentirosa ya que crea fantasías y tiene ideas suicidas (Crispo, *et. al.*, 1996), incompetencia social, gran necesidad de aprobación externa, neuróticamente ansiosos y más alienados, más proclives a tener dependencia y abuso de sustancias tóxicas como el alcohol y los estimulantes (Rausch y Bay, 1990).

También tienen trastornos de personalidad, que se refieren a un conjunto de rasgos de personalidad que dan un modo estable de percibir, relacionar y pensar acerca del mundo y de uno mismo. Las anoréxicas-bulímicas presentan una personalidad borderline, ya que son más impulsivas y con frecuencia informan comer en exceso, "raterismo" en las tiendas y actividad sexual que les ocasiona daño, su sentido de identidad no está consolidado y se deprimen mucho cuando están solas, el efecto es lábil y oscila entre la furia y la depresión. Suelen ser

muy demandantes en sus relaciones sociales por lo que usualmente generan rechazo y por ello fracasan en el establecimiento de relaciones interpersonales (Garner y Garfinkel, 1980). Las de personalidad histriónica, que se caracterizan por una hiperactividad emocional ante los estímulos, y la expresión intensa de los afectos, tienen gran necesidad de aprobación externa y confirmación, e intentan lograrlo acomodándose a los demás; asimismo, son evitadores de conflicto, permanentemente buscan el halago y la atención de los demás, aunque evitan el contacto prolongado e íntimo para evitar ser descubiertos de su falta de autenticidad (Millon, 1981).

Por otra parte, se encontró que la bulímica tienen miedo a madurar, una baja autoestima y se sienten ineficaz en su vida. Esto indica que la bulímica aún tiene deseo de permanecer en la seguridad de los años pre-adolescentes, ocasionándole problemas de autonomía e independencia, percibe el temor de sus padres porque ya ha dejado su niñez y sufre por la falta de estímulos de parte de ellos para animarse a entrar en el mundo adulto. Hay un pensamiento infantil que se mueve entre los extremos: bueno-malo, todo o nada, obeso-delgado. Cabe señalar, que los trastornos alimentarios se desarrollan desde la pubertad-adolescencia-juventud, siendo el periodo donde hay conflictos por los cambios físicos, sexuales, emocionales y sociales, hay un aumento en el peso dado que se convierte en mujer, provocando una intolerancia a esa realidad y una dificultad para aceptar un cuerpo que transmite que ya ha dejado la infancia (Mancilla, *et. al.*, 1998).

Además presenta problemas de autonomía, que es la dificultad que tiene para funcionar de forma independiente y autónoma respecto a su familia o de otros patrones externos, vive muy pendiente de lo que otros esperan de ella, de cumplir con los ideales de sus padres o de darles satisfacción a los demás. No puede desarrollar un pensamiento personal, se adecua a la imagen que otro puede tener de ella, por lo que es inevitable que tenga una cierta sensación de ineficacia personal con respecto a su propia vida, una gran dificultad para resolver las cosas apelando a recursos personales porque siempre termina dudando de sí misma, ya que es un ser infantilista que generalmente los padres no dejan crecer (Crispo, *et. al.*, 1996; Mancilla, *et. al.*, 1998).

Por otro lado, Robinson (1986) demostró la presencia de procesos cognitivos anormales como respuesta a la ingesta, ya que ésta es seguida de una mayor ansia de comer debido a la restricción alimentaria. Así, se fijan más en conceptos relacionados con su padecimiento como

pueden ser la comida (sándwich, helado, pizza, chocolate, pasta de nuez), el peso (gordo, flaco, flácido, voluminoso, grande) y el cuerpo (estómago, labios, cabello, mustos, cintura) (Formea y Burns, 1996). Por otro lado, muestran un significativo grado de disturbio que está relacionado con la disrupción cognitiva y conductual asociada con el inicio de control, con el miedo, el sentimiento de culpabilidad y autodisgusto en el episodio de la parranda (Leon, *et. al.*, 1985).

En cuanto a la ansiedad, diversos autores señalan que juega un papel central en la conducta de la ingesta. Así, los alimentos sirven para somatizar los miedos, sueños, frustraciones y convicciones, esto hace que se abuse de la comida aunque no se tenga hambre, como un apoyo para enfrentar la angustia ante el rechazo, la desconfianza, la carencia afectiva, la ira reprimida y el dolor (Mahoney, 1985; Saldaña y Rosell, 1988; Szamos, 1994).

⇒ CARACTERÍSTICAS SOCIALES

❖ Familia

Dentro de las características familiares en los trastornos alimentarios se encuentran (Crispo, *et. al.*, 1996):

- ◆ Poca comunicación entre sí y una interrelación pobre.
- ◆ Incapacidad para la resolución de los conflictos que se presentan.
- ◆ Sobreprotección por parte de los padres.
- ◆ Rigidez y falta de flexibilidad para encarar las situaciones nuevas, o regular las reglas familiares adecuándolas a los cambios de etapa.
- ◆ Ausencia de límites generacionales.
- ◆ Expectativas demasiado altas de los padres, respecto de sus hijos.
- ◆ Historias familiares que incluyen depresión y alcoholismo.
- ◆ Existencia en el seno de la familia de abuso sexual o físico.
- ◆ La idea fundamental del cuidado de la imagen externa.

Algunos autores mencionan que el ambiente familiar de las bulímicas es más conflictivo, desvinculado, no cohesivo, hostil, inexpressivo, adverso, aislado y desorganizado, ocasionando

severas dificultades para que las personas bulímicas logren su independencia e individuación, que es a partir de donde se crea la propia identidad (Wilson, 1985; Toro y Vilardell, 1987; Ludewig, 1991; López y Cervera, 1991; Strober y Humprey, 1987). Estas características familiares pueden amplificar los imperativos socioculturales, siendo relevantes al saber que los valores estéticos de la delgadez son un factor de riesgo para el desarrollo del trastorno (Kalucy, *et. al.*, 1977). Los miembros de la familia están atrapados en patrones de interacción familiar donde los síntomas de la hija desempeñan un papel central para la evitación del conflicto que subyace y en el mantenimiento de un cierto equilibrio familiar (Minuchin, *et. al.*, 1978; Rausch y Bay, 1990).

Root, Fallon y Friedrich (1986, cit. en Crowther, Tennenbaum, Hobfoll y Parris, 1992) delimitaron tres tipos de familias bulímicas: perfecta, sobreprotectora y caótica. Se caracterizan porque tienen problemáticas con respecto al peso y a la apariencia, tienen altos niveles de poder maternal en comparación con el paternal. Diferiendo en la naturaleza de sus conflictos familiares, papeles, ideas y en la función interpersonal de los síntomas bulímicos.

Vázquez y Raich (1998) realizaron un estudio con el objetivo de evaluar la dinámica familiar, así como las actitudes paternas hacia el peso corporal y la imagen corporal en familias con trastorno alimentario. Encontrando que hay una preocupación frecuente por el peso, la forma del cuerpo y un intenso miedo a engordar por parte de las hijas. Asimismo, las madres le transmiten ciertos valores acerca de un peso adecuado, habiendo una relación entre la obesidad y/o problemas de sobrepeso con los factores predisponentes para los trastornos alimentarios. Así, las actitudes paternas hacia el peso son importantes porque comunican a sus hijos a través de sus comentarios un ideal del cuerpo, o la importancia que el peso puede tener en la valoración de las personas, teniendo efecto en la autoimagen que su hijo construya de su cuerpo (Bruch, 1973). Ambos padres –pero con mayor énfasis los padres del sexo masculino– creen que los jóvenes delgados son más aceptados por los demás, dan mayor importancia a las calificaciones escolares y al ascenso en el trabajo, observándose que tienen una alta orientación a los logros y a la organización (Johnson y Flach, 1985). Asimismo, los padres tienden a ser más apegados con sus hijas durante el transcurso de la niñez y distantes durante la adolescencia. Por otra parte, en las madres se da una admiración por la voluntad que tienen las personas que hacen regímenes dietéticos (Vázquez y Raich, 1998). Además se caracterizan por ser más dominantes y controladoras, teniendo altas expectativas con respecto a sus hijas (Crowther, *et. al.*, 1992).

Rodin, *et. al.* (1994) mencionan que puede ser perjudicial la influencia de una hermana con trastorno alimentario, o con gran preocupación por el peso y con una alta frecuencia de conductas restrictivas. Por otra parte, en la bulimia se ha encontrado que el ciclo de parranda-purga muestra una metáfora apropiada para recurrir a los déficits y excesos de la familia (Krog, Vertonment y De Groote, 1986).

3.5. Instrumentos de Evaluación

Para determinar y diagnosticar si una persona sufre bulimia nerviosa, debe llevarse a cabo una exploración y evaluación de sus actitudes alimentarias, así como de los factores psicológicos implicados en estos, esto con la finalidad de poder obtener un buen diagnóstico clínico. Para esto se utilizan la entrevista y los autoinformes o autoreportes (tests) como el B.U.L.I.T. (Bulimia Test, de Smith y Thelen, 1984) y su versión traducida y adaptada al español por Mora (1993).

Estos instrumentos y cuestionarios que sirven para la detección, valoración y diagnóstico de la bulimia deben tener las siguientes características: a) que distinga entre los individuos que exhiben el síndrome bulímico y los individuos que no tienen problemas en el comer; b) distinguir entre los individuos bulímicos y respecto a estos otros trastornos alimentarios, c) distinguir entre los subgrupos de los bulímicos basados en un criterio particular (por ejemplo, severidad de vómito, purga y conductas de fijación); d) producir estas distinciones para los individuos quienes nunca habían estado bajo tratamiento, así como para los que sí han tenido.

Asimismo, estos instrumentos como el B.U.L.I.T. (Smith y Thelen, 1984) requieren de una validación para poder emplearlo. Así, su validación se basó en la comparación de dos grupos independientes (22 bulímicas, 99 sin trastorno y 14 sujetos diagnosticados con anorexia nerviosa, tomando en cuenta el criterio del DSM-III). Al principio 75 ítems preliminares se desarrollaron para que reflejaran las características de la bulimia, en formato de 5 opciones de elección múltiple. Dos nuevos ítems concernientes al vómito y a las conductas de dietas estrictas se adicionaron para la segunda versión de la escala. Cuatro ítems preliminares se guardaron para producir información sobre abuso de laxantes y diuréticos y amenorrea. Se determinó que el punto de corte de la escala fuera 102, ya que éste permitía distinguir a los sujetos normales de los bulímicos. La prueba final consistió de 36 ítems, bajo una escala bipolar

de cinco opciones, representando cada una de las áreas descritas en el DSM-III (A.P.A., 1980), excepto: a) conductas relacionadas a intentos extremos para bajar de peso (por ejemplo, dieta estricta, vomito, abuso de laxantes y diuréticos) y b) criterios para no admitir un diagnóstico de la anorexia nerviosa. Nueve de los ítems preliminares se incluyeron para cubrir estas áreas satisfactoriamente en la distinción entre grupos. El puntaje total del B.U.L.I.T. de la segunda prueba mostró una diferencia significativa entre los sujetos que se juzgaron como bulímicos y los sujetos normales. Se obtuvieron 5 factores que predicen la sintomatología de la bulimia, que son: 1) Sobreingesta, 2) Sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta, 3) Vómito, 4) Preferencia por algún tipo de comida durante la sobreingesta y 5) Fluctuaciones en el peso.

Con respecto al test de bulimia (B.U.L.I.T. de Smith y Thelen, 1984) en su versión traducida y adaptada al español, realizada por Mora (1993) se comprueba que este instrumento evalúa específicamente la presencia de este trastorno así como de su sintomatología. Es un cuestionario de autoreporte de 36 ítems, bajo una escala bipolar de cinco opciones y como punto de corte 102. Al realizar el análisis factorial se encontraron siete factores que se ajustan a los criterios del DSM-III (A.P.A., 1980): a) Dieta y sentimientos negativos después de una sobreingesta; b) Bulimia; c) Preferencias alimentarias durante la sobreingesta; d) Irregularidades menstruales; e) Vómito; f) Fluctuaciones del peso y g) Abuso de laxantes y/o de diuréticos.

Asimismo, Alvarez (2000) realizó un estudio con la finalidad de valorar las propiedades psicométricas (confiabilidad y validez) en población mexicana del instrumento B.U.L.I.T. (Smith y Thelen, 1984). Para esto, se empleó la traducción realizada por Mora (1993) y se adaptó para la población mexicana. Se encontró que la prueba presenta una buena consistencia interna y una validez predictiva que establece como punto de corte = 95, el cual permite detectar los trastornos de bulimia y TCANE 3, siendo capaz de identificar el 81.8% del grupo clínico contra el 97.4% del grupo control, por tanto se clasificaron correctamente el 94% de los sujetos valorados. Asimismo, se establecieron 3 factores que explican el 42.7% de la variabilidad total:

Factor 1. Sobreingesta y sensación de pérdida de control sobre la alimentación (Ítems: 1, 3, 4, 8, 11, 12, 13, 17, 28 y 35)

Factor 2. Sentimientos negativos después de una sobreingesta (Ítems: 10, 14, 16, 20, 23, 26 y 29)

Factor 3. Conductas compensatorias (Ítems: 7, 15, 27 y 30)

De tal forma, se puede decir que el B.U.L.I.T. es una medida objetiva, confiable y válida para identificar a los individuos con síntomas relevantes del síndrome de bulimia nerviosa. La escala tiene una habilidad predictiva, en razón de que las preguntas son exactas para el criterio particular que indica la sintomatología de la bulimia. Dado el uso del diagnóstico clínico para los sujetos del grupo bulímico, se sugiere que el B.U.L.I.T. se puede usar para detectar a individuos de la población en general que sufren o presentan un riesgo de desarrollar a la bulimia nerviosa.

3.6. Tratamiento

La persona con bulimia nerviosa suele acudir espontáneamente a la consulta, luego de un tiempo variable de haber ocultado sus síntomas que pueden ser desde algunos meses hasta 8-10 años y además de que su aspecto externo resulta con frecuencia ser más normal que el de las anoréxicas. El odontólogo puede a veces diagnosticar la enfermedad, ya que los signos dentales son casi patognomónicos y las consecuencias sobre el esmalte dentario son inocultables. Asimismo, es común que declaren pensar constantemente en la comida y al hablar de los atracones, suelen negar que se deban al hambre, sino más bien a una costumbre que no pueden dominar, aunque confiesan que su conducta les ocasiona gran malestar y vergüenza. También tienen una idea sobrevalorada respecto del horror a la gordura (Rausch y Bay, 1990) y mencionan que suelen vivir con el temor y la vergüenza a ser descubiertos en uno de sus episodios de sobreingesta, que normalmente se llevan a cabo en secreto y por la noche (Mateos y Solano, 1997).

Al inicio de un tratamiento, se debe de evaluar el deterioro físico y su peso actual, la topografía de las dietas, los hábitos alimentarios de la paciente y las conductas purgativas; además de las distorsiones de la imagen corporal, las cogniciones relacionadas con la comida, el peso, la figura y la valoración estética de la misma, y finalmente, la existencia de otros posibles trastornos asociados (Crispo, *et. al.*, 1996).

Dentro de las corrientes psicológicas que se emplean para el tratamiento del trastorno alimentario se encuentran las siguientes (Mateos y Solano, 1997):

- ◆ Psicoterapia basada en el modelo neo-psicodinámico.

- ◆ Terapia familiar estructural.
- ◆ Terapia conductual.
- ◆ Terapia cognitivo-conductual: Reestructuración cognitiva, autoobservación, identificación de los antecedentes a los episodios de sobreingesta, educación nutricional y planificación de las dietas.

El tratamiento cognitivo-conductual que incide en los tres componentes de la imagen corporal: perceptivo, cognitivo-afectivo y conductual presenta las siguientes características (Raich, *et. al.*, 1997):

- Entrenamiento en percepción corporal correcta, haciendo énfasis en aquellas áreas que más preocupan al sujeto, que generalmente son las que más distorsionan.
- Desensibilización sistemática, primero en imaginación y después en vivo, tanto de áreas corporales concretas como de situaciones que producen sentimientos negativos respecto a la apariencia física.
- Reestructuración cognitiva, se entrena a los sujetos para detectar pensamientos negativos relacionados con la apariencia física, examinar las evidencias a favor y en contra, y constituir pensamientos más adaptado, basados en la objetividad.
- Exposición con prevención de respuesta para la eliminación de los rituales de comprobación del cuerpo: pesarse muchas veces, compararse con otras personas y búsqueda de confirmación (pedir insistentemente la opinión de otros acerca del aspecto corporal que le preocupa).
- Prevención de las recaídas, se les hace especificar las situaciones de alto riesgo de malestar con la imagen corporal y ensayar pensamientos racionales que puedan emplear, así como técnicas de relajación para hacer frente a la situación.

Raich, *et. al.* (1995) realizaron un estudio con el fin de dar resultados sobre el tratamiento cognitivo-conductual que se les aplicó a las personas con trastornos en la imagen corporal. El tratamiento duró 2 horas diarias durante 8 semanas, se hicieron estudios pre y post-tratamiento. El tratamiento cognitivo-conductual se enfocó en los tres aspectos de la imagen corporal: perceptual, cognitivo y conductual; encontrando que la intervención cognitivo-conductual produce cambios significativos en las medidas perceptual, cognitivo y conductual, aunque estos resultados no se pueden generalizar totalmente debido a que la muestra fue pequeña y

selectiva. Con todo lo anterior, se puede decir que los trastornos alimentarios comparten básicamente la fobia a engordar, preocupación extrema por el peso y la forma corporal, y prácticas reiterativas para el control de peso (Crispo, *et. al.*, 1996). (Véase Tabla 1)

TABLA 1

Rasgos Característicos	Anorexia Nerviosa Restrictiva	Anorexia Nerviosa Bulímica	Bulimia Nerviosa
Preocupación extrema por el peso y figura	Sí	Sí	Sí
Prácticas para el Control de peso	Sí	Sí	Sí
Mantenimiento de peso corporal bajo	Sí	Sí	No
Episodios de atracones	No	Sí	Sí

Tabla 1. Rasgos característicos de los trastornos alimentarios

En cuanto a las diferencias, se puede decir que (Casper, 1980, cit. en Toro y Vilardell, 1987; Rausch y Bay, 1990; Chinchilla, 1994):

- ◆ La **ANOREXICA** presenta alexilimia, que es la dificultad para leer sus estados y sentimientos (hambre, ansiedad, tristeza).
- ◆ Tiene mayor voluntad para controlar las ansias de comer.
- ◆ Suelen tener antecedentes de haber sido niñas ejemplares hasta la instalación de la enfermedad.
- ◆ Presenta amenorrea.
- ◆ Es sexualmente inactiva, también en el nivel de deseo.
- ◆ Niega tanto el hambre como su enfermedad, su conducta alimentaria le parece normal y suele considerarla motivo de orgullo.
- ◆ Es excepcional que acuda espontáneamente a consulta, ya que puede cursar durante años sin tratamiento porque oculta su sintomatología: El mayor riesgo de muerte se debe a la hipocalcemia y/o al suicidio.
- ◆ El aspecto emaciado hace evidente a todos su enfermedad.
- ◆ El rango de edad es menor.
- ◆ Suele ser introvertida y retraída socialmente.
- ◆ Presenta mayor hiperactividad.
- ◆ No existe una intención primaria de adelgazar o de aumentar de peso.

- ◆ Es más frecuente encontrar hipertensión, bradicardia e hipotermia.
- ◆ Las **BULIMICAS** presentan mayor conciencia de los estados internos.
- ◆ Menor capacidad de controlar sus impulsos.
- ◆ Presentan mayor trastornos de conductas asociados, como hurtos, abuso de alcohol o drogas y gestos automutilantes.
- ◆ Tienden a ser más depresivas y a manifestar más quejas somáticas.
- ◆ Presenta una menstruación irregular o está ausente.
- ◆ Es una persona sexualmente activa y algunas veces promiscua.
- ◆ Admiten tener intenso apetito.
- ◆ Su conducta alimentaria le resulta anormal, le genera gran angustia y consulta espontáneamente pidiendo auxilio para controlarla.
- ◆ Suele tener un aspecto saludable e incluso puede estar con sobrepeso.
- ◆ El rango de edad para su presentación es mayor, por lo que su inicio es más tardío.
- ◆ Suele ser extrovertida y con una vida de relación activa, por lo que tienen más relaciones sociales y mayor contacto heterosexual.
- ◆ Tiene menor hiperactividad.
- ◆ Restringen su alimentación.
- ◆ Utilizan sus atracones para aliviar el malestar psicológico.
- ◆ El método preferido para controlar el peso son los vómitos, laxantes y diuréticos.
- ◆ Rara vez evolucionan hacia la anorexia nerviosa típica, pero si es frecuente encontrar una anorexia previa.

Dado que es importante detectar la sintomatología de los trastornos alimentarios como la anorexia y la bulimia nerviosa, se han desarrollado los instrumentos como el E.A.T (Garner y Garfinkel, 1979; Castro, *et. al.*, 1991) y el B.U.L.I.T. (Smith y Thelen, 1984; Mora, 1993). Existiendo ciertas diferencias entre los instrumentos, por lo que en el siguiente punto se abordarán los factores de la sintomatología de estos instrumentos en forma más específica.

4. SINTOMATOLOGIA DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

La sintomatología de los trastornos alimentarios se refiere a las actitudes alimentarias y a los factores psicológicos implicados en éstas, que se deben tomar en cuenta para la determinación y diagnóstico de la patología.

4.1. Sintomatología de la Anorexia Nerviosa

Las personas que presentan el trastorno alimentario de **anorexia nerviosa** presentan los siguientes síntomas (Garner y Garfinkel, 1979; Castro, *et. al.*, 1991):

A) Trastornos psicobiológicos

En general, las características biológicas de la anorexia nerviosa son bajo peso, emaciación, hipotensión y bradicardia. La piel presenta una apariencia seca y agrietada, en ocasiones recubiertas de lanugo especialmente en mejillas, cuello, espalda, antebrazos y muslos (Schwabe, *et. al.*, 1981). Las extremidades corporales están frías, probablemente por una vasoconstricción generalizada; las uñas se vuelven quebradizas y se produce una caída de pelo cuyo aspecto se vuelve pajizo (Toro y Vilardell, 1987). Son frecuentes la sensación de hinchazón, el estreñimiento y los dolores abdominales. Hay formación de cálculos y presencia de amenorrea. Pueden pasar bastantes años desde el inicio de la enfermedad hasta que es detectada, lo que tiene evidentes repercusiones psicológicas (Mateos y Solano, 1997).

Con respecto al aspecto psicológico del trastorno, se caracteriza porque en la persona con anorexia nerviosa hay un temor fóbico a engordar, expresado por la preocupación respecto a una parte específica del cuerpo como el abdomen, muslos, caderas, piernas o la redondez del rostro, además de una distorsión en su imagen corporal, siendo común que niegue verse delgada o que insista en que sus piernas o brazos aún se ven gordos, por lo que hace dietas restrictivas o ayunos, se provoca el vómito, utiliza laxantes y/o diuréticos o realiza ejercicio excesivo para bajar de peso (Rausch y Bay, 1990).

Además, se caracteriza por tener una personalidad premórbida, es decir, es una niña "perfecta", complaciente y con apariencia de estar especialmente dotada, volviéndose experta

en observar y gratificar a los padres, ocasionando que no fuera preparada para la experiencia de separación e individuación, propia de la adolescencia. Presentando tres rasgos esenciales: a) fracasa en el desarrollo de la autonomía respecto a las figuras parentales, especialmente de la madre, debido al exceso de control por parte de los adultos; b) es una persona socialmente dócil y c) tiene dificultad para detectar correctamente sus propios sentimientos, pensamientos y sensaciones corporales (Bruch, 1982; Akiskal, Hirschfeld y Yerevanian, 1983). Tiene rasgos de personalidad inestable, ansiedad neurótica, síntomas bulímicos, así como un incremento en la caracterización somática y obsesiva (Garner y Garfinkel, 1982), excesiva conformidad social, control de la emoción y evitación de estímulos, conducta regimentada e inhibición de la emotividad (Strober, 1980), inseguridad social, excesiva dependencia y complacencia, poca espontaneidad y falta de autonomía (Strober, 1985). Asimismo, se ha encontrado una relación entre la depresión y la anorexia que va de un rango de 20% al 100% (Eckert, *et. al.*, 1982).

En un estudio realizado por Mancilla, *et. al.* (1998) encontraron que en el grupo anoréxico predominan los factores: "motivación para adelgazar" caracterizado por una excesiva preocupación por la dieta y el peso, tanto a través de un gran deseo de perder peso como por un desmesurado temor a ganarlo; y por un "perfeccionismo", expresado por sentimientos de inadecuación, inseguridad, inutilidad y falta de control sobre su propia vida, mostrando expectativas exageradas sobre sus logros y metas personales, con un especial énfasis en el éxito.

B) Preocupación por la comida

La anorexia se caracteriza por ser un síndrome de inanición o pérdida del apetito, ocasionando que las pacientes voluntariamente pasen hambre a pesar de estar rodeadas de comida, además tienen mayor preocupación por la comida, la cual es su principal tema de interés, restándosele a otras áreas; asimismo, reconocen tener hambre pero expresan miedo a perder el control sobre la ingesta si ingieren un bocado más de lo propuesto, además se preocupan por aprender el contenido calórico exacto de cada alimento, pesan cada ración de comida que van a ingerir y se pesan prácticamente a diario o ante la más mínima sospecha de aumento de peso (Kaplan y Sadock, 1994).

- ◆ Interés por la comida

Se ha encontrado que las anoréxicas tienen una mayor preocupación por la alimentación y el aumento de peso en comparación con las bulímicas (Mancilla, *et. al.*, 1998). Están tan obsesionadas con la comida, la actividad del comer y por su capacidad para controlar el hambre, que dispone de poco o nada de tiempo para pensar en estar bien físicamente, lo que ocasiona que no tengan las condiciones de estabilidad emocional mínimas para tener un buen desempeño en su actividad laboral, escolar y social (Crispo, *et. al.*, 1996). Siendo paradójico que este rechazo de la comida por parte de la anoréxica se acompañe, en ocasiones, por el deseo de que el resto de la familia se alimente bien, algunas de ellas cocinan de forma excelente para los demás mientras ellas "mal comen" aparte. Se pueden convertir en expertas en cuestiones dietéticas y coleccionar de forma casi obsesiva todo tipo de menús y dietas (Turón, 1997).

- ◆ Falta de control oral

La anorexia nerviosa se caracteriza por querer ser más delgada para tener éxito social, tener control sobre la comida y fuerza de voluntad. Dado que experimentan un intenso miedo a engordar y presentan perfeccionismo, se sienten avergonzadas por su peso y su ingesta; acompañado por un intenso temor a perder el control sobre la comida y su propia vida. Asimismo, consideran que es preciso mantener el cuerpo ideal a cualquier costo, lo que refuerza la sensación de inseguridad y les exige no fallar, siendo que si logran alcanzar este control corporal, se sienten poderosas manipulando el peso corporal, compensando así las sensaciones de impotencia que surgen frente a situaciones que le son difíciles de manejar (Crispo, *et. al.*, 1996; Mancilla, *et. al.*, 1998). De tal forma, que la búsqueda tenaz de la delgadez se vuelve un modo de procurarse un margen de seguridad respecto del riesgo a engordar (Rausch y Bay, 1990).

En sus percepciones corporales, con frecuencia no reconocen el mecanismo interno que ayuda a regular las cantidades de carbohidratos ingeridos, sintiéndose fuera de control cuando los comienzan a comer, de ahí que comiencen a suprimirlos. Sin embargo, muchas reconocen tener hambre pero expresan miedo a perder el control sobre la ingesta si ingieren un bocado más de lo propuesto, percibiendo a la saciedad en forma distorsionada ya que la refieren como distensión, plenitud o náuseas. Debido a su baja ingesta y a la desnutrición que presentan son

pacientes con constipación crónica, lo que aumenta la sensación de plenitud y de "guardarse la comida", llegando en ocasiones al uso de laxantes. Y cuando no logran mantener una conducta lo suficientemente restrictiva como para lograr su objetivo e ingieren un plato normal de alimentos o algunos de los alimentos "engordantes", pueden comenzar a provocarse el vómito.

- ◆ **Conteo Calórico**

Las anoréxicas comienzan a contar las calorías de cada uno de los alimentos que ingieren, esto con la finalidad de no consumir productos "engordantes" como los hidratos de carbono y glúcidos; y así no subir de peso. Así, pasan de una dieta moderadamente baja en calorías a otra francamente hipocalórica y comienzan a reducir lo que culturalmente consideran alimentos "que engordan". Rechazan las grasas y los hidratos de carbono, aunque pueden comer cereales con miel y sacarina para reducir el número de calorías (Turón, 1997).

C) Preocupación por la dieta y la práctica de un régimen dietario restrictivo

Dado que existen dos tipos del trastorno alimentario, la anoréxica puede presentar o no atracones o purgas. Así, en la anorexia de tipo restrictivo la pérdida de peso se consigue haciendo dieta restrictiva, ayuno o realizando ejercicio intenso. Mientras que la anorexia de tipo compulsivo/purgativo supone que la paciente recurre regularmente a atracones o purgas (o ambos), provocándose el vómito o utilizando diuréticos, laxantes o enemas de manera excesiva (A.P.A., 1994). Siendo que estas conductas más o menos extravagantes relacionadas con la comida y el peso, realizadas día a día, ocasión tras ocasión, siempre de la misma manera y reiteradamente y practicadas con un aparentemente escaso grado de "libertad", semejan auténticas compulsiones (Toro y Vilardell, 1987).

Con respecto a la dieta, se puede decir que es un factor importante que refleja insatisfacción corporal, baja autoestima y depresión, consiste en la puesta en práctica de medidas reductoras de peso por medio de la abstinencia y negación del alimento, con base en la disciplina y el control de las emociones y acciones. En el ámbito médico, la palabra dieta significa comer de acuerdo con reglas prescritas, siendo su principal objetivo el de mantener "una buena salud". Sin embargo, estas dietas restrictivas pueden en ocasiones implicar una contraparte patológica, que son los trastornos alimentarios como la anorexia y bulimia nerviosa (Corona, 1998). Así, Johnson-Sabine (1988, cit. en Rausch y Bay, 1990) en un estudio con

1010 adolescentes encontraron que el 21% de aquellas que realizaban dieta y habían obtenido altas puntuaciones en el E.A.T., tras un año de seguimiento desarrollaron un trastorno de alimentación. Por lo que es importante que la difusión masiva sobre pautas novedosas de alimentación deben acompañarse de una advertencia sobre sus posibles riesgos y complicaciones (Alvarez, *et. al.*, 1998).

En el origen de la anorexia nerviosa, se presentan cambios que guardan relación directa con la ingesta de alimentos, en donde la práctica de una dieta restrictiva o ayuno es la obertura pública manifiesta del trastorno, esto se da porque consideran que su peso y por ende su figura están por encima del peso ideal propuesto por los medios, lo que explica la crónica insatisfacción del 95% de las mujeres y la compulsión a dietas restrictivas en el 70% (Crispo, *et. al.*, 1996).

Por otro lado, sus pensamientos distorsionados atentan a conocimientos básicos de fisiología: creen que el proceso de ganancia de peso es indefinido, que los alimentos se convierten en grasa por sus características y no por la cantidad o su valor calórico y se sienten obligadas desde la adolescencia a prevenir, de la forma más radical, las complicaciones de una dieta excesiva: hipertensión arterial, hipercolesterolemias, obesidad, etc. No parecen sentir con la misma intensidad que el resto de las personas la sensación de hambre o fatiga, tienen una percepción extrema para detectar las menores variaciones en la mecánica digestiva: el llenado y vaciado del estomago, el proceso de digestión, los movimientos intestinales y las variaciones de peso (Turón, 1997).

La anoréxica inicia la práctica de medidas reductoras de peso, limitando y/o suprimiendo los glúcidos o hidratos de carbono, que suelen ser considerados como alimentos altamente calóricos y por lo tanto prohibidos, generalizándose a la reducción o supresión de los lípidos o grasas, y finalmente, acaba en la limitación de la ingesta proteínica. De tal forma que logran mantener un peso corporal muy por debajo del necesario para funcionar sanamente, algunas lo logran bajándolo durante su adolescencia o juventud temprana y otras comenzando a restringirse antes, logrando no ganar peso a medida que crecen.

Estas dietas restrictivas y ayunos conllevan a la inanición, con su subsecuente consecuencia de síntomas orgánicos y emocionales, así se acompañan de malestar físico, falta de energía, sueño ininterrumpido, disminución de la libido, disforia, dificultad para la

concentración, obsesión, depresión y retracción social, en donde por ejemplo, las extrovertidas van cayendo paulatinamente en un estado de aislamiento social y ensimismamiento (Crispo, *et. al.*, 1996). También ocasiona que el organismo se proteja, disminuyendo el gasto energético para mantener el peso cerca del nivel que tienen asignado (Hsu y Lee, 1993). Cabe señalar que una vez que se ha instalado esta conducta, se vuelve difícil identificar si la sintomatología que aparece es un subproducto del trastorno alimentario o se debe a características de personalidad. Además, la privación alimentaria, las experiencias pro-adelgazamiento, las prácticas de control de peso y las obsesiones con las dietas se convierten en agentes que precipitan, mantienen y perpetúan a la anorexia.

D) Autoprovocación del vómito u otras conductas compensatorias

- ◆ **Vómito**

Las anoréxicas de tipo compulsivo/purgativo practican el vómito no en relación con una ingesta crítica, sino en función de sus sobrevaloradas molestias postprandiales después de haber llevado a cabo un atracón, por lo que cuando no logran mantener una conducta lo suficientemente restrictiva como para lograr su objetivo de bajar de peso, pueden comenzar a provocarse el vómito. Esto puede representar una "solución" al problema en tanto que les permite comer en exceso y al mismo tiempo mantenerse delgados. Tras un periodo de práctica intensiva, no puede sorprender que en algún caso el vómito deje de ser plenamente voluntario ya que puede llegar a asumir características reflejas, es decir, condicionadas, ocasionando que a la menor ingesta se desencadene malestar y éste desaparezca con el vaciado del estómago a través del vómito (Rausch y Bay, 1990). Así, el vómito aún percibido también como irregularidad conductual, resulta reforzado negativamente al conseguir cierta mitigación de la ansiedad. En consecuencia, va a mantenerse y probablemente a incrementarse, con las consecuencias de todo orden que ello conlleva, y una vez establecido el vómito como hábito más o menos circunstancial, puede practicarse aún en ausencia de episodios bulímicos.

- ◆ **Uso de laxantes, diuréticos o enemas**

Otra conducta compensatoria que presentan las anoréxicas es el empleo de laxantes. Debido a su baja ingesta o restricción alimentaria y a la desnutrición, se suscita estreñimiento sumamente pertinaz, su saciedad la perciben en forma distorsionada y difusa, además aumenta

la sensación de plenitud, distensión y náuseas. Así, para evitar la experimentación de estas molestias abdominales comienzan a utilizar laxantes de todo tipo, los cuales, algunas veces son empleados con el objetivo de "expiar la culpa por el pecado" de haber comido, siendo frecuente sentirse "limpias por dentro" luego de purgarse (Toro y Vilardell, 1987). Asimismo la anoréxica también hace uso de diuréticos, que le sirven para disminuir la retención líquida y por tanto el peso, la cual es otra forma de conducta compensatoria.

◆ Ejercicio excesivo

La mayoría de las anoréxicas se entregan a una actividad física superior a lo normal, tanto en intensidad como en frecuencia, en muchos casos de forma obsesiva, con la finalidad de perder peso a través de un mayor gasto calórico. Por lo que es frecuente que dobleguen sus esfuerzos por bajar de peso agregando un desgaste calórico extra, que suele ser utilizado para intentar demostrar que no están debilitadas y que gozan de más energías que nunca.

Incrementan su actividad física a partir de dos mecanismos. El primero es cognitivo-conductual: sus ideas acerca del cuerpo y el peso llevan a un mayor gasto calórico a través de más movimientos. El segundo es psicofisiológico: la disminución de la ingesta y/o la restricción alimentaria voluntaria induce a mayores tasas de actividad, actividad que facilitaría, por lo menos en un principio, la disminución de la ingesta, estableciéndose así un círculo vicioso. Se ha visto que en pacientes bajo tratamiento, los incrementos en su actividad motora se asocian al incremento de peso a medida que progresa el tratamiento, partiendo de una hiperactividad anoréxica previa, la inanición disminuye la tasa de movimiento y la realimentación hospitalaria facilita su reanudación (Halmi y Falk, 1981, cit. en Toro y Vilardell, 1987).

Teóricamente, el incremento de la actividad física debe conducir a un aumento de la ingesta; sin embargo, Epling (1983, cit. en Toro y Vilardell, 1987) ha comprobado que las personas con una mayor actividad física disminuyen su ingesta calórica y el incremento de la ingesta ocurre cuando transcurre un cierto tiempo después del incremento de la actividad. Con esto, se puede decir que con tiempo suficiente, la ingestión de alimento se adapta a los niveles de actividad; no obstante, para ello es preciso que el alimento este restringido. Así, la actividad física excesiva y la restricción de la ingesta, constituirían un conjunto de condiciones suficientes para producir la "anorexia por actividad".

Asimismo, hacen largos paseos diarios, tienen extenuantes sesiones gimnásticas o de danza. También presentan alteraciones del sueño, debido a que deciden en ocasiones reducir sus horas de sueño en razón de que ello implica un mayor consumo energético. Pueden acostarse más tarde de lo habitual; justificándolo a veces, a través de sus obligaciones escolares o universitarias, por lo que parecen cursar un insomnio terminal.

E) Patrones o estilos alimentarios

La anoréxica se caracteriza por presentar conductualmente una alimentación lenta y clandestina. La primera se refiere a que las anoréxicas durante el proceso de alimentación, la hacen de forma lenta, mastican sus alimentos varias veces, y en ocasiones, tiran sus alimentos.

La segunda se refiere a que alrededor de la mitad de las anoréxicas, especialmente a partir de los 18 o 19 años, pasan por episodios bulímicos. Estos episodios, auténticos acceso de voracidad, implican ingestas desmesuradas y a veces prolongadas, de periodicidad irregular, que acaba con crisis inmediatas de ansiedad y sentimientos de culpa, frecuentemente acompañados de ideación suicida. A través del episodio bulímico la anoréxica reconoce implícitamente que padece un hambre que se hace desesperante, por lo que así puede satisfacer un apetito largamente coartado en su satisfacción, pero el costo es muy elevado. Esta condicionado por las consecuencias de la clandestinidad en que suelen desarrollarse estos anómalos festines, ya que la clandestinidad incrementa desde un principio el carácter ansiógeno de toda la situación.

Suelen incurrir en auténticos rituales con ribetes obsesivos en las conductas alimentarias de ocultación y manipulación de la comida: desmenuza la comida para seleccionarla, la reparte en el plato, la esconde en los bolsillos, la almacena en la boca para escupirla después, toma alimentos del plato de los demás que luego abandona sin probar, etc. Comienzan con los engaños y las mentiras a la hora de la comida, suelen evitar comer tanto con los demás miembros de la familia como en cualquier situación social, dando como resultado un deterioro en sus relaciones sociales (Kaplan y Sadock, 1994).

F) Imagen corporal e idealización de la delgadez

En la actualidad, la belleza y un físico delgado se han convertido en nuestra sociedad en sinónimo de aceptación y de éxito social, tanto en el trabajo como en la escuela, dando como resultado una preocupación social por la dieta y la pérdida de peso, siendo uno de los factores que rigen en muchas mujeres la valoración de sí mismas como personas, a partir de la aceptación que puede tener su cuerpo para los demás, ya que además la sociedad comunica que su papel más importante es el de ser atractivas físicamente. En donde no ser delgada, engordar, aumentar de peso implica un fracaso, ser desagradable y por lo tanto no agradarse, el no poder conseguir lo que se desea aunque se intente esforzadamente. Así, para que una persona se considere como un ser bello, debe tomar en cuenta la imagen corporal que tiene de sí misma y la influencia que ejercen sobre ella los modelos estéticos que brinda la cultura (Halmi, 1974; Cash, 1990; Crispo, *et. al.*, 1996).

Por lo anterior, se puede decir que hay una influencia de "la cultura de la delgadez", la cual conduce a normas y valores determinantes respecto a las actitudes y conductas hacia la forma corporal, talla y peso, particularmente en los periodos de cambios físicos como son la adolescencia y la juventud, teniendo la necesidad de lograr una imagen corporal manejada como el ideal social, lo que induce al adelgazamiento o al no incremento de peso (Vandereycken y Meerman, 1984; Toro, *et. al.*, 1994). Así, la imagen corporal, el cuerpo ideal y la figura actual son predictores de la dieta restrictiva y los trastornos alimentarios (Gralen, Levine, Smolak y Murnen, 1990; Hill, 1993; Streiger, Leung y Houlem, 1992).

Cabe señalar, que la imagen corporal se estructura desde antes de la pubertad, lo que genera diferencias genéricas con respecto a la dieta, comida, actividad física y en la imagen corporal, siendo que las mujeres se perciben más gordas y con mayor sobrepeso (definido en términos de que la talla y figura es mayor que el peso actual) o que perciben su figura corporal actual como menos deseable para los hombres, prefiriendo ser más delgadas, evalúan las partes de su cuerpo bajo otros parámetros como los de atractivo, utilidad, tamaño, importancia, vulnerabilidad o sexualidad (Tiggemann y Pennington, 1990). Encontrando que su figura corporal ideal es más delgada que la percepción actual de su figura corporal, percibiendo que el peso y el sobrepeso son la causa primaria de su insatisfacción (Hill, 1993). Además, es en la adolescencia cuando las mujeres comienzan con las primeras salidas con personas del sexo opuesto, tienen la necesidad de agrandar (orientación interpersonal) y de seguir los cánones de

la moda del momento (patrón de belleza), lo que puede explicar en parte la aparición más frecuente de trastornos alimentarios en las jóvenes del sexo femenino.

Así, la imagen corporal se refiere en términos generales, a la representación mental del cuerpo, siendo la forma en la cual la persona ve su físico, es decir, es la evaluación que se hace uno mismo de su talla corporal y peso, o cualquier otro aspecto del cuerpo que determina la apariencia física (Raich, *et. al.*, 1995). También se define en términos de sentimientos y actitudes hacia el propio cuerpo, ya que una representación corporal puede estar saturada de sentimientos positivos o negativos, de indudable influencia en el autoconcepto (Fisher, 1986).

Algunos autores mencionan que la imagen corporal implica *perceptualmente*: imágenes y valoraciones del tamaño y la forma de varios aspectos del cuerpo; *cognitivamente* supone una focalización de la atención en el cuerpo y autoinformaciones inherentes al proceso, creencias asociadas al cuerpo y a la experiencia corporal; y *emocionalmente* involucra experiencias de placer-displacer, satisfacción-insatisfacción y otros correlatos emocionales ligados a la apariencia externa (Cash y Prurinski, 1990; Raich, *et. al.*, 1997).

Bruchon-Schweitzer (1992) define a la imagen corporal como una organización y elaboración cognoscitiva compleja y consciente del conjunto de representaciones y afectos de la unidad *cuerpo objeto/cuerpo sujeto*. Es percibir al cuerpo como único y propio, correspondiente a la aprehensión del sí mismo como "objeto" y "sujeto". Mientras que Rosen (1995) la define como la manera en que uno percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo, contemplando los aspectos perceptivos y los subjetivos, como son satisfacción o insatisfacción, preocupación, evaluación cognitiva, ansiedad y aspectos conductuales. Thompson (1990) y Raich, Mora y Soler (1994) conciben a la imagen corporal de acuerdo a tres componentes:

a) Componente perceptual, es la precisión con que se percibe – a partir de una estimación– el tamaño exacto de diferentes segmentos corporales o del cuerpo en su totalidad. La alteración de este componente da lugar a sobreestimación (percepción del cuerpo en unas dimensiones mayores a las reales) o subestimación (percepción de un tamaño corporal inferior al que realmente corresponde).

b) Componente subjetivo (cognitivo-afectivo), son las actitudes, sentimientos, cogniciones y valoraciones que despierta el cuerpo, principalmente el tamaño corporal, peso, partes del

cuerpo específicas o cualquier otro aspecto de la apariencia física (satisfacción corporal o preocupación).

c) Componente conductual, son las conductas que la percepción del cuerpo y sentimientos asociados provocan; por ejemplo, las conductas de exhibición, las conductas de evitación de situaciones donde se expone el propio cuerpo a los demás, causando que el individuo experimente disconformidad con relación a su apariencia física.

Cabe señalar, que respecto a la imagen corporal se puede desarrollar una patología que representa un grado de malestar e inhabilitación más severo que el expresado por otros términos o una simple alteración. Rosen (1990) define al trastorno de la imagen corporal como una preocupación exagerada que produce malestar, hacia algún defecto imaginario o extremado de la apariencia física, generalmente para el caso del tamaño y la forma del cuerpo. Esta preocupación provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo y que no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (A.P.A., 1994). Hay evidencias de que este trastorno se asocia con la ansiedad, especialmente con el trastorno obsesivo-compulsivo y la fobia social (Brawman, *et. al.*, 1995).

Las personas con trastorno alimentario desarrollan creencias acerca de la apariencia física y de sus implicaciones en sí mismos, que influyen sus pensamientos, emociones y conductas. Estas creencias se forman durante la primera adolescencia, cuando la autoidentidad y el desarrollo físico están cambiando rápidamente. Así, Slade y Brodie (1994) señalan que las personas con trastorno alimentario tienen una imagen corporal incierta, inestable y débil, lo que sugiere que es posible alterarla directamente. Se señala que dentro del trastorno de la imagen corporal pueden coexistir una distorsión e insatisfacción. Encontrando que en las anoréxicas hay una mayor insatisfacción con su imagen corporal, dado que niegan su extrema delgadez y su enfermedad, aún estando extremadamente delgadas sobreestiman el tamaño de su cuerpo - sobre todo a lo ancho -, lo cual además está asociado a la presencia de vómitos y de bulimia nerviosa, una autoimagen deficiente, falta de autocontrol y orientación hacia un control externo (Slade, 1985). Pierden la objetividad en la apreciación de las dimensiones de su cuerpo, tendiendo a distorsionar las dimensiones de su cuerpo porque fracasan en adaptar las propias percepciones al reciente cambio de la forma corporal durante la adolescencia, lo que ha dado por llamarse "dimensiones delirantes", y finalmente presentan alteraciones interoceptivas (Bruch, 1962; Crisp, Hsu, Hording y Hortshom, 1980; Toro y Vilardell, 1987).

La anorexia nerviosa se caracteriza por pensamientos alterados con relación a la comida, el peso y la figura. Rechazan la posibilidad de ser o llegar a ser obesas, cifran el éxito personal y la aceptación social en el hecho de estar delgadas. Por tanto, centran su interés en la figura y el peso, modificando éste a través de la dieta y consideran que el cuerpo es susceptible de ser modificado a voluntad más allá de los parámetros normales (Turón, 1997). Afirman que se encuentran obesas o que algunas partes de su cuerpo se encuentran desproporcionadas, como sus caderas, hombros, cuando en realidad están por debajo de su peso corporal normal. Esto se debe a que perceptualmente ven su defecto como mayor, más pronunciado o más desviado de lo que es en la realidad. En principio, estas afirmaciones pueden ser sobre cualquier parte de su apariencia física, aunque tengan una apariencia normal. Algunas pacientes pueden presentar quejas muy circunscritas a una o varias zonas del cuerpo, mientras que hay otro tipo de quejas que pueden ser tremendamente vagas (Raich, *et. al.*, 1994). En un estudio realizado por Fernández, Probst, Meerman y Vandereycken (1994) encontraron que el 52% de las pacientes bulímicas se menospreciaban, 15% se sobrestimaban y 33% estimaban exactamente su propio cuerpo; en cuanto a la estimación del tamaño del cuerpo ideal se encontró que las anoréxicas se ven más obesas de lo que actualmente son (23,8%) y en otras correspondía la estimación de su tamaño corporal con su tamaño actual (33.3%).

La anoréxica ve su defecto como mayor, más pronunciado o más desviado de lo que es en realidad, a esto se le llama distorsión perceptual, sus estimaciones afectivas y optativas que son como las pacientes se sienten y desean verse, tienen mayor efecto clínico que las estimaciones perceptuales (Cooper y Taylor, 1988). Devalúan su apariencia intensamente, imaginan que la otra gente se fija y se interesa por su defecto, ponen mucho énfasis en el defecto de su apariencia y cuando hacen una jerarquía de valores personales, lo suelen colocar en primer lugar, por lo que tienden a sobrestimarse, creen en la imposibilidad de ser queridos o apreciados y que es una muestra de debilidad, pereza o algún defecto de carácter (aspecto cognitivo). Organizan su estilo de vida alrededor de su preocupación corporal, ya que pueden consumir gran cantidad de horas al día comprobando el que suponen su defecto ante el espejo o ante cualquier superficie reflejante, además puede existir un comportamiento de limpieza y aseo excesivo, algunas evitan mirarse al espejo mientras que otras lo hacen compulsivamente, finalmente tienden a solicitar continuamente información tranquilizadora sobre su defecto y se comparan con otros individuos. Además, realizan maniobras de camuflaje tapándose con ropas holgadas o con flequillo, y sobretodo evitando las situaciones sociales en las que creen que se

fijarán en su defecto o serán rechazadas por su apariencia. Estas conductas tienden, por un proceso de reforzamiento negativo, a mantener e incrementar la ansiedad por su apariencia, se preocupan sobre las cualidades que se pueden derivar de su apariencia, por lo que sus creencias y pensamientos se desarrollan como obsesiones, ideas sobrevaloradas o delirios (aspecto conductual) (Raich, *et. al.*, 1991).

De esta manera, a medida que el cuadro progresa va haciéndose cada vez mayor el miedo a engordar, buscando la delgadez como forma de vida, no sintiendo o no dándose cuenta, que ellas ya no están delgadas sino desnutridas. En este estado aún se sienten gordas, lo que les lleva a restringir más su ingesta alimentaria, convirtiéndose en un círculo vicioso del que resulta difícil salir (Raich, 1994; Toro y Vilardell, 1987; Hsu, 1990).

Asimismo, Toro, *et. al.* (1994) encontraron una relación estrecha entre la anorexia nerviosa con la insatisfacción y distorsión en la imagen corporal (Hsu y Lee, 1993). Se preocupan sobre las cualidades derivadas de su apariencia, creencias y pensamientos que se desarrollan como obsesiones, ideas sobrevaloradas o delirios en forma repetitiva e intrusiva, pueden reconocer que su preocupación es excesiva aunque estén convencidos del defecto de su apariencia (De Leon, Bott y Simpson, 1989). Sin embargo, autores como Gilbert (1993, cit. en Alvarez, Román, Manríquez y Mancilla, 1996) alertan acerca de que las alteraciones en la imagen corporal, tanto en forma de insatisfacción como de distorsión también se pueden encontrar en gente sin trastorno alimentario, lo cual es favorecido por las prácticas alimentarias, las formas de comer y los sentimientos que se asocian con la obesidad. Todos aquellos grupos que por circunstancias diversas han experimentado cambios corporales (embarazadas, obesos adolescentes) o donde por motivos profesionales se imponen unos estándares de peso bajo (modelos, bailarinas o determinados deportistas) son poblaciones en riesgo de trastorno alimentario y muestran mayores alteraciones de la imagen corporal (Klonoff y Landrine, 1993). Por otra parte, Taylor y Cooper (1992) relacionan el estado de ánimo con la imagen corporal, de tal manera que - según estos autores -; si inducimos un estado de ánimo negativo a sujetos con preocupación por la figura corporal, estos tienden a sobreestimar su tamaño, mostrando en dicho estado de ánimo una mayor tendencia a la insatisfacción en relación con su tamaño corporal.

Algunos autores mencionan que las personas anoréxicas experimentan una mayor insatisfacción corporal y tienden a sobreestimar el tamaño corporal, pensando con frecuencia que su cuerpo es mucho más grueso de lo que realmente es (Tiggemann, Winefield, Winefield y

Goldney, 1994; Crisp, 1990). Por otro lado, Mora y Raich (1993b) argumentan que la sobrestimación que hacen las personas anoréxicas de sus propios cuerpos, no se debe a una falla perceptiva, sino que la insatisfacción parece ser la principal causa de esta percepción alterada.

De tal forma, que a partir de los diferentes estudios sobre imagen corporal y trastornos de la alimentación se pueden extraer las siguientes conclusiones:

a) La tendencia a la sobrestimación del tamaño corporal no es debida a fallos perceptivos, sino que la insatisfacción corporal es la causa principal de la percepción alterada (Raich, 1994; Gardner y Bokenkamp, 1996).

b) Esta misma tendencia conlleva una mayor gravedad del cuadro y peor pronóstico (Slade, 1985; Toro y Vilardell, 1987).

c) La sobreestimación del tamaño corporal no es propia únicamente de los trastornos alimentarios, sino que también aparece en otros colectivos como en personas obesas y en adolescentes (Leon, 1983) o mujeres de la población en general (Casper, *et. al.*, 1979).

G) Presión social percibida respecto a la indeseabilidad del aumento del peso

Los cambios históricos entrañan cambios culturales que acarrear modificaciones en los modelos estéticos corporales, donde la existencia de un ideal de belleza, establecido y compartido socialmente supone una presión altamente significativa, sobre todos y cada uno de los miembros de la población. De tal forma, que la sobrealimentación y la escasez de ejercicio físico conducen muchas veces a la obesidad, y por otro lado, el rechazo o el mal uso de los alimentos pueden desembocar en la anorexia nerviosa o en la bulimia, generando en estas personas una imagen corporal incierta, inestable y débil (Toro y Vilardell, 1987).

Así, se ha considerado crucial para la gestación de la anorexia nerviosa una historia de obesidad y la gran presión de la sociedad occidental que ejercen la familia, los amigos y los medios sociales respecto a la deseabilidad de la delgadez, presentando entonces una alteración en la actitud hacia su peso y figura corporal. Esta actitud ha sido descrita como "la búsqueda de la delgadez", fobia al peso y/o miedo a la gordura (Polivy y Herman, 1987; Hsu y Lee, 1993; Guillemot y Laxenaire, 1994; Toro, *et. al.*, 1994; Mancilla, *et. al.*, 1998).

♦ Familia

El mensaje que indica bajar de peso además proviene de padres, educadores y médicos. Así, la presión social dada por la familia, se da a través de comentar la importancia de la apariencia delgada y reforzar los comportamientos de dieta, estimulando su seguimiento y rechazar el sobrepeso o la obesidad (Thelen y Cornier, 1995). Esto se debe a la creencia de ambos padres, respecto a que los jóvenes delgados son más aceptados por los demás. En las madres, el sentir admiración por la voluntad que tienen las personas que hacen dieta y porque es una persona muy exigente en el aspecto corporal (Vázquez y Raich, 1998).

Por otra parte, las anoréxicas no han sido sometidas a las actividades de crianza tradicionales del rol femenino, ya que se les ha alentado para que aprovechen lo más posible su educación y se desenvuelvan profesionalmente (Duker y Slade, 1992). Buscando con esto, un cuerpo sin redondeces, ya que la cultura emite mensajes referidos a que el varón es un "ciudadano de primera categoría"; por lo tanto, el rechazo de un cuerpo femenino es una variable de gran complejidad, que abarca todos los aspectos de la identidad de los adolescentes (Doskal, 1991, cit. en Ludewig, 1991). Encontrándose que las mujeres siguen siendo más controladas por sus padres que los varones, y cuando descubren aquéllas el poderoso recurso de una huelga de hambre silenciosa, pueden desarrollar la anorexia (Andersen, 1995; Selvini, 1988).

♦ Relaciones sociales

En cualquier sociedad, las influencias socioculturales son transmitidas a través de la imitación de conductas de modelos y de la recepción de mensajes verbales, siendo principalmente la familia (padres y hermanos) y los amigos los agentes que establecen los valores estéticos corporales a aquellas que frecuentemente realizaban dietas (Toro, Cervera y Pérez, 1988). En ese mismo sentido, Toro, *et. al.* (1994) mencionan que la influencia de las amigas que están a dieta o hacen ejercicio para bajar de peso, o quienes se preocupan por la talla excesiva de sus caderas, muslos o pechos puede constituir un factor de riesgo significativo para la persona que tiende a desarrollar sintomatología del trastorno alimentario de la anorexia nerviosa.

◆ Medios sociales

En las sociedades occidentales y principalmente a finales del siglo XX, los medios masivos de comunicación juegan un papel importante en la propagación y asimilación cultural de estereotipos estéticos corporales que surgen de la población general (Garner, Garfinkel, Schwartz y Thompson, 1980); por ejemplo, las imágenes cinematográficas, las fotografías de revistas ilustradas, la prensa, televisión y radio, contribuyen en determinar ese estado de opinión o evolución corporal, dándose por la gran influencia de la cultura de la delgadez que induce a todo el mundo al adelgazamiento o al no incremento del peso, ocasionando una influencia para el desarrollo de los trastornos alimentarios. La televisión es una forma influyente y predominante en la clase media, especialmente para las adolescentes, donde los programas en que muestran a la mujer en un papel estereotipado se correlaciona con la insatisfacción corporal (Tiggeman y Pickering, 1996).

Una vez instalado el trastorno alimentario, la paciente puede estar más sensibilizada y receptiva a los factores ambientales, favoreciendo una mayor interiorización de los mismos. Así, la influencia de los medios de comunicación y los agentes de socialización en la propagación de un ideal estético delgado son importantes para la interiorización de este ideal con base en el cual se compara el cuerpo real (Martínez, Toro y Salamero, 1996). Toro, *et. al.* (1994) encontraron que las anoréxicas son personas más sensibles cognitiva y emocionalmente hacia la presión por la publicidad de la delgadez, haciendo más probable que acepten los patrones conductuales dictados por la publicidad; además, presentan una alta actitud receptiva hacia la información (o desinformación), lo que facilita la adquisición de cogniciones que influyen para alterar la dinámica cognitivo-emocional de las anoréxicas.

A la mujer, la sociedad le exige la delgadez para triunfar, sin embargo, este patrón estético se caracteriza por ser de un cuerpo asexual, rectilíneo, más propio a un cuerpo de niña que de mujer. Estas variables se encuentran internalizadas en la sociedad actual, e influye principalmente sobre mujeres jóvenes. Debajo de esta moda se encuentra toda una "industria de adelgazamiento" que se mueve por intereses económicos, sin importar las terribles consecuencias que de ello se pueden derivar. Por tanto, el bombardeo con anuncios de publicidad que proponen dietas milagrosas, productos ligh, fomenta la idea de que el secreto de la felicidad se encuentra en conseguir un cuerpo femenino delgado y un cuerpo musculoso y atlético en los varones (Mateos y Solano, 1997). La publicidad comercial a través de sus

mensajes cada vez menos subliminales, incorpora el estereotipo estético mayoritario en favor de la pérdida de peso, lo potencian y lo concretan, de modo que uno de cada cuatro anuncios invita directamente o indirectamente a perder peso. Así, las palabras "delgada, esbelta, espigada" resuenan positivamente y promueven conductas que tienden al adelgazamiento.

Toro (1985, cit. en Toro y Vilardell, 1987) realizó un análisis de la publicidad pro-adelgazamiento en las revistas femeninas, la que sigue un patrón sociodemográfico semejante al de la epidemiología de la anorexia. Se analizaron todos los anuncios aparecidos en esas revistas, seleccionando aquellos que directa o indirectamente (imágenes de mujeres jóvenes o delgadas) incitaran al uso o consumo de productos destinados a adelgazar o hicieran deseable el adelgazamiento. Se encontró que uno de cada cuatro anuncios que llegan a un público predominantemente femenino invitan directa o indirectamente a perder peso o a hacer deseable un peso bajo. Se toman más en cuenta los productos de actuación específica e inmediata como las cremas y pomadas y los alimentos hipocalóricos que no alimentan.

Algunos autores mencionan que los mensajes publicitarios que hacen referencia a la delgadez, figura ideal y dieta son incitadores a la delgadez y que influyen en las mujeres adolescentes, fomentando las actitudes y pensamientos hacia la figura, como miedo a engordar, pensar en ponerse a dieta y la sobreestimación de diferentes partes del cuerpo. Además, la angustia relacionada con la figura corporal se incrementa con la edad durante la adolescencia. Así, en España se hizo un estudio donde se encontró que directa o indirectamente, uno de cada cuatro anuncios alentaban a perder peso, teniendo un mayor impacto en la población femenina entre los 14 y 24 años, pertenecientes a una clase social media y alta (Toro, *et. al.*, 1986; Toro, *et. al.*, 1988).

Otro factor es el nivel socioeconómico, existiendo diferencias significativas en función de la clase social, así en las sociedades desarrolladas existe una relación inversa entre la clase social y la incidencia de obesidad, es decir, cuanto más bajo es el nivel socioeconómico mayor es la tasa de obesidad, por lo que se produce una distribución por clases sociales opuesta a la que se da en la anorexia nerviosa. Se encontró que las adolescentes de nivel socioeconómico alto tenían mayor probabilidad de que fueran dietistas frecuentes y se empeñaran en prácticas de control para bajar de peso - como el vómito - que las de nivel socioeconómico bajo (Story, French, Resnick y Blum, 1995; Rogers, Resnick, Mitchel y Blum, 1997). Crisp (1976, cit. en Toro y Vilardell, 1987) halló que en las escuelas privadas aparecía un nuevo caso de anorexia

al año por cada 250 muchachas, mientras que en las escuelas públicas se producía un nuevo caso por cada 300 alumnas, dado que las escuelas privadas cuentan con una clientela de nivel económico claramente superior al representado en las escuelas públicas. Cabe señalar, a partir de 1976 hasta 1979, aumentó la cantidad total de pacientes asistidas, por lo que se establece una mínima diferencia entre niveles socioeconómicos, es decir, antes los trastornos alimentarios eran característicos de la sociedad desarrollada pero actualmente ya no es exclusiva de esta población, además de que en las clases socioeconómicas medias ya existe una prevalencia de estos trastornos. Así, una persona de características sociodemográficas precisas se halla sometida a la influencia de un patrón estético corporal propio de una sociedad opulenta que depende de la acción de los medios de comunicación, que inciden sobre la persona gestando y reforzando su interiorización (Toro y Vilardell, 1987).

Hoeck (1991) señaló que la prevalencia de bulimia es tres veces más alta en los grandes núcleos urbanos que en los pequeños o en las áreas rurales, mientras que la frecuencia de la anorexia nerviosa parecía no variar en las distintas áreas con diferentes grados de urbanización. Sin embargo, al respecto Szmukler (1986) señala que la relación entre clase social alta y anorexia nerviosa no es tan sencilla, y que probablemente los factores socioeconómicos puedan estar operando a través de otras variables.

Otro factor social es la dedicación a actividades que subrayen el valor de un cuerpo delgado. Así, Druss y Silverman (1979) estudiaron a 31 estudiantes de ballet de la ciudad de Nueva York y encontraron que la mayoría mostraba actitudes y conductas similares a las encontradas en las pacientes con anorexia nerviosa. Garner y Garfinkel (1980) estudiaron a 183 profesionales de la danza y 56 modelos utilizando el E.A.T. Los resultados que obtuvieron fueron que el 38% de estudiantes de danza y el 34% de las modelos tenían puntuaciones altas en el E.A.T. al compararlos con un grupo de universitarias y estudiantes de música (9%). Por otro lado, Garner y Garfinkel (1982) estudiaron la incidencia y actitudes de anorexia nerviosa en estudiantes de danza y de modelos. Se les aplicó el E.A.T. obteniendo puntuaciones medias de 25.6 y 21.8 respectivamente, mientras que la del el grupo control fue de 15.4 puntos. Casi el 40% de estos estudiantes superaban el "punto de corte" del E.A.T., haciéndolo tan sólo el 10% del grupo control. Asimismo, se detectó un 7% de anoréxicas entre los estudiantes en cuestión, no diagnosticándose ningún caso entre los controles. En otro estudio realizado por Ordeig (1986, cit. en Toro y Vilardell, 1987), en el que trabajo con estudiantes de danza y modelos, así como practicantes de gimnasia, se observó que las puntuaciones medias en el E.A.T. fueron de

30, 14.8 y 18.6, respectivamente, mientras que el grupo control obtuvo 11. Entrando en la zona de patología el 30% de los bailarines, el 18% de las gimnastas y el 13.3% de las modelos.

Asimismo, la edad es un factor de riesgo que se ha establecido, ya que en el mundo occidental ha incrementado la incidencia de la anorexia nerviosa en la población femenina adolescente y juvenil, entre los 12 y los 25 años, constituyendo el rango de edad entre los 14 y 18 años como el de mayor riesgo para presentar el trastorno (Jones, Fox, Babigan y Hutton, 1980). Este incremento no se debe a mejoras en los sistemas diagnósticos o al incremento de la oferta asistencial, por lo que los cambios en su incidencia con el paso del tiempo deben explicarse más bien a través de fenómenos psicosociales (Véase Figura 1).

FIGURA 1

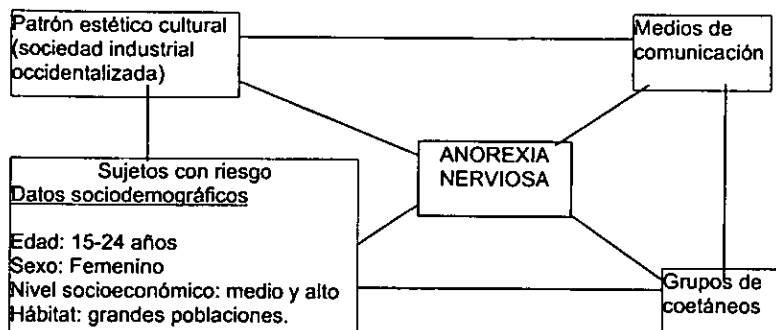


Figura 1. Sistema de influencias socioculturales que determinan la interiorización de un patrón estético corporal facilitador de la anorexia.

Mildred, Paxton y Wertheim (1995) realizaron un estudio con el objetivo de analizar los factores de riesgo para los trastornos alimentarios en grupos de adolescentes anglo y grecoaustralianos que viven en Australia. Tomaron en cuenta las variables como tendencias bulímicas, insatisfacción corporal, uso extremo de laxantes, autoestima, depresión, cohesión familiar y adaptabilidad, además de patrones culturales en el comer; encontrando que hay diferencias significativas entre los dos grupos sobre la presión para comer y la adaptabilidad familiar. Además de que las angloaustralianas perciben mayor presión para comer, quizás porque los patrones alimentarios socioculturales indican que la comida se sirve en la cocina con todos los miembros de la familia y no en mesas individuales. En cambio, las jóvenes grecoaustralianas tienen una mayor dependencia respecto a su familia y perciben más obesas

a sus madres. Por lo que se puede decir que para el surgimiento de los trastornos alimentarios influye la cultura en que se vive.

Ante esto, Oyewumi y Kazarina (1992) sugieren que - en la actualidad - las actitudes distorsionadas con respecto a la alimentación que se asocian con la conducta de anorexia pueden ser un fenómeno universal que trasciende las fronteras culturales, contrariamente a la idea antes existente que restringía la aparición del trastorno alimentario a los países de occidente.

Todos estos factores socioculturales hacen que la persona anoréxica presente una indeseabilidad hacia el aumento de peso. Así, Leon, *et. al.* (1985) encontraron que las personas con peso relativamente bajo del grupo de las anoréxicas-bulímicas reportaron un gran deseo por continuar perdiendo peso, en comparación con el subgrupo restrictivo. Al final del tratamiento, una proporción significativa del grupo total de anoréxicas opinaron que el ganar peso es desagradable y otra gran proporción reportaron como neutral el ganar peso. También encontraron que opinaban que para ellas el peso normal les era ajeno y no lo sentían como propio, esto en contraste con la actual condición física. La importancia de la estimación del tamaño del cuerpo y el progreso del peso ganado confirma sus sentimientos e indica que las anoréxicas en el pretest muestran una alta sobreestimación del tamaño del cuerpo.

4.1.1. Otras Investigaciones Realizadas

Garfinkel, Kaplan, Garner y Darby (1983) compararon a 20 histéricas que presentaban vómito y pérdida de peso con 20 anoréxicas vomitadoras. Hallaron diferencias en una serie de variables: las histéricas contaban con más edad en el inicio del trastorno y pertenecían a una clase superior, sus puntuaciones en el E.A.T. - que mide la preocupación por conseguir la delgadez y el temor a engordar y comer - eran inferiores a las obtenidas por las anoréxicas. También era inferior su preocupación por las dietas, y mientras las anoréxicas sobrevaloraban su imagen corporal, las histéricas infravaloraban ligeramente el tamaño de su cuerpo, éstas deseaban tener más peso y se sentían menos satisfechas con sus cuerpos. Asimismo, las histéricas experimentaban mayor sensación de autocontrol que las anoréxicas, mientras que las anoréxicas resultaban más obsesivo-compulsivas que las afectadas de un trastorno de conversión. Por último, las histéricas tenían relaciones sociales más sólidas, sin embargo,

tenían una historia de enfermedad que las había llevado a sufrir intervenciones quirúrgicas y a padecer más enfermedades que las anoréxicas.

Clarke y Palmer (1983) administraron el E.A.T. a universitarios. Una puntuación por encima de 30 implica unas actitudes ante la ingesta comparables a las ostentadas por los pacientes anoréxicos. Se encontró que el 11% de la población femenina superó esta puntuación y ninguno de la masculina. Después de una evaluación psiquiátrica, se encontró que ninguna de ellas tenía anorexia nerviosa, pero la mitad presentaron trastornos del comportamiento alimentario de relevancia clínica (Síndrome parcial) o bien, lo que hoy conocemos como trastornos de la conducta alimentaria no específicos (A.P.A., 1994).

Toro (1985, cit. en Toro y Vilardell, 1987) administró el E.A.T. a 1030 estudiantes adolescentes de Barcelona. Las puntuaciones medias obtenidas por varones y mujeres fueron de 14.2 y 19.4, respectivamente. Establecido el punto de corte en una puntuación de 34, se detectaron 58 sujetos como supuestamente patológicos, correspondiendo al 5.6% de la población estudiada. Este subgrupo "anoréxico" estaba compuesto por siete varones y 51 mujeres, constituyendo el 1.3% y el 10% de sus respectivos sexos y recordemos que la proporción 1/9 es la morbilidad anoréxica. También se comprobó la correlación directa existente entre el EAT, peso corporal, edad y clase social.

Leichner (1986, cit. en Toro y Vilardell, 1987) administró el E.A.T. a 5150 estudiantes de 12 a 20 años de edad, las puntuaciones medias fueron de 17.5 para los varones y de 23.5 para las mujeres. Superaron el punto de corte situándose en una zona posiblemente patológica, el 5% de los varones y el 22% de las muchachas. Observaron que la población adolescente urbana tendía a puntuar por encima de la rural y que los incrementos de puntuación se establecían entre los 12 y 13 años, manteniéndose a partir de esa edad relativamente estables.

Huon y Brown (1984, cit en Toro y Vilardell, 1987) aplicaron un cuestionario a 25 anoréxicas, encontrando que cuentan con una baja autoestima, tienden a no aceptarse a sí mismas valorando su apariencia corporal como negativa, creen carecer de control sobre su desarrollo corporal, adecuación física y sobrepeso. Se muestran críticas con relación a su ingesta, sobretudo a qué, cuando y como comen. Además se encontró que la verificación del peso pudiera constituir un indicador de riesgo para la anorexia.

Raich, *et. al.* (1991) realizaron una investigación con el fin de analizar los trastornos alimentarios más frecuentes en la población estudiantil catalana. Para esto, tanto a hombres como mujeres entre los 14 y 17 años se les aplicó el E.A.T. centrándose en los ítems del cuestionario relacionados a la anorexia y la bulimia, lo cual se relacionó con el índice de peso relativo (Porcentaje del peso real en relación con el peso ideal). Encontrándose que la mayoría de la población presenta conductas "normales" ante la alimentación. Sin embargo, se observaron diferencias significativas en las puntuaciones medias de chicos y chicas, siendo mayor en el sexo femenino y éstas incrementan a medida que aumenta la edad, habiendo una puntuación superior de 34 en las chicas de 17 años, por tanto, este grupo será el que tenga más posibilidades de mostrar algún trastorno alimentario. El valor predictivo del E.A.T. es aceptable y mayor para el sexo femenino, en donde una puntuación mayor de 30 implicaba actitudes ante la ingesta comparables a las ostentadas por las anoréxicas y una puntuación de 34 indica ya la presencia del trastorno alimentario (Toro, *et. al.*, 1986). En el análisis factorial se obtuvieron 13 factores, que explicaron el 70.9% de la varianza en las mujeres y el 51.4% en los hombres. También se encontró que un factor de riesgo es el sexo, habiendo diferencias estadísticamente significativas respecto a la preocupación por el peso y la figura, detectándose mayormente en las chicas. Las chicas tienden a hacer más régimen o al menos se comprometen a hacerlo y los chicos parecen vomitar más después de la ingesta tendiendo a realizar más atracones; finalmente, no hay diferencias significativas respecto al consumo de laxantes para controlar el peso.

De acuerdo a un análisis factorial, se obtuvieron los siguientes factores para el género masculino: a) Control externo del peso; b) Preocupación relacionada con la imagen corporal; c) Presión social percibida para aumentar de peso; d) Vómitos y e) Preocupación por los alimentos. En el género femenino se encontró: a) Preocupación relacionada con la imagen corporal; b) Preocupación y control sobre los alimentos; c) Presión social percibida para aumentar peso; d) Vómitos y e) Uso de laxantes.

Así, se encontró que el sexo femenino está más preocupado por la imagen corporal, la percepción del propio cuerpo y el deseo de estar más delgadas, lo cual influye decisivamente en un aumento de las actitudes alimentarias anómalas, y además, la presión social que incide sobre la estética de la delgadez es mucho mayor en ellas que en ellos.

Martínez, *et. al.* (1996) realizaron un estudio con la finalidad de evaluar la influencia de los factores socioculturales sobre el trastorno alimentario de anorexia nerviosa. Para esto, aplicaron el E.A.T. y el C.I.M.E.C., encontrando que hay una correlación entre ambos cuestionarios, ya que existe una influencia de los criterios estéticos vigentes referidos al cuerpo femenino en el mantenimiento de la anorexia nerviosa. También, entre mayor es la presencia e interiorización de las influencias culturales favorecedoras de la estética de la delgadez, tanto más relevante es la sintomatología alimentaria.

4.2. Sintomatología de la Bulimia Nerviosa

La sintomatología de los trastornos alimentarios se refiere a las actitudes alimentarias, así como a los factores psicológicos implicados en éstas, las cuales se deben tomar en cuenta para la determinación y diagnóstico de la bulimia. Con respecto a la bulimia se puede decir que las personas que tienen este trastorno alimentario presentan algunos de estos síntomas (Smith y Thelen, 1984; Mora, 1993):

A) Irregularidades de los ciclos menstruales

En las mujeres con bulimia nerviosa hay menstruaciones irregulares y/o presencia de amenorrea (A.P.A., 1994). Esto se debe a las anomalías que presentan en el sistema endócrino debido a sus fases de sobreingesta y conductas compensatorias que presenta la paciente con el trastorno alimentario.

B) Episodios bulímicos y temor a perder el control sobre la conducta alimentaria

El episodio bulímico consiste en un ciclo vicioso de hacer dieta, atracarse, hacer conductas compensatorias como el uso de vómito, laxantes y diuréticos, volver a atracarse y volver a practicar conductas compensatorias; lo que contribuye a perpetuarlo (Rausch y Bay, 1990) (Véase Figura 2).

FIGURA 2

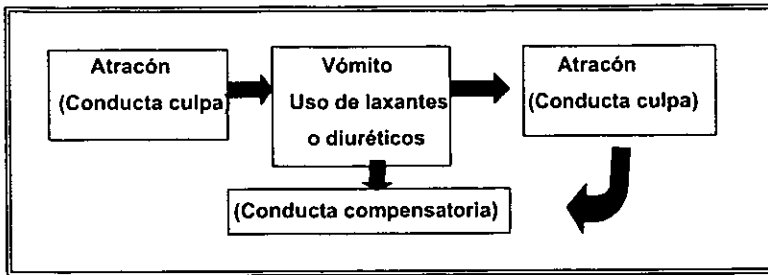


Figura 2. El ciclo del episodio de sobreingesta que lleva a cabo la persona con bulimia nerviosa

De tal manera, que la bulimia nerviosa se caracteriza por una forma particular de ingesta excesiva dada por un nulo control de los impulsos, que consiste en el uso habitual de conductas compensatorias inadecuadas, como la autoprovocación del vómito o el uso de sustancias o medicamentos, que son empleados como métodos paliativos para evitar el aumento de peso tras la sobreingesta o atracón. Así, un atracón o episodio bulímico se caracteriza por: 1) ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (por ejemplo, en un periodo de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo de tiempo similar y en las mismas circunstancias; y 2) sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento, por ejemplo, sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo. Esto entraña una ingestión excesiva de alimento que provoca una intensa respuesta de ansiedad (Crispo, *et. al.*, 1996).

Después de esta ingestión compulsiva de alimentos y de provocarse el vómito, se vuelve una conducta de círculo vicioso, consistente en una actitud rebelde o transgresora de la norma o patrón alimentario, seguido de sentimientos de culpa y angustia que inducen a comer nuevamente. Una vez iniciada la ingesta, se pueden ir añadiendo alimentos para continuar con la comilona y a menudo existe una sensación de pérdida de control y de dificultad para dejar de comer. Sólo el malestar físico, el dolor abdominal o la sensación de náusea pone fin al episodio, que suele ir seguido de sentimientos de culpa, depresión y pensamientos autodespreciativos. En algunos casos, el individuo reacciona provocándose el vómito para disminuir el malestar que aparece después de la comilona o manifestando gran preocupación por su peso, haciendo intentos de controlarlo mediante la dieta, el vómito o uso de laxantes; sin embargo, manifiestan

no poder controlar ese deseo compulsivo de comer que aparece en algunas ocasiones. De tal forma que se puede decir que la severidad de un episodio bulímico está relacionado con el grado de restricción alimentaria (Hawkins y Clement, 1980; Saldaña y Rosell, 1988).

Por otra parte, las bulímicas se caracterizan por presentar ineffectividad, que son sentimientos generales de inadecuación, inseguridad, inutilidad y falta de control sobre la propia vida, generalizándose a temor a perder el control sobre su cuerpo y su conducta alimentaria (Mancilla, *et. al.*, 1998). Así, el sufrimiento y el sentimiento de ineficacia las hace más exigentes, de modo que la búsqueda de la perfección se desplaza al peso, siendo preciso el mantener un cuerpo ideal, lo cual refuerza la sensación de inseguridad porque exige no fallar.

C) Preferencias alimenticias durante el "atacón"

Generalmente, las personas ingieren lo que su apetito demanda, manteniendo un peso estable, esto se debe a que el organismo tiende a mantener un peso fisiológicamente determinado, constituyendo el "peso señalado". Cuando el organismo es sometido a dietas hipocalóricas conserva calorías, mejorando su eficiencia; sin embargo, cuanto más tiempo es sometido a dieta, probablemente más se resista a perder de peso. Cuando se repiten ciclos de dieta y no dieta, el organismo se ve más afectado y cuando se retorna a un periodo de dieta, baja su gasto energético más rápidamente, lo que hace cada vez más difícil lograr el descenso deseado de peso, lo que contribuye a perpetuar el ciclo de los pacientes bulímicos. Cada vez que el paciente comienza una nueva dieta, le resulta más difícil bajar de peso, el organismo quema menos calorías y aquellas ingeridas durante un atracón son depositadas como grasa. Además de que esta restricción alimentaria lleva a episodios de atracones y a la sensación de "hambre" que no se satisface con nada (Crispo, *et. al.*, 1996).

Dado que la bulimia se caracteriza por una ingestión episódica, descontrolada y compulsiva de grandes cantidades de alimento en un corto periodo de tiempo (ataques recurrentes de voracidad), el consumo de alimentos en estos episodios suelen tener un alto contenido calórico como hidratos de carbono y grasas, además consumen aquellos alimentos que "sienten" que no pueden comer (Saldaña y Rosell, 1988). Sin embargo, la restricción de alimentos es ignorada por signos internos de hambre y saciedad para reducir el consumo calórico, que tiene como principal función perder peso. Una moderna conducta de control y tratamiento del peso enfatiza el cambio en la nutrición, así como varios componentes de un programa comprensivo de

modificación del estilo de vida.

D) Dieta y sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta de alimento

En nuestra sociedad, existe una suma preocupación por la comida, las dietas, la imagen y la figura, por lo que las preferencias sociales por la delgadez y sus no claras ventajas sobre el estado de salud, ha afectado la conducta alimentaria, así como las actividades que giran alrededor de la comida. Parece imponerse la idea de que actualmente el régimen alimentario normal implica practicar una dieta restrictiva (Kaufer, 1990; Polivy y Herman, 1987).

Si bien, el término dieta engloba todo aquel alimento considerado en la ingesta de un individuo, existen múltiples modelos de dietas y se subraya la importancia de una dieta "saludable" o "balanceada". Este término no presupone necesariamente el entendido de una restricción, omisión o evitación de algún tipo de alimento, lo cual implicaría el uso de la precisión dieta restrictiva y mucho menos entender a la dieta como la evitación en sí misma de la alimentación (ayuno) (Polivy y Herman, 1987).

Algunos autores mencionan que las dietas son la consecuencia de la gran preocupación existente por el peso y la insatisfacción corporal que presentan las mujeres debido a percepciones y actitudes alteradas (Striegel-Moore, *et. al.*, 1986; Saldaña, 1994), aunque también influye la presencia de sintomatología depresiva y neurótica, el sobrepeso, rasgos obsesivos y miembros familiares en dieta (Patton, 1988).

Múltiples estudios han mostrado una elevada correlación entre la restricción alimentaria y los episodios bulímicos, sugiriendo que un periodo prolongado de dietas restrictivas repetidas es un factor de riesgo significativo que precede a la bulimia (Nevo, 1985; Polivy y Herman, 1985; Rusell, 1985; Striegel-Moore, *et. al.*, 1986; Patton, 1988; Stein, 1988b; Stein y Laakso, 1988; Johnson, Tobin y Lipkin, 1989; Ledoux, Choquet y Flament, 1991; Dolan y Ford, 1991; Rand y Kuldau, 1991; Mora y Raich, 1993a).

Boskind-Lodahl (1976) examinó a 100 pacientes bulímicas verificando, que casi todas presentaron dieta antes del comienzo de la bulimia. Mientras que Garfinkel, Moldofsky y Garner (1980) mencionaron que sólo 6 de sus 68 bulimaréxicas desarrollaron su bulimia antes o concurrentemente a la pérdida de peso. Para las 62 bulimaréxicas restantes, la bulimia se

desarrolló un promedio de 19.2 meses después del comienzo de la dieta. Pyle, Mitchell y Eckert (1981) mencionan que hay evidencia de que en bulímicas sin historia de anorexia, la dieta precedió a los episodios bulímicos. De 34 bulímicas entrevistadas, que no reunieron los criterios de anorexia nerviosa, 30 de ellas indicaron un periodo de dieta antes del comienzo de la bulimia.

Así, en la bulimia, las prácticas de control de peso, las obsesiones con las dietas y los frecuentes fracasos en las dietas se convierten en factores que mantienen y perpetúan el trastorno alimentario, ya que favorece las sintomatologías de obsesión, baja autoestima, depresión, aislamiento, malestar físico, insatisfacción corporal, culpa, rechazo de uno mismo, además de que el simple hecho de estar a dieta provoca que la paciente piense más en la comida que cuando no está bajo un régimen dietético (Abraham y Llewellyn-Jones, 1985; Polivy y Herman, 1985; Kirilke, *et. al.*, 1988; Hsu, 1989; Fichter, 1990; Hsu, 1990; Corona, 1998).

Se dice que hay un vínculo cognitivo entre la dieta y los episodios bulímicos. Así, diversos autores arguyen que la dieta promueve los episodios de hiperfagia por privación psicológica. La privación conduce a descontrol alimentario a través de eventos desinhibidores, tales como la ingesta de pequeñas cantidades de alimentos hipercalóricos, de alcohol o humor negativo. Las extremas reglas dietéticas autoimpuestas por los dietistas son imposibles de obedecer, particularmente en periodos de estrés, por lo que las menores desviaciones de estas reglas son percibidas catastróficamente y como evidencia de debilidad, lo que refleja la tendencia de estos sujetos a pensar en términos dicotómicos, obteniendo como resultado el abandono del autocontrol. Una vez que esto ocurre, otros factores gobiernan la ingesta: el placer de consumir comidas prohibidas pero agradables, distracción de los problemas y atenuación temporal de la depresión y la ansiedad. Así, las bulímicas son capaces de mantener el control cuando creen que están observando la dieta de forma estricta y cuando creen que la han quebrantado, aunque sea levemente, se abandonan a la desinhibición (Herman y Polivy, 1980; Herman y Polivy, 1984; Polivy y Herman, 1985; Herman, Polivy y Esses, 1987; Herman y Polivy, 1988a; Herman y Polivy, 1988b).

Cabe mencionar, que cuando por medio de dietas restrictivas se intenta descender en forma marcada de peso, el organismo se protege, disminuyendo el gasto energético para mantener el peso cerca del nivel que se tiene asignado. De tal forma, que la bulímica, cuando hace dieta

está por debajo de su peso que es establecido genéticamente, aunque aparenta estar en su peso normal porque no tiene el aspecto esquelético de las anoréxicas (Crispo, *et. al.*, 1996).

Con respecto a los sentimientos durante el episodio bulímico, se puede decir que la persona que presenta este trastorno alimentario antes del atracón experimenta sentimientos de ansiedad, depresión, frustración o aburrimiento, enojo, en ocasiones beben alcohol, como resultado de experiencias desagradables. Mientras dura el atracón que lo vive como ajeno, repugnante y con incapacidad para controlarlo, estos sentimientos se olvidan pero retornan apenas el episodio de sobreingesta termina. A esto se le suma un estado de malestar, inquietud, una sensación de frustración y depresión que lleva al aislamiento. La bulímica se odia a sí misma por haber traicionado su aspiración de un peso ideal, se desprecia intensamente, experimenta la sensación de pérdida de control, presenta sentimientos de vergüenza y culpa, miedo a ser descubiertos durante uno de sus episodios de sobreingesta, que normalmente se llevan a cabo en secreto y generalmente por la noche, los cuales sólo se interrumpen si alguien entra al lugar, cuando se acaba la comida o por una dolorosa distensión abdominal, recuperación de control o por sopor postpandrial. Inevitablemente, a continuación hay remordimiento y distintos intentos de anular lo hecho, pero la purga está siempre gatillada por el temor malsano de engordar.

De tal forma, que con el tiempo, el atracón y los métodos de purga se generalizan como recursos para aliviar transitoriamente el malestar emocional. Al producir pérdida de peso y hambre, rompen el circuito natural de hambre-comida-saciedad, desencadenando un nuevo atracón, y así sucesivamente. Cabe señalar que estos consumos críticos de alimento conllevan, en la inmensa mayoría de los casos, otra irregularidad conductual: los vómitos voluntarios, el uso de diuréticos y los laxantes (Rausch y Bay, 1990).

E) Conductas compensatorias y ejercicio excesivo

Las bulímicas realizan conductas compensatorias inapropiadas de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son: provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, ayuno y ejercicio excesivo, que tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un periodo de tres meses.

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

♦ Vómito

Con respecto al vómito autoinducido, se puede decir que es el método por el cual se intenta eliminar las calorías ingeridas no deseadas durante un atracón, comienza implementándose como un sistema para recuperar el control después de un atracón y termina siendo un fracaso en el control, ya que el vómito legitima al atracón. De tal forma, la bulímica percibe el vomitar como una forma de regular la ingesta desequilibrada por su crítica voracidad, viéndolo como una solución de corto alcance porque si bien en lo inmediato elimina el alimento que la persona rechaza, pronto esta practica, que se originó en un intento por controlar la ingesta excesiva, se convierte en un círculo vicioso por el mismo hecho de que le da legitimidad al atracón, con la ilusión de que la transgresión es así eficazmente anulada. Así, el vómito resulta reforzado negativamente al conseguir cierta mitigación de la ansiedad, y en consecuencia, la tendencia a vomitar va a mantenerse y probablemente a incrementarse, ya que con el transcurso del tiempo, la paciente pierde cada vez más el control, al punto de sentir que debe vomitar cada vez que come.

Una vez establecido el vómito como hábito más o menos circunstancial, puede practicarse aún en ausencia de episodios bulímicos. Así, con cierta frecuencia, la menor ingesta desencadena malestar y éste parece desaparecer con el vaciado del estómago. Tras un periodo de práctica intensiva, no puede sorprender que en algún caso el vómito sea siempre plenamente voluntario, ya que puede asumir características reflejas, es decir, condicionadas (Toro y Vilardell, 1987).

♦ Uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos

Otras conductas compensatorias que emplea la bulímica son el uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, ayuno y ejercicio, los cuales, tienen lugar como promedio, al menos dos veces a la semana durante un periodo de tres meses.

Dado que la bulímica presenta una constipación lo que provoca que experimente molestias abdominales difusas, lo que a su vez conlleva a un mayor consumo de laxantes. Sin embargo, estos sólo logran volver disfuncional al intestino por la pérdida de la contractilidad natural, produciendo desequilibrio electrolítico y deshidratación (Toro y Vilardell, 1987).

En cuanto a los diuréticos, las bulímicas los utilizan porque sirven para disminuir la retención líquida y por tanto el peso; sin embargo, ocasionan un aumento en la pérdida de agua y potasio por la orina, pudiendo haber deshidratación (Crispo, *et. al.*, 1996).

♦ Ejercicio excesivo

Con respecto al ejercicio, algunas investigaciones han identificado que el ejercicio excesivo, la baja autoestima y la insatisfacción corporal están asociados con la bulimia, ya que se trata de obtener la talla del cuerpo ideal (Abraham y Llewellyn-Jones, 1985). Se ha observado, que las mujeres suelen percibirse obesas sin serlo, con mucha más frecuencia que los varones, por lo que el ejercicio físico es utilizado frecuentemente para obtener la figura que la sociedad propone, ante eso generalmente la mujer lo utiliza para mejorar su silueta o perder peso (Brodie y Slade, 1988).

Furnham y Calnan (1998) realizaron un estudio con el objetivo de establecer la relación entre la insatisfacción corporal, las razones dadas para hacer ejercicio y la autoestima con la presencia del trastorno alimentario, encontrando que el 69% de la muestra presentan insatisfacción corporal, en cuanto a las razones para hacer ejercicio fueron: para tener más atractivo, un mejor control de peso y tono, aunque también se relacionó con el manejo de la delgadez, mientras que el hacer ejercicio para obtener un buen tono corporal se correlacionó con la insatisfacción corporal. Asimismo, se encontró una relación entre la autoestima y las actitudes y conductas relacionadas al trastorno alimentario. Así, se puede decir que el ejercicio es una forma de bajar de peso rápidamente o una forma de negar los efectos desagradables de la dieta. Algunos autores encontraron que el ejercicio como control de peso se asocia con el trastorno alimentario, por lo que quienes hacen ejercicio por razones de apariencia tienen mayor riesgo de desarrollar el trastorno alimentario (Silberstein, Striegel-Moore, Timko y Rodin, 1988; McDonald y Thompson, 1992).

F) Fluctuaciones en el peso

El cuerpo se constituye básicamente a partir de las herencias genéticas. Sin embargo, aumentar de peso o no perderlo significa alejarse del modelo vigente e interiorizado, autodemostrarse un autocontrol insuficiente, ceder a la presión de los padres en favor del

aumento de peso, estar condicionada por los criterios que al respecto predominan en el grupo coetáneo (amigos) arriesgándose a la desaprobación explícita o implícita del grupo.

Así, el sobrepeso y la obesidad son inductores para comer, siendo la respuesta psicológica a través de la imagen negativa, baja autoestima y los ideales sociales que promueven más intensificadamente la conducta de los trastornos alimentarios. Esta influencia sociocultural promete a las mujeres poder alcanzar una figura esbelta y que cuando decrecientan de peso van a tener una vida sofisticada, de gran aceptación social y éxito (Adams, *et. al.*, 1993; Crispo, *et. al.*, 1996).

La presión social actúa muy precozmente y la naturaleza ayuda a ello en la medida en que la adolescente sufre una serie de transformaciones que la obligan a centrar su atención sobre el susodicho cuerpo. Así, la mujer tiende a identificarse ella misma con su cuerpo, lo que le lleva a la aceptación o no de ese cuerpo, siendo esto trascendental para su autoestima y el posterior equilibrio emocional. De tal forma, que a las bulímicas el presentar fluctuaciones en su peso, les ocasiona malestar, depresión, etc. Siendo que esta manipulación del peso puede ser como una compensación de sensaciones de impotencia que surgen frente a situaciones que le son difíciles de manejar.

En relación a la presencia del trastorno alimentario de la bulimia con la insatisfacción con la imagen corporal, la paciente presenta ciertos síntomas:

1) Insatisfacción, distorsión y preocupación corporal en general

Dentro de la imagen corporal, puede existir insatisfacción o distorsión que se manifiestan a través de la manera en que la persona percibe su peso, su talla o su silueta corporal. Pero por otro lado, sin duda, la satisfacción corporal contribuye en la adaptación personal y social, autoestima favorable y equilibrio emocional (Bruchon-Schweitzer, 1992). En cambio, la insatisfacción corporal es la distancia entre la realidad y lo ideal, es el cuerpo percibido que puede ser diferente tanto del cuerpo real como del cuerpo ideal, es la inconformidad y disgusto con lo que uno es desde el punto de vista físico (Tucker, 1984; Fabian y Thompson, 1989; Leon, *et. al.*, 1993; Mancilla, *et. al.*, 1998). Además, de que una elevada proporción de adolescentes están insatisfechas con su peso y un porcentaje de ellas toma medidas sistemáticas para controlarlo (Hill y Robinson, 1991) (Véase Figura 3).

Striegel-Moore, Silberstein, French y Rodin (1989) y Button (1990) encontraron que predictores significativos en el incremento de los trastornos alimentarios son la insatisfacción corporal, preocupación por el peso corporal, causando problemas de relación social y de autoestima. Al respecto, Mancilla, *et. al.* (1998) realizaron un estudio para evaluar la asociación entre los factores de riesgo y los trastornos alimentarios. Encontrando que las personas con trastorno alimentario tienen una mayor insatisfacción con su imagen corporal y un mayor temor a engordar, y presentan sentimientos de baja autoestima, ya que ésta se encuentra muy ligada a la valoración que tienen de su propio cuerpo. Asimismo, mostraron ser más sensibles a la influencia que ejercen la familia, los amigos y los medios masivos de comunicación para que una persona adelgace.

FIGURA 3

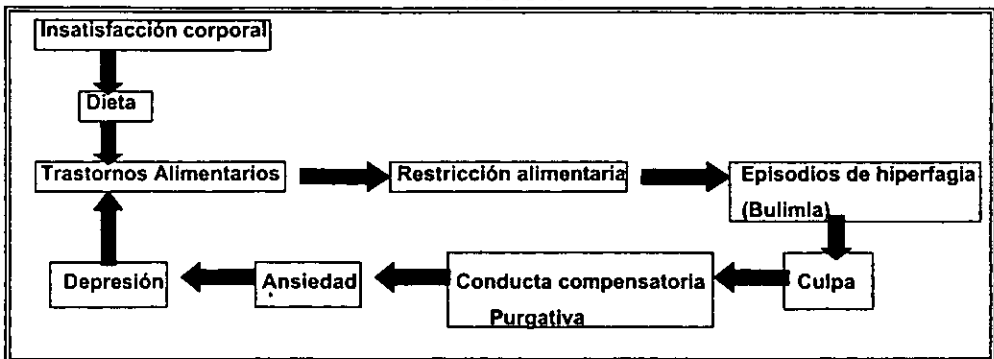


Figura 3. Fenómeno cíclico que se establece durante la presencia de los trastornos alimentarios

Gómez (1998) realizó un estudio con el fin de determinar la relación entre el cuerpo percibido (autopercepción de la imagen corporal) y el nivel de insatisfacción con el mismo, a través de variables como el cuerpo percibido, los factores de riesgo asociados con el trastorno alimentario y la satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal. Encontrando que la autopercepción del cuerpo (cuerpo percibido) se correlacionó con la satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal y con factores de riesgo (preocupación por el peso y la comida). De acuerdo con Bruchon-Schweitzer (1992) y Tucker (1984), es mejor predictor de la satisfacción corporal la autopercepción (cuerpo percibido) que la realidad objetiva (masa corporal real =

peso/estatura²). Así, se comprobó el papel mediador de la satisfacción/insatisfacción en la relación cuerpo percibido y preocupación por el peso y la comida (factores de riesgo asociados con los trastornos alimentarios); además, tiene mayor importancia como predictor en la satisfacción corporal "el sentirse atractivo" que "el ser atractivo".

Es importante señalar que las personas con una historia de obesidad infantil van a tener mayores alteraciones en la imagen corporal, esto se da, porque esa historia tiene repercusiones psicológicas que no se extinguen totalmente con la pérdida de peso. Otra variable que contribuye a desarrollar este trastorno es el desarrollo físico y la retroalimentación social, ya que los cambios físicos de la pubertad pueden provocar preocupación inicial acerca de la apariencia física y éstos van a provocar comentarios de las otras personas que influyen en su autoestima. También está relacionada con la cultura de la delgadez, la que conduce a normas y valores que determinan las actitudes y conductas hacia la forma corporal, talla y peso, particularmente en los periodos de cambios físicos como son la adolescencia y la juventud, teniendo la necesidad de lograr una imagen corporal manejada como el ideal social (Toro, *et. al.*, 1994).

En la bulimia nerviosa, se presenta una distorsión de la imagen corporal que es la percepción negativa del tamaño y forma corporal, así como una alta motivación por adelgazar (Hsu, 1990; Guillemot y Laxenaire, 1994; Wonderlich, 1997). Tiene una preocupación excesiva por algún defecto imaginario de su aspecto físico que es aparentemente normal, ésta les provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Tienen una mayor tendencia a mostrar una baja autoestima, provocada por la no aceptación de su apariencia y su deseo constante de perder peso (Román, Mancilla, Alvarez y López, 1998).

Davies y Furnham (1986) estudiaron un grupo de adolescentes británicas de 12 a 18 años de edad, con relación al grado de satisfacción respecto a sus características corporales, encontrando que las dimensiones de la parte superior del muslo, las nalgas y el estómago eran juzgadas con progresiva insatisfacción conforme aumentaba la edad; correlacionándose esto con el sobrepeso autopercibido (es decir, real o no). Concluyendo, que la satisfacción producida por el propio cuerpo declina durante la adolescencia y está asociada a la autoestima y a la práctica de dietas restrictivas. Respecto a esto, Fernández, *et. al.* (1994) realizaron un estudio con una muestra de pacientes con trastorno alimentario, encontrando que el 45% de las bulímicas se menospreciaban, 35% se sobreestimaban y 2% fueron exactas, concluyendo que

las bulímicas tienen mayor dificultad para aceptar su tamaño corporal y una mayor insatisfacción corporal.

Hay dos tipos de anomalías con relación a la apreciación del tamaño y dimensiones del propio cuerpo. En unos casos hay auténticas distorsiones perceptivas, dado que se comprueban errores significativos en la percepción de determinadas características corporales. En otros, a partir de una percepción más o menos objetiva, se producen evaluaciones distorsionadas, que según su contenido dan lugar a reacciones de ansiedad o incluso contribuir a mitigarlo. Es frecuente que la distorsión de la imagen corporal se limite a muslos, caderas, abdomen y nalgas, áreas corporales claramente diferentes entre los géneros, tendiendo a ser más voluminosos en el femenino. Además, para hablar de la distorsión de la imagen corporal hay que tomar en cuenta la presión social (Toro y Vilardell, 1987).

Presentan quejas que suelen ser de una anomalía completamente imaginaria, a veces pueden tener una base real y ser notadas por las otras personas, pero no hasta el punto que él o ella imagina. En principio las preocupaciones pueden ser sobre cualquier parte de su apariencia física, aunque tengan una apariencia normal, aunque algunas pueden presentar quejas muy circunscritas a una o varias zonas del cuerpo: delgadez del cabello, acné, arrugas, cicatrices, desproporción facial o bien pueden preocuparse por la forma, el tamaño u otros aspectos de su nariz, ojos, párpados, cejas, orejas, boca, labios, dientes, mandíbula, barbilla, mejillas y cabeza o de la forma y tamaño de genitales, pechos, nalgas, abdomen, brazos, manos, piernas, caderas, hombros, columna vertebral, amplias zonas del cuerpo e incluso todo el cuerpo; mientras que hay otro tipo de quejas que pueden ser tremendamente vagas (ser feo, ser raro, etc.) (Raich, 1998). Estas quejas pueden contemplarse como trastorno dismórfico cuando el defecto es exagerado y se acompaña de una preocupación trastornante e incapacitante (Crisp, 1988; Philips, 1996). Rosen (1990) cita la atención selectiva hacia la parte o partes del cuerpo que preocupan, las conductas de evitación, como no llevar determinada ropa o asistir a determinadas reuniones, y los rituales de comprobación y confirmación como preguntar repetidamente por la presencia o ausencia de un defecto o mirarse muy a menudo al espejo.

Se ha encontrado que la edad promedio en la que se establece la bulimia es a los 18.4 años, edad en la que también se han observado las tasas más altas de insatisfacción con el propio cuerpo, así como el mayor grado de distorsión de la imagen corporal (Crawley y

Paryides, 1995, cit. en Alvarez, Román, Manríquez y Mancilla, 1996).

2) Preocupación por el peso y la figura en relación con la ingesta

La cultura es el factor más determinante sobre el peso corporal, ya que en algunas culturas existe la creencia de que el sobrepeso es una manifestación de salud con relación a la sexualidad y fertilidad, así como a la riqueza, considerando bella a la mujer si poseía abundantes pechos y cadera; sin embargo, la delgadez ha ido incrementando y extendiendo su valor como ideal cultural (Ewen, 1988; Striegel-Moore, 1995, cit. en Brownell y Fairburn, 1995).

Antes de este siglo, los alimentos estaban disponibles para las clases sociales más altas, la comida abundante y la obesidad denotaban poder económico y elevado nivel social. En el siglo XX, gran parte de la población dispone de alimentos de alta densidad calórica y la obesidad prevalece en los grupos de población de nivel socioeconómico inferior, en cambio en la clase alta hay un mayor índice de evitación de la obesidad (Rausch y Bay, 1990).

Además de que la población recibe frecuentemente mensajes contradictorios en lo que refiere a la salud y a la alimentación, cuyos resultados pueden ser peligrosos para los individuos. Actualmente se establece un cambio profundo que lleva a la obligación general de una delgadez activa y voluntariosa que representa el final del viejo ideal de belleza opulenta (Guillemot y Laxenaire, 1994). De tal forma, que Garner y Garfinkel (1980) publicaron un estudio que verificaba la evolución de la altura, peso y ciertas dimensiones corporales femeninas (busto, cintura y cadera) conforme al transcurrir del tiempo; encontraron que el peso disminuye significativamente, al igual que las dimensiones del busto y de las caderas, pero incrementándose el tamaño de la cintura, caracterizándose por poseer piernas largas, vientre plano y pechos altos, con apreciación andrógina (patrón "tubular"). Además se ha dado un crecimiento en la publicidad de artículos para bajar de peso (casi nula a principios de siglo, con un crecimiento crítico a partir de los 70's) y un auge de lo que sería una industria cada vez más poderosa, farmacéutica, alimentaria, editorial y publicitaria, entre otras, dedicadas al adelgazamiento (Braguinsky, 1987 cit. en Kenny y Hart, 1992). Es importante mencionar, que el aumento progresivo de peso es un fenómeno universal y propio del mundo desarrollado, correlacionado con el incremento de la talla, fruto de las condiciones nutritivas y sanitarias generales. Entre esa presión hacia el adelgazamiento y esa tendencia natural al incremento del peso se hallan las mujeres, especialmente las jóvenes.

Se ha visto que existen dos fenómenos culturales simultáneos que provocaron los cambios en la mujer. Por una parte, el movimiento feminista favoreció la confusión de roles e identidad, dentro de la subpoblación de jóvenes. Faludi y Wolf (1991 cit. en: Fallon, Katzman y Wooley, 1994) han argumentado que el movimiento feminista ocasionó un aumento en la atención sobre los cuerpos de las mujeres. Por otra parte, el énfasis por la delgadez como un medio por el cual las mujeres jóvenes podían competir entre ellas y demostrar su autocontrol, ya que la falta de éste podría conducir a la obesidad, favoreciendo así la discriminación social, el aislamiento y la baja autoestima (Feinstein y Sorosky, 1988).

Así, se espera que la mujer tenga un cuerpo perfecto, una carrera brillante, un buen nivel social, construir un matrimonio perfecto y ser una perfecta madre. Esta estigmatización de la obesidad, de acuerdo con diversos autores, produce un mayor miedo al aumento de peso por parte de personas que están en rango normativo, involucrándose en diversas prácticas para bajar de peso (Hill, Oliver y Rogers, 1992; Hill y Robinson, 1991), sentimientos de desconcierto, vergüenza, culpabilidad y ansiedad por no alcanzar el estereotipo de la mujer que "venden" los medios, presentar una mayor insatisfacción corporal, imagen negativa del cuerpo, sobreestimación de determinadas partes del cuerpo y preocupación por la figura (Tiggeman y Pennington, 1990; Raich, *et. al.*, 1991; Brodie, Bagley y Slade, 1994; Striegel-Moore, 1995, cit. en Brownell y Fairburn, 1995). De tal forma, que en una sociedad que glorifica la belleza, la juventud y la salud, no es extraño que aumente la preocupación por la apariencia física (Wiseman, Grav, Mossiman y Ahrens, 1992; Anderson y Didomenico, 1992).

Beck (1976, cit. en Guillemot y Laxenaire, 1994) ha reportado que el ideal de delgadez se impone más entre mujeres con un ideal cultural más elevado y mayor ambición profesional, pues cierta redondez en las formas se asocia en el pensamiento de la femineidad y ésta es generalmente asociada a la falta de inteligencia y a la incompetencia profesional, trayendo como consecuencia signos de angustia psicológica, tendiendo a sufrir en mayor medida depresiones y desórdenes alimentarios (Fallon, *et. al.*, 1994).

De tal forma, que existe una gran preferencia social por un físico delgado, producto correspondiente de la preocupación social por la dieta y la pérdida de peso, lo cual ha afectado las actitudes y conductas alimentarias entre mujeres jóvenes y adolescentes. Se observa a la dieta restrictiva, al ejercicio periódico y a la mentalidad asociada con éstos como normativa, lo

que ha ocasionado una mayor preocupación por los aspectos relacionados con el sabor y la atmósfera que rodea a las comidas que por la ingestión de la cantidad necesaria de calorías para sobrevivir (Hare, 1987; Toro, *et. al.*, 1994). Trayendo como consecuencia, que muchas mujeres traten de mejorar su apariencia física a través del uso de dietas restrictivas para incrementar su atractivo, pero a la vez, deteriorando su salud, pero siempre prefiriendo ser delgadas que obesas. Sin embargo, los textos médicos y los profesionales de la salud continúan promoviendo las dietas como algo saludable y la obesidad como peligrosa (Rodin y Silberstein, 1985, cit. en Sondereger, 1985).

Hay dos opiniones sobre el cuerpo perfecto. La primera es que el cuerpo es infinitamente maleable y que con una dieta estricta, un programa de ejercicio y el esfuerzo personal se puede lograr una estética ideal; mientras la segunda dice que obtener el cuerpo ideal se considera como una ganancia, como una carrera avanzada hacia la salud, la felicidad y la atracción. Actualmente, la delgadez equivale a atractivo a pesar de que exista una diferencia en la percepción del cuerpo entre hombres y mujeres, pues ellos perciben su cuerpo como funcional y atlético, mientras que ellas como estético y decorativo (Polivy y Herman, 1995).

Freeman (cit. en Fallon, *et. al.*, 1994) ha descrito que la palabra "belleza" se refiere específicamente a las características físicas y también sugiere femineidad; en contraste, la palabra "guapo" se refiere a atributos como la fortaleza y el cumplimiento, aunque también al atractivo físico. De esta manera, la gente suele asociar un amplio número de características positivas con el atractivo físico.

La imagen corporal negativa entre las mujeres adolescentes, es decir, la percepción de que sus cuerpos no son ideales, puede ser comprendida en parte al esfuerzo de éstas por vivir con la seguridad de una imagen ideal que destaca en la cultura, más que en la vulnerabilidad y vitalidad de sus cuerpos femeninos (Fallon, *et. al.*, 1994). El ideal de belleza se ve reflejado en las imágenes de las mujeres modelos, quienes por su omnipresencia llegan a convertirse en patrones irreales, pues no todas las mujeres pueden llegar a tener una figura así.

Por último, las bulímicas se preocupan por todos aquellos aspectos relacionados con la obesidad, ya que ellas piensan que están obesas, por lo que se interesan en no presentar celulitis, falta de firmeza en sus músculos, y todo aquello relacionado a aspectos que indiquen un sobrepeso.

4.2.1. Otras investigaciones realizadas

Formea y Burns (1996) realizaron un estudio con la finalidad de investigar el papel de la depresión en la interferencia de una tarea. Para esto utilizaron el B.U.L.I.T. (Bulimia Test), el B.D.I. (Beck Depression Inventory) y una tarea específica. Encontrando que en pacientes con trastorno alimentario el efecto de la interferencia desaparece a través de varios ensayos. No obstante, las personas con trastorno alimentario obtuvieron un mayor puntaje en el B.U.L.I.T. que las depresivas no bulímicas y las no depresivas y no bulímicas. Concluyendo, que las bulímicas son más depresivas y se fijan más en conceptos relacionados con su padecimiento en comparación con el grupo control.

El B.U.L.I.T. también se administró a una muestra simple de sujetos (n=14) con anorexia nerviosa para producir una estimación del grado de sobrepeso entre la anorexia y la bulimia nerviosa. Seis sujetos se clasificaron en el rango de bulimia y 8 en el rango normal. Estos porcentajes se asemejan a otros estudios concernientes al porcentaje de individuos anoréxicos quienes presentaban conductas bulímicas. Sin embargo, los sujetos anoréxicos que registraban con sintomatología bulimia fueron fácilmente distinguibles de aquellos sujetos bulímicos "puros" en la base de otros criterios. Por instancia, los puntajes promedios de las dos preguntas concernientes a la dismenorrea mostraron diferencias significativas entre los grupos anoréxicos y bulímicos, con el grupo anoréxico que reportó mas irregularidades en su ciclo menstrual que el grupo bulímico. En suma, los sujetos anoréxicos pesaban en promedio 0.5 Kg menos que el grupo control y 11.8 Kg menos que el grupo bulímico (Mora, 1993).

Román, *et. al.* (1998) realizaron un estudio con el objetivo de evaluar la asociación entre los trastornos alimentarios y la distorsión de la imagen corporal, así como determinar las diferencias entre los grupos de anoréxicas, bulímicas y sin trastornos sobre la base de la insatisfacción corporal. Para esto, se aplicaron el C.I.M.E.C. (Cuestionario de Influencias sobre el Modelo Estético Corporal), el B.S.Q. (Cuestionario de Imagen corporal), el E.A.T. (Eating Attitudes Test) y el B.U.L.I.T. (Test de Bulimia) a una muestra de 519 alumnas pertenecientes a segundo y cuarto semestre de licenciatura, con un rango de edad entre 15 y 26 años. Se encontró que las personas con trastorno alimentario tienen mayor insatisfacción con su imagen corporal, mayor temor a engordar, así como una preocupación mayor por llevar dietas con la finalidad de perder peso. Tienden a ser más receptivas a los mensajes de los medios masivos

de comunicación, siendo sumamente sensibles a la presión constante que ejercen sobre ellas sus ambientes familiares y sociales. Además, se halló una correlación entre la presencia del trastorno alimentario que se determinó a partir de las pruebas del E.A.T. y B.U.L.I.T., así como los cuestionarios que evalúan la imagen corporal (B.S.Q. y C.I.M.E.C.). Las mujeres con trastorno alimentario suelen tener una autoestima extremadamente baja y sentimientos de rechazo (Garner y Garfinkel, 1982). Con lo que se comprobó la hipótesis planteada al inicio del trabajo, observándose que la imagen corporal de la muestra estudiada está asociada a los trastornos alimentarios.

En una investigación inicial, cuya finalidad fue detectar la presencia de la anorexia y la bulimia en México así como de algunos factores psicológicos asociados, se trabajó con una muestra de estudiantes del sexo femenino de una universidad pública (n=524), a los cuales se les aplicaron tres instrumentos de autoreporte, dos con la finalidad de detectar la presencia del trastorno alimentario (Mancilla, Manríquez, Mercado, Román y Alvarez, 1996) y uno más para evaluar la relación entre éstas y algunos factores psicológicos ampliamente asociados, en la literatura, a los trastornos alimentarios (Mancilla, Alvarez, Román, Mercado y Manríquez, 1997). Los resultados reportaron que el 8.4% de la muestra evaluada presenta un trastorno alimentario, el 5% de anorexia y el 3.4% bulimia. Así, al comparar al grupo con trastorno con un grupo control se observaron diferencias significativas entre ambos grupos, respecto de los factores miedo a madurar, motivación para adelgazar, ineffectividad y perfeccionismo, pero no así respecto a desconfianza interpersonal; al respecto, el miedo a madurar y la ineffectividad fueron significativamente mayores en las bulímicas, a la vez que la motivación por adelgazar lo fue en las anoréxicas.

Por otro lado, al evaluar la asociación entre la presión social sobre el modelo de imagen corporal y la insatisfacción con la imagen corporal respecto a la presencia de trastorno alimentario, los resultados arrojaron que los participantes con trastorno alimentario mostraron significativamente mayor susceptibilidad a la influencia y a la presión social conforme al modelo de imagen corporal (delgadez), así como una mayor insatisfacción corporal que el grupo control (Alvarez, *et. al.*, 1996).

En una segunda investigación se realizó una réplica de la anterior (Alvarez, Mancilla, Mercado, Manríquez y Roman, 1997), pero con algunas modificaciones como fueron: la ampliación del tamaño de la muestra (n=960), incluyendo en ella jóvenes estudiantes del sexo

femenino de dos diferentes niveles de enseñanza (Bachillerato y Profesional), así como dos tipos de instituciones (Públicas y Privadas), asimismo se incluyeron algunos otros factores psicológicos no considerados en el estudio anterior, y finalmente, se contempló un tercer subtipo de sintomatología de trastorno alimentario (anorexia-bulímica). Los resultados arrojaron que el 17.5% presentó sintomatología de trastorno alimentario, siendo significativamente mayor en las instituciones privadas que en las públicas, sin embargo fue la misma en nivel de licenciatura y de bachillerato; respecto a los subtipos de trastorno, se detectaron más sintomatología de bulimia que de anorexia.

En cuanto a los factores psicológicos, se determinaron diferencias entre el grupo con trastorno alimentario y el grupo control, siendo significativamente mayor la motivación por adelgazar, la insatisfacción corporal, la inefectividad, la desconfianza interpersonal, la identificación interoceptiva y el miedo a madurar del grupo experimental, no así con respecto al perfeccionismo, el cual mostró una inconsistencia en su relación con la presencia del trastorno (Martínez, Medina y Quiroz, 1997).

Por último, con respecto a los factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios, el miedo a madurar era considerado como característico de las chicas con anorexia nerviosa (Kaplan y Sadock, 1994), sin embargo también parece ser característico de la bulimia nerviosa. En los otros factores evaluados, se ratificó lo referido por otros autores (Emmons, 1992); específicamente el perfeccionismo predominó entre las anoréxicas y la inefectividad en las bulímicas (Crispo, *et. al.*, 1996).

OBJETIVO GENERAL:

- Realizar una **caracterización de los rasgos o componentes de trastorno alimentario en una muestra comunitaria de estudiantes mexicanas**

OBJETIVOS PARTICULARES:

- Establecer la **ocurrencia de sintomatología anoréxica y de sintomatología bulímica**
- Establecer la **ocurrencia de dichos tipos de sintomatología en función de dos variables: Nivel socioeconómico (Tipo de institución: Pública o Privada) y Edad (Nivel educativo: Bachillerato o Profesional)**
- **Caracterizar los rasgos o componentes de trastorno alimentario presentes en una muestra comunitaria, así como su asociación con las variables: Nivel socioeconómico y Edad.**
- **Caracterizar los rasgos o componentes de trastorno alimentario presentes en una muestra con sintomatología anoréxica o sintomatología bulímica, así como su asociación con las variables Nivel socioeconómico y Edad.**

MÉTODO

Sujetos:

Durante la primera fase del estudio la población estuvo constituida de 2168 alumnas, pertenecientes a escuelas públicas (n= 1428) y privadas (n= 740), las cuales estaban cursando el nivel bachillerato (n= 1038) y profesional (n= 1130), con un rango de edad de 16 a 22 años. Posteriormente, se seleccionaron cuatro grupos los cuales estuvieron constituidos de la siguiente manera: a) El primer grupo se constituyó por aquellas alumnas pertenecientes a un nivel educativo profesional dentro de una institución privada (n= 377); b) El segundo grupo lo constituyeron las estudiantes pertenecientes a un nivel educativo de bachillerato de una institución de tipo privado (n= 363); c) El tercer grupo lo formaron las estudiantes que cursan el nivel profesional dentro de una institución de tipo público (n= 753) y d) El cuarto grupo se estableció por la población de estudiantes mexicanas pertenecientes a un nivel bachillerato, el cual, lo cursaban dentro de una institución de tipo público (n= 676).

En la segunda fase de la investigación, la población se dividió en dos grupos. Para formar el primer grupo (Grupo con sintomatología) se seleccionaron a las estudiantes mexicanas que presentaron la sintomatología anoréxica, tomando como base que obtuvieran un puntaje mayor o igual a 28 en el Test de Actitudes hacia la Alimentación (E.A.T. 40) (n= 238) y/o por las alumnas que presentaron sintomatología bulímica establecida por haber obtenido un puntaje mayor o igual a 85 en el Test de Bulimia (B.U.L.I.T.) (n= 238). El segundo grupo se constituyó con las alumnas que no presentaban sintomatología de trastorno alimentario (Grupo control), este último se seleccionó en forma aleatoria (n= 238) de todas aquellas jóvenes que no rebasaron el punto de corte del E.A.T. y/o B.U.L.I.T.

Escenario:

La investigación se llevó a cabo dentro de las instalaciones de las instituciones públicas y privadas de nivel bachillerato y profesional.

Tipo de Diseño:

El diseño que se utilizó para la investigación fue no experimental, de tipo transeccional

correlacional/causal. Así, el diseño se considera no experimental porque no se manipulan deliberadamente las variables, ya que sólo se observan los fenómenos tal y como se dan dentro del contexto natural sin construcción de ninguna situación, para después analizarlo. Además, es transeccional correlacional/causal porque describe la relación entre dos o más variables dentro de un momento determinado.

Instrumentos de evaluación:

Para determinar si una persona presentó sintomatología de los trastornos alimentarios de anorexia y bulimia, se utilizaron los siguientes cuestionarios:

Para el diagnóstico de la sintomatología de anorexia nerviosa se aplicó el Test de Actitudes hacia la Alimentación (E.A.T.- 40 de Garner y Garfinkel, 1979), traducido y validado en su versión española por Castro, *et. al.* (1991), adaptado y validado para la población mexicana (Alvarez, 2000). Este instrumento es un cuestionario de autoreporte que consta de 40 ítems bajo una escala de seis opciones, teniendo como punto de corte para jóvenes mexicanas una puntuación de 28 (Alvarez, *op. cit.*), el cual permite detectar específicamente los trastornos de anorexia nerviosa y TCANE' s 1, 2 y 4, obteniendo los siguientes factores: 1) Motivación para adelgazar; 2) Evitación de alimentos engordantes (Hipercalóricos); 3) Preocupación por la comida; 4) Presión social percibida; 5) Obsesiones y compulsiones; 6) Patrones y Estilos Alimentarios y 7) Conductas compensatorias.

Cabe señalar, que si bien el E.A.T. evalúa síntomas bulímicos, estos se encuadrarían dentro de lo que hoy se denomina como anorexia de tipo compulsivo (A.P.A., 1994). Lo anterior, se debe a que el instrumento inicial creado por Garner y Garfinkel (1979) lo propusieron para detectar a los trastornos alimentarios; en donde se hablaba como una entidad clínica a la anorexia nerviosa, siendo que la bulimia nerviosa sólo era una variante de ésta, olvidándose que ésta fue dotada de una independencia nosológica respecto a la anorexia nerviosa (A.P.A., 1987). En conclusión, se puede señalar que el instrumento constituye un índice objetivo y válido en la identificación de los trastornos alimentarios del tipo anoréxico: anorexia nerviosa, TCANE 1, 2 y 4, por lo que sirve para identificar casos actuales o incipientes del trastorno alimentario en poblaciones con alto riesgo de desarrollarlo.

El Test de Bulimia (B.U.L.I.T. de Smith y Thelen, 1984) traducido y estandarizado en su versión española por Mora (1993), adaptado y validado para la población mexicana (Alvarez, 2000), se utilizó para obtener un diagnóstico de sintomatología de la bulimia nerviosa. Este instrumento es un cuestionario de autoreporte de 36 ítems, bajo una escala bipolar de cinco opciones, teniendo como punto de corte para jóvenes mexicanas (Alvarez, op. cit.) una puntuación de 85, el cual permite detectar los trastornos de bulimia y TCANE 3. Asimismo, se establecieron 3 factores: 1) Sobreingesta y sensación de pérdida de control sobre la alimentación; 2) Sentimientos negativos después de una sobreingesta; y 3) Conductas compensatorias.

Procedimiento:

Para llevar a cabo esta investigación se establecieron los siguientes pasos:

1) Presentación.

Durante el inicio de la sesión se les explicaba a los participantes los objetivos principales de la investigación así como la importancia de su participación.

2) Aplicación de los cuestionarios.

a) Se repartió individualmente el cuadernillo de preguntas y hojas de respuestas correspondientes al primer instrumento, posteriormente se les indicaba el momento en que podrían comenzar a contestarlo, teniendo como opción que si surgían dudas con respecto al instrumento se les aclaraban al momento, esto con la finalidad de que no se alteraran los resultados.

b) Al terminar de contestar el primer instrumento se procedió a recogerlo y a repartir el segundo instrumento; estableciendo el mismo proceso del punto anterior. El orden en el que se presentaron los instrumentos fue el siguiente: E.A.T. y B.U.L.I.T.

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

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

El análisis de los datos se llevó a cabo en dos fases:

Fase 1. Para establecer la ocurrencia de sintomatología anoréxica y de sintomatología bulímica en la población de 2168 jóvenes del sexo femenino, pertenecientes a nivel bachillerato y/o profesional, así como de instituciones privadas y/ o públicas, se obtuvo la frecuencia y curva de normalidad de los instrumentos E.A.T. y del B.U.L.I.T. Asimismo, se obtuvo el porcentaje de las alumnas que rebasaron el punto de corte del E.A.T. y B.U.L.I.T. Posteriormente, se llevó a cabo la estadística descriptiva con los siete factores del E.A.T: 1) Motivación para adelgazar; 2) Evitación de alimentos engordantes; 3) Preocupación por la comida; 4) Presión social percibida; 5) Obsesiones y compulsiones; 6) Patrones y estilos alimentarios y 7) Conductas compensatorias (Veáse Cuadro 4). Además con los 3 factores del B.U.L.I.T.: 1) Sobreingesta y sensación de pérdida de control sobre la alimentación; 2) Sentimientos negativos después de una sobreingesta; y 3) Conductas compensatorias (véase cuadro 5).

CUADRO 4

NIVEL	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7
Ausencia	Rp=0	Rp=0	Rp=0	Rp=0	Rp=0	Rp=0	Rp=0
Leve	Rp=1-5	Rp=1-3	Rp=1-4	Rp=1-3	Rp=1-4	Rp=1-4	Rp=1-3
Moderada	Rp=6-10	Rp=4-6	Rp=5-8	Rp=4-6	Rp=5-8	Rp=5-8	Rp=4-6
Alta	Rp= \geq 11	Rp= \geq 7	Rp= \geq 9	Rp= \geq 7	Rp= \geq 9	Rp= \geq 9	Rp= \geq 7

Cuadro 4. Resumen de los rangos establecidos en cada nivel para los siete factores del E.A.T en una población de estudiantes mexicanas (n=2168).

Para establecer la ocurrencia de la sintomatología anoréxica y bulímica con respecto al nivel socioeconómico (Tipo de institución: Pública o Privada) y la edad (Nivel educativo: Bachillerato o Profesional), se obtuvo el porcentaje de la población de estudiantes mexicanas que rebasan el punto de corte del E.A.T. y B.U.L.I.T. en función de estas variables. Asimismo, se sacó el porcentaje tomando en cuenta los cuatro grupos en que se dividió la población de estudiantes mexicanas: a) Grupo 1 (Privada/Profesional); b) Grupo 2 (Privada/Bachillerato); c) Grupo 3 (Pública/Profesional) y d) Grupo 4 (Pública/Bachillerato). Para caracterizar los

componentes de los trastornos alimentarios: anorexia y bulimia presentes en una muestra comunitaria se empleó la estadística descriptiva de los siete factores y el total del E.A.T., así como de los tres factores y el total del B.U.L.I.T., tomando como base los cuatro grupos mencionados anteriormente.

CUADRO 5

NIVEL	F1	F2	F3
Ausencia	Rp=11	Rp=7	Rp=4
Minima	Rp=12-20	Rp=8-15	Rp=5-8
Leve	Rp=21-30	Rp=16-24	Rp=9-11
Moderada	Rp=31-40	Rp=25-32	Rp=12-15
Alta	Rp= \geq 41	Rp= \geq 33	Rp= \geq 15

Cuadro 5. Resumen de los rangos establecidos en cada nivel para los tres factores del B.U.L.I.T. en una población de estudiantes mexicanas (n=2168)

Fase 2. En esta fase la población se dividió en dos grupos: a) Grupo con sintomatología anoréxica y/o bulímica (n= 238) y b) Grupo control (n= 238). De tal forma, se utilizó la prueba T de Student para muestras independientes, con la finalidad de determinar las diferencias entre los dos grupos con respecto a la variable edad (Nivel educativo: Bachillerato o Profesional); los 7 factores y el total del E.A.T., así como de los 3 factores y el total del B.U.L.I.T. (Alvarez, 2000). Además, se aplicó la prueba ANOVA en los instrumentos E.A.T. y B.U.L.I.T. con la finalidad de determinar si existen diferencias entre los cuatro grupos de la población de estudiantes mexicanas: a) Grupo 1 (Privada/Profesional); b) Grupo 2 (Privada/Bachillerato); c) Grupo 3 (Pública/Profesional) y d) Grupo 4 (Pública/Bachillerato).

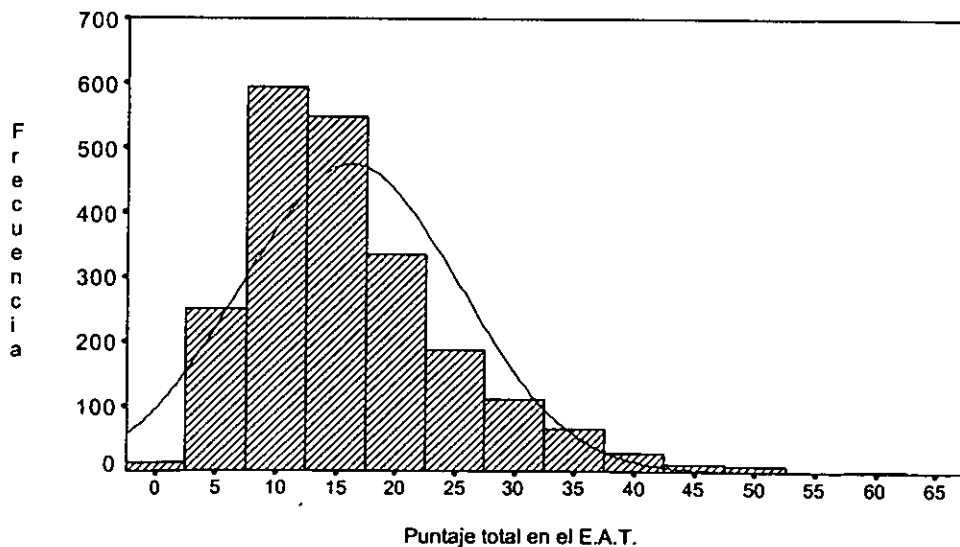
RESULTADOS

❖ Test de Actitudes Alimentarias (E.A.T.- 40).

Para llevar a cabo el análisis de los datos de la población comunitaria de estudiantes mexicanas (n= 2168) se obtuvo la frecuencia y la curva de normalidad del E.A.T., encontrando que el 11% de la población total (n= 238) rebasó el punto de corte ≥ 28 del E.A.T. sugerido por Alvarez (2000) para la población mexicana.

De tal forma, tomando como base una estadística descriptiva se puede observar en la Gráfica 1 que el rango del puntaje total del E.A.T. en esta población va de 0 a 78, con una media de 16.21 y un E.E. (Error estándar) de 0.19. Estableciéndose el pico de la frecuencia en el puntaje comprendido entre los 7.5 y 12.5 y la cúspide de la curva de normalidad está entre el 15 y 17.5. Además, se encontró que el 1% de la población (n= 20) se estableció dentro del rango 0-1, por lo que presentó ausencia de sintomatología anoréxica.

GRÁFICA 1

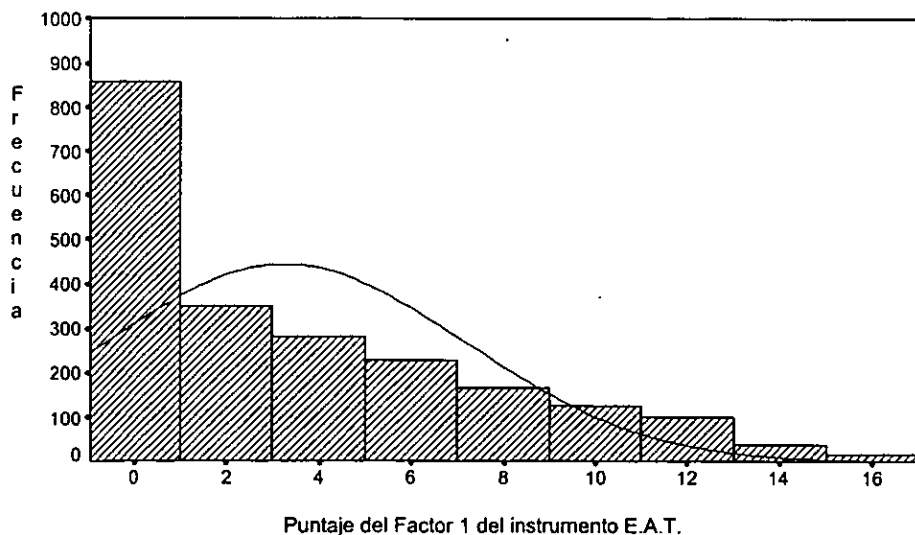


Gráfica 1. Distribución de frecuencias y curva de normalidad respecto al puntaje total del Test de Actitudes Alimentarias en una población de 2168 jóvenes (E.A.T.-40).

En cuanto a la Gráfica 2, se puede observar que el rango del puntaje total del Factor 1 "Motivación para adelgazar" del E.A.T. va de 0 a 15, con una media de 3.27 (E.E.=0.08). Estableciéndose el pico de la frecuencia en el puntaje comprendido entre el 0 y 1, y la cúspide de la curva de normalidad está entre el 2 y 4. Además, se encontró que el 40% de la población (n= 860) se situó dentro del rango 0-1, indicando que no presentó motivación por adelgazar.

Cabe mencionar, que la mayor parte de la población (39.6 %, n= 859) se establece dentro del rango 0, el cual indica ausencia de motivación por adelgazar y sólo el 7.4% (n= 159) se establece en el rango ≥ 11 de alta motivación por adelgazar. Asimismo, el 35% (n= 760) se establece dentro del rango 1 al 5 de leve motivación por adelgazar, así como el 18% (n= 390) se ordena dentro del rango moderado, que va de 6 a 10 en el factor 1 del E.A.T.

GRÁFICA 2



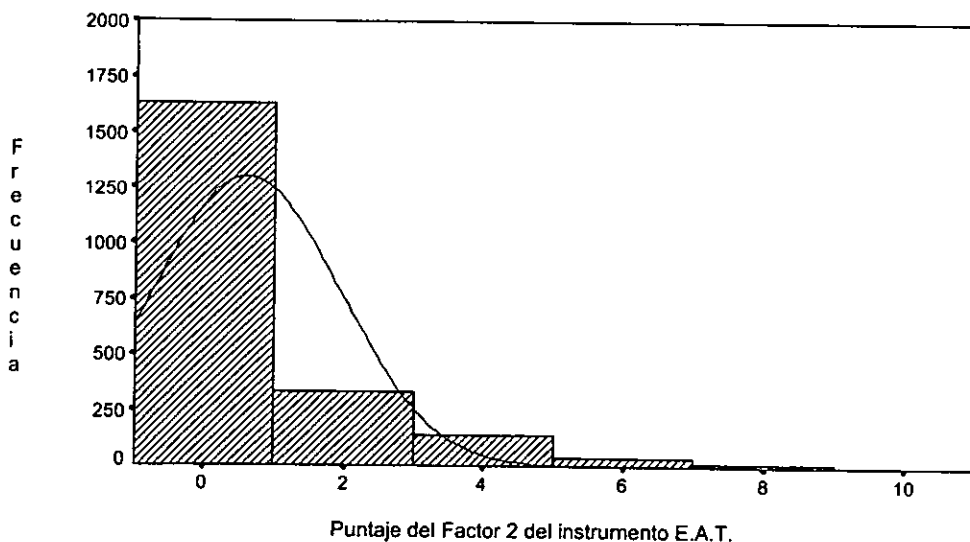
Gráfica 2. Distribución de frecuencias y curva de normalidad respecto al puntaje total del Factor 1 "Motivación para adelgazar" del E.A.T. en una población de estudiantes mexicanas (n = 2168).

Con respecto a la Gráfica 3, se puede decir que el rango del puntaje total del Factor 2 "Evitación de alimentos engordantes" del E.A.T. va de 0 a 9, con una media de 0.60 (E.E.= 0.03), estableciéndose tanto el pico de la frecuencia así como la cúspide de la curva de

normalidad en el puntaje comprendido entre el 0 y 1. Además, se encontró que el 75% de la población (n= 1625) no presentó la conducta de evitación de alimentos engordantes.

Esto quiere decir, que sólo el 25% (n= 543) de la población de estudiantes mexicanas se preocupan por evitar alimentos engordantes. Como se puede observar este porcentaje fue significativamente menor respecto al que presento motivación por adelgazar. Sólo el 0.8% (n= 18) se establece en el rango ≥ 7 de alta evitación de alimentos engordantes. Asimismo, el 20.6% (n= 446) se establece dentro del rango de leve evitación, así como el 3.4% (n= 73) se sitúa dentro del rango de moderada evitación de alimentos engordantes.

GRÁFICA 3



Gráfica 3. Distribución de frecuencias y curva de normalidad respecto al puntaje total del Factor 2 "Evitación de alimentos engordantes" del E.A.T. en una población de estudiantes mexicanas (n = 2168)

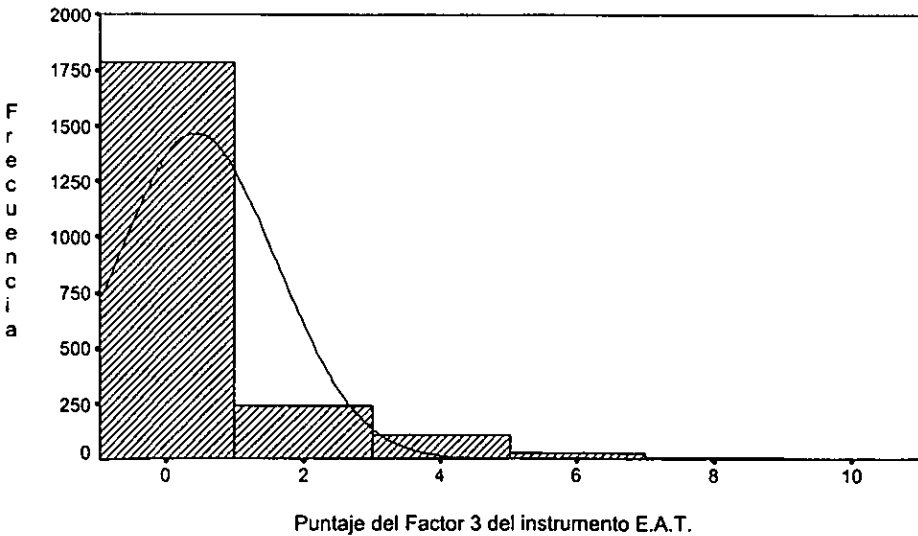
Como se puede ver en la Gráfica 4, el rango del puntaje total del Factor 3 "Preocupación por la comida" del E.A.T. va de 0 a 10, con una media de 0.43 (E.E.= 0.02), estableciéndose el pico de la frecuencia y la cúspide de la curva de normalidad en el puntaje comprendido entre el 0 y

1. Además, se encontró que el 83% de la población (n= 1800) no manifiesta preocupación por aspectos relacionados a la comida.

Esto indica que el 17% (n= 368) se preocupa en alguna medida por la comida; sin embargo, sigue siendo mayor la motivación por adelgazar y la evitación de alimentos engordantes que la preocupación por la comida. Lo que hace suponer que a pesar de que hay una gran motivación por adelgazar, las estudiantes mexicanas casi no se preocupan por los alimentos que van a consumir ni por evitar aquellos alimentos "engordantes".

Con respecto a los rangos establecidos, se puede decir que el 82.2% (n= 1784) de la población se establece dentro del rango 0, lo que indica que no se preocupan por la comida y sólo el 0.1% (n= 4) se establece en el rango ≥ 9 de alta preocupación por la comida. Asimismo, el 15.8% (n= 344) se establece dentro del rango de leve así como el 1.6% (n= 36) se sitúa dentro del rango de moderada preocupación por la comida.

GRÁFICA 4

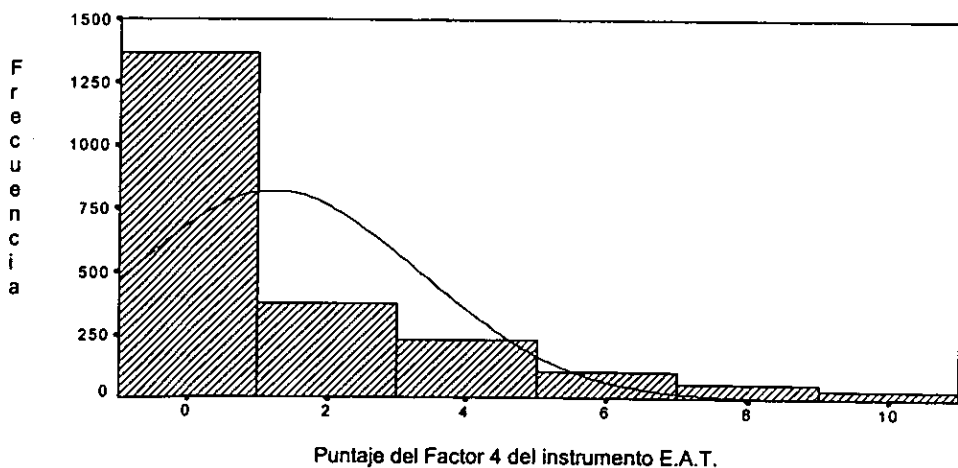


Gráfica 4. Distribución de frecuencias y curva de normalidad respecto al puntaje total del Factor 3 "Preocupación por la comida" del E.A.T. en una población de estudiantes mexicanas (n = 2168).

Con respecto a la Gráfica 5, se puede decir que el rango del puntaje total del Factor 4 "Presión social percibida" del E.A.T. va de 0 a 9, con una media de 1.23 (E.E.= 0.04). Estableciéndose el pico de la frecuencia en el puntaje comprendido entre el 0 y 1, mientras que la cúspide de la curva de normalidad está entre el 0 y el 2. Además, se encontró que el 61% de la población (n= 1325) se localiza dentro del rango que va de 0-1 con respecto al puntaje del Factor 4, por lo que se puede decir que esta muestra no percibió presión social. Esto quiere decir que sólo el 39% (n= 843) percibió en algún grado presión social por parte de su círculo social, como la familia y amigos, así como de los medios de comunicación, tales como la televisión o cine, en donde salen mujeres esbeltas erigidas en el prototipo ideal, lo que favorece una motivación por adelgazar, así como la preocupación por la comida y la evitación de alimentos engordantes.

En cuanto a los rangos para establecer la ausencia y/o presencia leve, moderada o alta del factor 4 "Presión social percibida" se puede decir que el 62.8% (n= 1365) de la población se establece dentro del rango 0, lo que indica que no perciben presión social alguna y sólo el 4.4% (n= 94) se establece en el rango ≥ 7 de alta presión social percibida. Asimismo, el 24.4% (n= 528) se establece dentro del rango de leve, así como el 8.4% (n= 181) se coloca dentro del rango de moderada presión social percibida.

GRÁFICA 5

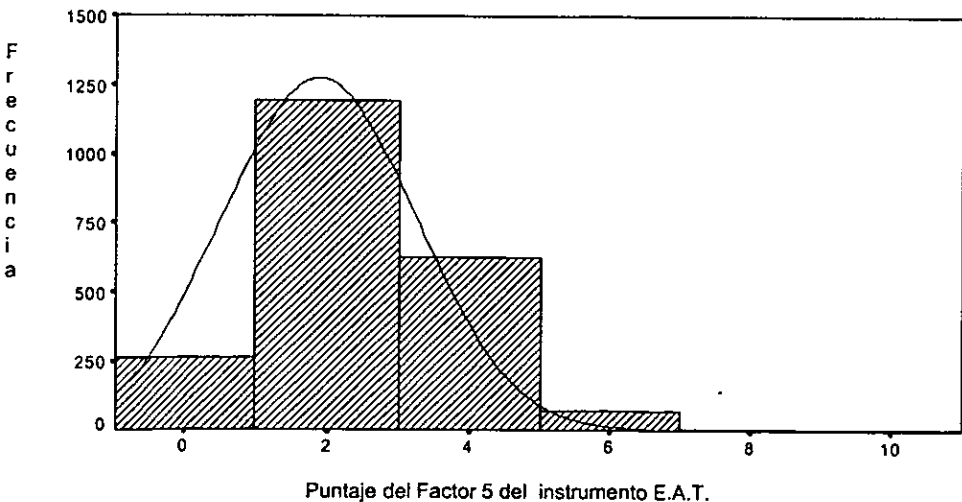


Gráfica 5. Distribución de frecuencias y curva de normalidad respecto al puntaje total del Factor 4 "Presión social percibida" del E.A.T. en una población de estudiantes mexicanas (n = 2168)

En cuanto a la Gráfica 6, se puede decir que el rango del puntaje total del Factor 5 "Obsesiones y compulsiones" del E.A.T. va de 0 a 11, con una media de 1.89 (E.E= 0.03), estableciéndose el pico de la frecuencia y la cúspide de la curva de normalidad en el puntaje comprendido entre el 1 y 3. Además, se encontró que sólo el 12% de la población (n= 260) se establece dentro del rango 0-1 lo que indica que no presentó obsesiones o compulsiones. Esto indica que el 88% de la población (n= 1908) presenta en algún grado la sintomatología del factor 5 de obsesiones y compulsiones, siendo un factor con mayor índice de incidencia, lo que indica que dentro de la población de estudiantes mexicanas tiende a presentar la actitud obsesiva y compulsiva hacia aspectos como la comida, cuidados corporales, etc., lo cual hace suponer que esta característica es típica de la población mexicana.

No obstante lo anterior, se observó que el mayor porcentaje de la población se estableció dentro del rango 1 al 4, con un 84% (n= 1822) lo que indica que la gran mayoría de las jóvenes presentan una leve obsesión y compulsión, siguiendo un 7.5% (n= 79) con una moderada presencia de obsesiones y compulsiones. Mientras que únicamente el 0.2% (n= 5) se situó dentro del rango ≥ 9 lo que establece una alta presencia de obsesiones y compulsiones.

GRÁFICA 6

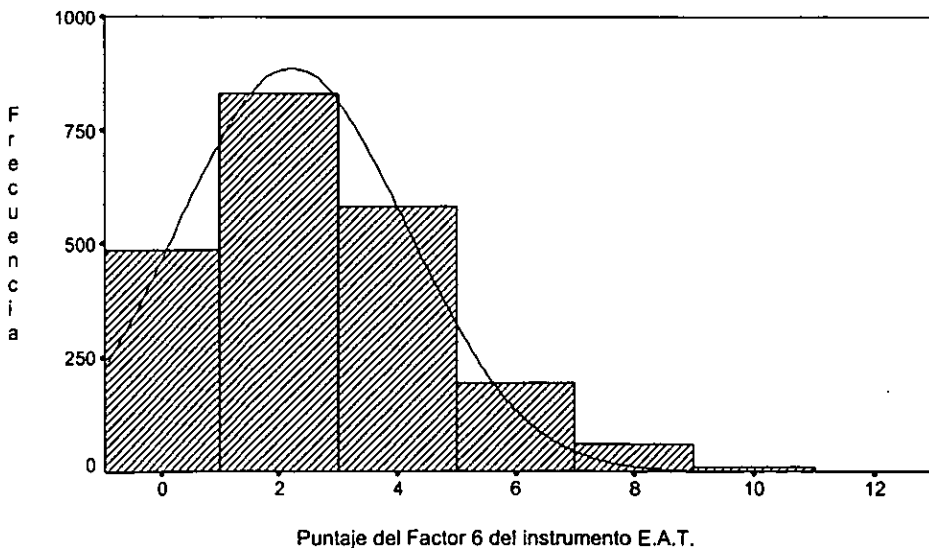


Gráfica 6. Distribución de frecuencias y curva de normalidad respecto al puntaje total del Factor 5 "Obsesiones y compulsiones" del E.A.T. en una población de estudiantes mexicanas (n = 2168).

Con respecto a la Gráfica 7 se puede decir, que el rango del puntaje total del Factor 6 "Patrones y estilos alimentarios" del E.A.T. va de 0 a 11, con una media de 2.22 (E.E.= 0.04), estableciéndose el pico de la frecuencia y la cúspide de la curva de normalidad en el puntaje comprendido entre el 1 y 3. Además, se encontró que el 23% de la población (n= 499) se establece dentro del rango 0-1, lo que indica que no presentó patrones y estilos alimentarios estereotipados.

Esto indica que el 77% de la población (n= 118) presenta en algún grado ciertos patrones o estilos alimentarios estereotipados. En cuanto a los rangos, se señala que el 22.4% (n= 486) de la población se establece dentro del rango 0, lo que indica que no presentan patrones alimentarios estereotipados y sólo el 0.7% de la población (n= 13) está en el rango ≥ 9 de alta presencia del factor 6 del E.A.T. Estableciéndose el mayor porcentaje (65.1%, n= 1182) dentro del rango de leve presencia, así como el 11.7% (n= 254) dentro del rango de moderada presencia de patrones y estilos alimentarios estereotipados.

GRAFICA 7

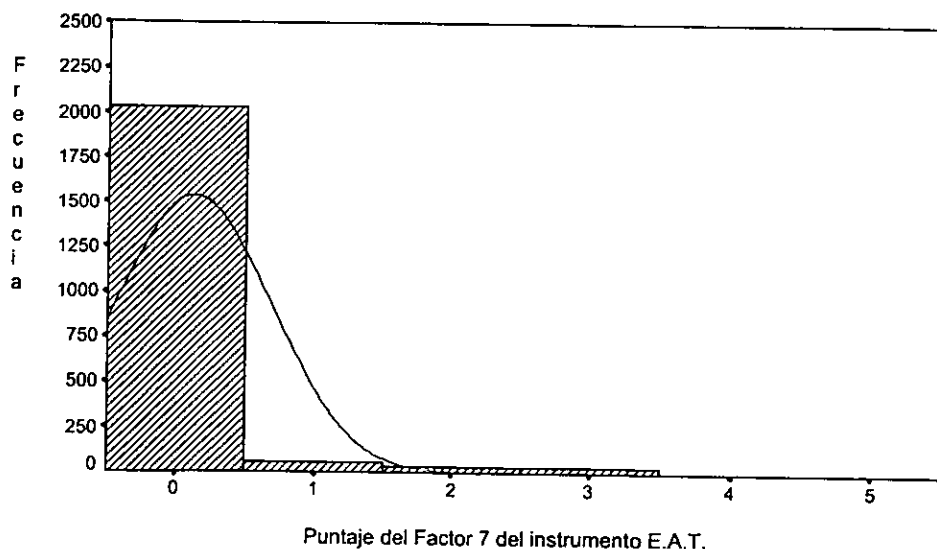


Gráfica 7. Distribución de frecuencias y curva de normalidad respecto al puntaje total del Factor 6 "Patrones y estilos alimentarios" del E.A.T. en una población de estudiantes mexicanas (n =2168).

Con respecto a la Gráfica 8 se puede decir, que el rango del puntaje total del Factor 7 "Conductas compensatorias" del E.A.T. va de 0 a 8, con una media de 0.12 (E.E.= 0.01) estableciéndose el pico de la frecuencia y la cúspide de la curva de la normalidad en el puntaje comprendido en el 0. Además, se encontró que el 94% de la población (n= 2050) se estableció en el puntaje 0, lo cual indica que no presentó conductas compensatorias.

Esto indica que sólo el 6% (n= 118) de la población tiende a presentar en algún grado conductas compensatorias, tales como el uso de laxantes y diuréticos o presentar las conductas de vomitar o hacer ejercicio excesivo, etc. Por último, sólo el 0.5% (n=2) se establece dentro del rango de alta presencia del factor 7 del E.A.T. Asimismo, el 6% (n= 129) se establece en el rango de leve, así como sólo el 0.1% (n= 5) presentó moderadas conductas compensatorias.

GRÁFICA 8



Gráfica 8. Distribución de frecuencias y curva de normalidad respecto al puntaje total del Factor 7 "Conductas compensatorias" del E.A.T. en una población de estudiantes mexicanas (n = 2168).

Por otra parte, en la Tabla 1 se puede observar un resumen del análisis estadístico descriptivo tomando en cuenta la moda, media y mediana, el error estándar así como el rango

de los puntajes de los siete factores y el total del E.A.T. (Alvarez, 2000), los cuales se mencionaron en los párrafos anteriores.

TABLA 1

Factor	Media (\bar{x})	Error estándar (ES)	Mediana (Me)	Moda (Mo)	Mínimo (Min.)	Máximo (Max)
Total	16.21	0.19	14	13	0	78
F1	3.27	0.08	2	0	0	15
F2	0.60	0.03	0	0	0	9
F3	0.43	0.02	0	0	0	10
F4	1.23	0.04	0	0	0	9
F5	1.89	0.03	0	1	0	11
F6	2.22	0.04	2	0	0	12
F7	0.12	0.01	0	0	0	8

Tabla 1. Resumen de la estadística descriptiva del total en el E.A.T. y sus siete factores en una población de estudiantes mexicanas (n=2168).

De tal forma, con respecto a los factores establecidos dentro del rango 0, el cual indica la ausencia de éstos en la población de estudiantes mexicanas, establecidos dentro de un orden de mayor a menor fueron los siguientes: a) el factor "Conductas compensatorias" con un 93.7%; b) el factor "Preocupación por la comida" con un 82.2%; c) el factor "Evitación de alimentos engordantes" con un 75.1%; d) el factor "Presión social percibida" con un 62.8%; e) el factor "Motivación por adelgazar" con un 39.6%, f) el factor "Patrones y estilos alimentarios" con un 22.4% y por último, g) el factor "Obsesiones y compulsiones" con un 12%. Esto significa que los últimos factores tienden a presentarse con mayor frecuencia dentro de la población de estudiantes mexicanas (Véase Tabla 2).

En cuanto al orden consecutivo de los factores que se establecieron dentro del rango de alta presencia fueron los siguientes: a) Factor 1 con un 7.4%; b) Factor 4 con un 4.4%; c) Factor 2 con un 0.8%, d) Factor 6 con un 0.7%; e) Factor 5 con un 0.2%, f) Factor 3 con un 0.1% y g) Factor 7 con un 0.05%. Esto indica que dentro de la población de estudiantes mexicanas sólo un porcentaje mínimo que va del 0.5% al 7.4% de la muestra tiene una alta presencia de al menos alguno de los siete factores del E.A.T. (Alvarez, 2000), lo cual, hace suponer que dentro de esta muestra se puede presentar una tendencia para desarrollar el trastorno alimentario de la anorexia nerviosa, lo cual es importante, porque se puede decir que dentro de la población

mexicana si existe la presencia de algunos síntomas de la anorexia nerviosa, lo cual puede deberse a múltiples factores biopsicosociales.

Con lo anterior, se puede decir que los factores Motivación por adelgazar (18%), Patrones y estilos alimentarios (11.7%) y Presión social percibida (8.4%) son los que tienden a presentarse en forma moderada dentro de la población de estudiantes mexicanas, así como los factores Obsesiones y compulsiones (84%), Patrones y estilos alimentarios (65.1%), y Motivación por adelgazar (35%) se situaron dentro del rango de leve presencia.

En conclusión, se puede decir que dentro de la población mexicana se presenta en algún grado la sintomatología del trastorno alimentario, tomando como base a los siete factores que mide el E.A.T. (Alvarez, 2000); sin embargo, también se puede establecer que un mínimo porcentaje de esta población puede llegar a desarrollar el trastorno de la anorexia nerviosa. Cabe señalar, que el factor con menor presencia es el de conductas compensatorias, aunque puede ser debido a que este instrumento mide mínimamente este factor, y el de con mayor frecuencia es el factor de obsesiones y compulsiones, el cual parece ser una característica de la población mexicana. Por otra parte, a pesar de que la mayoría de las estudiantes mexicanas presentan una motivación por adelgazar, no presentan una gran preocupación por la comida o evitación de alimentos engordantes. Así mismo, se observa que es mayor la motivación por adelgazar que la presión social percibida.

Por otra parte, en la Tabla 3 se puede ver que dentro de la población mexicana se presenta sintomatología del trastorno alimentario de la anorexia, dado que rebasa el punto de corte del E.A.T. (≥ 28), la cual se presenta con mayor frecuencia en estudiantes mexicanas pertenecientes a una institución privada (12.7%), así como en las pertenecientes a un nivel bachillerato (13.4%). Esto indica, que la sintomatología del trastorno alimentario se presenta con mayor frecuencia dentro de un nivel educativo de bachillerato de tipo privado, ya que parece ser que en este tipo de instituciones es donde se presenta una mayor presión social por adelgazar, asimismo la anorexia parece generarse principalmente durante la adolescencia, etapa en la cual se cursa el nivel bachillerato.

TABLA 2

NIVEL	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7
Ausencia	Rp=0 n=859 39.6%	Rp=0 n=1629 75.1%	Rp=0 n=1784 82.4%	Rp=0 n=1365 62.84%	Rp=0 n=261 12.0%	Rp=0 n=486 22.4%	Rp=0 n=2033 93.7%
Leve	Rp=1-5 n=760 35.0%	Rp=1-3 n=446 20.6%	Rp=1-4 n=344 15.8%	Rp=1-3 n=528 24.4%	Rp=1-4 n=1822 84%	Rp=1-4 n=1412 65.1%	Rp=1-3 n=129 6%
Moderada	Rp=6-10 n=390 18.0%	Rp=4-6 n=73 3.4%	Rp=5-8 n=36 1.6%	Rp=4-6 n=181 8.4%	Rp=5-8 n=79 7.5%	Rp=5-8 n=254 11.7%	Rp=4-6 n=5 0.1%
Alta	Rp= ≥11 n=159 7.4%	Rp= ≥7 n=18 0.8%	Rp= ≥9 n=4 0.1%	Rp= ≥7 n=94 4.4%	Rp= ≥9 n=5 0.2%	Rp= ≥9 n=13 0.7%	Rp= ≥7 n=2 0.05%

Tabla 2. Resumen de los rangos establecidos en los siete factores del E.A.T. en una población de estudiantes mexicanas (n=2168). Rp= Rango de Puntaje. F1. Motivación por adelgazar, F2. Evitación de alimentos engordantes, F3. Preocupación por la comida, F4. Presión social percibida, F5 Obsesiones y Compulsiones, F6. Patrones y estilos alimentarios, F7. Conductas compensatorias.

TABLA 3

VARIABLES	N	E.A.T. ≥ 28
Institución Pública	1428	10.1%
Institución Privada	740	12.7%
Nivel Bachillerato	1038	13.4%
Nivel Profesional	1130	8.8%

Tabla 3. Porcentaje de la población de estudiantes mexicanas que rebasaron el punto de corte del E.A.T. (Alvarez, 2000) tomando como referencia las variables: Edad (Nivel educativo: Bachillerato o Profesional) y Nivel socioeconómico (Tipo de institución: Pública o Privada).

Para poder corroborar los datos anteriormente mencionados, se dividió a la población comunitaria en cuatro grupos, tomando como referencia las siguientes variables: a) Nivel educativo (Bachillerato o Profesional) y b) Nivel socioeconómico (Tipo de institución: Privada o Pública). Siendo el Grupo 1 (Privada/Profesional), Grupo 2 (Privada/Bachillerato), Grupo 3 (Pública/Profesional) y Grupo 4 (Pública/Bachillerato). De esta forma, como se observa en la tabla 4, se puede decir que el grupo 2 (Privada/Bachillerato) y el 4 (Pública/Bachillerato) presentaron el mayor porcentaje de jóvenes que rebasaron el punto de corte del E.A.T. (≥ 28). Esto nos indica que la sintomatología de la anorexia se establece con mayor frecuencia dentro de un nivel de estudios de bachillerato, no influyendo el nivel socioeconómico, ya que estos

grupos pertenecen tanto a una institución privada como pública. Por otra parte, con respecto a los menores porcentajes se observa que se presentan en el grupo 1 (Privada/Profesional) y grupo 3 (Pública/Profesional), principalmente en este último.

TABLA 4

GRUPOS	N	E.A.T. \geq 28
GRUPO 1	377	10.6%
GRUPO 2	363	14.9%
GRUPO 3	753	7.8%
GRUPO 4	676	12.6%

Tabla 4. Porcentaje de la población de estudiantes mexicanas (n=2168) que rebasaron el punto de corte del E.A.T., de acuerdo a los cuatro grupos establecidos, con base en las variables edad y nivel socioeconómico.

En conclusión, se determina lo siguiente, tomando como base el nivel socioeconómico (Tipo de institución: privada o pública), la sintomatología de la anorexia se presenta con mayor frecuencia dentro de una institución privada (Nivel socioeconómico medio y/o alto); por otro lado, tomando como base la edad (Nivel educativo: Bachillerato o Profesional) se puede decir que el mayor porcentaje lo obtiene la población perteneciente a un nivel bachillerato, lo que corrobora lo citado en la literatura.

Por otra parte, tomando los cuatro grupos de la población comunitaria mencionados anteriormente, se llevó a cabo una estadística descriptiva del total del E.A.T. y los siete factores que mide este instrumento (Alvarez, 2000).

Como se observa en la tabla 5, el grupo 1 (Privada/Profesional) obtuvo el mayor porcentaje de sujetos que rebasan la media de la muestra total en el Factor 2 "Evitación de alimentos engordantes" (21%), en el factor 3 "Preocupación por la comida" (25%) y factor 7 "Conductas compensatorias" (13%). En cuanto al grupo 2 (Privado/Bachillerato), se observa que únicamente alcanzó el mayor porcentaje en el factor 1 "Motivación por adelgazar" (48%). Por último, el grupo 4 (Pública/Bachillerato), obtuvo el mayor porcentaje en los factores 4 "Presión social percibida" (31%), el factor 5 "Obsesiones y compulsiones" (38%), y el Factor 6 "Patrones y estilos alimentarios" (52%), así como en el total del E.A.T (46%).

TABLA 5

Grupos	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	Total
1 (n=377)	$\bar{x} = 3.11$	0.85	0.58	1.02	2.04	1.91	0.23	16.28
	$Es=0.21$	0.08	0.07	0.09	0.08	0.09	0.04	0.52
	$Me = 1$	0	0	0	2	2	0	14
	$Mo = 0$	0	0	0	1	0	0	0
	$Min. = 0$	0	0	0	1	0	0	0
	$Max=15$	9	10	9	11	9	8	78
	$SRM=35\%$	21%	25%	27%	35%	34%	13%	37%
$SRMe=48\%$	35%	25%	48%	35%	34%	13%	52%	
2 (n=363)	$\bar{x} = 4.28$	0.71	0.37	1.27	1.73	1.64	0.14	17.39
	$Es= 0.22$	0.08	0.06	0.11	0.07	0.09	0.03	0.05
	$Me=3$	0	0	0	1	1	0	15
	$Mo=0$	0	0	0	1	0	0	13
	$Min=0$	0	0	0	0	0	0	2
	$Max=15$	9	8	9	7	8	7	68
	$SRM=48\%$	19%	16%	20%	30%	26%	7%	43%
$SRMe=56\%$	38%	16%	40%	86%	26%	7%	52%	
3 (n=753)	$\bar{x} = 2.51$	0.52	0.32	1.22	1.79	2.13	0.07	14.75
	$Es = 0.13$	0.04	0.04	0.08	0.05	0.07	0.01	0.31
	$Me=1$	0	0	0	2	2	0	13
	$Mo=0$	0	0	0	1	0	0	12
	$Min=0$	0	0	0	0	0	0	1
	$Max=15$	8	8	9	9	12	5	58
	$SRM=29\%$	14%	14%	27%	29%	36%	4%	31%
$SRMe=42\%$	22%	14%	35%	88%	36%	4%	40%	
4 (n=676)	$\bar{x} = 3.65$	0.50	0.50	1.34	2	2.81	0.11	17.18
	$Es = 0.15$	0.05	0.05	0.08	0.05	0.08	0.02	0.33
	$Me=3$	0	0	0	2	3	0	16
	$Mo=0$	0	0	0	1	3	0	11
	$Min=0$	0	0	0	0	0	0	1
	$Max=15$	8	8	9	11	9	3	74
	$SRM=40\%$	14%	19%	31%	38%	52%	5%	46%
$SRMe=51\%$	21%	19%	38%	89%	52%	5%	57%	

Tabla 5. Estadística descriptiva del total del E.A.T. y sus siete factores respecto al Grupo 1. Privada/Profesional; Grupo 2. Privada/Bachillerato; Grupo 3. Pública/Profesional y Grupo 4. Pública/Bachillerato. Srm = Sujetos que rebasan la media de la muestra total. Srme = Sujetos que rebasan la mediana de la muestra total.

Cabe señalar, que el grupo 3 (Pública/Profesional) no tuvo ningún porcentaje mayor al de los otros grupos en cuanto a los siete factores, siendo los grupos 4 (Pública/Bachillerato) y 1 (Privada/Profesional) quienes obtuvieron más factores con un mayor porcentaje de sujetos que rebasaron la media de la muestra total.

Con respecto a la tabla 6, se utilizó una prueba T de Student para muestras independientes, con la finalidad de comparar las medias de los puntajes entre los sujetos con sintomatología del trastorno y sin trastorno alimentario en cuanto a la edad y los siete factores del E.A.T.

TABLA 6

	Edad	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	Total
Grupo con Sintomatología (n=238)	$\bar{x}=18.52$ Es=0.20	9.67 0.22	2.31 0.15	1.88 0.15	2.27 0.18	2.80 0.13	3 0.15	0.46 0.08	35.39 0.54
Grupo Control (n=238)	$\bar{x}=18.48$ Es=0.17	2.49 0.20	0.34 0.05	0.27 0.05	1.03 0.12	1.75 0.08	2.07 0.12	0.02 0.01	13.49 0.37
Valor t Prob	0.17	24.22 *	12.24 *	10.03 *	5.66 *	7.07 *	4.77 *	5.53 *	33.67 *

Tabla 6. Puntajes promedio \pm Error estándar observados respecto a la edad, total del E.A.T. y cada uno de sus seis factores en una población (n= 474) de estudiantes mexicanas. * = p \leq 0.0001

De tal forma, se encontró que los siete factores así como el total del E.A.T. obtuvieron un nivel de probabilidad significativo, lo que indica que las diferencias si fueron significativamente mayores entre el grupo con sintomatología y el grupo control con respecto al instrumento. Como era de esperar, no se obtuvieron diferencias significativas con respecto al nivel de estudios, dado que ambos grupos tienen una edad similar, recordemos que éste fue uno de los criterios para dividir a los grupos. Así, esto indica que el Grupo control es diferente con el grupo con sintomatología en cuanto a los factores y el total del E.A.T. obtenidos en ese instrumento.

Otra de las pruebas que se llevó a cabo para el análisis de esta investigación fue la ANOVA, esto con la finalidad de determinar si existen diferencias significativas en los siete factores del E.A.T (Alvarez, 2000) con relación a las variables: Nivel socioeconómico (Tipo de institución: Pública/Privada) y edad (Nivel educativo: Bachillerato/Profesional), tomando como base los cuatro grupos mencionados anteriormente (Véase Tabla 7).

TABLA 7

	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	Total
Grupo1 n=83	$\bar{x}=3.11$ $E_s=0.21$	0.85 0.08	0.58 0.07	1.02 0.09	2.04 0.08	1.91 0.09	0.23 0.04	16.28 0.52
Grupo2 n=79	$\bar{x}=4.28$ $E_s=0.22$	0.71 0.08	0.37 0.06	1.27 0.11	1.73 0.07	1.64 0.09	0.14 0.03	17.39 0.51
Grupo3 n=164	$\bar{x}=2.51$ $E_s=0.12$	0.52 0.04	0.32 0.04	1.22 0.08	1.79 0.05	2.12 0.07	0.07 0.01	14.75 0.31
Grupo4 n=148	$\bar{x}=3.65$ $E_s=0.15$	0.50 0.05	0.50 0.05	1.34 0.08	2.00 0.05	2.81 0.08	0.11 0.02	17.18 0.33
F	20.58 ***	7.81 ***	5.20 *	1.94	6.13 **	36.96 ***	6.63 **	11.29 ***
B	2vs1 4vs3	1vs4,3	1,4vs3		1,4vs 2,3	4,3 vs 2 4 vs 1,3	1vs3,4	2,4,1 vs 3

Tabla 7. Puntajes de la prueba ANOVA del EAT así como puntajes promedio \pm error estándar en una población (n= 474) de estudiantes mexicanas. Grupo 1:Privada/Profesional; Grupo 2: Privada/Bachillerato; Grupo 3: Pública/Profesional y Grupo 4: Pública/Bachillerato.
* = p =.01; ** = p =.001; *** = p = .0001

De tal forma, se observa que solamente hubo diferencias en 6 de los siete factores del instrumento del E.A.T., siendo únicamente el factor 4 "Presión social percibida" el que no mostró diferencias entre los grupos.

Así, en el factor 1 "Motivación para adelgazar" se encontró que la motivación por adelgazar se presenta con mayor frecuencia en los grupos Privado/Bachillerato y Pública/Profesional que en los otros grupos. En cuanto al Factor 2 "Evitación de alimentos engordantes" y el Factor 7 "Conductas compensatorias" se observa que la evitación de alimentos engordantes se establece con mayor frecuencia en el grupo Privado/Profesional, en comparación con los grupos Pública/profesional y Pública/bachillerato. Mientras que respecto a los Factores 3 "Preocupación por la comida" y el 5 "Obsesiones y compulsiones", se observa que la preocupación por la comida y las obsesiones y compulsiones se establecen con mayor frecuencia en los Grupos Privada/Profesional y Pública/bachillerato de la población de estudiantes mexicanas. Por último, en cuanto al total del instrumento, se observa que los que la sintomatología del trastorno alimentario de la anorexia nerviosa se establece con menor frecuencia dentro del grupo Pública/profesional.

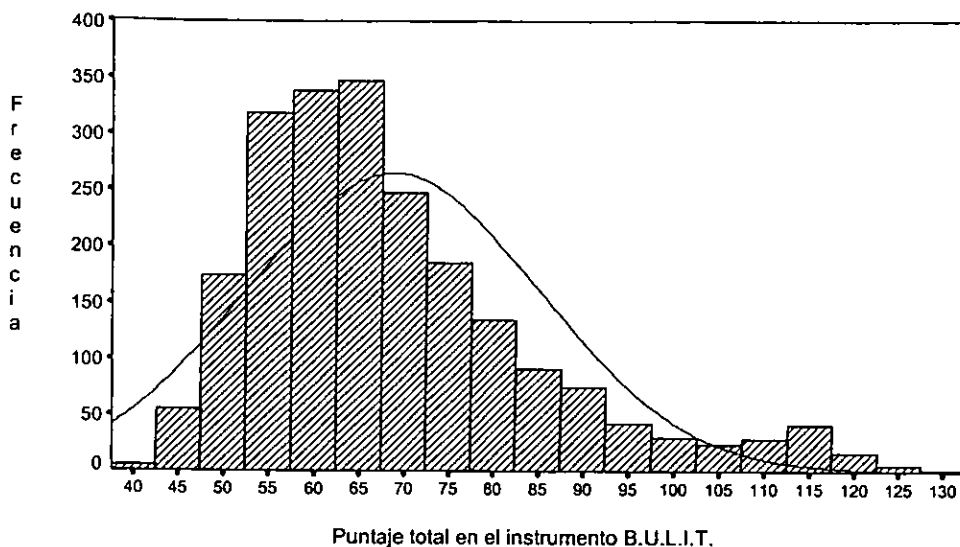
En resumen, se puede decir que el Factor 1 "Motivación por adelgazar" se presenta con mayor frecuencia en los Grupos Privada/Bachillerato y Pública/Bachillerato; el Factor 2 "Evitación de alimentos engordantes" se establece en el grupo Privada/Profesional; el Factor 3 "Preocupación por la comida" es mayor el puntaje obtenido en los Grupos Privada/Profesional y Pública/Bachillerato; el Factor 5 "Obsesiones y Compulsiones" se presenta con mayor frecuencia en los Grupos Privada/Profesional y Pública/Bachillerato; en el Factor 6 "Patrones y estilos alimentarios" es mayor la diferencia en los Grupos Publico/Bachillerato y Público/Profesional; en el Factor 7 "Conductas compensatorias", es mayor su puntaje en el Grupo Privada/Profesional, y por último, en el total del instrumento se observa que los Grupos Privada/Bachillerato, Pública/Bachillerato y Privada/Profesional obtuvieron el mayor puntaje. Siendo que en el Factor 4 "Presión social percibida" no presentó diferencias entre los cuatro grupos, lo que indica que no existen diferencias con respecto a la edad y el nivel socioeconómico.

❖ Test de Bulimia (B.U.L.I.T.)

Con respecto al Test de bulimia se obtuvo la frecuencia y curva de normalidad del instrumento en la población comunitaria de estudiantes mexicanas ($n= 2168$), en donde se encontró que 14.4% de la población total ($n= 313$) rebasó el punto de corte = 85 del B.U.L.I.T. (Alvarez, 2000).

Así, al llevar a cabo la estadística descriptiva se observa en la Gráfica 9 que el rango del puntaje total del B.U.L.I.T. va de 39 a 137, con una media de 68.84, (E.E.= 0.35). Situándose el pico de la frecuencia en el puntaje comprendido entre los 62.5 y 67.5 y la cúspide de la curva de normalidad está entre el 67.5 y 72.5. Asimismo, se halló que únicamente el 0.5% de la población ($n= 10$) se estableció dentro del rango 36-42.5, lo que indica que no presentó ninguna sintomatología bulímica. Esto indica que la mayor parte de la población de estudiantes mexicanas llegan a manifestar algún tipo de sintomatología bulímica.

GRÁFICA 9



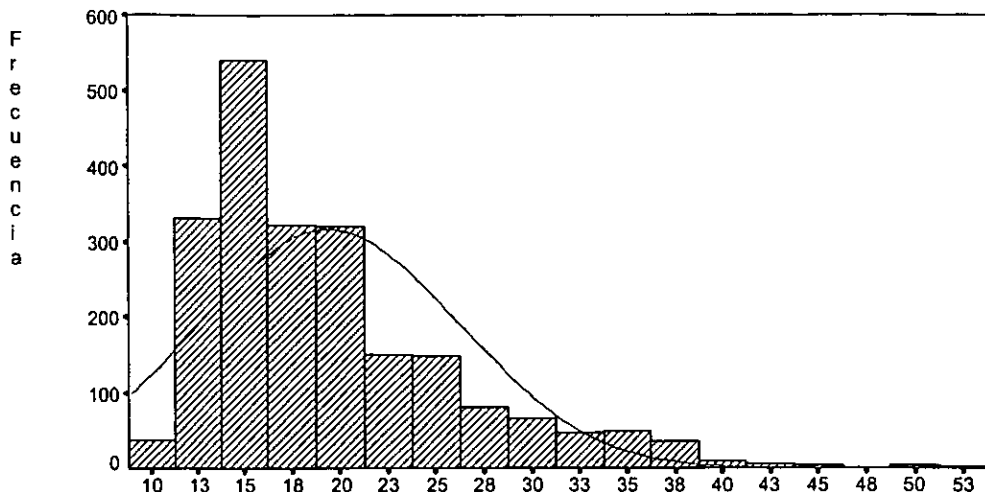
Gráfica 9. Distribución de frecuencias y curva de normalidad respecto al puntaje total del Test de Bulimia (B.U.L.I.T.) en una población de 2168 jóvenes.

En cuanto a la Gráfica 10, se puede decir que el rango del puntaje total del Factor 1 "Sobreingesta y sensación de pérdida de control sobre la alimentación" del B.U.L.I.T. va de 11 a 53, con una media de 19.38, (E.E.= 0.15), estableciéndose el pico de la frecuencia en el rango 14 y 16, y la cúspide de la curva de normalidad en el puntaje comprendido en el 18 y 21. Además, se encontró que el 1.8 % de la población (n= 39) se estableció en el puntaje 11, lo cual indica ausencia de sobreingesta y sensación de pérdida de control sobre la alimentación.

Al establecer ciertos parámetros que determinan la ausencia y presencia ya sea mínima, leve, moderada o alta de los cinco factores del B.U.L.I.T., se señala que en el factor 1 "Sobreingesta y sensación de pérdida de control sobre la alimentación" se estableció dentro del rango de mínima presencia con un 65.8% (n=1426), un 23.7% (n=516) presentó leve presencia, el 7.9% (n= 164) presenta un rango moderado, el 1.8% (n=39) no presentó este factor y únicamente el 0.7% tuvo una alta presencia. Por lo anterior, se observa que un gran parte de la

población (65.8%) presentó conducta de sobreingesta y sensación de pérdida de control sobre la alimentación en forma mínima.

GRÁFICA 10



Puntaje del Factor 1 del instrumento B.U.L.I.T.

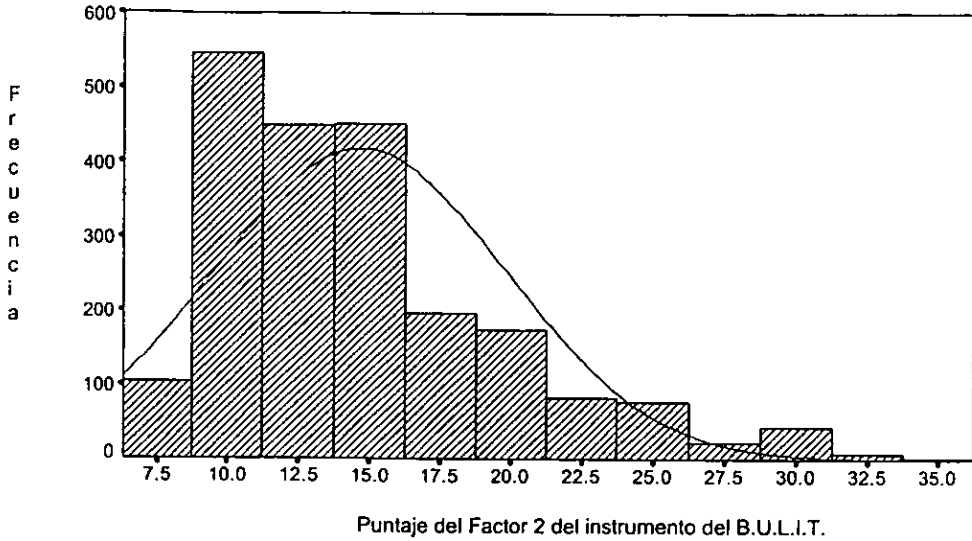
Gráfica 10. Distribución de frecuencias y curva de normalidad respecto al puntaje del factor 1 "Sobreingesta y sensación de pérdida de control sobre la alimentación" del B.U.L.I.T. en una población de estudiantes mexicanas.

Con respecto a la Gráfica 11, se señala que el rango del puntaje total del Factor 2 "Sentimientos negativos después de la sobreingesta" del B.U.L.I.T. va de 7 a 35, con una media de 14.68, (E.E.= 0.11), estableciéndose el pico de la frecuencia en el puntaje comprendido entre el 8 y 12, y la cúspide de la curva de normalidad entre el 13 y 16.

Además, se encontró que el 5% de la población (n= 100) no presentó sentimientos negativos después de la sobreingesta, esto quiere decir, que la población de estudiantes mexicanas presentan en algún grado sentimientos negativos después de la sobreingesta. Sin embargo, en cuanto a los rangos establecidos como ausencia, mínima, leve, moderada y alta se puede decir que el 64.2% (n= 1387) de la población se establece dentro del rango de mínima presencia, lo que indica que presentan mínimamente sentimientos negativos después de la sobreingesta, siendo el 28.2% (n= 613) de la población que se establece dentro del rango leve. Asimismo, el 7.7% (n= 118) se establece dentro del rango de moderado sentimiento negativo así como el 1.5% (n= 33) se establece dentro del rango de ausencia y solamente el

0.4% (n=9) se encontró dentro del rango de alta presencia del factor 2 "Sentimientos negativos después de la sobreingesta" del B.U.L.I.T.

GRÁFICA 11



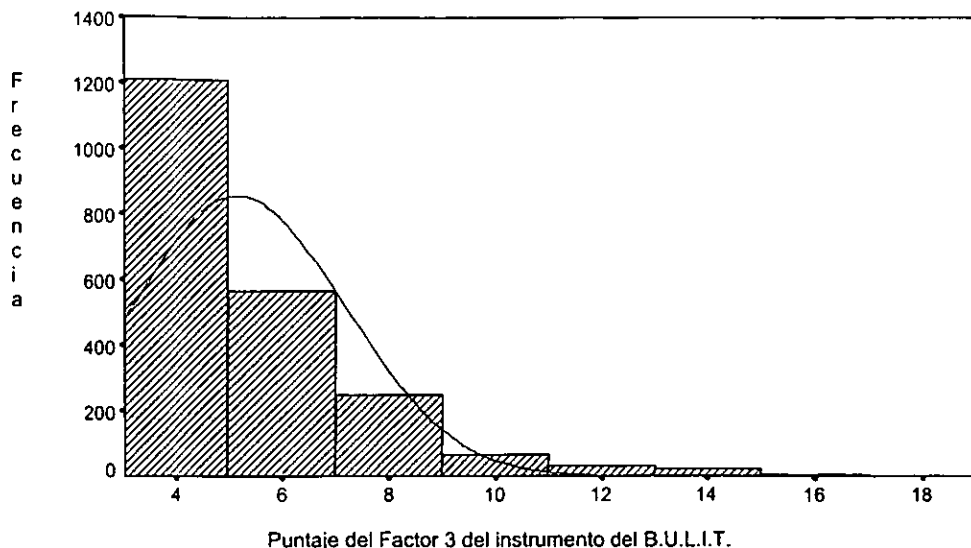
Gráfica 11. Distribución de frecuencias y curva de normalidad respecto al puntaje del Factor 2 "Sentimientos negativos después de la sobreingesta" del B.U.L.I.T. en una población de estudiantes mexicanas (n=2168)

Con respecto a la Gráfica 12, se observa que el rango del puntaje total del Factor 3 "Conductas compensatorias" del B.U.L.I.T. va de 4 a 19, con una media de 5.19, (E.E.= 0.04), estableciéndose el pico de la frecuencia en el puntaje comprendido entre el 3 y 5, y la cúspide de la curva de normalidad entre el 4-6.

Asimismo, se establece que el 55.9% (n= 1211) de la población de estudiantes mexicanas no presentó conductas compensatorias como el uso laxantes, diuréticos o hacer ejercicio excesivo, siendo solo el 44.4% quienes sí muestran en algún grado la sintomatología de este factor. Cabe señalar, que tomando como referencia los rangos establecidos como ausencia, mínima, leve, moderada y alta, se puede decir, como ya se mencionó anteriormente, que el 55.9% (n= 1211) de la población no presenta este factor y sólo el 0.2% (n= 6) se establece en el rango de alta presencia del factor 3. Asimismo, el 37.7% (n= 816) se establece dentro del rango de mínima presencia así como el 4.2% (n= 89) se establece dentro del rango leve y por

último el 1.9% (n=41) se estableció dentro del rango de moderado presencia del factor 3 "Conductas compensatorias" del B.U.L.I.T.

GRÁFICA 12



Gráfica 12. Distribución de frecuencias y curva de normalidad respecto al puntaje del Factor 3 "Conductas compensatorias" del B.U.L.I.T. en una población de estudiantes mexicanas.

Por otra parte, en la Tabla 9 se presenta un resumen del análisis estadístico descriptivo tomando en cuenta la moda, media y mediana, el error estándar así como del rango mínimo y máximo de cada uno de los factores.

Así, al mencionar los rangos establecidos para determinar la ausencia, o presencia leve, moderada y alta de los tres factores del B.U.L.I.T., se señala que los factores dispuestos dentro del rango de ausencia presencia fueron los siguientes, tomando un orden decreciente: a) factor 3 "Conductas compensatorias" con un 55.9%; b) factor 1 "Sobreingesta y sensación de pérdida de control sobre la alimentación" con un 1.8% y c) factor 2 "Sentimientos negativos después de la sobreingesta" con un 1.5%.

Con respecto al orden consecutivo de los factores del B.U.L.I.T. situados dentro del rango de alta presencia fueron los siguientes: a) Factor 1 "Sobreingesta y sensación de pérdida de

control sobre la alimentación con un 0.7%; b) Factor 2 "Sentimientos negativos después de la sobreingesta" con un 0.4% y c) Factor 3 "Conductas compensatorias" con un 0.2% (Véase tabla 9).

TABLA 9

Factor	Media (\bar{x})	Error estándar (ES)	Media (Me)	Moda (Mo)	Mínimo (Min.)	Máximo (Máx.)
Total	68.84	0.35	65	59	39	137
F1	19.38	0.15	17	14	11	53
F2	14.68	0.11	13	12	7	35
F3	5.19	0.04	4	4	4	19

Tabla 9. Resumen de la estadística descriptiva del total en el B.U.L.I.T. y sus tres factores en una población de estudiantes mexicanas (n=2168).

Cabe señalar que de los tres factores del instrumento del B.U.L.I.T., sólo el factor 3 "Conductas compensatorias" presenta un mayor porcentaje dentro del rango de ausencia presencia de sintomatología de este factor, siendo que los restantes se encuentran dentro del rango de mínima presencia, los cuales son el factor 2 "Sentimientos negativos después de la sobreingesta"; factor 1 "Sobreingesta y sensación de pérdida de control sobre la alimentación"; situándose así como característicos de la población de estudiantes mexicanas.

En resumen, se puede decir que dentro de la mayor parte de la población mexicana se presenta sintomatología del trastorno alimentario de la bulimia, tomando como base a los 3 factores que mide el B.U.L.I.T. (Alvarez, 2000), y sólo un mínimo porcentaje de esta población llega a desarrollar el trastorno alimentario de la bulimia nerviosa. Asimismo, se puede decir que el factor con menor presencia es el de conductas compensatorias, siendo similar con respecto al instrumento del E.A.T., y el de con mayor frecuencia es el factor "Sobreingesta y sensación de pérdida de control sobre la alimentación.

En la tabla 10 se presenta un resumen de los rangos de puntuación establecidos como ausencia, leve, moderada y alta. Así como el porcentaje del rango para determinar la ausencia o presencia - ya sea mínima, leve, moderada o alta - de los tres factores del B.U.L.I.T. dentro de la población de estudiantes mexicanas.

TABLA 10

RANGO	F1	F2	F3
Ausencia	Rp=11 n=39 1.8%	Rp=7 n=33 1.5%	Rp=4 n=1211 55.9%
Minima	Rp=12-20 N=1426 65.8%	Rp=8-15 N=1387 64.2%	Rp=5-8 n=816 37.7%
Leve	Rp=21-30 n=516 23.7%	Rp=16-24 N=613 28.2%	Rp=9-11 n=89 4.2%
Moderada	Rp=31-40 n=164 7.9%	Rp=25-32 n=118 7.7%	Rp=12-15 n=41 1.9%
Alta	Rp= \geq 41 n=21 0.7%	Rp= \geq 32 n=9 0.4%	Rp= \geq 15 n=6 0.2%

Tabla 10. Resumen de los rangos establecidos en los tres factores del B.U.L.I.T. en una población de estudiantes mexicanas (n=2168) Rp= Rango de Puntaje. F1= Sobreingesta y sensación de pérdida de control sobre la alimentación, F2= Sentimientos negativos después de la sobreingesta, F3= Conductas compensatorias.

Por otra parte, en la Tabla 11 se observa que un mínimo porcentaje de la población de estudiantes mexicanas presenta sintomatología del trastorno alimentario de la bulimia, dado que rebasa el punto de corte del B.U.L.I.T. (≥ 85), presentándose con mayor frecuencia en la muestra perteneciente a institución privada (20.8%), así como a un nivel profesional (15.4%). Esto indica, que la sintomatología del trastorno se presenta en mayor medida dentro de un nivel profesional de tipo privado, siendo que en este tipo de instituciones prevalece un nivel socioeconómico medio y/o alto, en el cual parece expresarse mayor presión social por adelgazar. Además, se menciona que la presentación de la bulimia se desarrolla posterior a la etapa de la adolescencia, en la cual regularmente se cursa el nivel profesional.

Para poder corroborar estos datos, se dividió a la población comunitaria en cuatro grupos tomando como referencia las variables edad (Nivel educativo: Bachillerato o Profesional) y nivel socioeconómico (Tipo de institución: Privada y Pública). Siendo el Grupo 1 (Privada/Profesional), Grupo 2 (Privada/Bachillerato), Grupo 3 (Pública/Profesional) y Grupo 4 (Pública/Bachillerato).

TABLA 11

VARIABLES	N	B.U.L.I.T. (≥ 85)
Institución Pública	1426	11.1%
Institución Privada	742	20.8%
Nivel Bachillerato	1041	13.4%
Nivel Profesional	1127	15.4%

Tabla 11. Porcentaje de la población de estudiantes mexicanas ($n= 2168$) que rebasa el punto de corte del B.U.L.I.T (≥ 85) tomando como referencia las variables: Edad (Nivel educativo: Bachillerato o Profesional) y Nivel socioeconómico (Tipo de institución: Pública o Privada).

TABLA 12

GRUPOS	N	B.U.L.I.T. (≥ 85)
GRUPO 1	377	28.4%
GRUPO 2	365	12.9%
GRUPO 3	750	8.8%
GRUPO 4	676	13.6%

Tabla 12. Porcentaje de la población de estudiantes mexicanas ($n= 2168$) que rebasan el punto de corte del B.U.L.I.T. de acuerdo a los cuatro grupos establecidos con relación a las variables edad y nivel socioeconómico.

De esta forma, como se observa en la tabla 12, el grupo que presenta mayor porcentaje en cuanto a que rebasa el punto de corte del B.U.L.I.T. (≥ 85) es el 1 (Privada/Profesional) (28.4%), siendo sobresaliente el de menor porcentaje siendo el grupo 3 (Pública/Profesional) (8.8%). Obteniendo un porcentaje casi similar los grupos 2 y 4. De tal manera, se señala que un factor que influye para presentar sintomatología del trastorno alimentario de la bulimia es el cursar el nivel profesional, lo cual concuerda con la literatura que señala que la bulimia se desarrolla después de la adolescencia. En general se puede decir lo siguiente, tomando como base el nivel socioeconómico (Tipo de institución: privada o pública) se establece que la sintomatología de la bulimia se presenta con mayor frecuencia dentro de una institución privada, por otro lado, tomando como base la edad (Nivel educativo: bachillerato o profesional) se puede decir que el mayor porcentaje lo obtiene la población perteneciente a un nivel profesional.

TABLA 13

Grupos	F1	F2	F3	Total
1 (n=377)	x=21.50	16.61	5.87	75.69
	Es=0.44	0.34	0.14	1.12
	Me =19	15	5	69
	Mo=13	12	4	63
	Min=11	7	4	39
	Max=49	34	19	137
	Srm=45%	46%	36%	48%
Srme=57%	58%	58%	58%	
2 (n=365)	x=19.52	14.36	5.25	68.85
	Es=0.34	0.25	0.12	0.80
	Me=18	13	4	65
	Mo=16	12	4	63
	Min=11	7	4	45
	Max=49	33	17	127
	Srm=40%	31%	27%	36%
Srme=51%	47%	39%	49%	
3 (n=750)	x=17.80	13.68	4.89	65.06
	Es=0.20	0.16	0.06	0.50
	Me=16	13	4	62
	Mo=14	12	4	55
	Min=11	7	4	40
	Max=46	33	13	134
	Srm=29%	26%	18%	29%
Srme=41%	42%	36%	41%	
4 (n=676)	x=19.88	14.87	5.10	69.32
	Es=0.26	0.18	0.07	0.56
	Me=18	14	4	67
	Mo=17	12	4	64
	Min=11	7	4	43
	Max=53	35	15	125
	Srm=36%	39%	22%	41%
Srme=53%	54%	48%	53%	

Tabla 13. Estadística descriptiva del total del B.U.L.I.T. y sus tres factores respecto al Grupo 1 (Privada/Profesional); Grupo 2 (Privada/Bachillerato); Grupo 3 (Pública/Profesional) y Grupo 4 (Pública/Bachillerato). Srm= Sujetos que rebasan la media de la muestra total. Srme= Sujetos que rebasan la mediana de la muestra total.

En la tabla 13, se observa que el Grupo 1 (Privada/Profesional) obtuvo el mayor porcentaje de sujetos que rebasan la media de la muestra total dentro de los tres factores que mide el B.U.L.I.T., así como en el total del instrumento. En cuanto al grupo 3 (Pública/Profesional) obtuvo el menor porcentaje de sujetos que rebasan la media de la muestra total en los tres factores y en el total del B.U.L.I.T. Esto indica que para presentar sintomatología del trastorno alimentario de la bulimia influye el pertenecer a un nivel socioeconómico medio o alto, así como cursar el nivel profesional, lo cual concuerda con la literatura que señala que la bulimia se desarrolla después de la adolescencia, lo cual se corrobora en el grupo 1 (Privada/Profesional)

que obtuvo el mayor porcentaje en los tres factores del B.U.L.I.T.

Por otra parte, se empleó la prueba T de Student para muestras independientes, con la finalidad de comparar las medias de los puntajes entre los sujetos con sintomatología de bulimia y sin trastorno alimentario, con respecto a la variable edad y los tres factores del B.U.L.I.T.

TABLA 14

	Edad	F1	F2	F3	Total
Grupo con Sintomatología (n=311)	$\bar{x}=18.91$ $Es=0.16$	31.36 0.37	22.70 0.29	6.92 0.19	100.25 0.68
Grupo Control (n=311)	$\bar{x}=18.52$ $Es=0.14$	17.01 0.23	12.66 0.20	4.80 0.08	62.03 0.50
Valor t	1.80	32.75	28.33	10.36	45.28
Probabilidad	N sig.	*	*	*	*

Tabla 14. Valores obtenidos de la Prueba T de Student del B.U.L.I.T. en una población (n=622) de estudiantes mexicanas * = p = .0001.

Como se observa en la Tabla 14, se encontró que los tres factores así como el total del B.U.L.I.T. obtuvieron un nivel de probabilidad significativo, lo que indica que las diferencias fueron significativas entre el grupo con sintomatología y el grupo control con relación al instrumento. Esto indica que el instrumento si establece los parámetros necesarios para detectar o discriminar a una persona con sintomatología respecto a aquella que no la tiene.

Otra de las pruebas que se llevó a cabo para el análisis de esta investigación fue la ANOVA, esto con la finalidad de determinar si existen diferencias significativas en cuanto a los tres factores del B.U.L.I.T (Alvarez, 2000) con relación a las variables: Nivel socioeconómico (Tipo de institución: Pública/Privada) y Edad (Nivel educativo: Bachillerato/Profesional), tomando como base los cuatro grupos: 1 (Privada/Profesional), 2 (Privada/Bachillerato), 3 (Pública/Profesional) y 4 (Pública/Bachillerato), (Véase Tabla 15).

De tal forma, como se puede observar en la tabla 15, en el factor 1 "Sobreingesta y sensación de pérdida de control sobre la alimentación" se encontró que en los Grupos: Privado/Profesional, Pública/Bachillerato y Privada/Bachillerato se presenta con mayor frecuencia la sobreingesta y la sensación de pérdida de control sobre la alimentación. Con respecto al Factor 2 "Sentimientos negativos después de la sobreingesta" se encontró que

dentro de la población de estudiantes mexicanas el patrón de sentimientos negativos después de la sobreingesta se presenta con mayor significancia en los Grupos: Privada/Profesional y Pública/Bachillerato. En el Factor 3 "Conductas compensatorias" se puede señalar que los Grupos: Privada/Profesional y Privada/Bachillerato son los que obtienen un mayor puntaje en el factor de conductas compensatorias. Por último, con respecto al total del instrumento se puede decir que los grupos que obtuvieron un mayor puntaje para presentar sintomatología del trastorno alimentario de la bulimia fueron los Grupos: Privada/Profesional, Pública/Bachillerato y Privada/Bachillerato.

TABLA 15

	F1	F2	F3	Total
Grupo 1 n=108	$\bar{x}=21.50$ $Es=0.44$	16.61 0.34	5.87 0.14	75.69 1.12
Grupo 2 n=105	$\bar{x}=19.52$ $Es=0.34$	14.36 0.25	5.25 0.12	68.65 0.80
Grupo 3 n=215	$\bar{x}=17.90$ $Es=0.20$	13.68 0.16	4.89 0.06	65.06 0.50
Grupo 4 n=194	$\bar{x}=19.88$ $Es=0.26$	14.87 0.18	5.10 0.07	69.32 0.56
F	27.97 *	28.90 *	21.17 *	37.87 *
B	1vs3,2,4 4,2 vs 3	1vs3,2,4 4 vs 3	1vs3,4,2 2 vs 3	1 vs3,2,4 4vs3; 2vs3

Tabla 15. Prueba ANOVA del B.U.L.I.T. en una población (n= 622) de estudiantes mexicanas; Grupo 1: Privada/Profesional; Grupo 2: Privada/Bachillerato; Grupo 3: Pública/Profesional y Grupo 4: Pública/Bachillerato * =p ≤ 0.0001. . F1= Sobreingesta y sensación de pérdida de control sobre la alimentación, F2= Sentimientos negativos después de la sobreingesta, F3= Conductas compensatorias.

En resumen, se puede decir que en los tres factores del B.U.L.I.T., así como en el total del instrumento el grupo Privada/Profesional presenta el mayor puntaje significativo con respecto a los demás grupos, lo cual indica que la sintomatología bulímica se presenta principalmente en jóvenes estudiantes de nivel profesional, insertas dentro de un nivel socioeconómico medio y/o alto.

DISCUSION

❖ Test de Actitudes Alimentarias (E.A.T.- 40)

De acuerdo al análisis de los datos, los resultados obtenidos indican que en la muestra comunitaria evaluada, únicamente el 1% presentó un puntaje de cero en el EAT-40, por lo que se puede decir que en esta propoción los componentes de trastorno alimentario –y específicamente de anorexia nerviosa- estuvieron totalmente ausentes. Mientras que el 11% rebasó el punto de corte sugerido para población mexicana (EAT-40 \geq 28) por Alvarez (2000), lo cual indica que en la población examinada de estudiantes mexicanas con un rango de edad entre los 16 y 22 años, si existe la presencia de sintomatología de trastorno alimentario y específicamente de la anorexia nerviosa.

Esto concuerda con la literatura, en cuanto a que dentro de la población de jóvenes del sexo femenino se encuentran presentes componentes o síntomas de trastorno alimentario, sin embargo existe variabilidad en lo que refiere al porcentaje reportado en la literatura tanto internacional como nacional, aún cuando han empleado el mismo instrumento de evaluación (EAT-40). Por ejemplo, en Estados Unidos algunos autores hablan de un 9 o 10% (Clarke y Palmer, 1983; Fredenberg, Berglund y Dieken, 1996; Smead y Richert, 1990). En Europa estos porcentajes son mayores, en Italia varia del 13% (Vetrone, Cuzzolaro y Antonozzi, 1997) al 17% (Dalle, De Luca y Oliosi, 1997), mientras que en España hablan de un 6% (Toro, 1985, cit. en Toro y Vilardell, 1987) o 12% (Carbajo, Canals, Fernández y Doménech, 1995). Finalmente, en México aún cuando han utilizado el mismo tipo de población se han reportado menores porcentajes, que van del 5 o 6% (Alvarez, Mancilla, López y Ocampo, *en prensa*; Alvarez, Mancilla, López y Ocampo, 1996), aunque un estudio más reciente (Alvarez, 2000) realizado con una población equiparable en cuanto a tamaño a la empleada en el presente estudio, reporta un 8%.

En lo que refiere al 11% encontrado en el presente estudio, parte de la variabilidad respecto a otros estudios, puede depender al menos de dos causas: 1) Recordemos que en este estudio se decidió emplear el punto de corte sugerido para la población mexicana (EAT-40 \geq 28), el cual es ligeramente menor al sugerido por Gamer y Garfinkel (1979) y que regularmente ha sido empleado en los estudios realizados, incluyendo los antes mencionados; y 2) El tamaño

de la muestra del presente estudio es significativamente mayor al de la mayoría de los estudios previos.

Por otro lado, en cuanto a los factores o síntomas que se evaluaron con base en el EAT, se observó lo siguiente:

- ◆ *Motivación para Adelgazar*: Estuvo ausente en el 40% de la muestra estudiada y del 60% restante que la presentó en alguna medida, sólo en el 7% ésta fue alta.
- ◆ *Evitación de Alimentos Engordantes*: Sólo estuvo presente en algún grado en el 25% de la muestra estudiada, correspondiendo únicamente el 1% a un alto grado, en tanto que en el 75% estuvo ausente.
- ◆ *Preocupación por la Comida*: Ausente en mayor medida, ya que sólo estuvo presente en el 18% de las jóvenes, de las cuales en el 0.1% fue alta.
- ◆ *Presión Social Percibida*: El 37% de las jóvenes percibió algún grado de presión social, sin embargo, sólo el 4% clasificó en el rango de alta presión.
- ◆ *Obsesiones y Compulsiones*: Sólo estuvieron del todo ausentes en el 12% de la muestra, por lo que el 88% las presentó en algún grado, aunque únicamente en el caso del 0.2% las presentaron en alta medida.
- ◆ *Patrones y Estilos Alimentarios*: Ausentes en el 22% de la población estudiada, pero del restante porcentaje el 65.1% los presentaron de forma leve y sólo en el caso del 0.7% fue alto.
- ◆ *Conductas compensatorias*: Únicamente el 6% de la población reportó presentarlas en alguna medida y sólo el 0.5% con una alta frecuencia.

Como se puede observar, los componentes o síntomas de trastorno alimentario más presentes en la muestra estudiada fueron (en orden decreciente): las obsesiones y compulsiones, los patrones y estilos alimentarios estereotipados, y la motivación para

adelgazar. Mientras que los menos frecuentes fueron (en orden creciente): las conductas compensatorias, la preocupación por la comida y la evitación de alimentos engordantes.

Así, podemos decir que aunque las **obsesiones y compulsiones** estuvieron presentes en gran medida en la muestra estudiada éstas no necesariamente desembocan en la presentación de conductas compensatorias, preocupación por la comida o la evitación de alimentos engordantes. La alta presencia de obsesiones y compulsiones entre esta población, viene a complementar los hallazgos de un estudio previo en el cual realizaron una comparación entre muestras clínicas y control de México y España en cuanto a la sintomatología de trastorno alimentario (Alvarez, Vázquez, Mancilla, Caballero, Unikel y Raich, *en prensa*) y para ello emplearon el EAT-40. Encontraron que no sólo ambas muestras con trastorno alimentario difirieron en cuanto a los respectivos grupos control respecto al factor obsesiones y compulsiones, sino que además el grupo clínico de México obtuvo un puntaje significativamente mayor al del grupo clínico de España. De modo que la muestra mexicana reportó presentar un mayor número de conductas como: pesarse varias veces al día, comer regularmente los mismos alimentos, que en su mayoría son dietéticos o los llamados *light*.

Al respecto, los autores de dicho estudio señalan que en la literatura suele establecerse que los trastornos alimentarios se asocian a la presencia de la obsesión y compulsión como un rasgo de personalidad, o bien, en otros casos como una co-morbilidad entre estos dos trastornos (Garner *et al.*, 1982). A partir de lo anterior, Alvarez *et al.* (*en prensa*) señalan la necesidad de investigar si las obsesiones y compulsiones presentan una naturaleza específica en su asociación con los trastornos alimentarios en la población clínica de México, sobre todo si retomamos el hecho de que existen evidencias en la literatura en cuanto a que los pensamientos obsesivos y las conductas compulsivas están asociadas a la presencia del ayuno, la restricción alimentaria, la sobreingesta y las conductas compensatorias, tanto en población con trastorno alimentario (Calderón, Moreno, Gili y Roca, 1998) así como en sujetos normales (Katz, 1985).

Por otra parte, se observó que los **patrones y estilos alimentarios** estereotipados como son: incomodidad ante el hecho de comer en lugares públicos o con otras personas, comer demasiado lento y masticar excesivamente los alimentos, y preferir comer siempre los mismos alimentos, estuvieron ampliamente presentes entre la muestra evaluada en el presente estudio. Sin embargo, el alto porcentaje observado no corresponde al bajo porcentaje de otros factores

que pudieran pensarse relacionados con los patrones y estilos alimentarios estereotipados, como pueden ser: la evitación de alimentos engordantes o la preocupación por la comida.

Asimismo, la **motivación para adelgazar**, también ampliamente presente entre la muestra evaluada, no mostró presentar una correspondencia directa con otros factores con los que la literatura señala que pueden aparecer asociados, como son: la evitación de alimentos engordantes, la preocupación por la comida o las conductas compensatorias (Rausch y Bay, 1990). No obstante, esto sin duda se debe a que si bien la motivación para adelgazar se ha asociado a la presencia de los factores antes señalados en estudios de población con trastorno alimentario (Scarano *et al.*, 1994; Toro *et al.*, 1994), en este caso se trabajó con población comunitaria. Además, recordemos que la insatisfacción con la imagen corporal y la concomitante motivación o deseo de adelgazar, se ha convertido en las tres últimas décadas en un patrón social *cuasi* normativo, principalmente entre las mujeres (Rosen, 1990; Toro, 1996), fenómeno que se puede englobar dentro del término "cultura de la delgadez". A partir de esta aclaración, es evidente que si bien la motivación para adelgazar ha demostrado ser un factor de riesgo para el desarrollo de psicopatologías alimentarias o de algunos de sus síntomas concomitantes; e incluso, es valorado como un síntoma de la anorexia y la bulimia, no puede considerarse por sí mismo un factor causal, sino en su interacción con otros factores de riesgo.

Como contraparte, se observó que la **preocupación por la comida** (excesiva atención sobre los alimentos y su ingesta, temor ante la sensación de pérdida del control sobre la ingesta, y culpabilidad posterior a la ingesta), la **evitación de alimentos engordantes** (restricción alimentaria en cuanto a cantidad y calidad) y las **conductas compensatorias** (autoprovocación del vómito y empleo de laxantes y/o diuréticos) estuvieron escasamente presentes en la población del presente estudio.

Al comparar al grupo con sintomatología de anorexia y un grupo sin sintomatología o grupo control –determinados ambos a partir del punto de corte del EAT- respecto a los siete factores que el EAT evalúa, se observó que el grupo con sintomatología obtuvo puntajes promedio significativamente mayores en los siete factores. Por lo que se puede decir que el grupo con sintomatología presentó significativamente más: motivación para adelgazar, evitación de alimentos engordantes, preocupación por la comida, presión social percibida, obsesiones y compulsiones, patrones y estilos alimentarios estereotipados, y conductas compensatorias.

Por otra parte, al establecer la ocurrencia de la sintomatología del trastorno alimentario de la anorexia nerviosa en función de dos variables: Nivel socioeconómico (Tipo de institución: Pública o Privada) y Edad (Nivel educativo: Bachillerato o Profesional), en general se encontró a partir de los datos obtenidos que la sintomatología se presenta con una frecuencia ligeramente mayor dentro de la población perteneciente a un mayor nivel socioeconómico (Tipo de institución Privada, 13%) que en la de menor nivel socioeconómico (Tipo de institución Pública, 10%). Asimismo, estuvo más presente en las jóvenes de menor edad (Nivel educativo: Bachillerato, 13%) que en las de mayor edad (Nivel educativo Profesional, 9%). Observándose los mayores porcentajes en ambos grupos de bachillerato (Institución pública: 13% e Institución privada: 15%) que en los de nivel profesional (Institución pública: 8% e Institución privada: 11%), aunque como se puede ver, fueron mayores los porcentajes de ambos grupos de institución privada que sus contrapartes de institución pública.

Lo anterior, corrobora lo reportado por un estudio llevado a cabo en escuelas públicas y privadas de nivel bachillerato y profesional de la Ciudad de México, en donde se encontró que el mayor porcentaje de estudiantes que presentaban sintomatología de tipo anoréxico -dado que rebasaron el punto de corte del instrumento E.A.T.- fue en las instituciones privadas (5%) y de nivel bachillerato (7%) (Alvarez, *et. al.*, 1998). De tal forma, los resultados obtenidos concuerdan con la literatura en donde se dice que el nivel socioeconómico influye para la presencia del trastorno alimentario (Polivy *et al.*, 1987; Sands *et al.*, 1997), encontrando que las jóvenes de mayor estatus socioeconómico tienen mayor probabilidad de practicar frecuentes dietas restrictivas y otras prácticas para la reducción y el control del peso corporal -incluyendo el empleo de conductas compensatorias-, que las de menor nivel socioeconómico (Rogers *et al.*, 1995; Story *et al.*, 1995). Asimismo, se ha encontrado que en las escuelas privadas hay un nuevo caso de anorexia al año por cada 250 muchachas, mientras que en las escuelas públicas se producía un nuevo caso por cada 300 alumnas, lo que indica que hay un mayor porcentaje de la presencia de la sintomatología del trastorno alimentario dentro de la institución privada, donde éstas cuentan con una clientela de nivel económico superior al representado en las escuelas públicas (Crisp, 1976, cit. en Toro *et al.*, 1987).

De acuerdo a la literatura, también se ha observado que la variable edad se establece como otro factor de riesgo, ya que se ha observado una mayor incidencia de la anorexia nerviosa en la población femenina adolescente y juvenil, entre los 12 y los 25 años, constituyendo el rango

de edad entre los 14 y 18 años el de mayor riesgo para presentar el trastorno (Jones, *et. al.*, 1980). Lo cual concuerda con los datos obtenidos en el presente estudio, ya que este rango de edad comprende el período en el que en México generalmente se cursan los estudios educativos correspondientes al nivel de bachillerato. Y fue precisamente en ambos grupos de bachillerato

Asimismo, en una investigación llevada a cabo en México con una población de 960 estudiantes de nivel bachillerato y profesional insertas en instituciones de tipo privado y público, a las que se les aplicó el E.A.T., con la finalidad de conocer el porcentaje de la presencia del trastorno alimentario de la anorexia nerviosa, encontrado que en el nivel bachillerato de tipo privado (6.1%) y de tipo público (8.6%) obtuvieron el porcentaje más alto con respecto a la frecuencia del trastorno (Alvarez, *et. al.*, 1998). Es importante destacar este punto, dado que antes los trastornos alimentarios se creían exclusivos de una economía desarrollada así como en un nivel socioeconómico alto, en donde prevalecía una alta presión social por estar delgada; sin embargo, en la actualidad la sintomatología del trastorno ya no es exclusiva de esta población, encontrando tanto en esta investigación como en la literatura que en las sociedades subdesarrolladas tales como México, así como en las clases socioeconómicas medias y bajas (de zonas urbanas) también existen los trastornos alimentarios (Toro y Vilardell, 1987; Duker y Slade, 1992). Esto quizá se deba a lo que hoy se llama la "cultura de la delgadez", la cual conduce a normas y valores determinantes respecto a las actitudes y conductas hacia la forma corporal, talla y peso, particularmente en los periodos de cambios físicos como son la adolescencia y la juventud, teniendo la necesidad de lograr una imagen corporal manejada como el ideal social, lo que induce al adelgazamiento o al no incremento de peso (Vandereycken y Meerman, 1984; Toro, *et. al.*, 1994; Gralen, *et. al.*, 1990; Hill, 1993; Streiger, *et. al.*, 1992).

Sin embargo, cabe advertir que al analizar estas diferencias con respecto a la presencia del trastorno alimentario dentro de ciertas clases sociales, se debe tomar en cuenta que antes no existía la gran diversidad de estudios sobre el tema que existen actualmente, así como el cambio que se ha desarrollado dentro de los criterios diagnósticos para establecer la sintomatología de la anorexia nerviosa, dado que se establecen criterios más específicos de los antes establecidos.

Por otra parte, al comparar a estos cuatro grupos con relación a los siete factores que mide el E.A.T., se encontró que la **Motivación por adelgazar** estuvo significativamente más presente en el grupo de jóvenes de institución privada de nivel bachillerato. Esto puede deberse a que dentro de un nivel socioeconómico alto se ejerce mayor presión social para estar delgada, siendo particularmente susceptibles a ella las mujeres adolescentes, debido particularmente a los intensos cambios corporales que se suceden en esta etapa del desarrollo (Tiggemann *et al.*, 1990; Vandereycken *et al.*, 1984), sobre todo si consideramos que en la actualidad, la belleza y un físico delgado representan aceptación y éxito social, tanto en el trabajo como en la escuela, dando como resultado la motivación por adelgazar por medio del uso de una dieta permea la valoración que se tiene de sí misma como persona (Halmi, 1974; Cash, 1990; Crispo, *et al.*, 1996). De tal forma, que la búsqueda tenaz de la delgadez se vuelve un modo de procurarse un margen de seguridad respecto al riesgo de engordar (Rausch y Bay, 1990). Martínez, *et al.* (1996) realizaron un estudio con la finalidad de evaluar la influencia de los factores socioculturales sobre el trastorno alimentario de anorexia nerviosa. Para esto, aplicaron los instrumentos E.A.T. y C.I.M.E.C., encontrando que ambos cuestionarios correlacionan, ya que existe una influencia de los criterios estéticos vigentes referidos al cuerpo femenino en el mantenimiento de la anorexia nerviosa. También se halló que entre mayor es la presencia e interiorización de las influencias culturales favorecedoras de la estética de la delgadez, tanto más relevante es la sintomatología de trastorno alimentario.

Respecto a la **Evitación de alimentos engordantes**, ésta estuvo presente principalmente entre las jóvenes de mayor nivel socioeconómico (pertenecientes a instituciones privadas) independientemente del nivel de estudios. Es importante mencionar que éste es uno de los principales síntomas de la anorexia nerviosa, la que usualmente comienza a desarrollarse a partir de la restricción alimentaria (dietas restrictivas) o la evitación de aquellos alimentos que contienen grasas, carbohidratos, etc., sin embargo, posteriormente puede llegar a derivar en la conducta de ayuno, con la consecuente retroalimentación que aporta la consecuente reducción del peso corporal (Corona, 1998; Raich, 1994). Incluso, Crispo *et al.* (1996) menciona que la dieta restrictiva o el ayuno es la obertura pública manifiesta del trastorno alimentario.

En tanto que la **Preocupación por la comida**, estuvo presente principalmente entre las jóvenes que cursan sus estudios profesionales en instituciones de tipo privado. Así, parece ser que en estas jóvenes su principal tema de interés es la comida, restándosele a otras áreas; asimismo, reconocen tener hambre pero expresan miedo a perder el control sobre la ingesta si

ingieren un bocado más de lo propuesto, además se preocupan por aprender el contenido calórico exacto de cada alimento, pesan cada ración de comida que van a ingerir y se pesan prácticamente a diario o ante la más mínima sospecha de aumento de peso (Kaplan y Sadock, 1994). Además puede hacer referencia a que en una edad temprana existe mayor probabilidad de que se desarrolle la sintomatología de trastorno alimentario de tipo anoréxico, siendo altamente probable que a mayor edad estas mismas estudiantes puedan presentar más bien sintomatología de tipo bulímico.

Por otro lado, se observó que en cuanto a la **Presión social percibida** no se registraron diferencias significativas entre los grupos, por lo que los cuatro grupos evaluados reportaron en promedio percibir leve presión social respecto a que su entorno su social les denuncie que están demasiado delgadas y por lo tanto sean presionadas para que aumenten su ingesta de alimento.

Contrariamente, se observó que las **Obsesiones y Compulsiones** se presentaron en mayor medida entre las jóvenes de nivel profesional en institución privada y en las de nivel bachillerato en institución pública. con mayor frecuencia en los Grupos Pública/Bachillerato y Privada/Profesional. Se encontró que ésta es una característica de la población de estudiantes mexicanas con sintomatología anoréxica, en donde su pensamiento sobre su cuerpo, peso, necesidad de control, comidas se vuelve egocéntrico, concreto y dicotómico en forma reiterada y constante, por lo que se le torna difícil regular su ingesta de comida o su actividad física sin caer en extremos (Garner y Bermis, 1982; Raich *et al.*, 1995). Además, están tan obsesionadas con la comida, la actividad del comer y por su capacidad para controlar el hambre, que disponen de poco o nada de tiempo para pensar en estar bien físicamente, lo que ocasiona que no tengan las condiciones de estabilidad emocional mínimas para tener un buen desempeño en su actividad laboral, escolar y social (Crispo, *et. al.*, 1996). Pudiendo convertirse en expertas en cuestiones dietéticas y coleccionar de forma casi obsesiva todo tipo de menús y dietas (Turón, 1997).

Asimismo, se puede decir que la sintomatología de anorexia suele asociarse a la presencia de conductas más o menos extravagantes relacionadas con la comida y el peso, realizadas día a día, ocasión tras ocasión, siendo reiteradas de la misma manera y practicadas con un aparentemente escaso grado de "libertad", por lo que semejan a auténticas compulsiones (Toro y Vilardell, 1987). Asimismo, suelen incurrir en auténticos rituales con ribetes obsesivos en las

conductas alimentarias de ocultación y manipulación de la comida: desmenuzar la comida para seleccionarla, la reparte en el plato, la esconde en los bolsillos, la almacena en la boca para escupirla después, toma alimentos del plato de los demás que luego abandona sin probar, etc. Comienzan con los engaños y las mentiras a la hora de la comida, suelen evitar comer tanto con los demás miembros de la familia como en cualquier situación social, dando como resultado un deterioro en sus relaciones sociales (Kaplan y Sadock, 1994).

Mientras que el caso de la evaluación de los **Patrones y estilos alimentarios**, se observó que estas conductas estereotipadas se presentaron en mayor medida en el grupo de jóvenes que cursan el bachillerato en instituciones públicas, estos patrones son: incomodidad ante el hecho de comer en lugares públicos o con otras personas, comer demasiado lento y masticar excesivamente los alimentos, y preferir comer siempre los mismos alimentos. Cabe mencionar que Toro *et al.* (1987) señalan que estas conductas estereotipadas relacionadas con la comida son practicadas con un aparente escaso grado de "libertad", semejando auténticas compulsiones.

Finalmente, las **Conductas Compensatorias** estuvieron significativamente más presentes en el grupo de jóvenes que cursan el nivel profesional en instituciones privadas, lo cual concuerda con la literatura, en relación a que alrededor de la mitad de las personas con sintomatología de anorexia, especialmente a partir de los 18 o 19 años empiezan a iniciar su exploración de las conductas compensatorias (Kaplan *et al.*, 1994).

❖ **Test de la Bulimia (B.U.L.I.T.)**

En cuanto al Test de la Bulimia (B.U.L.I.T.), se puede decir que en esta investigación se encontró que únicamente el 0.5% de la muestra comunitaria evaluada no presentó ninguna sintomatología del trastorno dado que presentó un puntaje de cero en el instrumento de evaluación de B.U.L.I.T. Mientras que el 14.4% de la población de estudiantes mexicanas presentó sintomatología bulímica, dado que rebasaron el punto de corte sugerido para población mexicana (B.U.L.I.T. \geq 85) establecido por Alvarez (2000). Lo cual indica que dentro de la población mexicana que se sitúa alrededor de los 16 y 22 años, si hay presencia de sintomatología del trastorno alimentario de la bulimia.

Lo anterior concuerda con la literatura existente que señala que del 10% al 15% de la población adolescente del género femenino la padece (Rausch y Bay, 1990). Asimismo, en otro estudio realizado en México donde se aplicó los instrumentos del E..A.T. y el B.U.L.I.T., se encontró que hay mayor porcentaje de presencia del trastorno alimentario de la bulimia que de la anorexia nerviosa, siendo el 5.3% de estudiantes con sintomatología anoréxica y el 11.1% con sintomatología bulímica, respectivamente (Alvarez, *et. al.*, 1998). Cabe señalar que esto contrasta con lo observado en otra investigación en México donde Mancilla, *et. al.*, (1996) y Mancilla, *et. al.*, (1997) encontraron que el 8.4% de la muestra evaluada presenta sintomatología de un trastorno alimentario, específicamente el 5% de anorexia y el 3.4% bulimia, indicando que hay mayor presencia de anorexia que de bulimia. Esto posiblemente pueda deberse a que el tamaño de la muestra del presente estudio fue 4 veces mayor a la de los mencionados estudios, además de que también se incluyó a jóvenes de nivel bachillerato y de escuelas privadas, con lo que posiblemente se incluyen otras variables que pueden influir en la presencia de sintomatología de trastorno alimentario.

Con respecto a la incidencia y la prevalencia que se estima para la bulimia nerviosa, ésta ha variado ampliamente, se dice que hay una incidencia de 1.3% en mujeres y 0.1% en varones (Schotte y Stunkard, 1987). Sin embargo, también se sugiere que cerca del 10% de la población femenina en la adolescencia padece este trastorno (Rausch y Bay, 1990). Asimismo, Crispo, *et. al.* (1996) mencionan que del 10-15% de la población que presenta trastornos alimentarios, el 3 al 5% tienen bulimia. Otro porcentaje es el referido por Mateos y Solano (1997), quienes hablan de una incidencia de 1 a 3% en mujeres, siendo 10 veces menor en hombres. En estudios hechos en población general de clase media, la padecían alrededor del 10% de mujeres por debajo de los 30 años y la mitad la practicaba con frecuencia. La mayor prevalencia se observa en chicas escolares. En población general alrededor del 5% de mujeres y el 1% de hombres usan los vómitos o laxantes para adelgazar por cuestiones estéticas (Chinchilla, 1994).

En general, se puede decir que el trastorno alimentario de la bulimia se presenta con mayor frecuencia que el de la anorexia, dentro de la población de estudiantes mexicanas, esto quizá se deba a que se puede presentar ya sea con la obesidad, con la anorexia o como una entidad aparte, lo cual, hace que sea más evidente su presencia (Wilson y Walsh, 1991; Feinstein y Sorosky, 1988). Cabe señalar que en los últimos 50 años, ha habido un incremento de las pacientes con anorexia nerviosa que presentan síntomas de bulimia, debido a la creciente presión social por la delgadez que se ejerce en la población femenina, siendo el 56.7% de las

bulímicas que reúnen criterios diagnósticos de anorexia nerviosa previa y el 23.3% la padece de forma críptica (Rausch y Bay, 1990).

Sin embargo, cabe señalar que esto contrasta con lo observado en otra investigación, cuya finalidad fue la de detectar la presencia de los trastornos alimentarios de la anorexia y la bulimia en México en una muestra de estudiantes del género femenino de una universidad pública (n= 524), a las cuales, se les aplicaron los mismos instrumentos (E.A.T. y B.U.L.I.T.). Así, Mancilla, *et. al.*, (1996) y Mancilla, *et. al.*, (1997) encontraron que el 8.4% de la muestra evaluada presenta sintomatología de un trastorno alimentario, específicamente el 5% de anorexia y el 3.4% bulimia, indicando que hay mayor presencia de anorexia que de bulimia. Esto posiblemente pueda deberse a que el tamaño de la muestra del presente estudio fue 4 veces mayor a la de los mencionados estudios, además de que también se incluyó a jóvenes de nivel bachillerato y de escuelas privadas, con lo que posiblemente se incluyen otras variables que pueden influir en la presencia de sintomatología de trastorno alimentario.

Por otra parte, en cuanto a los tres factores que mide el instrumento del B.U.L.I.T., se puede decir que todos los factores o síntomas estuvieron presentes en la población de estudiantes mexicanas. En cuanto a cada uno de los factores o síntomas se puede decir lo siguiente:

- ◆ **Sobreingesta y sensación de pérdida de control sobre la alimentación:** Este factor estuvo ausente en el 1.8% de la muestra estudiada, y del porcentaje restante solo el 0.7% se estableció dentro del rango de alta presencia.
- ◆ **Sentimientos negativos después de la sobreingesta:** Este estuvo ausente en el 1.5% de la población, mientras que en el 0.4% esta con alta presencia de este factor.
- ◆ **Conductas compensatorias.** Ausente en mayor medida, ya que solo estuvo presente en el 44.1% de la población, siendo solo el 0.2% los que tuvieron alta presencia.

Como se puede observar, los componentes o síntomas de trastorno alimentario más presentes en la muestra estudiada fueron en orden decreciente: Sentimientos negativos después de la sobreingesta, Sobreingesta y sensación de pérdida de control sobre la alimentación. Siendo el de menor frecuencia el de Conductas compensatorias.

Así podemos señalar que a pesar de que se presenten **sentimientos negativos después de la sobreingesta** así como la sensación de pérdida de control sobre la alimentación, no es necesario presentar conductas compensatorias. Estableciendo como se señala en la literatura, la presencia de sentimientos de culpa, depresión, pensamientos autodespreciativos y angustia, que inducen a comer nuevamente, existiendo una sensación de pérdida de control y de dificultad para dejar de comer después de la ingestión compulsiva de alimentos y de provocarse el vómito. En algunos casos, reacciona provocándose el vómito para disminuir el malestar que aparece después de la comilona o manifestando gran preocupación por su peso, haciendo intentos de controlarlo mediante la dieta, el vómito o uso de laxantes (Hawkins y Clement, 1980; Saldaña y Rosell, 1988). Robinson (1986) demostró la presencia de procesos cognitivos anormales como respuesta a la ingesta, ya que ésta es seguida de una mayor ansia de comer, debido a la restricción alimentaria; así, se fijan más en conceptos relacionados con su padecimiento, como pueden ser la comida (sándwich, helado, pizza, chocolate, pasta de nuez), el peso (gordo, flaco, flácido, voluminoso, grande) y el cuerpo (estómago, labios, cabello, muslos, cintura) (Formea y Burns, 1996).

Por otra parte, se observó que **la sobreingesta y sensación de pérdida de control sobre la alimentación** que se refleja en la presencia de atracones, en el comer hasta sentirse cansada, miedo a perder el control de no poder parar de comer, comer sin tener hambre, creer que la comida controla su vida, estuvieron presentes entre la muestra evaluada en el presente estudio. Lo que indica que dentro de esta muestra se manifiesta una necesidad imperiosa de comer en exceso y/o presentar "atracones"; debido a que tienen un nulo control sobre sus impulsos, particularmente sobre la ingesta de alimentos (Saldaña, 1994; Rausch y Bay, 1990). De tal forma, que pueden llegar a desarrollar el episodio bulímico, que consiste en un ciclo vicioso de hacer dieta, atracarse, hacer conductas compensatorias como el uso de vómito, laxantes y diuréticos, volver a atracarse y volver a practicar conductas compensatorias, lo que contribuye a perpetuarlo (Rausch y Bay, 1990).

Como contraparte, se observó que el uso de **conductas compensatorias** (uso de laxantes o supositorios, vómito), estuvo escasamente dentro de la población de estudiantes mexicanas no practican estas conductas. Cabe señalar, que dentro del trastorno alimentario de la bulimia existen dos tipos que permiten diferenciar entre aquellas bulímicas que presentan regularmente autoprovocación del vómito o el uso de laxantes, diuréticos y enemas durante el episodio (Tipo

purgativo) de aquellas que emplean conductas compensatorias inapropiadas como la dieta o el ejercicio excesivo pero no presenta conductas compensatorias como la provocación del vómito, el uso de laxantes, diuréticos o enemas durante el episodio (Tipo no purgativo).

Es importante remarcar, que los mayores porcentajes obtenidos dentro de los tres factores que mide el instrumento del B.U.L.I.T. se establecieron dentro del rango de leve presencia, lo que nos señala que dentro de la población de estudiantes mexicanas de nivel bachillerato y profesional se presenta de forma leve los factores de sintomatología de la bulimia, tales como, la sobreingesta y sensación de pérdida de control sobre la alimentación, sentimientos negativos después de la sobreingesta y conductas compensatorias, sin llegar a desarrollar necesariamente el trastorno alimentario.

Al comparar al grupo con sintomatología de bulimia y un grupo sin sintomatología o grupo control –determinados a partir del punto de corte del B.U.L.I.T.- respecto a los tres factores que evalúa el instrumento, se observó que el grupo con sintomatología obtuvo puntajes promedio significativamente mayores en los tres factores.

Por otra parte, al llevar a cabo el análisis de los datos con respecto a las variables Nivel socioeconómico (Tipo de institución: Pública o Privada) así como de la edad (Nivel educativo: Bachillerato o Profesional), se encontró que hubo mayor población de estudiantes mexicanas de Nivel Profesional (15.4%) que de nivel bachillerato (13.4%) y de Institución Privada (20.8%) que de institución pública (11,1%), con sintomatología del trastorno de bulimia. Esto concuerda con un estudio llevado a cabo con 960 estudiantes de escuelas públicas y privadas a las cuales se les aplicó el instrumento del B.U.L.I.T., encontrando que el mayor porcentaje con respecto a la presencia de la sintomatología bulímica se obtuvo dentro de las estudiantes de Nivel Profesional (12%) así como a las que están insertas de una Institución de Tipo Privado (23%) (Alvarez, *et. al.*, 1998; Saldaña, 1994; Chinchilla, 1994). Asimismo, se menciona que dentro de la clase alta y en las zonas urbanas hay un mayor índice de evitación de la obesidad debido a la presión social que se ejerce por alcanzar la delgadez, lo que conlleva a que las adolescentes lleven a cabo conductas bulímicas, es decir, presentar atracones y posteriormente conductas compensatorias (Rausch y Bay, 1990; Hoeck, 1991).

Así, Beck (1976, cit. en Guillemot y Laxenaire, 1994) reportó que el ideal de delgadez se impone más entre mujeres con un ideal cultural más elevado y mayor ambición profesional.

Existiendo una gran preferencia social por un físico delgado, producto correspondiente de la preocupación social por la dieta y la pérdida de peso, lo cual ha afectado las actitudes y conductas alimentarias entre mujeres jóvenes y adolescentes, ocasionando que la delgadez sea un equivalente a ser atractivo (Hare, 1987; Toro, *et. al.*, 1994; Polivy y Herman, 1995, cit. en Brownell y Fairburn, 1995).

Por otra parte, al comparar a cuatro grupos dentro de la población de estudiantes mexicanas: Grupo 1 (Profesional/Privada), Grupo 2 (Bachillerato/Privado), Grupo 3 (Profesional/Pública) y Grupo 4 (Bachillerato/Pública), se encontró que el grupo 1 (28.4%) y 4 (13.6%), obtuvieron el mayor porcentaje en la presencia de la sintomatología del trastorno alimentario, lo que nos indica que la sintomatología bulímica se presenta tanto a nivel bachillerato como profesional. Además, estos grupos pertenecen tanto a una institución pública como privada, indicando que no influye la edad ni el nivel socioeconómico para presentar sintomatología de bulimia nerviosa. Cabe señalar, que estos datos obtenidos no concuerdan con los resultados obtenidos en el estudio llevado a cabo por Alvarez, *et. al.* (1997), quienes encontraron que el 17.5% de la población presentó sintomatología del trastorno alimentario de la bulimia, siendo significativamente mayor dentro de las instituciones privadas (17%) que en las públicas (5%); sin embargo, no hubo diferencias con respecto al nivel de escolaridad, siendo similar tanto en licenciatura (10%) como en bachillerato (10%). En dicho estudio, no encontraron diferencias con respecto al nivel educativo dado que en ambos niveles se presentó la sintomatología, siendo similar lo que en la presente investigación se encontró; sin embargo con respecto al nivel socioeconómico se manifestó con mayor frecuencia dentro de la institución privada siendo que en esta investigación no se encontraron diferencias. No obstante, en otro estudio con 960 estudiantes de nivel bachillerato y pública, encontraron que el mayor porcentaje lo obtuvo el Grupo Profesional/Privado (32.5%) así como el Grupo Bachillerato/Privado (12.2%), lo que indica que la sintomatología bulímica se presenta con mayor frecuencia en un nivel socioeconómico medio y/o alto, así como en el nivel de bachillerato y profesional, siendo estos datos similares a los encontrados en el estudio mencionado anteriormente (Alvarez, *et. al.*, 1998).

Finalmente, se puede decir que en la actualidad la presión social por ser delgada ya no es exclusiva de un cierto tipo de nivel socioeconómico, esto concuerda con la literatura en donde se señala que dentro de una población de clase media y/o alta, alrededor del 10% de las mujeres presentan sintomatología bulímica, además de que el desarrollo de la sintomatología

del trastorno alimentario se da dentro de un rango de mayor edad, durante la cual se cursa el nivel profesional, siendo ya más específica su sintomatología (Toro, *et. al.*, 1994).

Por otra parte, al comparar a estos cuatro grupos con relación a los tres factores que mide el B.U.L.I.T, se encontró que la **Sobreingesta y sensación de pérdida de control sobre la alimentación** presenta mayor frecuencia en el grupo Privado/Profesional (45%) y menor presencia dentro del Grupo Público/Profesional (29%), esto indica que las estudiantes de nivel profesional dentro de una institución de tipo privado presentan en mayor medida conductas de atracón así como sentimientos de no poder controlarla.

Asimismo, se señala que hay un vínculo cognitivo entre la dieta y los episodios bulímicos, donde las extremas reglas dietéticas autoimpuestas por los dietistas son imposibles de obedecer, particularmente en periodos de estrés, por lo que las menores desviaciones de estas reglas son percibidas catastróficamente y como evidencia de debilidad, lo que refleja la tendencia de estos sujetos a desarrollar una sensación de pérdida de control sobre la alimentación así como el pensar en términos dicotómicos, obteniendo como resultado el abandono del autocontrol. Una vez que esto ocurre, otros factores gobiernan la ingesta: el placer de consumir comidas prohibidas pero agradables, distracción de los problemas y atenuación temporal de la depresión y la ansiedad. Así, las bulímicas son capaces de mantener el control cuando creen que están observando la dieta de forma estricta y cuando creen que la han quebrantado, aunque sea levemente, se abandonan a la desinhibición (Herman y Polivy, 1980; Herman y Polivy, 1984; Polivy y Herman, 1985; Herman, *et. al.*, 1987; Herman y Polivy, 1988a; Herman y Polivy, 1988b).

En cuanto a los **Sentimientos negativos después de la sobreingesta** se encontró que hay mayor presencia en el grupo Privado/Profesional (46%) y menor presencia dentro del Grupo Público/Profesional (26%). Esto quiere decir, que en la población de estudiantes mexicanas de nivel profesional inscritas dentro de una institución de tipo privado, presentan sentimientos negativos después de la sobreingesta, lo cual, se corrobora dado que este mismo grupo tiene una mayor frecuencia en la práctica de la sobreingesta.

Así, la estudiante durante el atracón lo vive como ajeno, repugnante y con incapacidad para controlarlo, estos sentimientos se olvidan pero retoman apenas el episodio de sobreingesta termina. A esto se le suma un estado de malestar, inquietud, una sensación de frustración y

depresión que lleva al aislamiento. La bulímica se odia a sí misma por haber traicionado su aspiración de un peso ideal, se desprecia intensamente, experimenta la sensación de pérdida de control, presenta sentimientos de vergüenza y culpa, miedo a ser descubiertos durante uno de sus episodios de sobreingesta, que normalmente se llevan a cabo en secreto y generalmente por la noche, los cuales sólo se interrumpen si alguien entra al lugar, cuando se acaba la comida o por una dolorosa distensión abdominal, recuperación de control o por sopor postprandial. Inevitablemente, a continuación hay remordimiento y distintos intentos de anular lo hecho, pero la purga está siempre gatillada por el temor malsano de engordar (Crispo, *et. al.*, 1996). De tal forma, que con el tiempo, el atracón y los métodos de purga se generalizan como recursos para aliviar transitoriamente el malestar emocional. Al producir pérdida de peso y hambre, rompen el circuito natural de hambre-comida-saciedad, desencadenando un nuevo atracón, y así sucesivamente. Cabe señalar que estos consumos críticos de alimento conllevan, en la inmensa mayoría de los casos, otra irregularidad conductual: los vómitos voluntarios, el uso de diuréticos y los laxantes (Rausch y Bay, 1990).

Así, en la bulímica, las prácticas de control de peso, las obsesiones con las dietas y los frecuentes fracasos en éstas se convierten en factores que mantienen y perpetúan el trastorno alimentario, ya que favorece las sintomatologías de obsesión, baja autoestima, depresión, aislamiento, malestar físico, insatisfacción corporal, culpa y rechazo a sí mismas después de haber llevado a cabo la sobreingesta, además de que el simple hecho de estar a dieta provoca que la paciente piense más en la comida que cuando no está bajo un régimen dietético (Abraham y Llewellyn-Jones, 1985; Polivy y Herman, 1985; Kirikae, *et. al.*, 1988; Hsu, 1989; Fichter, 1990; Hsu, 1990; Corona, 1998).

Respecto a las **Conductas compensatorias**, se puede decir que tienen mayor presencia en el grupo Privado/Profesional (36%) y menor presencia dentro del Grupo Público/Profesional (18%), lo que indica que las estudiantes de nivel profesional dentro de una institución de tipo privado presentan conductas tales como el vómito autoinducido, que es el método por el cual se intentan eliminar las calorías ingeridas no deseadas durante un atracón, comienza implementándose como un sistema para recuperar el control después de un atracón y termina siendo un fracaso en el control, ya que el vómito legitima al atracón. De tal forma, la bulímica percibe el vomitar como una forma de regular la ingesta desequilibrada por su crítica voracidad, viéndolo como una solución de corto alcance porque si bien en lo inmediato elimina el alimento que la persona rechaza, pronto esta práctica, que se originó en un intento por controlar la

ingesta excesiva, se convierte en un círculo vicioso, por el mismo hecho de que le da legitimidad al atracón, con la ilusión de que la transgresión es así eficazmente anulada. Así, el vómito resulta reforzado negativamente al conseguir cierta mitigación de la ansiedad, y en consecuencia, la tendencia a vomitar va a mantenerse y probablemente a incrementarse, ya que con el transcurso del tiempo, la paciente pierde cada vez más el control, al punto de sentir que debe vomitar cada vez que come.

Furnham y Calnan (1998) realizaron un estudio con el objetivo de establecer la relación entre la insatisfacción corporal, las razones dadas para hacer ejercicio y la autoestima con la presencia del trastorno alimentario, encontrando que el 69% de la muestra presentan insatisfacción corporal, en cuanto a las razones para hacer ejercicio fueron: para tener más atractivo, un mejor control de peso y tono, aunque también se relacionó con el manejo de la delgadez, mientras que el hacer ejercicio para obtener un buen tono corporal se correlacionó con la insatisfacción corporal. Asimismo, se encontró una relación entre la autoestima y las actitudes y conductas relacionadas al trastorno alimentario. Así, se puede decir que el ejercicio es una forma de bajar de peso rápidamente o una forma de negar los efectos desagradables de la dieta. Algunos autores encontraron que el ejercicio como control de peso se asocia con el trastorno alimentario, por lo que quienes hacen ejercicio por razones de apariencia tienen mayor riesgo de desarrollar el trastorno alimentario (Silberstein, *et. al.*, 1988; McDonald y Thompson, 1992).

Por último, con respecto al total del B.U.L.I.T. se encontró que se tiene mayor presencia en el grupo Privado/Profesional (48%) y una menor presencia dentro del Grupo Público/Profesional (29%), lo cual indica que dentro de la población de estudiantes mexicanas pertenecientes a un nivel profesional cursado dentro de una institución de tipo privado se desarrolla con mayor frecuencia la sintomatología del trastorno alimentario de la bulimia.

Así, en un estudio realizado con 960 estudiantes mexicanas de escuelas públicas y privadas, a las cuales se les aplicó los instrumentos del E..A.T. y el B.U.L.I.T., esto con la finalidad de establecer la frecuencia de presencia de los trastornos alimentarios de la anorexia y bulimia, encontraron que hay mayor porcentaje de presencia del trastorno alimentario de la bulimia que de la anorexia nerviosa, siendo el 5.3% de estudiantes con sintomatología anoréxica y el 11.1% con sintomatología bulímica, respectivamente (Alvarez, *et. al.*, 1998).

CONCLUSIONES

Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40)

- ❖ El 11% de la población comunitaria evaluada de jóvenes del sexo femenino, presentó sintomatología de anorexia nerviosa.
- ❖ Los componentes o síntomas de anorexia nerviosa que estuvieron más presentes fueron: las obsesiones y compulsiones, los patrones y estilos alimentarios estereotipados y la motivación para adelgazar. Mientras que los menos presentes fueron: las conductas compensatorias, la preocupación por la comida y la evitación de alimentos engordantes (restricción alimentaria).
- ❖ En las jóvenes con sintomatología de anorexia nerviosa estuvieron significativamente más presentes los siete síntomas evaluados por el EAT-40 en comparación con el grupo control: Motivación para adelgazar, Evitación de alimentos engordantes, Preocupación por la comida, Presión social percibida, Obsesiones y compulsiones, Patrones y estilos alimentarios estereotipados y Conductas compensatorias.
- ❖ La sintomatología de anorexia estuvo ligeramente más presente en la población perteneciente a instituciones educativas privadas (13%) que en las de públicas (10%). Asimismo, estuvo más presente en las jóvenes de nivel educativo de bachillerato (13%) que en las de profesional (9%).
- ❖ La Motivación para adelgazar, la Evitación de alimentos engordantes, la Preocupación por la comida, las Obsesiones y compulsiones, los Patrones y estilos alimentarios estereotipados y las Conductas compensatorias, estuvieron más presentes entre las jóvenes pertenecientes a instituciones educativas privadas. Sólo la presión social reportada fue semejante en ambos tipos de institución.
- ❖ Específicamente, la Motivación para adelgazar y los Patrones y estilos alimentarios estereotipados, estuvieron más presentes entre las jóvenes que cursan el bachillerato en instituciones privadas. En tanto, que la Preocupación por la comida, las Obsesiones y compulsiones y las Conductas compensatorias lo estuvieron en las jóvenes de nivel

profesional. Finalmente, la Evitación de alimentos engordantes fue semejante entre ambos grupos de jóvenes de institución educativa privada.

Test de Bulimia (BULIT)

- ❖ El 14.4% de la población comunitaria evaluada de jóvenes del sexo femenino, presentó sintomatología de bulimia nerviosa.
- ❖ Los componentes o síntomas de bulimia nerviosa que estuvieron más presentes fueron: la sobreingesta y sensación de pérdida de control sobre la alimentación y sentimientos negativos después de la sobreingesta. Mientras que el menos presente fue: las conductas compensatorias.
- ❖ En las jóvenes con sintomatología de bulimia nerviosa estuvieron significativamente más presentes los tres síntomas evaluados por el BULIT en comparación con el grupo control: Sobreingesta y sensación de pérdida de control sobre la alimentación, Sentimientos negativos después de la sobreingesta y Conductas compensatorias.
- ❖ La sintomatología de bulimia estuvo más presente en la población perteneciente a instituciones educativas privadas (20%) que en las de públicas (11%). Asimismo, estuvo más presente ligeramente en las jóvenes de nivel educativo profesional (15%) que en las de bachillerato (13%).
- ❖ La Sobreingesta y sensación de pérdida de control sobre la alimentación, Sentimientos negativos después de la sobreingesta y Conductas compensatorias estuvieron más presentes entre las jóvenes pertenecientes a instituciones educativas privadas de nivel bachillerato.

REFERENCIAS

- Abraham, S. & Llewellyn-Jones, D. (1985). Eating Disorders: The facts. Oxford: Oxford University.
- Adams, P., Katz, R., Beauchamp, K., Cohen, E. & Zavis, D. (1993). Body dissatisfaction, Eating Disorders, and Depression: A developmental perspective. Journal of Child and Family Studies, 2, 37-46.
- Akiskal, H.S., Hirschfeld, R.M.A. & Yerevanian, B.I. (1983). The relationships of personality to affective disorders: A critical review. Archives of General Psychiatry, 40, 801-810.
- Alvarez, R.G. (2000). Validación en México de dos instrumentos para detectar trastornos alimentarios: E.A.T. y B.U.L.I.T. Tesis de maestría en Psicología Clínica. Facultad de Psicología. UNAM.
- Alvarez, R.G., López, A.X., Martínez, L.A., Mancilla, D.J.M. & Vázquez, A.R. (1999). Valuación de la asociación entre la presencia de sintomatología de trastorno alimentario y la depresión. Revista de Psicología del Valle de México, 1, 3-11.
- ALVAREZ, R.G., Mancilla, D.J.M., López, A.X. & Ocampo, T.M.T. (*en prensa*). Factores asociados con los trastornos alimentarios en una muestra de estudiantes.
- Alvarez, R.G., Mancilla, D.J.M., López, A.X., Vázquez, A.R., Ocampo, T.M.T. & López, A.V. (1998). Trastornos alimentarios y obesidad: Avances de investigación en una población mexicana. Psicología Contemporánea, 5(1), 72-79.
- Alvarez, R.G., Mancilla, J., Martínez, M.M. & López, A.X. (1998). Aspectos psicosociales de la alimentación. Psicología y Ciencia Social, 2(1), 50-58.
- Alvarez, R.G., Mancilla, D.J.M., Mercado, G.L., Manríquez, R.E. & Román, F.M. (1997). Ocurrencia de trastornos alimentarios en estudiantes mexicanas. Memorias del Congreso Regional de Psicología para Profesionales en América. Ciudad de México, México.
- Alvarez, R.G., Román, F., Manríquez, R. & Mancilla, J. (1996). Imagen corporal y trastornos alimentarios en una muestra de universitarias mexicanas. Psicología Social en México, 6, 536-541.
- Alvarez, R.G., Vázquez, A.R., Mancilla, D.J.M., Caballero, R.A., Unikel, S.C. & Raich, R.M. (*en prensa*). Sintomatología presente en jóvenes con trastorno alimentario: Estudio transcultural México-España.
- American Psychiatric Association. (1980). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-III). Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association. (1988). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-III-R). Barcelona: Masson.

- American Psychiatric Association. (1994). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV). Barcelona: Masson.
- Andersen, A.E. (1995). Anorexia nervosa in males. Conferencia presentada en las Jornadas sobre Psicología Clínica y Salud. Murcia, España.
- Anderson, A. & Di Domenico, L. (1992). Diet versus shape content popular male and female magazines: A dose-response relationship to the incidence of eating disorders?. International Journal of Eating Disorders, 11(3), 283-287.
- Avila, H. (1982). Nutrición y salud: Conceptos inseparables. Cuadernos de Nutrición, 5(2), 17-32.
- Boskind-Lodahl, M. (1976). Cinderella's stepsisters: A feminist perspective on anorexia nervosa and bulimia. Journal of Women in Culture and Society, 2, 342-356.
- Bourges, H. (1987). Guías para la orientación alimentaria. Cuadernos de Nutrición, 5(4), 17-32.
- Bourges, H. (1990). Costumbres, prácticas y hábitos alimentarios. Cuadernos de Nutrición, 13(2), 18-32.
- Brawman, M.R., Lydiard, B., Phillips, K., Morton, A., Czepowicks, W., Emmanuel, N., Villareal, G., Johnson, M., & Ballenger, J.C. (1995). Body dismorphic disorders in patients with anxiety disorders and major depression: A comorbidity study. American Journal of Psychiatry, 152, 1665-1667.
- Brodie, D., Bagley, K. & Slade, P. (1994). Body-image perception en pre- and post adolescent females. Perceptual and Motor Skills, 78, 147-154.
- Brodie, D.A. & Slade, P.D. (1988). The relationship between body image and body-fat in adult women. Psychological Medicine, 18, 623-631.
- Brownell, K.D. & Fairburn, C. (1995). Eating disorders and obesity. New York: Guilford Press.
- Bruch, H. (1962). Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. Psychological Medicine, 24, 187-194.
- Bruch, H. (1973). Eating disorders: Anorexia nervosa, obesity and the person within. New York: Basic Books.
- Bruch, H. (1982). Anorexia nervosa: Therapy and theory. American Journal of Psychiatry, 139(12), 1531-1538.
- Bruchon-Schweitzer, M. (1992). Psicología del cuerpo. Barcelona: Biblioteca de Psicología.
- Button, E.J. (1990). Self-esteem in girls aged 11-12: Baseline findings from planned prospective study of vulnerability to eating disorders. Journal of Adolescence, 13, 407-413.

- Calderón, E., Moreno, P., Gilli, M. & Roca, M. (1998). Psicopatología y trastornos de la conducta alimentaria: Un estudio con el SCL-90-R. Revista Electrónica de Psicología, 2(1), 30-41.
- Carbajo, G., Canals, J., Fernández, B.J. & Doménech, E. (1995). Cuestionario de actitudes alimentarias en una muestra de adolescentes: 2 años de seguimiento. Psiquis, 16(4), 21-26.
- Cash, T.F. (1990). Body image enhancement: A program for overcoming a negative body image. New York: Guilford Press.
- Cash, T.F. & Prurinsky, T. (1990). Body image: Development, deviance and chance. New York: Guilford Press.
- Casper, R.C., Halmi, K.A., Goldberg, S.C., Eckert, E.D. & Davis, J.M. (1979). Disturbances in body image estimation as related to other characteristics and outcome in anorexia nervosa. British Journal of Psychiatry, 134, 60-66.
- Castro, J., Toro, J., Salamero, M. & Guimerá, E. (1991). The eating attitudes test: Validation of the spanish version. Psychological Assessment, 7(2), 175-190.
- Channon, S. & De Silva, P. (1985). Correlates of weight gain in anorexics. Journal of Psychiatric Research, 19, 267-271.
- Chinchilla, A. (1994). Anorexia y bulimia nerviosas. Madrid: Ergon.
- Clarke, M.G. & Palmer, R.L. (1983). Eating attitudes and neurotic symptoms in University students. British Journal of Psychiatry, 142, 299-304.
- Cooper, J. & Taylor, M.J. (1988). Body image disturbances in bulimia nervosa. British Journal of Psychiatry, 153(2), 34-38.
- Corona, G. A. (1998). El gobierno del cuerpo: Tecnologías disciplinarias y administración dietética. Psicología y Ciencia Social, 2(1), 3-14.
- Crisp, A.H. (1988). Some possible approaches to prevention of eating and body weight shape disorders, with particular reference to anorexia nervosa. International Journal of Eating Disorders, 7, 1-17.
- Crisp, A.H. (1990). Some possible approaches to prevention of eating and body weight/shape disorders, with particular reference of anorexia nervosa. International Journal of Eating Disorders, 7(1), 1-17.
- Crisp, A.H., Hsu, L.K.G., Hording, B. & Hortshorn, J. (1980). Clinical features of anorexia nervosa: A study of a consecutive series of 102 female patients. Journal of Psychosomatic Research, 24, 179-191.
- Crispo, R., Figueroa, E. & Guelar, D. (1996). Anorexia y bulimia: Un mapa para recorrer un territorio trastornado. España: Gedisa.

- Crowther, J.H., Tennenbaum, D.L., Hobfoll, S. & Parris, M. (1992). The etiology of bulimia nervosa: The individual and familial context. USA: Hemisphere Publishing Corporation.
- Crow, S., Praus, B. & Thuras, P. (1999). Mortality from eating disorders a 5 to 10 year record linkage study. International Journal of Eating Disorders, 26, 97-101.
- Dalle, R., De Luca, L. & Oliosi, M. (1997). Eating attitudes and prevalence: A survey in secondary schools in Lecce, southern Italy. Eating Weight Disorders, 1, 34-37.
- Dancyger, I.F. & Garfinkel, P.E. (1995). The relationship of partial syndrome eating disorders to anorexia nervosa and bulimia nervosa. Psychological Medicine, 25, 1019-1026.
- Davies, E. & Furnham, A. (1986). Body satisfaction in adolescent girls. British Journal of Psychiatric, 59, 279-287.
- De Leon, J., Bott, A. & Simpson, G. (1989). Dysmorphobia: Body dysmorphic disorders of delusional disorder somatic subtypes. Comprehensive Psychiatry, 30, 457-472.
- Dolan, B. & Ford, K. (1991). Binge eating and dietary restraint: A cross-cultural analysis. International Journal of Eating Disorders, 10(3), 345-353.
- Druss, R.G. & Silverman, J.A. (1979). Body image and perfectionism of ballerinas. General Hospital Psychiatry, 2, 115-121.
- Duker, M. & Slade, R. (1992). Anorexia nervosa y bulimia: Un tratamiento integrado. México: Limusa.
- Eckert, E.D., Goldberg, S.C., Halmi, K.A., Casper, R.C. & Davis, J.M. (1982). Depression in anorexia nervosa. Psychological Medicine, 12, 115-122.
- Eisler, I. & Szumkler, G.I. (1985). Social class as a confounding variable in the eating attitudes test. Journal of Psychiatry, 19, 171-176.
- Emmons, L. (1992). Dieting and purging behavior in black and white high school students. Journal of the American Dietetic Association, 92, 306-312.
- Ewen, S. (1988). All consuming images: The politics of style in contemporary culture. New York: Guilford Press.
- Fabian, L.J. & Thompson, J.K. (1989). Body image and eating disturbance in young females. International Journal of Eating Disorders, 8, 63-74.
- Fairburn, C.S. (1981). A cognitive behavioral approach to the treatment of bulimia. Psychological Medicine, 11, 707-711.
- Fairburn, C.S. (1984). Bulimia: It's epidemiology and management. In: A.J. Stunkard & E. Stellar (Comps). Eating and it's disorders. New York: Raven.
- Fallon, P., Katzman, M. & Wooley, S. (1994). Feminist perspectives on eating disorders. USA: Guilford Press.

- Feighner, J.P., Robins, E., Guze, B., Woodruff, R.A., Winolw, G. & Muñoz, R. (1972). Diagnostic criteria for use a psychiatric research. Archives of General Psychiatry, 26, 57-63.
- Feinstein, S. & Sorosky, A. (1988). Trastornos de la alimentación. Buenos Aires: Nueva visión.
- Fernández, F., Probst, M., Meermann, R. & Vandereycken, W. (1994). Body size estimation and body dissatisfaction in eating disorders patients and normal controls. International Journal of Eating Disorders, 16(3), 307-310.
- Fernández, F. & Vandereycken, W. (1994). Influence of video confrontation on the self-evaluation of anorexia nervosa patients: A controlled study. Eating Disorders, 2(2), 135-140.
- Fichter, M. (1990). Bulimia nervosa: Basic research, diagnosis and treatment. New York: Wiley.
- Fisher, E. (1986). Development and structure of the body image. New York: Hillsdale Press.
- Formea, G. & Burns, L. (1996). Selective processing of food, weight, and body-shape words in non-patient women with bulimia nervosa: Interference on the stroop task. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 18(2), 105-118.
- Fredenberg, J., Berglund, P.T. & Dieken, H.A. (1996). Incidence of eating disorders among detected female university students. Journal of the American Dietetic Association, 96(2), 64-65.
- Fulkerson, J.A., Keel, P.K., Leon, G.R. & Dorr, T. (1999). Eating disordered behaviors and personality, 56 characteristics of high school athletes and nonathletes. International Journal of Eating Disorders, 26, 73-79.
- Furnham, A. & Calnan, A. (1998). Eating disturbance, self-esteem, reasons for exercising and body weight dissatisfaction in adolescent males. European Eating Disorders Review, 6, 58-72.
- Gardner, R.M. & Bokenkamp, D. (1996). The role of sensory and non-sensory factors in body size estimations of eating disorder subjects. Journal of Clinical Psychology, 52(1), 3-15.
- Garfinkel, P. & Kaplan, A. (1995). Psychopathology and the eating disorders. Comunicación presentada en las Jornadas sobre Psicología Clínica y salud, Murcia, España.
- Garfinkel, P., Kaplan, A., Garner, D. & Darby, P. (1983). The differential diagnosis of vomiting and weight loss as a conversion disorder from anorexia nervosa. American Journal of Psychiatry, 140, 1019-1022.
- Garfinkel, P.E., Moldofsky, H. & Garner, D.M. (1980). The heterogeneity of anorexia nervosa: Bulimia as a distinct subgroup. Archives of General Psychiatry, 37, 1036-1040.
- Garner, D. & Bermis, K. (1982). A cognitive-behavioral approach to anorexia nervosa. Cognitive Therapy and Research, 1 (6), 1-27.

- Garner, D. & Garfinkel, P. (1979). The eating attitudes test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. Psychological Medicine, 9, 273-279.
- Garner, D. & Garfinkel, P. (1980). Sociocultural factors in the development of anorexia nervosa. Psychological Medicine, 10, 647-656.
- Garner, D. & Garfinkel, P. (1981). Body image in anorexia nervosa: Measurement, theory and clinical implications. International Journal of Psychiatry in Medicine, 11, 263-284.
- Garner, D. & Garfinkel, P. (1982). Anorexia nervosa: A multidimensional perspective. New York: Bruner-Mazel.
- Garner, D., Garfinkel, P., Schwartz, D. & Thompson, M. (1980). Cultural expectations of thinness in women. Psychological Medicine, 10, 647-656.
- Garner, D.M., Olmstead, M.P., Bohr, Y. & Garfinkel, P.E. (1982). The eating attitudes test: Psychometric features and clinical correlates. Psychological Medicine, 12, 871-878.
- Garner, D., Olmstead, M.P. & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. International Journal of Eating Disorders, 2, 15-34.
- Garner, D., Olmstead, M.P., Polivy, J. & Garfinkel, P.E. (1984). Comparison between weight preoccupied women and anorexia nervosa. Psychosomatic Medicine, 46, 255-266.
- Goldberg, S.C., Halmi, K.A., Casper, R., Eckert, E. & Davis, J.M. (1977). Pre-treatment predictors of weight change in anorexia nervosa. New York: Raven.
- Gómez, P. G. (1998). Imagen corporal: ¿Qué es más importante, sentirse atractivo o ser atractivo?. Psicología y Ciencia Social, 2(1), 27-32.
- Gralen, S., Levine, P., Smolack, L. & Murnen, S. (1990). Dieting and disordered eating during early and middle Adolescence: Do the influences remain the same?. International Journal of Eating Disorders, 9(5), 501-512.
- Guillemot, A. & Laxenaire, M. (1994). Anorexia nerviosa y bulimia: El peso de la cultura. España: Masson.
- Halmi, K.A. (1974). Anorexia nervosa: Demographic and clinical features in 94 cases. Psychosomatic Medicine, 36, 18-25.
- Halmi, K. (1987). Anorexia nervosa and bulimia. Annual Review of Medicine, 38, 373-380.
- Hare, W. (1987). Endocrinología clínica. México: Interamericana.
- Hawkins, R.C. & Clement, P.F. (1980). Binge eating: Measurement problems and conceptual model. New York: Springer

- Herman, C.P. & Polivy, J. (1980). Restrained eating. In: A.J. Stunkard (Ed.). Obesity. Philadelphia: Saunders.
- Herman, C.P. & Polivy, J. (1984). A boundary model for the regulation of eating. In: A.J. Stunkard & E. Stell (Eds.). Eating and it's disorders. New York: Raven
- Herman, C.P. & Polivy, J. (1988a). Restrained and excess in dieters and bulimics. In: K.M. Pirke, W. Vandereycken & D. Ploog (Eds.). The psychobiology of bulimia nervosa. New York: Springer.
- Herman, C.P. & Polivy, J. (1988b). Studies of eating in normal dieters. In: B.T. Walsh (Ed.). Eating behavior in eating disorder. Washington: American Psychiatry Association.
- Herman, C.P., Polivy, J. & Esses, M. (1987). The illusion of counter regulation. Appetite, 9, 161-169.
- Herscovici, R.C. (1987). Anorexia nervosa: Un abordaje integral. Sistemas Familiares, 3(1), 35-42.
- Herscovici, C. & Bay, L. (1990). Anorexia nervosa y bulimia: Amenazas a la autonomia. Argentina: Paidós.
- Higashida, H.B. (1991). Ciencias de la Salud. México: McGraw-Hill
- Hill, A. (1993). Pre-adolescent dieting: Implications for eating disorders. International Review of Psychiatry, 5, 87-100.
- Hill, A., Oliver, S. & Rogers, P.J. (1992). Eating in the adult world: The rise of dieting in childhood and adolescence's. British Journal of Clinical Psychology, 31, 95-105.
- Hill, A. & Robinson, A. (1991). Dieting concerns have a functional effect on the behavior of nine years old girls. British Journal of Clinical Psychology, 30, 265-267.
- Hoeck, H.W. (1991). The incidence and prevalence of anorexia nervosa and bulimia nervosa in pymare care. Psychological Medicine, 21, 455-460.
- Holtz, V. (1992). Factores biopsicosociales de los desórdenes de la alimentación: Estudio piloto en una preparatoria. Tesis de Licenciatura en Psicología, Universidad Iberoamericana, México.
- Hsu, L.K.G. (1989). The gender gap in eating disorders: Why are the eating disorders more common among women?. Clinical Psychology Review, 9, 393-407.
- Hsu, L.K.G. (1990). Eating disorders. New York: Guilford Press.
- Hsu, L.K.G. & Lee, S. (1993). Is weigh phobia always necessary for a diagnosis of anorexia nervosa?. American Journal of Psychiatry, 150(10), 1466- 1471.
- Hudson, J.I., Pope, H.G., Jonas, J.M. & Yurgelun-Todd, D. (1983). A family study of anorexia nervosa and bulimia. British Journal of Psychiatry, 14(2), 133-138.

- Johnson, C. & Flach, A. (1985). Family characteristics of 105 patients with bulimia. American Journal of Psychiatry, 142, 1321-1324.
- Johnson, C.L. & Larson, R. (1982). Bulimia: An analysis of moods and behavior. Psychosomatic Medicine, 44, 341-353.
- Johnson, C. & Maddi, K.L. (1985). The etiology of bulimia: A biopsychosocial perspective. Adolescent Psychiatry, 13, 253-273.
- Johnson, C., Tobin, D. & Lipkin, L. (1989). Epidemiologic changes in bulimic behavior among female adolescents over a five-year period. International Journal of Eating Disorders, 8, 647-655.
- Jones, D., Fox, M., Babigian, H.M. & Hutton, H. (1980). Epidemiology of anorexia nervosa. Psychosomatic Medicine, 42, 551-558.
- Kalucy, R., Crisp, A. & Harding, B. (1977). A study of 56 families with anorexia nervosa. British Journal of Medical Psychology, 50, 381-395.
- Kaplan, H. & Sadock, B. J. (1994). Compendio de psiquiatría. Barcelona: Salvat.
- Katz, J. (1985). Some reflections on the nature of eating disorders, on the need for humility. British Journal of Psychiatry, 14, 617-626.
- Kaufer, M. (1990). Dietas para bajar de peso. Cuadernos de Nutrición, 13(1), 5-11.
- Kaye, W., Weltzin, E., Hsu, L., Bulik, C., McConana, C. & Sobbkiewiez, T. (1992). Patients with anorexia nervosa have elevated scores on the Yale-Brown obsessive-compulsive scale. International Journal of Eating Disorders, 12, 57-62.
- Kenny, E. & Hart, K. (1992). Relationship between parental attachment and eating disorders in an inpatient and a college sample. Journal of Counseling Psychology, 34(4), 521-525.
- Kiriike, N., Nagata, T., Tanaka, M., Nishiwaki, S., Takeuctu, N. & Kawakita, Y. (1988). Prevalence of binge eating and bulimia among adolescent women in Japan. Psychiatry Research, 26, 163-169.
- Klonoff, E. & Landrine, H. (1993). Cognitive representations of bodily parts and products: Implications for health behavior. Journal of Behavioral Medicine, 16, 497-508.
- Krog, E., Verthonment, H. & De Groote, T. (1986). Family interaction research in anorexia nervosa: The use and misuse of report questionnaire. International Journal of Family Psychiatry, 6, 227-243.
- Ledoux, S., Choquet, M. & Flament, M. (1991). Eating disorders among adolescents in a unselected French population. International Journal of Eating Disorders, 10(1), 81-89.

- Leichner, P., Arnett, J., Rallo, J.S., Sriameswaran, S. & Vulano, B. (1986). An epidemiologic study of maladaptive eating attitudes in a Canadian school age population. International Journal of Eating Disorders, 5, 969-982.
- Leon, G.R. (1983). Treating eating disorders: Obesity, anorexia nervosa and bulimia. E.U.: Lexington.
- Leon, G. R., Fulkerson, J.A., Perry, C. L. & Cudeck, R. (1993). Personality and behavioral vulnerabilities associated with risk state for eating disorders in adolescent girls. Journal of Abnormal Psychology, 102, 138-144.
- Leon, G.R., Lucas, A. R., Colligan R.C., Ferdinande, R. J. & Kamp, J.C. (1985). Sexual, body image and personality attitudes in anorexia nervosa. Journal of Abnormal Child Psychology, 13(2), 245-258.
- Levine, P.M. & Smolack, L. (1992). Toward a model of the developmental Psychopathology of eating disorders: The example of early adolescence. In: J.H. Crowther, D.L. Tennebaum, S.E. Hobfoll & M.P. Stephens (Eds.). The etiology of bulimia nervosa. New York: Hemisphere Publishing Corporation.
- López, Y.A. & Cervera, E.S. (1991). La entidad nosológica de la bulimia nerviosa. Actas Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines, 19(6), 304-325.
- Lowe, M.R., Gleaves, D. H., DiSimoe-Weis, R.T., Furgenson, C., Gayda, C.A., Kolsky, P.A., Neal-Walden, T., Nelsen, L. A. & McKinney, S. (1996). Restraint, dieting and the continuum model of bulimia nervosa. American Psychological Association, 105(4), 508-517.
- Lucas, A.R., Beard, M.C., O'Fallon, M.W. & Kurkland, L.T. (1988). Anorexia nervosa in Rochester, Minnesota: A 45 years study. Mayo Clinic Proceedings, 63, 433-442.
- Ludewig, K. (1991). Reflexiones sobre la anorexia en adolescentes: Enfoque sistémico del problema psicosomático, ejemplificado por la anorexia nerviosa juvenil. Estudios Psicológicos, 1(1), 1-21.
- Mahoney, J. (1985). Control de peso: Una solución al problema de las dietas. México: Trillas.
- Mancilla, D. J., Alvarez, R.G., López, A.X., Mercado, G., Manríquez, R.E. & Román, F. M., (1998). Trastornos alimentarios y factores asociados en universitarias mexicanas. Psicología y Ciencia Social, 2(1), 34-43.
- Mancilla, D.J., Alvarez, R.G., Román, F.M., Mercado, G.L. & Manríquez, R.E. (1997). Trastornos alimentarios. Memorias del Congreso Regional para Profesionales en América. Ciudad de México, México.
- Mancilla, D.J., Manríquez, R.E., Mercado, G., Román, F.M. & Alvarez, R.G. (1996). Ocurrencia de los trastornos alimentarios y factores de riesgo entre universitarios mexicanos. II Conferencia Internacional de Psicología de la Salud. Habana, Cuba.

- Mann, A.H., Wakeling, A., Wodd, K., Monck, E., Dobbs, R. & Szmukler, G. (1983). Screening for abnormal eating attitudes and psychiatric morbidity in an unselected population of 15 years-old school girls. Psychological Medicine, 13, 573-580.
- Martínez-Fornés, S. (1994). La obsesión por adelgazar: Bulimia y anorexia. España: Calpe.
- Martínez, M.M., Medina, C.A. & Quiroz, R.A. (1997). Identificación de trastornos alimentarios en una población de alto riesgo. Tesis de licenciatura en psicología, UNAM, México.
- Martínez, E., Toro, J. & Salamero, M. (1996). Influencias socioculturales favorecedoras del adelgazamiento y sintomatología alimentaria. Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona, 23(5), 125-133.
- Mateos, P.A. & Solano, P.N. (1997). Trastornos de la alimentación: Anorexia y bulimia nerviosa. Revista Electrónica de Psicología, 1(1), 1-27.
- McDonald, K. & Thompson, J.K. (1992). Eating disturbance, body image dissatisfaction, and reasons for exercising: Gender differences, and correlational findings. International Journal of Eating Disorders, 11, 289-292.
- Meyer, D.F. (1997). Codependency as a mediator between stressful events and eating disorders. Journal of Clinical Psychology, 53(2), 107-116.
- Mildred, H., Paxton, J.S. & Wertheim, H.E. (1995). Risk factors for eating disorders in Greek and Anglo-Australian adolescent girls. International Journal of Eating Disorders, 17(1), 91-96.
- Millon, T. (1981). Disorders of personality: DSM-III. New York: Wiley.
- Minuchin, S., Rosman, B. & Baker, L. (1978). Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context. Cambridge: Harvard University.
- Mitchell, J.E. (1988). A clinician's guide to the eating disorders medical cabinet. International Journal of Eating Disorders, 7, 211-223.
- Mora, G.M. (1993). Bulimia y variables de riesgo: Un análisis causal. Universidad Autónoma de Barcelona, Facultad de Psicología.
- Mora, G & Raich, R. (1993a). Restricción alimentaria y bulimia nerviosa: ¿Un vínculo causal?. Anales de Psicología, 9 (2), 69-84.
- Mora, M. & Raich, R.M. (1993b). Sintomatología bulímica: Un análisis topográfico y funcional. Análisis y Modificación de Conducta, 19, 66-70.
- Morgan, H.G. & Hayward, A.E. (1988). Clinical Assessment of anorexia nervosa: The Morgan-Russell outcome Assessment schedule. British Journal of Psychiatry, 152, 367-371.
- Nevo, S. (1985). Bulimic symptoms: Prevalence and ethnic differences among college women. International Journal of Eating Disorders, 4(2), 151-168.

- Norris, D.L. (1984). The effect of mirror confrontation on self-estimation of body dimensions in anorexia nervosa, bulimia and two control groups. Psychological Medicine, 14, 835-842.
- Oyewumi, L.K. & Kazarina, S.S. (1992). Abnormal eating attitudes among a group of Nigerian youths: II anorexic behavior. East African Medical Journal, 69(12), 667-669.
- Patton, C.G. (1988). The spectrum of eating disorders in adolescence. Journal of Psychosomatic Research, 32(6), 579-584.
- Perpiñá, C. (1989). Trastornos alimentarios: De los problemas en los criterios diagnósticos al esbozo de un nuevo modelo para su conceptualización. Revista Española de Terapia de Comportamiento, 7, 199-219.
- Phillips, K. (1996). The broken mirror. New York: Oxford University.
- Piran, N., Kennedy, S., Garfinkel, P. E. & Owens, M. (1985). Affective disturbance in eating disorders. The Journal of Nervous and Mental Disease, 173(7), 395-400.
- Polivy, J. & Herman, C.P. (1985). Dieting and bingeing: A causal analysis. American Psychologist, 40(2), 193-201.
- Polivy, J. & Herman, C.P. (1987). Diagnosis and treatment of normal eating. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55(5), 635-644.
- Pyle, R.L., Mitchell, J.E. & Eckert, E.D. (1981). Bulimia: A report of 34 cases. Journal of Clinical Psychiatry, 42(6), 60-64.
- Raich, R.M. (1994). Anorexia y bulimia: Trastornos alimentarios. España: Pirámide.
- Raich, R.M. (1998). Definición, evolución del concepto y evaluación del trastorno de la imagen corporal. Psicología y Ciencia Social, 2(1), 15-26.
- Raich, R.M., Deus, M.J., Muñoz, J., Pérez, O. & Requena, A. (1991). Evaluación de la preocupación por la figura en una muestra de adolescentes catalanas. Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona, 18(5), 210-220.
- Raich, R.M., Mora, M., Marroquín, H., Pulido, S.A. & Soler, A. (1997). Tratamiento cognitivo-conductual de la insatisfacción corporal. Análisis y Modificación de la Conducta, 23(89), 530-535.
- Raich, R.M., Mora, M. & Soler, A. (1994). Trastorno de la imagen corporal: Evaluación y tratamiento. Cuadernos de Medicina Conductual, 30, 105-110.
- Raich, R.M., Soler, A. & Mora, M. (1995). A cognitive-behavioral approach to the treatment of body image disorder: A pilot study. Eating Disorders, 3(2), 175-182.
- Rand, C.S.W. & Kuldau, J.M. (1991). Restrained eating (weight concerns) in the general population and among students. International Journal of Eating Disorders, 10(6), 699-708.
- Rausch, C. & Bay, L. (1990). Anorexia nerviosa y bulimia: Terapia familiar. México: Paidós.

- Renshow, D.O. (1985). Dentist bulimia/anorexia nervosa patients. Pennsylvania Dental Journal, 52, 20-25.
- Robinson, P.H. (1986). The bulimic disorders. Clinical Neuropharmacology, 9, 14-36.
- Rodin, A., Siegel, P., Koepke, T., Moye, A. & Tice, S. (1994). Family therapy versus individual therapy for adolescent females with anorexia nervosa. Developmental and Behavioral Pediatrics, 15, 111-116.
- Rodríguez M.C., Riquelme A. & Buendía J. (1996). Epidemiología de la anorexia nervosa: Una revisión. Anales de Psiquiatría, 12(6), 262-269.
- Rogers, L., Resnick, M., Mitchell, J. & Blum, R. (1997). The relationship between socioeconomic status and eating disordered behaviors in a community sample of adolescent girls. International Journal of Eating Disorders, 22, 15-23.
- Román, F.M., Mancilla, D.J.M., Alvarez, R.G. & López, A.X.(1998). Evaluación de la imagen corporal como predictor del trastorno alimentario. Psicología Contemporánea, 5(2), 22-28.
- Rosen, J.C. (1990). Body image: Development, deviance and changes. New York: Guilford Press.
- Rosen, J.C. (1995). The natures of body dimorphic disorder and treatment with cognitive-behavior therapy. Cognitive and Behavioral Practice, 2, 143-166.
- Rosen, J., Compas, B. & Tacy, B. (1993). The relation among stress, psychological symptoms, and eating disorder symptoms: A prospective analysis. International Journal of Eating Disorders, 14, 153-162.
- Rusell, G.F.M. (1970). Anorexia nervosa: It's identity as an illness and it's treatment. In: J.H. Price (Comp). Modern trends in psychological medicine. London: Butterworths.
- Rusell, G.F.M. (1979). Bulimia nervosa: An ominous variant of anorexia nervosa. Psychological Medicine, 9, 429-448.
- Rusell, G.F.M. (1985). Bulimia revisited. International Journal of Eating Disorders, 4(4), 681-692.
- Saldaña, G.C. (1994). Trastornos del comportamiento alimentario. España: Fundación Universidad-Empresa.
- Saldaña, G.C. & Rosell, R. (1988). Obesidad. Barcelona: Martínez Roca.
- 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.

- Scarano, G. M. & Kalodner, M.C.R. (1994). A description of the continuum of eating disorders: Implications for intervention and research. Journal of Counseling and Development, 72(4), 356-361.
- Schwabe, A.D., Lippe, B.M., Chang, J., Pops, M.A. & Yager, J. (1981). Anorexia nervosa. Annual International Medicine, 94, 371-381.
- Schwartz, D.J., Phares, V., Tantleff-Dunn, S. & Thompson, J.K. (1999). Body image, psychological functioning, and parental feed-back regarding physical appearance. International Journal of Eating Disorders, 25, 339-343.
- Schotte, D.E. & Stunkard, A.J (1987). Bulimia versus bulimic behaviors on a college campus. Journal of American Medical Association, 258, 1213-1215.
- Schütze, G. (1983). Anorexia mental. Barcelona: Herder.
- Schwabe, A.D., Lippe, B.M., Chang, J., Pops, M.A. & Yager, J. (1981). Anorexia nervosa: UCLA conference. Annual International Medicine, 94, 371-381.
- Selvini, P.M. (1988). The anorexia mental in a systemic prospective. Psicobjetive, 8(2), 37-51.
- Silberstein, L., Striegel-Moore, R., Timko, C. & Rodin, J. (1988). Behavioral and psychological implications of body dissatisfaction: Do men and women differ?. Sex Roles, 19, 219-232.
- Slade, P.D. (1973). A short anorexic behavior scale. British Journal of Psychiatry, 122, 83-85.
- Slade, P.D. (1985). A review of body image studies in anorexia nervosa and bulimia nervosa. Journal of Psychiatry Research, 19(2/3), 255-265.
- Slade, P. & Brodie, D. (1994). Body image distortion and eating disorder: A reconceptualization based on recent literature. Eating Disorders Reviews, 1 (2), 32-46.
- Slade, P.D. & Rusell, G. (1973). Awareness of body dimensions in anorexia nervosa: Cross-sectional and longitudinal studies. Psychological Medicine, 3, 188-199.
- Smead, V.S. & Richert, A.J. (1990). Eating attitudes test: Factors in an unselected undergraduate population. International Journal of Eating Disorders, 9(2), 211-215.
- Smith, M.C. & Thelen, M.H. (1984). Development and validation of a test for bulimia. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52(5), 863-872.
- Sonderegger, T. B. (1985). Psychology and gender. U.S.A.: University of Nebraska.
- Stein, D. (1988a). Bulimia: A historical perspective. International Journal of Eating Disorders, 3(3), 39-43.
- Stein, D.M. (1988b). The scaling of restraint and the prediction of eating. International Journal of Eating Disorders, 7(5), 713-717.

- Stein, D.M. & Laakso, W. (1988). Bulimia: A historical perspective. International Journal of Eating Disorders, 7(2), 202-210
- Story, M., French, S.A., Resnick, M.D. & Blum, R.W. (1995). Ethnic/racial and socioeconomic differences in dieting behaviors and body image perceptions in adolescents. International Journal of Eating Disorders, 18, 173-181.
- Streiger, H., Leung, F. & Houlem, L. (1992). Relationship among borderline features, body dissatisfaction and bulimic symptoms in non-clinical females. Addictive Behaviors, 17, 397-406.
- Striegel-Moore, R.H., Silberstein, L.R., French, P. & Rodin, J. (1989). A perspective study of disordered eating among college students. International Journal of Eating Disorders, 8, 499-509.
- Striegel-Moore, R.H., Silberstein, L.R. & Rodin, J. (1986). Toward and understanding of risk factors for bulimia. American Psychologist, 41, 246-263.
- Strober, M. (1980). Personality and symptomatological features in young non-chronic anorexic patients. Journal of Psychosomatic Research, 24, 353-359.
- Strober, M. (1985). Personality factors in anorexia nervosa. International Journal of Child and Adolescent Health, 12, 134-138.
- Strober, M. (1995). Eating disorders and obesity. New York: Guilford Press.
- Strober, M. & Humprey, L. (1987). Familial contributions to the etiology and course of anorexia nervosa and bulimia. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55(5), 654-659.
- Strober, M., Salkin, B., Burroughs, J. & Morrell, W. (1982). Validity of the bulimia-restrictor distinction in anorexia nervosa. Journal of Nervous and Mental Disease, 170, 345-351.
- Szamos, K. (1994). Comer compulsivamente, como romper la esclavitud: Laberinto hacia la libertad. México: Alpe.
- Szmukler, G.I. (1986). The epidemiology of anorexia nervosa and bulimia. Journal of Psychiatric Research, 19, 143-153.
- Taylor, M.J. & Cooper, P.J. (1992). An experimental study of the effect of mood on body size perception. Behavior Research and Therapy, 30(1), 53-58.
- Thelen, M.H. & Cornier, J.F. (1995). Desire to be thinner and weight control among children and their parents. Behavior Therapy, 26, 85-99.
- Thompson, J.K. (1990). Body image disturbance: Assessment and treatment. New York: Pergamon.
- Thompson, M.G. & Schwartz, D.M. (1982). Life adjustment of women with anorexia nervosa and anorexic like behavior. International Journal of Medical Psychology, 62, 61-70.

- Tiggemann, M. & Pennington, B. (1990). The development of gender differences in body-size dissatisfaction. Australian Psychologist, 25, 306-313.
- Tiggemann, M. & Pickering, A. (1996). Role of television in adolescent women's body dissatisfaction and drive for thinness. International journal of eating disorders, 20(2), 199-203.
- Tiggemann, M., Winefield, H., Winefield, A. & Goldney, R. (1994). Gender differences in the psychological correlates of body-weight in young adults. Psychology and Health, 9, 345-351.
- Toro, J., Castro, J., García, M., Pérez, P. & Cuesta, I. (1986). Eating attitudes, sociodemographic factors and body shape evaluation in adolescence. British Journal Medical Psychological, 62, 61-70.
- Toro, J., Cervera, M. & Pérez, P. (1988). Body shape, publicity and anorexia nervosa. Social Psychiatric Epidemiology, 23, 132-135.
- Toro, J., Salamero, M. & Martínez, E. (1994). Assessment of sociocultural influences on the aesthetic body shape model in anorexia nervosa. Acta Psychiatrica Scandinavica, 89, 147-151.
- Toro, J. & Vilardell, E. (1987). Anorexia nervosa. España: Martínez Roca.
- Tucker, L. (1984). Physical attractiveness, somatotype and the personality: A dynamic international perspective. Journal of Clinical Psychology, 40, 1226-1234.
- Turner, B. S. (1989). El cuerpo y la sociedad: Exploraciones en teoría social. México: Fondo de Cultura Económica.
- Turón, V.J. (1997). Trastornos de la alimentación. España: Masson.
- Vandereycken, W. & Meermann, R. (1984). Anorexia nervosa: A clinician's guide to treatment. Germany: De Gruyter.
- Vázquez, A. R. & Raich, E. R. (1998). Dinámica familiar y actitudes paternas hacia los modelos estéticos corporales en familias con trastorno alimentario. Psicología y Ciencia Social, 2(1), 59-69.
- Vetrone, G., Cuzzolaro, M. & Antonozzi, I. (1997). Clinical and subthreshold eating disorders: Case detection in adolescent schoolgirls. Eating Weight Disorders, 1, 24-33.
- Virseda, J. (1995). Autoimagen y alimentación: Un estudio preliminar. Psicología Iberoamericana, 3(2), 35-39.
- Welch, P.T. (1998). Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en secundarias y preparatorias laicas y religiosas de la cd. de México. Tesis para obtener el título de Lic. En Nutrición y Ciencias de los alimentos. Universidad Iberoamericana: México.
- Wells, J.E., Coope, P.A., Gabb, D.C. & Pears, R.K. (1985). The factor structure of the eating attitudes test with adolescent schoolgirls. Psychological Medicine, 15, 141-146.

- Wilson, C.P. (1985). Fear of being fat: The treatment of anorexia nervosa and bulimia. New Jersey: Jason Aronson.
- Wilson, J. & Walsh, E. (1991). Eating disorders in the D.S.M.-III-R, Journal of Abnormal Psychology, 100(3), 362-365.
- Wiseman, C.V., Grav, J.J., Mossiman, J.E. & Ahrens, A.H. (1992). Cultural expectations of thinness in women: An update. International Journal of Eating Disorders, 11, 85-89.
- Wonderlich, S.A. (1997). Body image, psychiatric comorbidity, and psychobiological factors in the eating disorders. Current Opinion in Psychiatry, 10(2), 141-146.