

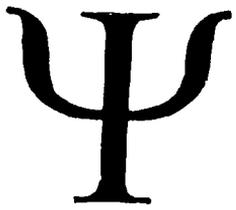


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

VIVENCIA DE SI-MISMAS Y RASGOS DE PERSONALIDAD EN UN GRUPO DE PACIENTES CON TRASTORNOS DE LA ALIMENTACION UTILIZANDO EL TEST DE LA FIGURA HUMANA DE MACHOVER

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
PRESENTAN:
FABIANA ROSARIO ROMERO MEDINA
CUAUTLI SUAREZ JIMENEZ



DIRECTORA: MTRA. CECILIA SILVA GUTIERREZ
REVISORA: MTRA. MARTHA CUEVAS ABAD
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.

MEXICO. D. F.

2002

EXAMENES PROFESIONALES:
FAC. PSICOLOGIA.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecemos el apoyo a:

**Instituto Nacional de Psiquiatría "Dr. Juan Ramón de la Fuente"
Clínica de los Trastornos de la Alimentación
Por las facilidades que nos brindaron en nuestro proyecto.**

A la Mtra. Cecilia Silva por habernos brindado su apoyo en momentos difíciles, tanto académicos como personales. Además de su monumental paciencia, transmisión de conocimientos en áreas que hasta ese momento nos eran desconocidas y por mostrarnos nuevos horizontes. Gracias por impulsarnos a cerrar un ciclo importante en nuestras vidas.

Al Mtro. Gustavo Bachá por enseñarnos una forma de pensar que nos ha marcado para siempre. Además de por procurarnos, apoyarnos y guiarnos. Gracias por mostrarnos el verdadero valor y sentido de la Academia.

A la Lic. Piedad Aladro por su paciencia, escucha y por el gran valor que le da a nuestras opiniones, así como el apoyo a nuestro trabajo, independientemente de considerarla una gran persona.

A la Lic. Patricia Moreno y al Mtro. Julio Espinosa por su apoyo e interés incondicional en nuestro proyecto. Aunque nunca fueron nuestros profesores se portaron como más que eso.

A la Mtra. Martha Cuevas y a la Mtra. Fayne Esquivel por sus valiosas contribuciones en nuestra tesis.

A la Facultad de Psicología, UNAM por cumplirnos el sueño de ser Universitarios en la Máxima Casa de Estudios.

Gracias Chus por dejarme estar a tu lado en los momentos que nos hacen crecer, y permitirme compartir lo más preciado de mi vida.

A mi Madre por su incansable amor y soporte que le desgarró el alma a cualquiera.

A mi Turly por guiarme y enseñarme que las cosas que quiero cuestan trabajo envuelto de ternura.

A mis Hermanos Citla y Victor, Tona y Vero, Cuau y Clau, Ata, y Robin, por darme el significado de familia.

A mis otros hermanos Héctor, Mario, Luis, Alejandro, Jorge E., Jorge U., pues sin ellos no me encontraría, y hacerme sentir que las cosas no son tan difíciles.

A mi maestro Rigoberto León por hacerme lograr entender lo que en gran parte hoy rige mi vida.

A la familia Medina por recibirme como alguien más de ellos.

A ti Chus, por apoyarme en momentos felices y difíciles. Por creer y confiar siempre en mí. Por tu paciencia y comprensión. Por dejarme compartir esta etapa tan importante que marcó mi vida como persona y profesionista. Por todos los momentos felices. Por amarme y dejarme amarte. Gracias por las críticas, regaños y enseñanzas, pero principalmente por hacerme tan feliz. Te Amo.

A ti mamá, por ser mi ejemplo de vida. Por enseñarme a no dejarme vencer en la adversidad y seguir siempre adelante. Por apoyar y respetar mis decisiones. Por darme una educación firme. Gracias mamá por tu cariño incondicional y por darme todo, por darme la libertad de ser yo misma porque gracias a eso y estar siempre a mi lado ahora cumpla uno de mis sueños. Te quiero y admiro. Este trabajo te lo dedico a ti.

A mi tío Luis Medina por apoyarme y estar conmigo siempre y por darme un lugar especial en su vida.

A mi hermana Paola por ponerme las cosas claras, por las peleas y las risas y por ser parte muy importante en mi vida.

A mis abuelos Rosario Martínez y Luis Medina por motivarme para salir adelante.

A mis primos Rodrigo y Moserrat por estar siempre conmigo.

A Rosa Elena, Arlette, Nadeida y Alejandro por su amistad, reventones, desveladas, apoyo y pláticas. Por enseñarme otras facetas de la vida y las diferentes formas de vivirla.

A José y Patricia por su amistad y por esas largas noches de estudio.

A Citlali Suárez por ayudarme y apoyarme en mi carrera y vida personal con su apoyo, cariño y transmisión de conocimientos.

A la familia Suárez por recibirme entre ellos y darme su cariño. Además de ser parte fundamental en mi desarrollo profesional por su apoyo. Gracias.

Al Mtro. Rigoberto León por mostrarme y enseñarme otra forma de pensamiento la cual ha marcado mi vida y es mi punto a seguir. Además de enseñarme a valerme por mí misma y no tener una actitud pasiva en el proceso de aprendizaje.

ÍNDICE

1. Introducción	p. 1
2. Capítulo I: Marco Teórico	
1.1. Antecedentes	p. 3
1.2. Etiología	p. 6
1.2.1. Factores Biológicos	p. 6
1.2.2. Factores Familiares	p. 10
1.2.3. Factores Socioculturales	p. 11
1.2.4. Factores Individuales	p. 13
1.3. Epidemiología y Prevalencia	p. 14
1.4. Síntomas y Signos	p. 17
1.5. Diagnóstico	p. 21
1.6. Imagen Corporal	p. 24
1.7. Personalidad y Trastornos de la alimentación	p. 28
3. Capítulo II: Test de la Figura Humana de Machover	
2.1. Antecedentes	p. 31
2.2. Evaluación	p. 35
2.3. Indicadores emocionales	p. 41
4. Capítulo III: Metodología	
3.1. Planteamiento del problema	p. 43
3.2. Problemas de investigación	p. 43
3.3. Diseño	p. 44
3.4. Definición de variables	p. 44
3.4.1. Variable Atributivas	p. 44
3.5. Muestra	p. 45
3.6. Sujetos	p. 45
3.6.1. Criterios de inclusión a la muestra	p. 45
3.6.2. Criterios de exclusión a la muestra	p. 45
3.7. Instrumentos	p. 46
3.7.1. Test proyectivo del dibujo de la figura humana	p. 46
3.8. Procedimiento	p. 46
3.9. Análisis estadístico	p. 52
5. Capítulo IV: Resultados	p. 53
6. Modelo	p. 60
7. Capítulo V: Discusiones y Conclusiones	p. 61
8. Referencias	p. 75

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la alimentación se han presentado a lo largo de la historia en diferentes formas y circunstancias, pero se han considerado como un problema digno de estudio hasta la segunda mitad del siglo XX pues parecen haber tomado un carácter epidemiológico en algunas poblaciones. Estos trastornos se clasifican en: anorexia, bulimia, trastorno alimentario no especificado, compulsión por comer y sus variantes; que traen consecuencias importantes en el funcionamiento del organismo además de cambios en el comportamiento general del individuo.

Tales trastornos constituyen un síndrome que se desarrolla en los individuos debido a diferentes factores (Norman, 1996), pues ninguna de las causas: genéticas, neuroquímicas, del desarrollo, ni socioculturales, parecen dar cuenta, por sí solas, de la iniciación de los disturbios (Paxton, 1998). Se caracterizan principalmente por problemas en la conducta alimentaria tales como la inanición, atracones, conductas compensatorias (vómito, ejercicio desmedido, uso de laxantes, purgas y diuréticos) y preocupación excesiva por el peso y la imagen corporal (Becker, Grinspoon, Klibanski y Herzog, 1999). Aunque los trastornos de la alimentación se observan principalmente en mujeres adolescentes, también pueden presentarse en personas de mayor edad y, en los últimos años, se han detectado, incluso, en poblaciones infantiles (Becker y cols., 1999).

Un factor importante para el diagnóstico de los desórdenes alimentarios es el trastorno en la imagen corporal, misma que al parecer no se limita a la simple percepción, sino que engloba elementos cognitivos, emocionales y actitudinales.

Taylor y cols. en 1998, describen que el concepto de nuestro propio cuerpo es distorsionado por la interacción de diferentes variables como el envejecimiento, desórdenes físicos y psicológicos e intervenciones quirúrgicas, lo cual puede ser reflejado en técnicas proyectivas como la técnica del dibujo de la figura humana.

Debido a que en este trabajo se parte de la hipótesis de que la preocupación por el peso y la imagen corporal engloba aspectos cognitivos, emocionales y actitudinales. El presente estudio tratará de dar cuenta de la forma en que las anoréxicas y las bulímicas experimentan su propio cuerpo, los rasgos de personalidad que presentan y las relaciones existentes entre la vivencia de sí mismas y la personalidad. Para este fin se utilizará el test de la figura humana de Machover.

El trabajo está dividido en cuatro capítulos. En el primero se presentan algunos de los estudios realizados que se muestran como relevantes con respecto a los problemas alimentarios en diferentes áreas, además de una breve revisión histórica del tema. El segundo expone los antecedentes del test de la Figura Humana, así como su importancia en el ámbito de personalidad, además de una descripción del mismo. El tercero describe la metodología utilizada en el estudio y los resultados. Finalmente en el cuarto capítulo se presentan las conclusiones y discusiones que se generaron por medio del análisis de los resultados y su comparación con el marco teórico. Todo lo anterior con el fin de generar y contrastar nueva información acerca de las relaciones entre la vivencia de sí mismas, rasgos de personalidad y trastornos alimentarios.

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

1.1 ANTECEDENTES

Las formas más comunes de los trastornos de la alimentación son la anorexia y la bulimia nervosas. Actualmente, la anorexia se presenta como una enfermedad atribuible a las presiones sociales, y a las dietas acostumbradas por las mujeres del siglo XX, a diferencia de otras épocas y culturas donde la anorexia era considerada una forma de expresión espiritual adoptada por los individuos. El ayuno en tiempos antiguos se tomaba como una preparación para alcanzar un estado mental superior, por ser considerado una forma de purificación y muestra de gran devoción, al negarse al placer de comer. En las religiones orientales, el ayuno voluntario (incluso hasta la muerte) muestra la completa separación del mundo material considerado como maligno. Así, el ayuno era sumamente respetado, considerándose como “divino” al renunciar a las necesidades y deseos del cuerpo, al grado de considerar sabios a quienes lo practicaban (Bemporad, 1996; Walsh y Devlin, 1998).

Durante los siglos V y VIII, el fenómeno de la autoinanición fue presentado por dos mujeres que se rehusaban a comer y beber, lo cual se interpretó como una posesión demoníaca. Asimismo, en los siglos XVII y XVIII aparecieron mujeres que afirmaban estar poseídas por el demonio, pero se demostró que eran un gran fraude en tanto que se les comprobó que sólo buscaban fama al exhibirse como enfermas mentales, sin embargo, todas estas mujeres seguían un patrón estable: eran jóvenes, pobres, y sólo comían cosas delicadas, como los pétalos de una rosa (Brumberg, 1988, citado en Bemporad, op.cit.).

Con la caída del imperio romano, estas practicas aparentemente desaparecieron por la situación en la que se encontraba Europa, pues según Selvini-Palozzoli, (citado en

Bemporad, op.cit.) la abstinencia voluntaria sólo está presente en tiempos de abundancia, fenómeno que también fue observado durante la Segunda Guerra Mundial.

Más adelante, en el siglo XIX, se registraron casos de anorexia por primera vez considerados como patologías psiquiátricas, diagnosticados como desórdenes diferentes a la histeria por su característica de presentarse sin dolor. En 1960, Lois-Victor Mare fue el primero en escribir sobre la anorexia como un trastorno, al describir a un grupo de mujeres que tenían la idea delirante de poder vivir sin comer, llevándolas a la desnutrición y desembocando en la muerte (Bemporad, 1996). No obstante, según Walsh y Devlin (1998) el primer caso de anorexia reportado data de hace 300 años, aunque no fue hasta 1874 que se reportó como tal.

A diferencia de la anorexia, existen pocas referencias históricas acerca de la bulimia, pues al parecer los reportes al respecto aparecen hasta la década de los cuarentas, aunque es sabido que fue un trastorno común en ciertos grupos antiguos. En este sentido, es probable que no existan reportes médicos por ser considerada un síntoma de la anorexia (Ziolko, 1996, en Silva, 2001). Sin embargo, en 1763, en el *Genera Morborum*, Linneo la menciona dentro de la categoría de las enfermedades patéticas (Focault, 1999).

Por lo anterior, la bulimia se ha considerado un trastorno reciente y no se han tomado en cuenta observaciones y escritos clásicos en las que se describe esta enfermedad. La palabra bulimia proviene del griego "boulimos" que literalmente quiere decir, "hambre de buey"; esta definición ejemplifica los primeros casos de este trastorno. El primer reporte de este fenómeno clínico fue realizado por Diocles de Karistos en el siglo IV a.C., donde describe

pacientes desnutridos, con hambre voraz, y una fatiga extrema. Posteriormente, en el siglo IX la descripción del concepto de bulimia se amplió al considerarse síntomas como gran pérdida de apetito e incluso el disgusto hacia la comida, además de la pérdida de control por parte de los pacientes en el momento de comer (Ziolko, 1996).

En aquellos tiempos, se distinguía a la bulimia de otro trastorno llamado *Kinorexia*, en el cual el hambre también era incontrolable e insaciable, sólo que este trastorno se caracterizaba por el vómito al finalizar el atracón. No fue hasta 1736 que Hufland clasificó gráficamente estos dos trastornos, y posteriormente, fueron englobados en uno solo por tener muchos síntomas en común, como la debilidad, los atracones, lipotimia y astenia (Ziolko, op cit.).

La bulimia nervosa se caracteriza por la ingesta episódica de grandes cantidades de comida en un breve lapso de tiempo, y en todos los casos estos atracones son seguidos de conductas compensatorias como vómito autoinducido, uso de laxantes y purgas, ayuno y ejercicio excesivo; causadas por el sentimiento de culpa posterior al atracón. La bulimia se encuentra asociada con una gran preocupación por el cuerpo y el peso corporal, y frecuentemente es una secuela de la anorexia nervosa (Lucas, 1996; Norman, 1996; O'Kearney 1996; Steinhausen, 1994). A diferencia de la anorexia, este trastorno es más común en adolescentes tardíos y adultos (Lucas, 1996; Norman, 1996; Steiner y Lock, 1998; Steinhausen, 1994) y se presenta la mayoría de las veces en mujeres (Lucas, 1996). Tres cuartas partes de los pacientes diagnosticados con bulimia desarrollan por lo menos un trastorno afectivo (Herzog y cols, 1992b, en Norman, 1996), por ejemplo, la mayoría de ellos padecen trastornos de la personalidad (sobre todo histriónico y narcisista) y depresión

(Lucas, 1996; Steinhausen, 1994). No obstante, el diagnóstico de comorbilidad se dificulta debido a que el ayuno origina síntomas psiquiátricos por sí mismo, tales como ansiedad, hiperactividad, distrofia y obesidad (Norman, op cit.).

1.2 ETIOLOGÍA

1.2.1 FACTORES BIOLÓGICOS

La etiología de los desórdenes de la alimentación se ha centrado principalmente en la interacción familiar y los factores psicodinámicos, sin embargo algunos de los trabajos recientes han estudiado problemas a nivel del sistema nervioso central, que se muestran en tomografías, pruebas de emisión de positrones y potenciales cerebrales, y que se reflejan en problemas de atención, concentración, tiempo de reacción y velocidad perceptual. Por ejemplo, Krieg, Lauer y Pirke (1989); Krieg, Pirke, Lauer y Backmund (1988) (en Delvene, Goldman, Simon, De Maertelaer y Lostra, 1997) observaron en tomografías computarizadas de una muestra de anoréxicas y bulímicas con peso normal, un alargamiento ventricular y ensanchamiento de los surcos, lo cual parece estar asociado con la reducción de la ingestión calórica. Por otra parte, Otagaki, Tohoda, Osada, Horiguchi y Yamawaki (1998) muestran que algunas ondas cerebrales que reflejan la función cognitiva del cerebro, relacionadas con los potenciales de acción (P300) son de latencia prolongada en las pacientes anoréxicas y bulímicas; datos que también fueron encontrados en pacientes con depresión y ansiedad. Además, los resultados sugieren que el problema puede estar a nivel de procesamiento de información y no a nivel perceptual. Por otra parte Palazidou, Robinson y Alwyn (1990) encontraron que las pacientes con anorexia muestran más

anormalidades en las tomografías que los sujetos normales, ya que pueden ser efectos de la enfermedad y malnutrición reflejadas en el cerebro.

De la misma forma, Kingston, Szmukler, Andrewes, Tress y Desmond (1996) encontraron en un grupo de anoréxicas desempeño significativamente más bajo que el grupo control en pruebas de atención, habilidad visoespacial y memoria; estas funciones se vieron mejoradas después del tratamiento cuando recuperaban al menos 10% de su peso, pero muchas diferencias permanecieron intactas, lo cual puede deberse a que la mayoría de las pacientes se encontraban en la adolescencia, etapa donde se desarrolla estructural y funcionalmente el cerebro, siendo la malnutrición y el bajo peso, factores que impiden dicho desarrollo con consecuencias irreversibles. Por otra parte, Silva (2001) encontró que no existen diferencias entre las pacientes anoréxicas y bulímicas en el desempeño de tareas visoespaciales, además de que se encuentra una deficiencia en este procesamiento, como en las tareas de memoria inmediata, lo cual puede ser resultado de los cambios fisiológicos propios del padecimiento.

Los sistemas que envuelven las catecolaminas (serotonina, dopamina y norepinefrina) y neuropéptidos (beta-endorfina, colesistoquinina, neuropéptido Y y péptido YY) han sido los más estudiados y los que presentan mayores diferencias en los desórdenes de la alimentación (Kearfott y Hill, 1997). Por ejemplo, los bajos niveles de serotonina se correlacionan inversamente con la preferencia a los carbohidratos; así un incremento en estos niveles se relaciona con los atracones en la bulimia y el decremento con el comportamiento anoréxico (Jimerson y cols., 1990, en Walsh y Devlin, 1998). Los estudios en pacientes con bulimia, han encontrado que existe un disturbio en la función de la

serotonina, la cual contribuye al establecimiento de la saciedad, y en la colesistoquinina, hormona secretada después de haber comido, que también está relacionada con la sensación de saciedad (Lucas, 1996; Walsh y Devlin, 1998).

El sistema de neuropéptidos se relaciona con la conducta alimentaria. Las pacientes que presentan bajo peso manifiestan niveles reducidos de neuropéptidos a diferencia de los sujetos normales (Brambilla y cols. 1993); estos datos se comprueban al administrarse un antagonista opioide con el cual las pacientes normalizan el peso. Además se observó que niveles excesivamente altos de la beta-endorfina permitan una tolerancia a la necesidad alimenticia y se relacionó con períodos largos de inanición (Hubner, 1993; en Kearfott y Hill, 1997).

También se ha sugerido que existe una anomalía primaria somática, por ejemplo: disturbios en el tracto gastrointestinal, en la pituitaria, el hipotálamo y varios neurotransmisores (Walsh y Devlin, 1998). Además, se ha observado que la leptina, hormona secretada por las células adiposas, puede estar relacionada con la regulación del almacenamiento de la grasa corporal. En pacientes anoréxicos los niveles de dicha hormona aparecen bajos y aumentan cuando se regulariza el peso (Becker y cols., 1999; Walsh y Devlin, 1998). Los resultados de los estudios indican que al normalizarse el índice de masa corporal los disturbios hormonales desaparecen, aún cuando el trastorno alimentario prevalece. Dichos hallazgos parecen ser efectos de la desnutrición, lo cual le resta credibilidad a su carácter etiológico (Lucas, 1996; Norman, 1996; Steinhäusen, 1994; Walsh y Devlin, 1998).

Otra posible causa de la anorexia radica en los factores hereditarios. Se han realizado estudios con gemelos encontrando que el 56% de los monocigóticos concuerdan en el trastorno, a diferencia de los dicigóticos donde sólo se encontró un 5% en dicha concordancia (Holland y cols., 1988, en Steinhausen, 1994). En el caso de la bulimia, Fichter y Noegelm (1990) y Hsu y cols., en 1990 (en Steinhausen, 1994), también encontraron una alta correspondencia en gemelos monocigóticos en comparación con los dicigóticos. Estudios con familias muestran una frecuencia alta de anoréxicos entre sus miembros (Scott, 1986b, en Steinhausen, op.cit.), además de existir una prevalencia de desórdenes afectivos como la depresión entre los parientes de los pacientes (Strober y cols., 1991, en Steinhausen, op.cit.), no obstante, esto no puede considerarse una regla, pues la predisposición genética puede verse elicitada en combinación con un ambiente propicio para el desarrollo del trastorno.

Así, existen razones por las cuales se deben estudiar los resultados anteriores en relación con los factores de riesgo socioculturales puesto que, en primer lugar existen pocas diferencias desde el punto de vista biológico que han sido consistentes y ninguna de éstas muestra ser un factor causal; en segundo lugar la mayoría de las pacientes son mujeres adolescentes, para lo que no hay ninguna explicación biológica aparente y en tercer lugar los modelos de tratamiento basados únicamente en factores biológicos muestran ser ineficaces y pueden distraer la atención de factores culturales y sociales (Kearfott y Hill, 1997).

1.2.2. FACTORES FAMILIARES

Existen factores familiares que posiblemente contribuyan al desarrollo de la anorexia. Se ha encontrado que en las familias de pacientes anoréxicos hay una interacción y comunicación fracturada (Humphrey, 1988 y 1989; Kog y Vadereycken, 1985 y 1988, ambos en Steinhausen, 1994). Asimismo, Minuchi y cols. (en Lucas, 1996), observaron en niños con trastornos psicósomáticos, patrones conductuales específicos en las familias, por ejemplo, sobreprotección, rigidez y pobre capacidad para resolver conflictos. Kog y Vadereycken, en 1985 (en Steinhausen, 1994) también reportan problemas con el peso y una alta incidencia a enfermedades físicas, desórdenes afectivos y problemas de alcoholismo manifestados por los familiares de los anoréxicos.

La influencia familiar y los valores que se manejan dentro de ésta tienen incidencia sobre todos los miembros, siendo los adolescentes los más susceptibles. Si dentro del entorno existe una excesiva preocupación por el peso y por mantener una figura delgada, entonces existirá una preocupación por parte del adolescente para mantenerse de esa forma. Norman (1996), reporta que posiblemente en familias de clase media y alta se presente más este trastorno, pues en ellas se exageran los valores que ponen en alto a la juventud como una virtud.

Strober (1981, en Lucas, 1996), por su parte, encontró que las familias de las pacientes bulímicas se caracterizan por ser desestructuradas, conflictivas, con poca cohesión entre sus integrantes y con escasas ligas emocionales, además de que existen disturbios entre los padres, están más alejados de sus hijos y tienden a padecer más problemas de salud.

Algunos autores como Kenrady y Ball (en Paxton, 1998); Lucas, (1996) y Connors y Morse, (1993, en Norman, 1996) reportan que también suele existir historia de abuso sexual en las pacientes con este trastorno.

De esta forma el incremento en los desórdenes de la alimentación se debe comprender siempre en un contexto de factores culturales y familiares relevantes. Schwartz, Phares y Tantleff-Dunn (1999) muestran en su análisis correlacional una relación significativa entre la retroalimentación familiar y la satisfacción corporal para las mujeres, pero no para los hombres, esto significa que la influencia familiar es mayor en las mujeres. Por otra parte, Twamley, Davis (1999) sugieren que el ambiente familiar y personal tienen una gran relevancia en el desarrollo de los desórdenes alimentarios, debido a que el ideal de delgadez y la insatisfacción corporal son mediadores de la relación entre la exposición de las normas de delgadez y la patología conductual de comer.

1.2.3. FACTORES SOCIOCULTURALES

Los cánones de belleza en la cultura occidental han variado a través del tiempo; por ejemplo, en la época renacentista se consideraban como prototipo de belleza a las mujeres voluptuosas; actualmente son las mujeres muy delgadas el modelo estético, siendo éste uno de los principales valores que se introduce en la cultura por los medios de comunicación, influenciando a las adolescentes a hacer dietas para bajar de peso y cumplir con los cánones establecidos.

Existen datos para pensar que el nuevo estilo de vida occidental, donde prevalece un énfasis en tener un cuerpo esbelto y un gran auge en dietas para bajar de peso, condiciona a muchas mujeres a padecer anorexia. Esto se ve también influenciado por los nuevos hábitos alimenticios que actualmente se acostumbran, por ejemplo: en ciudades industrializadas el ritmo de vida de las personas es mucho más rápido, por lo que mucha gente no come en sus casas y prefiere comer en lugares cercanos a su trabajo. Debido a este tipo de vida, se empezaron a establecer restaurantes de comida rápida donde además de preparar alimentos con un alto contenido calórico, el tiempo que la gente dedica a comer es muy corto. Estos nuevos hábitos alimenticios, pueden ocasionar que muchas mujeres prefieran no comer para no subir de peso; están más preocupadas que los hombres en mantenerse delgadas y pueden tener un mayor control sobre sus necesidades alimenticias (Lucas, 1996; Steinhausen, 1994; Walsh y Devlin, 1998).

Al igual que en la anorexia, la presión social que prevalece principalmente en las culturas occidentales acerca de los cánones de belleza establecidos y el nuevo estilo de vida, parecen contribuir en el desarrollo de la bulimia nervosa.

En un estudio realizado por Taylor, y cols. (1998), se encontró que la importancia dada al peso y al comer en niñas de primaria y secundaria se relacionaba fuertemente con su masa corporal, ellas trataban de verse como las mujeres que salían en la televisión o en las revistas.

1.2.4. FACTORES INDIVIDUALES

Desde el punto de vista psicodinámico, parece existir una falla en el desarrollo de la autonomía del individuo, y esto se puede deber a que los padres son emocionalmente no responsivos, muy demandantes y tratan al niño como un complemento de sus necesidades. Además, en la adolescencia se manifiestan cambios tanto psicológicos como físicos, que hacen que exista un conflicto entre las nuevas demandas y la relación que se tenía anteriormente con los padres, lo cual se trata de solucionar controlando el desarrollo físico, para mantenerse delgado (Palazzoli, 1978, en O'Kearney, 1996).

Así, los psicólogos del desarrollo sugieren que los trastornos alimentarios surgen por los cambios físicos que ocurren en la adolescencia y el intento por tratar de cumplir las demandas socioculturales. Como en la adolescencia existe un aumento en el índice de masa corporal, las adolescentes se preocupan por controlar y/o mantener su peso, por lo que recurren a dietas moderadas o excesivas (Attie, Brooks-Gunn, Petersen, 1990 en Steinhausen, 1994).

Existe evidencia de que los factores psicosexuales pudieran ser una de las causas de la anorexia y bulimia. Palmer y cols. (en Steinhausen, 1994) han encontrado una historia de experiencia sexual adversa en los niños, así como abuso físico y sexual y violencia familiar. La edad en que dichos eventos ocurren y la duración de los abusos son factores que influyen en el desarrollo de trastornos alimentarios como mediadores de importancia para la aparición de dichos trastornos en la vida adulta (Deep, Lilenfeld, Plotnicov, Pollice y Kaye,

1999; Doyle, Frank, Saltzman, McMahon y Fieldman, 1999; Kenardy y Ball, 1998; Matsunaga y cols. 1999; Rudd y Herzberger, 1999; Steiner y Lock, 1998).

En la bulimia también parece existir una falla en la separación física y cognitiva de los padres, debido a la relación posesiva de los mismos, a pesar de esto Parker en 1983 y Pole, Waller, Stewart y Parkin-Feigenbaum en 1988 (en O'Kearney, 1996) encontraron que los pacientes bulímicos reportaban que sus madres eran poco cuidadosas y afectivas.

1.3 EPIDEMIOLOGÍA Y PREVALENCIA

La mayor parte de los estudios muestran una prevalencia de menos del 1% en adolescentes respecto a la anorexia, en Europa y Norteamérica. Esta misma frecuencia se presenta en áreas rurales y urbanizadas y es de 8 a 11 veces más común en mujeres que en hombres (Lucas, 1991; Nielsen, 1990; Rastam y cols., 1989, en Steinhausen. 1994). Otras investigaciones revelan que este trastorno es más frecuente en ciudades industrializadas de los Estados Unidos (Becker y cols., 1999), y que la relación entre mujeres y hombres es de 5 a 1 (Steiner y Lock, 1998).

La adolescencia parece ser el momento más susceptible para el desarrollo de las enfermedades de la conducta alimentaria. Además, ser mujer, caucásica y de clase media alta implica un factor de riesgo para el establecimiento de estas patologías. En particular la anorexia, parece presentarse en un rango de edad de entre 10 y 30 años (Norman, 1996); más de la mitad de la población empieza antes de los 20 años; el 75% de la población restante padece el trastorno después de los 25 años, y sólo el 10% en la premenarquia. En

un estudio realizado por Garner en 1993 (en Lucas, 1996), en Minnesota, se muestra que el 0.3% de las mujeres de entre 15 y 19 años padecían anorexia, mientras que sólo el 0.02% de los hombres compartían el trastorno, siendo más vulnerables ciertos grupos como las bailarinas de ballet o las gimnastas, en donde la imagen del cuerpo juega un papel sumamente importante. En Europa occidental y en Estados Unidos las estadísticas muestran un incremento del 0.5 por 100,000 en 1950, a un 5 por 100,000 en 1980 (Lucas, 1996); resultados similares fueron reportados en un estudio realizado en Rochester, donde se muestra que la tasa de mujeres de 10 a 19 años que padecen estas enfermedades, ha aumentado un 36% cada 5 años en el periodo de 1950 a 1984 (Lucas, op.cit.).

Datos similares fueron encontrados en diversas investigaciones realizadas en varias ciudades; Jones y cols. (1986) en Monroe County; Kendel y cols. (1973) y Szmuklen y cols. (1986) en el noroeste de Escocia; y Willi y cols. (1990) en Zurich, Suiza. A partir de los 70's Williams y King (1987), demostraron que hubo un incremento entre 1972 y 1981 en el número de casos que se debía a los cambios demográficos de la población en el Reino Unido y Gales (en Lucas, 1996).

Se han encontrado pocos casos en negros americanos, británicos y africanos (Andersen y Hay, 1985; Dolan, 1991; Pumariega y cols.; Silber, 1986; todos en Steinhausen, 1994), al igual que en Japón (Suematsu y cols., 1985, en Steinhausen, op.cit.) y en China, a excepción de algunos casos reportados por Lee y Chiu en 1989, (en Steinhausen, op.cit.) en Hong Kong, lo cual nos permite pensar que la anorexia está relacionada principalmente a la cultura occidental.

Patton, en 1990 (en Steinhausen, op.cit.) realizó un estudio con niñas escolares londinenses, y mostró la gran incidencia de esta población en la utilización de dietas sin que esto llegara a ser un problema clínico, sin embargo el uso frecuente de dietas se correlacionaba con algún otro trastorno psiquiátrico, y era muy probable encontrar un trastorno de la alimentación.

La bulimia se presenta principalmente en mujeres, adolescentes tardíos y adultos jóvenes de 15 a 24 años. En un estudio realizado por Lucas en Rochester (1996), se encontró que el 26.5 por 100,000 personas que padecían bulimia eran mujeres y sólo el 0.8 por 100,000 eran hombres. También observó que la bulimia es dos veces más común que la anorexia. Por otra parte Soundy, y cols. (en Lucas, 1996) reportaron un gran aumento de la población bulímica de 1980 a 1983 manteniéndose constante hasta 1990.

Según estudios realizados por Timmerman y cols. en 1990 el 2% de las niñas de secundaria padecen este trastorno mientras que en la misma población casi ningún varón tiene este diagnóstico. De la misma manera, Drenowski y cols. (1988) reportan resultados similares en un estudio realizado con universitarios, pues el 3% de las mujeres presentaban el trastorno y pocos varones mostraban conductas purgativas (Lucas, op.cit.).

En nuestro país no se encuentran datos consistentes acerca de la prevalencia de los trastornos de la alimentación, incluso en la Secretaria de Salud no existe información sobre estadísticas a las cuales se pueda tener acceso de dichos trastornos, sin embargo, en el Instituto Nacional de Psiquiatría "Dr. Juan Ramón de la Fuente", en el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" y en clínicas particulares, existen casos reportados con

diagnóstico de anorexia o bulimia nervosa. Además, "... en años recientes se ha observado un aumento en la demanda de tratamiento en centros especializados como es el Instituto Nacional de la Nutrición en donde se recibe un promedio de 10 llamadas telefónicas mensuales solicitando tratamiento para algún trastorno de la conducta alimentaria y de los cuales, aproximadamente 4 se corroboran con diagnóstico de anorexia o bulimia nervosa" (Unikel, 1998).

1.4 SÍNTOMAS Y SIGNOS

La anorexia nervosa en un principio se manifiesta por disturbios conductuales, psicológicos y fisiológicos (Berry, Kelly, Canneti y Bacher, 1998; Kearfott y Hill, 1997; Lucas, 1996; Norman, 1996; Steinhausen, 1994; Van der Ham, Van Strien y Van Engelan, 1998; Walsh y Devlin, 1998) y se caracteriza por un miedo excesivo a ganar peso, además de una obsesión por la delgadez (Joiner, Katz y Heatherton, 2000; Pryor y Wiederman, 1998). Este trastorno es considerado crónico, perseverante y puede llevar a la muerte (Kearfott y Hill, 1997; Paxton, 1998; Walsh y Devlin, 1998). Se presenta principalmente en mujeres jóvenes y adolescentes occidentales. La mayoría de los casos se acompañan por síntomas de trastornos psiquiátricos como depresión, pensamientos obsesivos acerca de la comida y acciones compulsivas en sus rituales alimentarios (Kostanski y Gullone, 1998; Polce-Lynch, Myers, Kilmartin, Forssmann y Kliewer, 1998; Steinhausen, 1994; Walsh y Devlin, op.cit.).

Se caracteriza principalmente por una preocupación excesiva por el peso, forma corporal, medición meticulosa de los alimentos (Claridge, Davis, Bellhouse y Kaptein, 1998;

Kearfott y Hill, 1997; Kelly, Ricciardelli y Clarke, 1999; Lucas, 1996; Norman, 1996; Stewart y Samoluk, 1997; Walsh y Devlin, 1998) y por una percepción errónea de indicios corporales internos, por lo que los pacientes se consideran obesos y sienten vergüenza ante su cuerpo (Smeets, Smit, Panhuysen e Ingleby, 1998; Steinhausen, 1994). También existe una disminución drástica en la ingestión calórica que por lo regular comienza con dietas normales (Delvenne y cols., 1996 y 1997).

En un principio sólo retiran alimentos con alto contenido energético y paulatinamente continúan eliminando el resto de los alimentos hasta llegar a hacer de la alimentación una conducta ritual, es decir, la ingestión de comida se realiza de manera oculta, en horas determinadas y en algunas ocasiones en situaciones específicas. Algunos sujetos presentan atracones acompañados de vómito autoinducido, utilizan laxantes o diuréticos y realizan ejercicio excesivo (Lucas, 1996; Norman, 1996; Steinhausen, 1994).

En la mayoría de los casos la anorexia se acompaña de otros trastornos afectivos; es común la hiperactividad, el alcoholismo, la insistencia por parte de los pacientes en decir que son felices y negar el problema de su conducta alimentaria (Lucas, 1996; Norman, 1996; Steiner y Lock, 1998); presentan alta ansiedad, baja autoestima además de sentimientos de desamparo e ineficiencia por lo que actúan en respuesta a las demandas de los demás (Calam y Waller, 1998; Rabe-Jablonska, 1998; Rosen y Ramírez, 1998).

La comunicación con los otros es pobre dando como resultado una separación social, por lo que sus relaciones interpersonales son deficientes y en el caso de tener relaciones sexuales resultan ser displacenteras. En general son personas irritables, volubles, y pueden presentar

rasgos obsesivos y compulsivos, sin ser una variante del desorden obsesivo-compulsivo (Ashby, Kottman y Schoen, 1998; Lucas, 1996; Norman, 1996; Pryor y Wiederman, 1998; Steinhausen, 1994; Vohs, Bardone, Joiner y Abramson, 1999; Walsh y Devlin, 1998).

El alto grado de desnutrición trae como consecuencia una disminución en los estrógenos, lo cual causa amenorrea y en los hombres disminución de la testosterona, que se refleja en la pérdida del apetito sexual. En el caso de que la anorexia se presente en la premenarquia, se manifestará un retraso en el desarrollo y el crecimiento. Existe un incremento en la producción de cortisol, la presión arterial y los latidos cardiacos son bajos debido a la reducción en la tasa metabólica. En estudios de laboratorio se encuentran complicaciones en electrolitos y un balance anormal del PH, además de una disminución de las hormonas gonadotrópicas de la pituitaria (Lucas, 1996; Steinhausen, 1994; Walsh y Devlin, 1998). También se ha encontrado hipometabolismo de la glucosa, pero al parecer es consecuencia del bajo peso (Delvenne y cols. 1996; Delvenne y cols. 1997; Delvenne, Goldman, Simon, De Maertalaer, y Lotstra, 1997).

Son personas excesivamente delgadas, con pómulos prominentes, ojos hundidos, torso delgado, clavículas y costillas muy visibles, manos y pies azules y fríos, pelo y piel seca, padecen de caries, deshidratación, anemia, insomnio y en caso de desnutrición avanzada aparece lanugo en cara, extremidades y tronco (Lucas, 1996; Steinhausen, 1994).

La bulimia nervosa se caracteriza por atracones durante los cuales, quienes la padecen, no suelen percatarse del hambre, además de que no dejan de comer cuando están saciados y generalmente se detienen hasta que aparece dolor abdominal y nauseas (Lucas, 1996;

Steinhausen, 1994; Walsh y Devlin, 1998). El fin de los atracones se acompaña de sentimientos de culpa e incontrolabilidad, lo cual elicita el vómito autoinducido (el vómito después de un tiempo, en algunas ocasiones se puede realizar a voluntad) u otras conductas compensatorias como el uso de diuréticos, laxantes, enemas, ayuno y ejercicio excesivo; en esta ingesta desmedida existe una alteración de los estados de conciencia donde el paciente está fuera de control en su comportamiento (Lucas, 1996; Norman, 1996; Steinhausen, 1994).

Los atracones se realizan en secreto pudiendo durar desde unos minutos hasta varias horas; su frecuencia varía dependiendo del paciente, pero puede ser desde varias veces al día a sólo dos veces al mes; la cantidad de alimento que se ingiere es de 3 a 27 veces la cantidad diaria recomendada, aún siendo conscientes en la magnitud ingerida y en la frecuencia de sus vómitos. Generalmente son precedidos por estados depresivos, ansiosos, de tensión y soledad (Lucas, 1996; Norman, 1996; Steinhausen, 1994).

A diferencia de los anoréxicos, los bulímicos suelen tener un peso normal aunque variable; a pesar de esto, la preocupación por el aspecto físico, el peso corporal y el temor por caer en la obesidad es una idea siempre presente, y se asocia con estados depresivos (Claridge, Davis, Bellhouse y Kaptein, 1998; Joiner, Katz y Heatherton, 2000; Lucas, 1996; Pryor y Wiederman, 1998; Steinhausen, 1994; Walsh y Devlin, 1998). Las conductas compensatorias que efectúan estas pacientes traen como consecuencia problemas físicos como: edemas de manos y pies, dolor de garganta, roturas gástricas, si los vómitos son excesivos hay una deshidratación y un desequilibrio electrolítico, caries graves y erosión dental. Pueden presentar irregularidades menstruales (sin amenorrea), fatiga y cefaleas

como consecuencia de la desnutrición, y se caracterizan por tener cara redonda, cachetes inflados, piel seca y nudillos marcados (Lucas, 1996; Norman, 1996; Steinhausen, 1994)

Las personas que padecen de bulimia experimentan alteraciones en la conducta sexual, que va desde la promiscuidad a la restricción total; labilidad; insatisfacción con ellas mismas y una fuerte necesidad de aprobación, perfeccionismo y control extremo; suelen ser compulsivas e impulsivas (Ashby, Kottman y Schoen, 1998; Berry, Kelly, Canetti y Bacher, 1998; Joiner, Kats y Heatherton, 2000; Lucas, 1996; Norman, 1996; O'dea y Abraham, 1999; Gandour, 1984, en Steinhausen, 1994; Smith, Thomson, Raczynski, Hilner, 1999). Regularmente piden ayuda y suelen hablar acerca de sus síntomas. Otras conductas asociadas con este trastorno son: robos menores, automutilación y abuso de sustancias (Krasnovsky y Lane, 1998; Lucas, 1996; Norman, 1996; Steinhausen, 1994).

1.5 DIAGNÓSTICO

Para el establecimiento adecuado del diagnóstico y poder determinar el tipo de programa a seguir, es imperioso asentar relaciones interdisciplinarias con médicos, psicólogos y nutriólogos para poder obtener una historia completa del sujeto que arroje información a cerca del posible estado de desnutrición y sus consecuencias, modificaciones en el peso, patrones dietéticos, frecuencia y severidad de cualquier conducta purgativa y del ejercicio excesivo. Para lo anterior es necesario conocer el Índice de Masa Corporal, que es el resultado de dividir el peso en kilogramos entre el cuadrado de la estatura en metros ($IMC = \text{peso} / \text{estatura}^2$). Otro factor que se debe tomar en cuenta para determinar el tipo de intervención es la dinámica personal y familiar; además de identificar cualquier enfermedad

psiquiátrica comórbida, riesgo de suicidio y contexto psicosocial de los síntomas (Becker y cols., 1999).

Según el DSM-IV se deben cumplir con los siguientes criterios para el establecimiento del diagnóstico.

Anorexia:

- a) Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla.
- b) Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso incluso estando por debajo del peso normal.
- c) Alteración de la percepción del peso o la silueta corporal, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- d) En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos (se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, por ejemplo, con administración de estrógenos).

Tipo específico:

Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas.

Tipo compulsivo/purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas.

Bulimia:

- a) Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:
- (1) Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (por ejemplo, en un periodo de dos horas). En cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo de tiempo similar y en las mismas circunstancias.
 - (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).
- b) 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.
- c) Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un periodo de tres meses.
- d) La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporal.
- e) La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Tipo específico:

(1) Tipo purgativo- Durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca generalmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

(2) Tipo no purgativo- Durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otro tipo de conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurren regularmente a provocarse el vómito, ni usa laxantes, diuréticos, o enemas en exceso.

1.6. IMAGEN CORPORAL

Dentro de los desórdenes de la alimentación se ha encontrado que existe una distorsión de la imagen corporal, siendo Bruch (1962, en Cash y Deagle, 1997) el primero en reconocer esta disfuncionalidad en las pacientes bulímicas y particularmente en las anoréxicas. A raíz de esto, se han desarrollado una serie de estudios para poder determinar como es que esta distorsión influye en los trastornos alimentarios, encontrándose que no solo podrían predecir la severidad de la problemática de los patrones del comer, sino que, pueden ser precursores de los desórdenes (Attie y Brooks-Gunn, 1989, en Cash y Deagle, 1997; Probst, Vandereycken, Vanderlinden y Van Coppenolle, 1998; Stice, Cameron, Hayward, Killen, Taylor, 2000).

Cash y Deagle (1997) realizaron un meta-análisis sobre las investigaciones de la imagen corporal en relación con los desórdenes alimentarios, encontrando que éstas se dividen principalmente en dos aspectos: distorsión perceptual y insatisfacción cognitiva.

La primera ocurre cuando una persona tiene dificultad para precisar el tamaño de su cuerpo; así, esta modalidad explica una parte de la etiología de los desórdenes de la alimentación como la incapacidad del individuo de estimar objetivamente el tamaño real de su cuerpo. Smeets, Smit, Panhuysen e Ingleby (1998), plantean que las pacientes con anorexia tienen una imagen mental del propio cuerpo más grande de lo que en realidad es, incluso muestran una tendencia a sobrestimar una parte del organismo mientras más pequeña sea ésta, es decir, existe una correlación negativa entre la sobrestimación y el tamaño real de una parte del cuerpo. Esta tendencia puede ser el resultado de la misma delgadez, más que el hecho

de padecer el trastorno, pues encontraron que tanto las pacientes anoréxicas como los sujetos normales, si son delgados, comparten la misma tendencia sobre sus cuerpos. Esto puede deberse a que al estimar el tamaño del cuerpo la gente consulta una imagen mental la cual puede estar fraccionada, lo cual sugiere que los sujetos generan una imagen del cuerpo por partes separadas.

La segunda modalidad se centra en la actitud referida a la insatisfacción corporal. Se ha observado que varias pacientes con desórdenes de la alimentación pueden precisar su tamaño corporal, sin embargo, muestran desagrado con la forma y con el aspecto general de su cuerpo. Al respecto, Probst, Vandereycken, Van Coppenolle y Pieters (1998), realizaron un estudio donde encontraron que la mayoría de las anoréxicas restrictivas tienen una percepción no distorsionada de su cuerpo; ellas saben como se ven y su imagen ideal está muy cerca de la actual; aunque presentaban una discrepancia entre cómo se sienten y como les gustaría verse, es decir, les gustaría ser más delgadas de lo que son. Del mismo modo, manifestaban una insatisfacción corporal pronunciada, descontento de ellas mismas en relación con los otros y sentimientos de inadecuación al medio, así como inseguridad y una autoevaluación negativa. El método utilizado en este estudio permite generar una noción más amplia acerca de la distorsión en la imagen corporal, pues ésta no puede ser operacionalizada como una simple respuesta perceptual. "Experiencia corporal, se refiere a la conceptualización que incluye componentes cognitivos, afectivos y neuropsicológicos" (Probst, Vandereycken, Vanderlinden y Van Coppenolle, 1998).

De la misma manera, Fernandez-Aranda, Dahme, Meermann (1999) no encontraron diferencias significativas en la estimación del tamaño del cuerpo entre las anoréxicas y

bulímicas al principio y después del tratamiento. Estos resultados sugieren que no existe evidencia de una distorsión de la percepción corporal de los pacientes con desórdenes alimentarios, sin embargo, si existen disturbios en el aspecto emocional de la imagen corporal.

Este reconocimiento disfuncional de la imagen corporal ha sido un importante factor en el criterio de diagnóstico de los desórdenes alimentarios. El DSM-IV plantea dicho criterio como "Un miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso incluso estando por debajo del peso normal", además de una "alteración de la percepción del peso o de la silueta corporal, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal". A diferencia de otras patologías relacionadas a la imagen corporal como el Desorden Dismórfico Corporal (DDC), donde los sujetos se preocupan más por diversos aspectos físicos, reportan más autoevaluación negativa y evitación de su apariencia; los pacientes con bulimia y anorexia se preocupan más por el peso y la forma corporal. Aunque ambos grupos muestran síntomas severos de imagen corporal y autoestima negativa, los pacientes con desórdenes alimentarios manifiestan síntomas psicológicos dispersos (Rosen y Ramírez, 1998).

Dada la importancia de la disfuncionalidad de la Imagen Corporal en dichos trastornos, Showers y Larson (1999) investigaron esta patología enfocados en la insatisfacción corporal, encontrando que el grupo sin desórdenes de la alimentación pero con disatisfacción corporal tenían creencias negativas acerca de que la apariencia física está organizada en la estructura propia y mostraban tipos adaptativos en la organización del autoconcepto, a diferencia de los sujetos con trastornos alimentarios, con insatisfacción

corporal, que mostraban tipos no adaptativos de organización del autoconcepto y consideraban que la apariencia física estaba organizada en la propia estructura.

Con relación a este punto Jarry (1998) propone un modelo teórico para el significado y función de los disturbios de la imagen corporal para mujeres con desórdenes alimentarios, el cual describe tres funciones principales de la Imagen Corporal:

- Afiliación.- consiste en usar la propia apariencia en el establecimiento de relaciones interpersonales.
- Evitación.- utilización de la imagen corporal para evitar el abuso psicológico, físico y/o sexual.
- Expresión.- utilización de la imagen corporal para comunicar a uno mismo y a los otros la capacidad de cumplir sentimientos de tristeza.

Como se mencionó anteriormente parece existir una fuerte influencia ambiental en el desarrollo y formación de los trastornos de la alimentación, mostrando ser la población femenina caucásica la más afectada, siendo las culturas occidentales donde se han reportado la mayoría de los casos. En un estudio realizado por Smith y cols. (1999), relacionado a la insatisfacción corporal, reportaron que las mujeres se encontraban más insatisfechas con el tamaño y con la apariencia general de su cuerpo que los hombres, en cambio los hombres blancos se mostraron más insatisfechos con las mismas dimensiones que los negros y las mujeres negras reportaban más satisfacción en ambas dimensiones que las mujeres blancas.

1. 7. PERSONALIDAD Y TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

En distintos estudios se ha observado que la personalidad juega un papel relevante en los trastornos de la alimentación, como etiología o como resultado de la patología, ya que influye de manera específica en el desorden desarrollado (Silva, 2000; Stice y cols., 2000).

Se ha encontrado que la adolescencia es la etapa más susceptible y vulnerable para desarrollar algún desorden alimentario debido a que es una etapa donde surgen cambios tanto físicos como psicológicos (Kostanski y Gullone, 1998; Polce-Lynch, Myers y Kilmartin, 1998). O'Dea y Abraham (1999) encontraron que después de la menarquia las mujeres incrementan sus expectativas personales, y se muestran insatisfechas con los cambios de peso y forma corporal, además de querer reducir su peso eliminando las colaciones, lo cual está asociado con el incremento de sentimientos de adecuación, pérdida de control y decremento de la autoestima. De la misma forma, Walsh y Devlin (1998) observaron diferencias de personalidad entre anoréxicas y bulímicas, siendo las primeras más introvertidas y depresivas, mientras que las segundas se mostraban más extrovertidas, ansiosas e impulsivas, además de presentar un mayor desajuste social.

En un estudio realizado por Golder, Srikameswaran, Schroeder, Livesley y Girmingham, (1999, en Silva, 2001) se encontraron resultados similares, pues las anoréxicas tendían a ser rígidas, demasiado controladas, compulsivas y perfeccionistas, mientras que las bulímicas presentaban baja tolerancia a la frustración, poco control de impulsos y labilidad emocional. Además, hallaron que la mayoría de los sujetos que presentan trastornos de la alimentación, reúnen criterios para uno o más trastornos de la personalidad.

De la misma manera, Goldman (1989, en Silva, 2001) menciona que las anoréxicas y las bulímicas, no tienen confianza en sí mismas, muestran temor de hacerse responsables, presentan labilidad emocional, pobre control de impulsos y son cohibidas en su conducta.

Por su parte, Silva (2001) menciona que las pacientes obtuvieron niveles altos de ansiedad, que suelen estar centrados en su cuerpo, así como desconfianza en su entorno y tendencia a fantasear respecto a sí mismas y a su medio ambiente.

En otro estudio, se encontró que los pacientes bulímicos reportaban gran miedo al abandono y falta de autonomía en sus relaciones. El 48% de las bulímicas purgativas manifiestan niveles patológicos de inseguridad en sus relaciones, comparada al 32% de bulímicas restrictivas (Becker, Bell y Billington, en O'Kearney, 1996).

Un aspecto importante en el desarrollo de los trastornos de la alimentación es el rol de género que se adopta; como ya se ha mencionado los trastornos de la alimentación afectan más a las mujeres que a los hombres, por el rol que cada uno desempeña en la sociedad. Por ejemplo, Crispo, Figueroa y Guelar (1998), reportan que las creencias de las preadolescentes sobre que es una mujer exitosa se enfocan a que ésta no debe desarrollar un cuerpo femenino además de no poder crecer, madurar y envejecer naturalmente. De la misma forma Boskind-Lodahl (en Munren y Smolak, 1997) observaron que las características masculinas son altamente valoradas por las mujeres en nuestra sociedad. Lo cual lleva a desarrollar problemas de la alimentación como una forma de cubrir estas demandas sociales. De la misma forma Silva (2001) informa que las mujeres con trastorno

de la alimentación presentan un intenso miedo a madurar que no les permite adaptarse a su rol al evitar características propias de su género.

Se ha encontrado que algunos hombres homosexuales presentan desórdenes de la alimentación debido al valor que se le da a la delgadez dentro de la comunidad gay y al rol que desempeñan dentro de ésta (Andersen, 1999). Asimismo, el cambio de género biológico, el énfasis en la forma corporal y la expectativa del rol social, parecen ser factores que influyen en el desarrollo de los desordenes alimentarios; por ejemplo Surgenor y Fear (1998) reportan el caso de un hombre transexual que presentó síntomas bulímicos y anoréxicos después de la operación. De la misma forma Ludwig y Brownelm (1999) reportaron que las mujeres lesbianas femeninas muestran una baja satisfacción corporal a diferencia de las mujeres andróginas o masculinas.

Por otra parte, existe evidencia de que los individuos que adoptan roles sexuales tradicionales tienen mayor preferencia por las formas corporales tradicionales (forma de V en hombres, y de reloj de arena en mujeres), a diferencia de los individuos liberales que son menos tradicionales en sus preferencias (Furnham y Nordling 1998).

CAPÍTULO II:

DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA (MACHOVER)

2.1. ANTECEDENTES

Una de las técnicas existentes para evaluar la personalidad son los tests proyectivos. Estos tienen el propósito de revelar la identidad de un individuo de forma global, siempre analizado dentro de un conjunto.

Una característica importante de las pruebas proyectivas es el método. En él, el estímulo a responder no se presenta de manera explícita sino que, por lo regular, el examinador hace indicaciones que permiten al sujeto conjeturar a cerca de la situación, lo que permite reducir el control consciente para que así se manifieste la individualidad. Otra peculiaridad del método es que otorga la suficiente información clínicamente aceptable de la conducta del individuo en un breve lapso de tiempo, además de tomar en cuenta todos los aspectos registrados del comportamiento de una forma interrelacionada para obtener una visión general de la personalidad (Bell, 1964).

Los tests proyectivos están basados en cuatro conceptos aceptados clínicamente: el primero se refiere a que la personalidad no es un proceso estático, pues cambia de acuerdo a las situaciones y a lo largo del tiempo, sin embargo esta se encuentra estructurada, lo cual indica que es estable. El segundo la propone como modelable, debido a las influencias fisiológicas, psicológicas y socioculturales. El tercero muestra que la personalidad se refleja en la conducta, misma que posee carácter funcional. Por último se considera como un fenómeno interno y profundo, sin una vía de conocimiento directa, sin embargo se puede

estudiar a partir de las manifestaciones inconscientes que presenta cualquier individuo. Lo que pretenden los tests proyectivos es ser cada vez más sensibles a lo anteriormente mencionado (Bell, 1964).

Las técnicas proyectivas tienen fundamento en la teoría psicoanalítica, debido a sus contribuciones acerca del inconsciente. Otro de los enfoques que da origen a los tests proyectivos es la Gestalt, que da énfasis en la totalidad de la personalidad en lugar de verla de manera fraccionada, además de sus investigaciones sobre los fenómenos perceptuales implicados en las técnicas proyectivas. Por otra parte, la psiquiatría clínica describe y delimita los conceptos de normal y anormal, lo que permite una clasificación más clara. Finalmente, la antropología cultural también aporta conocimiento sobre las determinantes sociales y culturales de la personalidad permitiendo ampliar y clarificar el método (Bell, 1964).

Desde tiempos remotos el ser humano ha utilizado diferentes formas de expresión; dentro de las más comunes se encuentra el dibujo, por medio del cual las personas han intentado plasmar sus ideas, experiencias y anhelos de una manera intencional, sin embargo esta práctica pertenece a la conciencia sin impedir la manifestación inconsciente de deseos, conflictos, necesidades o rasgos de personalidad, es decir, el sujeto aun sin quererlo, se representa, quedando impresas cuestiones que él mismo no reconoce; por lo tanto, la realización de un dibujo de manera intencional, siempre se encuentra bañada por otros campos ajenos al reconocimiento del individuo, que a su vez se hallan dentro de un contexto específico. Como menciona Cambier (1990, en Esquivel, Heredia y Lucio, 1999) "el dibujo es un objeto particular porque puede dar testimonio de una persona, aun sin su

presencia y considera que su significación no puede escapar a la influencia de lo social, es decir el contexto histórico cultural en el que se realiza" (página 149). De la misma manera Esquivel, Heredia y Lucio (1999) argumentan que "en un dibujo libre, sin modelo, el individuo expresa su mundo interno, su espontaneidad, rigidez, creatividad y destreza. Esto es, como se percibe a sí mismo en relación con el ambiente" (página 150).

Debido a lo anterior, el dibujo ha sido utilizado por psicólogos clínicos, pedagogos, psicólogos educativos y psiquiatras como una herramienta de naturaleza proyectiva para determinar rasgos de personalidad, patologías, madurez mental y características emocionales, y se ha convertido en un método el cual provee información que ninguna otra herramienta ofrece, al usar el dibujo del cuerpo como un "vehículo natural de expresión de las necesidades y conflictos" (Machover, 1974). Esta forma de utilización del dibujo se remonta a más de 100 años, a través de los cuales el método se ha ido perfeccionando para una evaluación más precisa; por ejemplo, al principio se realizaban descripciones muy vagas para poder determinar con el dibujo si un sujeto se encontraba del lado de la locura o de la genialidad, pero esto sólo era posible en casos de desórdenes mentales extremos y con individuos que realizaban dibujos grotescos (Machover, 1974). En el curso de 1890 Barnes, Herril y Lukens (en Bell, 1964) hicieron estudios sobre los dibujos artísticos de los niños. Otros intentos para estudiar los dibujos fueron hechos por Burk en 1902, Claparède en 1907, Besnard en 1902, Hicks en 1894 (en Bell, op cit.).

Actualmente el dibujo de la figura humana (DFH) es el punto central de estudio analizándose e interpretándose con patrones diferentes a los originales, detectándose factores específicos de la psique humana.

Una de las primeras pruebas proyectivas para evaluar la personalidad fue la de Goodenough en 1926 (en Esquivel, Heredia y Lucio, 1999), quien utilizó la figura humana para obtener el cociente de inteligencia en niños. A raíz de esto, Machover (1974) realizó un minucioso estudio de los dibujos, encontrando que este tipo de análisis aportaba mucho material clínico sin relación al nivel intelectual, pues niños con cocientes intelectuales parecidos diferían de manera sustancial en sus dibujos, además de que ciertos niños retraídos parecía no disgustarles el hecho de representar figuras concretas, dándoles la oportunidad de mostrar sus fantasías y conflictos internos, siendo esto un material valioso para la clínica; dando como resultado uno de los primeros instrumentos para la evaluación de la personalidad en donde se miden aspectos emocionales, sobre todo el autoconcepto. Machover partió de la hipótesis de que el cuerpo personal es una "referencia sustancial" del yo, por lo tanto, el dibujo de la figura humana debería de ser el mejor vehículo para la autoproyección de la personalidad. Así, la persona dibujada es uno mismo y la hoja de papel, el ambiente. Los resultados de los estudios de Machover se sacaron tanto del dibujo como de la historia clínica que proporcionaban los niños obteniendo una gran tabla de significados que se valida clínicamente.

Actualmente se sigue utilizando la técnica del DFH para valorar el grado de madurez psicomotriz como un componente importante en el desarrollo intelectual (Esquivel, Heredia y Lucio 1999). Harris (1963, en Esquivel y cols., op cit.) realizó una revisión del test de Goodenough aseverando que dicha prueba mide la madurez mental y que no mide rasgos de personalidad, dando como resultado el método Goodenough-Harris donde se puede obtener el nivel de maduración conceptual.

En una investigación más reciente Jing-Jin, Yuan-Chongjun y Liu-Jianping (1999), estudiaron la relación existente entre el Cociente Intelectual, obtenido en el WISC, y las características de inteligencia evaluadas con el DFH en niños con problemas de aprendizaje, encontrando una correlación baja entre el CI y los resultados del DFH, lo cual sugiere que el DFH no muestra ser un buen índice para la medición del CI. Las diferencias entre los sujetos con problemas de aprendizaje y los normales en los detalles en el dibujo sugiere la posibilidad de algún desorden en el compuesto cognitivo en los sujetos con problemas de aprendizaje.

2.2. EVALUACIÓN

En la actualidad existen dos enfoques para realizar la evaluación del DFH, el primero de ellos lo utilizan los psicólogos clínicos como una técnica proyectiva; el segundo enfoque utiliza a la prueba para medir el desarrollo intelectual o cognoscitivo. Según Koppitz (1991) el DFH puede ser utilizado como una prueba proyectiva o como una prueba de desarrollo, pues a una corta edad se puede esperar que los niños omitan algunas partes del dibujo siendo normal en esta etapa, pero si estas omisiones se presentan en una edad mas avanzada puede ser un indicador de inmadurez o de problemas emocionales. Koppitz (1991) realizó una investigación sistemática en niños de escuelas públicas y con trastornos, donde diseñó y estandarizó un sistema de puntuación para analizar y tabular la maduración mental y por otro lado las preocupaciones y actitudes interpersonales de los niños.

A continuación se definirán los indicadores para la interpretación del dibujo de acuerdo a Machover (1974) y Levy (en Abt y Bellak 1967).

Secuencia de las figuras

Tras la sentencia "dibuja una persona" el sujeto tiene dos opciones, dibujar una figura masculina o una femenina. Al examinar 5000 sujetos adultos el 87% dibujó primero una persona del propio sexo, mientras que el 13% dibujó a una persona del sexo opuesto (Levy, en Abt y Bellak 1967). Al presentarles la prueba a 16 homosexuales, 13 dibujaron primero una figura del sexo opuesto, por lo que podemos concluir que dibujar primero a una persona del propio sexo sería lo habitual en este tipo de pruebas, sin aseverar que todas las personas que dibujan primero la persona del sexo opuesto son homosexuales. Lo que se debe explorar es el por qué del primer dibujo, y aquí se encuentran diversas explicaciones posibles, como por ejemplo, inversión sexual, confusión de la identificación sexual, dependencia con respecto al progenitor del sexo opuesto o con respecto a otro individuo; etc.

Comparación de las figuras

Se realiza un análisis de ambas figuras comparando las diferencias que existen entre ellas, tomando en cuenta factores como el tamaño, los detalles de todas las partes del cuerpo, la posición, la postura, etc. y se interpretan, también, en su relación; lo cual, en la mayoría de los casos, informan con respecto a sus actitudes psicosexuales. En este punto es importante obtener información acerca de ambas figuras pues sólo así se constata la posición del sujeto ante el sexo opuesto y el ambiente, por ejemplo es frecuente que un varón inmaduro presente la figura del hombre bien detallada y proporcionada mientras que los rasgos

gráficos de una mujer serán menos claros y específicos. El tamaño comparativo suele representar la actitud; ya sea, en el caso de las figuras pequeñas deprimidas o en el caso de las figuras grandes activas. Dichas interpretaciones son el resultado de la descripción de cada una de las figuras, las cuales son descritas por clínicos especializados, basadas en resultados propuestos por la práctica.

Tamaño

El tamaño de la figura en relación con la hoja es otro factor que se toma en cuenta para interpretar ciertos rasgos de la personalidad; el tamaño sugiere la relación que existe entre el examinado y el medio ambiente o la relación que existe entre el examinado y las figuras de los progenitores, así como el grado de activación que el sujeto posee, por ejemplo, las figuras pequeñas se ven más en sujetos regresivos y vegetativos que muestran un bajo nivel de energía, así como las figuras micrográficas las cuales se ven más en sujetos represivos y deprimidos. Los dibujos grandes se hallan relacionados a las personalidades que presentan activación excesiva, así como a los paranoicos y a sujetos de gran fantasía; sin embargo, los dibujos de gran tamaño y sin proporción también se relacionan con los sujetos con deficiencia mental y/o daño orgánico. Es importante aclarar quién es la persona que está dibujada: padres, concepto de sí mismo o la imagen ideal del sí mismo, debido a que la interpretación del dibujo va a cambiar dependiendo de la figura. Si el dibujo es de una imagen parental y se presenta con un tamaño grande indica fortaleza, confianza, agresión, punición, etc. por parte del padre. De igual manera, si el dibujo se interpreta como proyección de una imagen ideal los resultados de dicha interpretación serán diferentes.

Emplazamiento:

Se refiere a la ubicación del dibujo, dicha colocación se interpreta como la relación del sujeto con el medio, pudiendo clasificarse en 5 emplazamientos: mitad superior, mitad inferior, lado izquierdo, lado derecho y el centro. Cada emplazamiento se interpreta de manera diferente con respecto a la edad del sujeto y de quién está plasmado en el dibujo, por ejemplo, si un niño dibuja una persona en la parte superior sugiere optimismo y que sus metas son elevadas, mientras que si un adulto coloca una figura en la misma ubicación se interpretará como inseguridad. Los dibujos que se encuentran del lado izquierdo muestran la introversión y el sentirse observados existiendo una orientación hacia sí mismo, mientras que los dibujos ubicados en la parte inferior corresponden a individuos más estables, aunque algunas veces refleja depresión. Los individuos que ubican al dibujo en la parte central suelen ser adaptados y centrados en sí mismos, en cambio los dibujos plasmados en el lado derecho tienen interpretaciones variadas. Es importante mencionar que ninguna interpretación debe de hacerse con independencia del contexto o la configuración total de las otras observaciones. Además de que se ha encontrado que la colocación es uno de los componentes de la figura que escapa más al control consciente.

Movimiento

Casi todos los dibujos de figuras humanas sugieren alguna tensión kinestésica. Los dibujos de personas inquietas o maníacas suelen presentar movimiento considerable, mientras que las figuras de impresión sumamente inmóvil suelen ser presentadas por sujetos que mantienen un control rígido y conflictos profundos. Los dibujos que presentan una persona sentada o reclinada suelen ser de personas agotadas emocionalmente o faltos de energía.

Grafología

Se refiere al tipo de trazo con el que se dibujan las figuras, éste puede describirse con respecto a la presión, la firmeza, la dirección, continuidad, angularidad y el ritmo, y se consideran más como características que como rasgos. Por ejemplo, la presión suele estar relacionada con la energía del sujeto, si éste es ambicioso normalmente traza líneas firmes, mientras que el débil física o psíquicamente dibuja líneas tenues. Es importante mencionar que los sujetos inestables o ciclotímicos realizarán trazos intermitentes y fluctuantes. La dirección del trazo suele estar relacionada con factores de la sexualidad, por ejemplo, las líneas horizontales suelen estar asociadas con feminidad y debilidad, mientras que los trazos verticales se asocian con decisión y masculinidad autoafirmada. Los trazos indefinidos en cuanto a la dirección suelen mostrar falta de cualidades precedentes, por lo general los individuos inseguros y que carecen de opiniones propias dibujan personas con trazos sin dirección definida. Las líneas rectas ininterrumpidas las suelen producir individuos decididos y rápidos, mientras que las curvas ininterrumpidas corresponden a indecisión y lentitud. Los trazos muy cortos corresponden a la ansiedad, en cambio los rítmicos y libres a la desinhibición y responsividad. Si el perímetro de las figuras son líneas reforzadas e ininterrumpidas el individuo puede expresar su aislamiento y la necesidad de protegerse contra factores externos. El sombreado suele indicar ansiedad y si éste se presenta en el área genital podría estar relacionada a la ansiedad con la función sexual. Los trazos hechos de la hoja hacia el examinado pueden sugerir centralización en el yo, introversión o ansiedad. Los trazos hechos desde el examinado hacia la parte superior de la hoja pueden sugerir agresión o extroversión. Los trazos dibujados de derecha a izquierda suelen estar relacionados con introversión o aislamiento, cuando éstos van de izquierda a

derecha se deberán buscar tendencia a la agresión o extroversión, la estimulación social y la necesidad de apoyo. Se debe poner especial énfasis en las líneas del contorno del cuerpo pues éstas son las de mayor importancia en este apartado ya que reflejan el límite del cuerpo con el medio ambiente. Si las líneas son gruesas puede significar un aislamiento por parte del sujeto entre él y el medio, sin embargo, los individuos con daño cerebral y retraso mental también suelen hacer líneas de este tipo, además de que la calidad es más simple y sólida.

Identificación

Es frecuente también que los defectos en la figura se grafiquen en las personas del sexo opuesto, como resultado de una identificación con el propio sexo. Además de que "se asume como lo más normal" desde el punto de vista de la identificación sexual dibujar primero al propio sexo. Como regla general "las actitudes de los sujetos hacia los sexos se considera el determinante básico en el tratamiento diferencial".

Hombre nieve u Hombre palote (Bell, 1964)

Los sujetos que dibujan este tipo de figuras muestran una evasión por los problemas del cuerpo, por lo regular suelen ser muy pequeños y colocados del lado izquierdo lo que refleja introversión.

Miscelánea

Las representaciones abstractas en esta prueba suelen interpretarse como signo de evasión propio de los sujetos inseguros de sí mismos. Si las figuras son payasos o caricaturas el examinado puede manifestar así el desprecio y la hostilidad hacia la gente; esto es común

en los adolescentes que se sienten rechazados. Si se incluyen objetos como cercas o el suelo se puede interpretar como la necesidad de apoyo o ayuda. El reconocimiento de afecciones como la histeria o la compulsividad suele ser de manera fácil ya que estos sujetos no se deciden a acabar los dibujos agregando siempre un detalle, además de su falta de precisión y de uniformidad en la ejecución.

2.3 INDICADORES EMOCIONALES (IE)

Impulsividad

Se define como "la tendencia a actuar espontáneamente, casi sin premeditación o planeación; a mostrar baja tolerancia a la frustración, control interno débil, inconsistencia a ser expansivo y buscar gratificación inmediata" (Koppitz 1991). Esta impulsividad es comúnmente relacionada con la inmadurez y/o el temperamento o con afecciones neurológicas de los jóvenes (Koppitz 1991).

Inseguridad, sentimientos de inadecuación

Se define como "Implica un autoconcepto bajo, falta de seguridad en sí mismo, preocupación acerca de la adecuación mental, sentimientos de impotencia y una posición insegura" (Koppitz 1991).

Ansiedad

Se define como "Tensión o inquietud de la mente con respecto al cuerpo, a las acciones o al futuro; o como preocupación, inestabilidad o aflicción, o como un estado prolongado de aprehensión" (Koppitz 1991).

Apocamiento, timidez

Se define como "conducta retraída, cautelosa y reservada; falta de seguridad en sí mismo; como las tendencias a avergonzarse o atemorizarse fácilmente y apartarse de las circunstancias difíciles o peligrosas" (Koppitz 1991).

Ira, Agresividad

Se define como "disgusto, resentimiento, exasperación o indignación; actitud ofensiva en general; sentimientos de venganza para quienes son considerados causantes de agravios; ataques verbales o físicos; furia resultante de la frustración. La ira puede estar dirigida a los demás, a uno mismo o a objetos" (Koppitz 1991).

CAPITULO III: METODOLOGÍA

3.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En los últimos tiempos, los trastornos de la alimentación se han convertido en un problema de salud pública. Debido a esto, se han realizado diversas investigaciones que van desde determinar el trastorno desde distintas tópicos, como la fisiológica, familiar, social, cultural e individual; siendo la propuesta más viable conceptualizar a la etiología como multifactorial (Norman, 1996). Se ha observado que la distorsión de la imagen corporal es una constante entre las pacientes anoréxicas y bulmícas (Bruch, 1962 en Cash y Deagle, 1997). Es por esto, que algunos investigadores se han dedicado a estudiarla; siendo dos propuestas las más importantes, por un lado la distorsión perceptual y por otro la insatisfacción cognitiva (Cash y Deagle, 1997). A raíz de esta última propuesta, en el presente trabajo se propone estudiar los rasgos de personalidad y los aspectos de la vivencia de sí mismas entre los grupos de bulimia y anorexia utilizando el Test de la Figura Humana de Machover.

3.2 PROBLEMAS DE INVESTIGACIÓN:

¿Existen relaciones significativas entre las características de personalidad de un grupo de pacientes con bulimia y anorexia, y la vivencia de sí mismas según el Test de la Figura Humana?

Finalmente se propone un modelo predictivo que de cuenta del comportamiento de las variables.

3.3 DISEÑO

El presente estudio es de corte transversal y de tipo exploratorio

3.4 IDENTIFICACIÓN Y DEFINICIÓN DE VARIABLES

3.4.1 VARIABLES ATRIBUTIVAS

Trastornos de la alimentación: "...nombre que se le da a una variable compleja en donde los patrones de consumo de alimento se ven severamente distorsionados" (Unikel, 1998, p.47).

Anorexia: "Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (...). Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal" (DSM-IV, p. 255).

Bulimia: "Atracones recurrentes (al menos dos días a la semana durante seis meses). Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso" (DSM-IV, p. 256).

Personalidad: "...organización dinámica en el individuo de los sistemas psicofísicos que determinan su conducta y pensamiento característicos...fuerza real, motivación o disposición dentro del individuo que inicia y guía una forma particular de conducta" (Allport, en Unikel, 1998),

Vivencia de sí mismas: una amplia conceptualización que incluye componentes cognitivos y conductuales en relación con la propia evaluación de sí mismas, así como ante el medio que lo rodea.

3.5 MUESTRA

Se llevó a cabo un muestreo intencional no probabilístico.

3.6 SUJETOS

Se evaluaron 92 pacientes mujeres con trastornos de la alimentación (51 bulímicas y 41 anoréxicas), que solicitaron consulta por primera vez en el Instituto Nacional de Psiquiatría, Dr. Ramón de la Fuente. Las pacientes fueron divididas en dos grupos diagnósticos (según los criterios del DSM-IV): anorexia nervosa y bulimia nervosa.

3.6.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN A LA MUESTRA

1. Sexo femenino.
2. Edad entre 14 y 30 años.
3. Que soliciten tratamiento por primera vez en el Instituto Nacional de Psiquiatría "Dr. Ramón de la Fuente".
4. Hacer referencia sobre sí-mismas en las historias del Dibujo de la Figura Humana.

3.6.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Presencia de daño orgánico comprobable.
2. Estar diagnosticadas con algún trastorno de la personalidad en comorbilidad con el trastorno de la alimentación.

3.7 INSTRUMENTOS

1) Test Proyectivo del Dibujo de la Figura Humana

3.7.1. DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS: Test proyectivo del Dibujo de la Figura Humana

El Test de la Figura Humana (DFH) es un instrumento de autoaplicación de naturaleza proyectiva, en donde el estímulo a responder no se presenta de manera explícita, por lo regular el examinador hace indicaciones que permiten al sujeto conjeturar a cerca de la situación, lo que permite reducir el control consciente para que así se manifieste la individualidad. Dicho método arroja la suficiente información de la conducta del individuo en un breve lapso de tiempo y es utilizado como un vehículo natural de expresión de necesidades y conflictos (Machover, 1974).

3.8 PROCEDIMIENTO

Se seleccionó a pacientes que acudieron por primera vez a consulta al Instituto Nacional de Psiquiatría “Dr. Juan Ramón de la Fuente” y que fueron diagnosticadas con Bulimia o Anorexia Nervosa. Con una diferencia de una a tres semanas, se les citó para la aplicación de las pruebas Psicológicas correspondientes. Posteriormente se les aplicó el DFH, donde se les pidió que dibujaran en una hoja en blanco una figura humana y más tarde otra del sexo contrario, al finalizar se les pedía que escribieran una historia a cerca de los dos dibujos. En este momento las pacientes todavía no iniciaban su tratamiento farmacológico ni terapéutico.

Ambas figuras se utilizaron únicamente para la medición de las variables: Identificación sexual, inmadurez psicosexual y figura más importante; en el resto de las variables solo se utilizó la figura femenina.

Se codificaron las figuras de acuerdo a los indicadores propuestos por Machover y Koppitz:

Para evaluar los factores de la vivencia corporal utilizamos los siguientes indicadores:

- **Identificación sexual (secuencia de las figuras)-** Se refiere al género de la figura que se dibuja primero:
 - 0- No se identifica (figura masculina).
 - 1- Se identifica (figura femenina).

- **Inmadurez psicosexual (comparación de las figuras)-** Se refiere a las diferencias en los detalles de las figuras dibujadas:
 - 0- Más detalles en hombres.
 - 1- Mismo número de detalles en ambos dibujos.
 - 2- Más detalles en mujeres.

- **Relación con el medio (emplazamiento)-** Se refiere a la posición de la figura dentro de la hoja:
 - 0- Inadecuado (1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9).
 - 1- Adecuado (5).

1	2	3
4	5	6
7	8	9

- **Incapacidad para relacionarse con los otros (omisión)-** Se refiere a la falta extremidades corporales. Debido a que la persona se considera una persona extraña o ridícula, que tiene dificultades para el contacto con los otros.
0- Adecuada (dibujo completo).
1- Inadecuado (dibujo incompleto).
- **Desajuste al rol femenino (actividad/pasividad)-** Se refiere a la posición de las extremidades superiores. Separados o unidos al cuerpo.
0- Activo (brazos separados del cuerpo).
2- Pasivo (brazos unidos al cuerpo).
- **Centración corporal (hombre nieve u hombre palote)-** Se refiere a los dibujos que presentan figuras únicamente con círculos o palos.
0- Evasión (dibujo de palos o círculos).
1- No evasión (dibujo semejante a la figura humana).
- **Figura más importante (tamaño comparativo)-** Se refiere a la diferencia de tamaño entre la figura femenina y masculina.
0- Hombre (3 cm. mayor que la mujer).

- 1- Mujer (3 cm mayor que el hombre).
- 2- Igual (menos de 3 cms de diferencia entre ambas figuras).

Para evaluar los factores de la personalidad se tomaron los indicadores propuestos por Koppitz (1991). Se calificó con 0 a las figuras que no presentan los siguientes indicadores y con 1 las que si la presentan.

Impulsividad

0- no impulsivo

1- impulsivo

- deficiente integración de las partes- una o más partes de la figura no están unidas al resto del cuerpo o se unen únicamente por una línea.
- gran asimetría entre las extremidades- notable diferencia entre la forma de un brazo o pierna, o entre los brazos y las piernas.
- transparencias- deben ser evidentes y comprender extremidades o tronco.
- figura grande- de 23 o más centímetros de altura.
- omisión del cuello- No existe conexión entre la cabeza y el cuerpo o apenas y la toca, la cabeza esta unida directamente al cuello.

Inseguridad

0 – Seguro

1 - Inseguro

- figura inclinada- el eje vertical de la figura tiene una inclinación de mas de 12° a partir de la perpendicular.
- cabeza pequeña- el tamaño de la cabeza es menor que 1/8 del tamaño total de la figura.
- manos amputadas- los brazos están dibujados sin manos ni dedos.
- figura monstruosa o grotesca- la figura debe ser hecha deliberadamente por el joven y no como resultado de su inmadurez o falta de habilidad para el dibujo (monstruos, extraterrestres, extranjeros, payaso o vagabundo).
- omisión de los brazos- las manos aparecen solas sin brazos.
- omisión de las piernas- los pies aparecen solos sin piernas.
- omisión de los pies- las piernas aparecen sin pies ni dedos.

Ansiedad

0 – No ansioso

1 – Ansioso

- sombreado de la cara- el dibujo presenta sombreado deliberado de la cara o parcial; pecas, sarampión o anteojos oscuros entran en esta clasificación.
- sombreado del cuerpo, de las extremidades, de manos, del cuello o de todos los anteriores- la parte sombreada implica la parte de preocupación específica. Si existe un énfasis especial en el sombreado del área genital por medio de líneas repasadas con fuerza o del delineamiento del cierre de los pantalones, refleja ansiedad sexual.
- Piernas juntas- no hay espacio entre las piernas, en los dibujos de perfil solo se muestra una pierna.
- omisión de los ojos- ausencia completa de los ojos.
- nubes, lluvia, pájaros volando.

Introversión

0 – Extrovertido

1 – Introvertido

- figura pequeña- mide 5 cm o menos.
- brazos cortos- en vez de brazos se dibujan 2 pequeños picos o los brazos no llegan a la altura de la cintura.
- brazos pegados al cuerpo- no existe espacio entre el cuerpo y los brazos.
- omisión de la nariz- ausencia completa de nariz o de fosas nasales.
- omisión de la boca- ausencia total de boca.

Agresividad

0 – No agresivo

1 – Agresivo

- ojos bizcos- Ambos ojos están vueltos hacia afuera o hacia adentro.
- dientes- dibuja uno o más dientes.
- brazos largos- los brazos llegan abajo de la rodilla.
- manos grandes- las manos son igual o más grandes que la cara.
- figura desnuda, genitales- se dibuja una figura desnuda, genitales realistas o representaciones simbólicas o características sexuales secundarias.

3.9 ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

Se llevaron a cabo análisis de frecuencias que permitieron caracterizar a la muestra, para posteriormente realizar análisis más específicos como, Análisis de Regresión Múltiple, y un análisis lineal estructural AMOS, SPSS versión 3.6, mismos que nos permitirán la construcción de un modelo teórico.

“Usando el programa LISREL cada modelo puede ser estimado por el método de máxima probabilidad, con la asunción de que las variables observadas tienen una distribución multinormal. Cuando los estimados se obtienen, la información puede ser computada y usada para determinar errores estándar para los parámetros estimados. La aproximación general puede ser ilustrada por dos ejemplos en donde las variables latentes están actuando como causas de las variables observables. Las cuales incluyen una ecuación recursiva estructural en donde las variables latentes aparecen como causas y efectos de las variables observadas, lo cual implica una causación recíproca.” (Jöreskog, 1979, pag. 124).

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

Tabla 1. Distribución de la muestra: Media y Desviación estándar de la edad

	<i>Edad</i>
<i>Media</i>	20.5
<i>Ds</i>	4.12

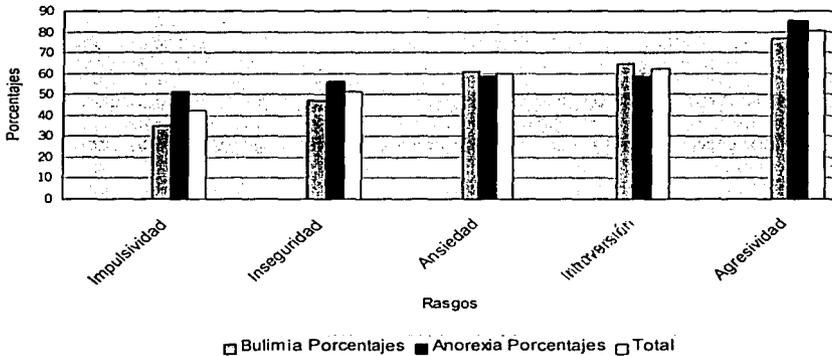
En el presente estudio se estudiaron 92 pacientes mujeres con trastorno de la alimentación (51 bulímicas y 41 anoréxicas) con una media de edad de 20.5 y una desviación estándar de 4.12 del total de la muestra. La diferencia del número de sujetos que existe entre los dos grupos se debe a que por las características del trastorno es difícil conseguir a estos sujetos y se tomaron los pacientes que estaban disponibles y que cumplieran con los criterios de inclusión del Instituto Nacional de Psiquiatría "Dr. Juan Ramón de la Fuente".

Tabla 2. Frecuencias y Porcentajes de los Rasgos de Personalidad en Pacientes Bulímicas y Anoréxicas.

Rasgo Presente	Bulimia Frecuencias	Anorexia Frecuencias	Bulimia Porcentajes	Anorexia Porcentajes	Total N Porcentajes
Impulsividad	18	21	35.3	51.2	42.4
Inseguridad	24	23	47.1	56.1	51.1
Ansiedad	31	24	60.8	58.5	59.8
Introversión	33	24	64.7	58.5	62.0
Agresividad	39	35	76.5	85.4	80.5

Bulimia N = 51
 Anorexia N = 41
 Total N = 92

Porcentajes de los Rasgos de Personalidad en Pacientes Bulímicas y Anoréxicas



Gráfica 1

Bulimia N = 51
 Anorexia N = 41
 Total N = 92

En la gráfica 1 se observa que no existe una diferencia importante en los rasgos de personalidad entre las pacientes anoréxicas y bulímicas; sin embargo en Impulsividad, Inseguridad y Agresividad los porcentajes en las anoréxicas mostraron ser ligeramente más altos, mientras que las bulímicas manifestaron la misma tendencia en Ansiedad e Introversión. El indicador que mostró la mayor disparidad entre ambos grupos fue el de Impulsividad, con una diferencia de 18.9% en las anoréxicas. Mientras que el más frecuente en ambos grupos fue Agresividad con un 76.5% para las bulímicas y 85.4% para las anoréxicas. Finalmente, Impulsividad se presentó con un 35.3% para las bulímicas y un 51.2% para las anoréxicas siendo el rasgo con menor frecuencia en ambos grupos. También se puede observar que los rasgos se comportan de manera similar para las anoréxicas y

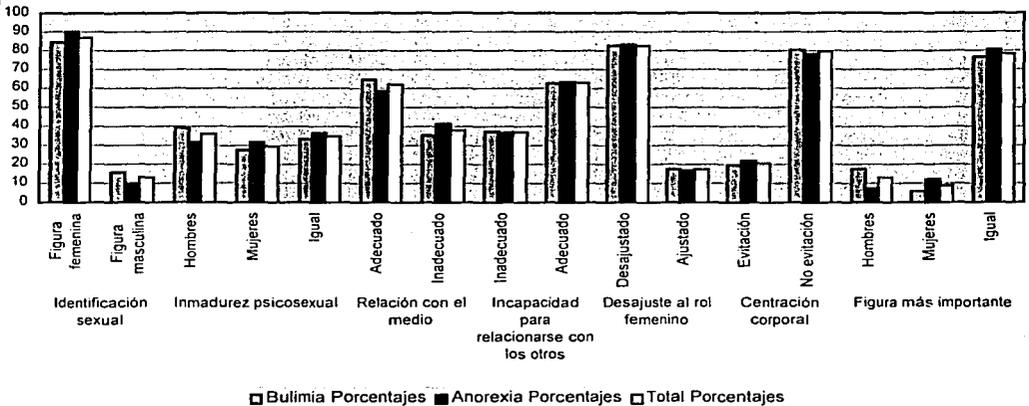
bulímicas, es decir, para ambos grupos impulsividad es el rasgo con porcentaje mas bajo seguido de inseguridad, ansiedad, introversión, y agresividad, pudiéndose confirmar en el porcentaje total.

Tabla 3. Porcentajes y Frecuencias de Vivencia Corporal en pacientes anoréxicas y bulímicas

Variable		Bulimia Porcentajes	Anorexia Porcentajes	Total Porcentajes
Identificación sexual	Figura femenina	84.3	90.2	86.9
	Figura masculina	15.7	9.8	13.1
Inmadurez psicosexual	Hombres	39.2	31.7	35.9
	Mujeres	27.5	31.7	29.3
	Igual	33.3	36.6	34.8
Relación con el medio	Adecuado	64.7	58.5	62
	Inadecuado	35.3	41.5	38
Incapacidad para relacionarse con los otros	Inadecuado	37.3	36.7	37
	Adecuado	62.7	63.3	63
Desajuste al rol femenino	Desajustado	82.5	83	82.6
	Ajustado	17.5	17	17.4
Centración corporal	Evitación	19.6	21.9	20.6
	No evitación	80.4	78.1	79.4
Figura más importante	Hombres	17.6	7.3	13
	Mujeres	5.9	12.2	8.7
	Igual	76.5	80.5	78.3

Bulimia N = 51
 Anorexia N = 41
 Total N = 92

Porcentajes de Vivencia de sí mismas en pacientes anoréxicas y bulímicas



□ Bulimia Porcentajes ■ Anorexia Porcentajes ▒ Total Porcentajes

Gráfica 2

Bulimia N = 51
Anorexia N = 41
Total N = 92

En la gráfica 2 se puede observar que no hubo grandes diferencias entre los porcentajes de ambos grupos, sin embargo se encontró que en las variables: identificación sexual “figura femenina”, inmadurez psicosexual “mujeres” e “igual”, relación con el medio “inadecuado”, incapacidad para relacionarse con los otros “adecuado”, desajuste al rol femenino “activo”, centración corporal “evitación”, figura más importante “mujeres” e “igual” las pacientes anoréxicas tienen un porcentaje ligeramente más alto que las bulímicas; mientras que las pacientes bulímicas presentaron porcentajes más altos en identificación sexual “figura masculina”, inmadurez psicosexual “hombres”, relación con el medio “adecuado”, incapacidad para relacionarse con los otros “inadecuado”, desajuste al

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

rol femenino "pasivo", centración corporal "no evitación", figura más importante "hombres".

Los porcentajes totales más altos se encuentran en identificación sexual "figura femenina" con un 86.9%, desajuste al rol femenino "activo" con 82.6%, centración corporal "no evitación" con 79.4%, y figura más importante "igual" con 78.3%. También se observa que más del 50% de las pacientes de ambos grupos presentaron adecuación al medio; más del 60% mostraron una adecuada capacidad para relacionarse con los otros, y menos del 25 % manifestaron evitación de la centración en el cuerpo. En la variable inmadurez psicosexual no se encontraron grandes diferencias entre los tres criterios, aunque existen mayores porcentajes en "hombres" para las bulímicas, a diferencia de las anoréxicas, donde las puntuaciones para "mujeres" son mayores.

Tabla 4. Tamaño comparativo (cm.)

	Media Anorexia	Media Bulimia	Ds Anorexia	Ds Bulimia
Hombre	12.2	14	5.5	5
Mujer	12.4	13.4	5	5.4

En la tabla 4 se observa que no existe diferencia entre el tamaño comparativo de las figuras femeninas y masculinas; así como en las medias comparativas de los dibujos realizados por las pacientes anoréxicas y bulímicas.

La siguiente tabla muestra las relaciones significativas entre todas las variables, para poder generar un modelo de predicción funcional, y explicar el fenómeno, además de dar el grado de predictibilidad.

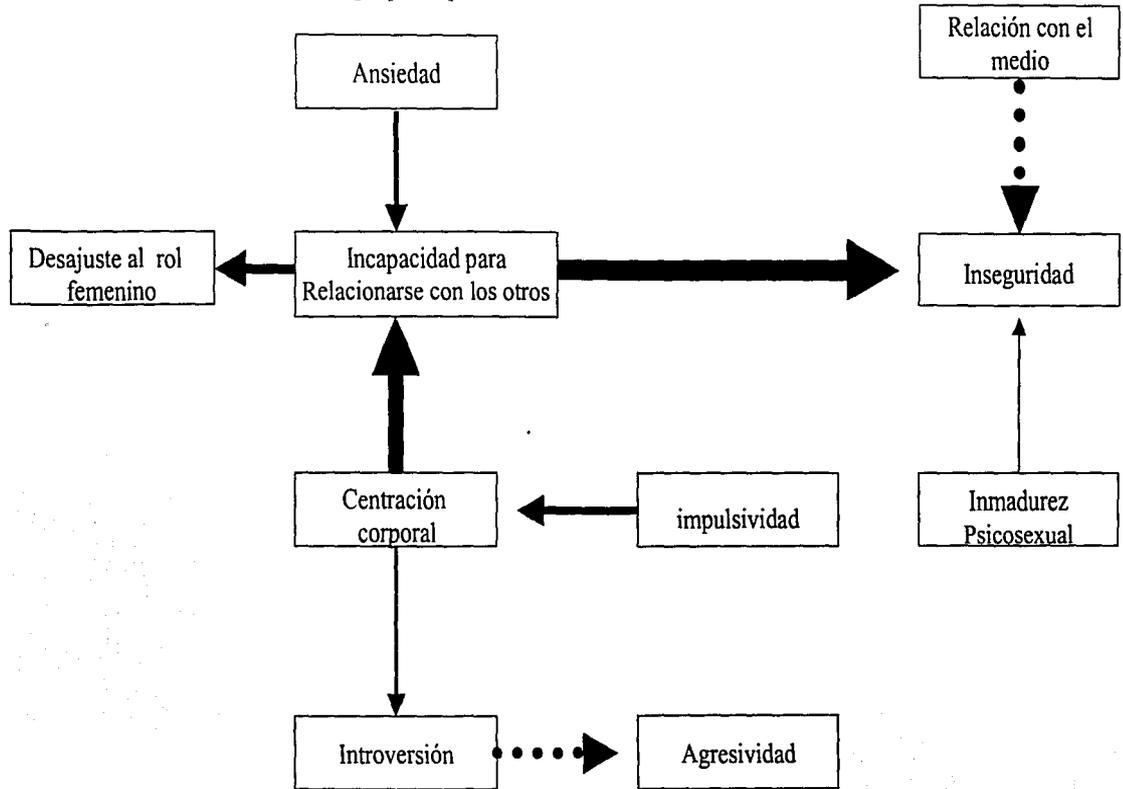
Tabla 5. Análisis de Relación Lineal Estructural (LISREL).

Variable Observable	Variable latente	Valores B estándar	Comentarios
Inseguridad	Incapacidad para relacionarse con los otros	.453	Mientras más incapaz se sienta una persona para relacionarse, será más insegura.
Inseguridad	Relación con el medio	-.342	Mientras menos adaptado sea un sujeto, será más inseguro.
Inseguridad	Inmadurez psicosexual	.181	Mientras más inmadura psicosexualmente sea una persona tenderá a ser más insegura.
Introversión	Centración corporal	.207	Cuanto más centrado en su cuerpo esté un sujeto, presentará mayor introversión.
Agresividad	Introversión	-.330	Mientras menos introvertido sea el sujeto, presentara mayor agresividad.
Incapacidad para relacionarse con los otros	Centración corporal	.369	Mientras más se centre en su cuerpo un sujeto, será más incapaz de relacionarse con los otros.
Incapacidad para relacionarse con los otros	Ansiedad	.230	Mientras mayor sea la ansiedad, la capacidad para relacionarse con otros se verá disminuida.
Desajuste al rol femenino	Incapacidad para relacionarse con los otros	.243	Mientras más incapaz sea una persona para relacionarse con los otros, se encontrará más desajustada al rol femenino
Centración corporal	Impulsividad	.241	Mientras más impulsiva sea una persona, tenderá a centrarse más en el cuerpo

El modelo de ejecución representado por esta estructura se validó por medio de un análisis estructural AMOS, SPSS versión 3.6 (Arbuckle, 1997); este análisis confirmó el ajuste de los datos empíricos al diagrama de las trayectorias, con un índice de bondad de ajuste AGFI= 0.925 y con una significancia $X^2 = 26.246$; P estricta = .976; Grados de Libertad = 36 y nivel de Probabilidad = 0.884.

“Si el AGFI excede el .90 el criterio es utilizado por muchos investigadores como un indicador de buen ajuste.” (Stevens, 1996, pag. 399). Debido al tamaño de la muestra no se tomará en cuenta el valor de significancia de la chi-cuadrada, y como la bondad de ajuste rebasa el .90, se considera que el modelo tiene un buen ajuste, independientemente de los grados de libertad (op. cit.).

Modelo Predictivo de los rasgos de personalidad y los aspectos de vivencia de sí mismas para un grupo de pacientes con trastornos de la alimentación



En este modelo, el grosor de la línea indica aproximadamente, el grado de relación de las variables (puntaje B estandar), siendo la más gruesa el puntaje más alto y la más delgada el más bajo. Las líneas continuas indican que las relaciones son positivas, y las discontinuas negativas.

CAPÍTULO V: DISCUSIONES Y CONCLUSIONES

Se realizó un análisis de frecuencias para poder establecer los porcentajes que presentaron las anoréxicas y bulímicas en los rasgos de personalidad. Las diferencias en tales porcentajes fueron mínimas entre ambos grupos y en todos los rasgos. Esto indica que dichos grupos diagnósticos se comportan de manera similar con respecto a las variables mencionadas, es decir, los porcentajes en cada rasgo son parecidos en ambos grupos, ya que, tanto las anoréxicas como las bulímicas mostraron los porcentajes más bajos en impulsividad, seguido de inseguridad, ansiedad, introversión, y por último, con el porcentaje más alto, agresividad.

Con esto se puede concluir que estos padecimientos propios del comer se comportan cualitativamente similares. Esto puede deberse a que en esta muestra no se tomaron en cuenta particularidades del diagnóstico; a que las diferencias de los criterios del diagnóstico diferencial son mínimas, en especial entre el tipo compulsivo-purgativo anoréxico y el tipo purgativo bulímico, donde el individuo recurre regularmente a atracones o purgas; o también, a que la estructura puede ser la misma en ambos grupos con respecto a la comida, manifestándose con un síntoma distinto.

Con respecto a los rasgos de personalidad medidos, se encontró que la impulsividad obtuvo los porcentajes más bajos, con sólo el 42.4 %, sin embargo, fue el rasgo que mayor diferencia presentó entre ambos grupos (15.9%). En la literatura, esta variable se ha relacionado con mayor frecuencia en las pacientes bulímicas, pues se menciona, que

cuando se presenta el atracón, existen sentimientos de pérdida de control, mientras que las anoréxicas suelen buscar un sentido de mayor autonomía y autocontrol (Calam y Waller, 1998; Gandour, 1984; en Steinhausen, 1994; Goldman, 1959; en Silva, 2001). Pero, al revisar los tipos de anorexia y bulimia, se puede encontrar que en ambos grupos existen periodos de restricción, seguidos de alguna conducta compulsiva, mismas que hablan de impulsividad (excepto en el tipo restrictivo en la anorexia), pues se presentan conductas repetitivas que implican pérdida de control sobre las mismas, por ejemplo: ejercicio desmedido y atracones.

Ambos grupos presentaron 51.1 % en inseguridad, siendo las anoréxicas las que obtuvieron resultados porcentuales mayores, con una diferencia de 9%. Esto concuerda con los resultados reportados por Calam y Waller en 1998, quienes informan que este rasgo se presenta en la anorexia y en la bulimia, aunque, la inseguridad y las conductas purgativas correlacionan débilmente, lo cual indica que este tipo de conducta compensatoria no se presenta por los sentimientos de inseguridad que manifiestan estos sujetos. Mientras, Rosen y Ramírez en 1998, proponen que la autoestima negativa esta relacionada con las preocupaciones físicas que presentan las pacientes anoréxicas y bulímicas. Por otro lado, Rabe-Jablonska (1998), menciona que la inseguridad se manifiesta cuando hay un cambio de grupo social o posición en el mismo. Aunque en la literatura, este rasgo no se relaciona claramente con otras variables, se presenta en ambos grupos.

Las pacientes anoréxicas y bulímicas mostraron porcentajes similares en ansiedad, mismos que se acercaron al 60%. En este caso, se presentó la menor diferencia entre los grupos (2.3%). Calam y Waller (1998), Rabe-Jablonska (1998), Silva (2001) y Walsh y Devlin

(1998), también reportan altos niveles de ansiedad que se pueden deber a la constante preocupación por mantenerse delgadas. Asimismo, Lucas (1996) y Norman (1996), refieren que los atracones son precedidos de estados ansiosos o de tensión.

De la misma manera que el rasgo anterior la introversión se presenta con porcentajes cercanos al 60% en ambos grupos, contrariamente a los hallazgos reportados por Walsh y Devlin (1998) donde muestran a las pacientes anoréxicas como introvertidas y a las bulímicas extrovertidas. Lo cierto es que, la introversión se puede ver reflejada en la timidez o en la cautela en relación con los demás. De la misma forma, Silva (2001) encontró que esta variable se relaciona con la necesidad de reconocimiento de manera negativa en ambos grupos, esto es, a mayor introversión menor necesidad de reconocimiento. Asimismo, al sentirse inadecuadas a su entorno, tienden a volverse introvertidas y recurren al aislamiento como mecanismo de defensa.

La variable que resultó con los porcentajes más altos fue agresividad tanto en las pacientes anoréxicas como bulímicas. Dicho rasgo también se define como una furia resultante de la frustración, la cual puede ser auto o heterodirigida. Golder en 1999 (en Silva, 2001) reconoció esta característica con relación a los trastornos de la conducta alimentaria.

Al igual que en los rasgos de personalidad, los porcentajes obtenidos en los componentes de la vivencia de sí mismas son similares en ambos grupos.

De la misma manera que en el análisis de frecuencias anterior, se observó que las variables se comportan de manera similar en ambos grupos diagnósticos, esto es, tanto las bulímicas

como las anoréxicas se identifican con la figura femenina, aparentemente no se presenta inmadurez psicosexual, ellas aparentan relacionarse adecuadamente con su medio y las demás personas, hay un desajuste al rol femenino, existe una contracción corporal y le dan la misma importancia a la figura femenina que a la masculina.

Al respecto, se encontró que dichos grupos se identifican con su sexo, lo cual puede indicar que el problema en estos trastornos no radica en el hecho de aceptar ser mujer u hombre, sino en la posición que toma el sujeto ante las exigencias del medio.

De acuerdo a los resultados obtenidos en inmadurez psicosexual, se encontró que las bulímicas dibujaron con más detalles a los hombres que a ellas mismas, mientras que las anoréxicas mostraron porcentajes ligeramente más altos en los detalles puestos a las figuras femeninas en relación con las masculinas; el 34% dibujaron a las mujeres y a los hombres con igual número de detalles. Aunque los porcentajes en los tres grupos son similares, en la literatura se ha encontrado que las anoréxicas suelen tener relaciones sexuales displacenteras (Lucas, 1996; Steinhausen, 1994), mientras que las bulímicas pueden conducirse de manera promiscua o tener una restricción total en su conducta sexual (Lucas, 1996; Steinhausen, 1994). Palmer y cols. (en Steinhausen, 1994) han encontrado historias de experiencia sexual adversa, así como abuso físico y sexual en las pacientes con trastornos de la alimentación.

De la misma forma, se encontró que las pacientes aparentemente se adaptan con su medio y son capaces de relacionarse con los otros, ya que los porcentajes en ambos grupos y variables mostraron ser altos y parecidos (62 % y 63%, respectivamente). Estas pacientes se

esfuerzan por aparentar que su forma de relacionarse tanto con el medio como con las demás personas es la adecuada, siendo uno de los aspectos de adaptación cumplir con los estatutos de esbeltez. Alternativamente, Silva (2001) reporta que las pacientes con anorexia y bulimia se sienten inadecuadas a su entorno por lo que se les dificulta establecer relaciones con los demás. Aunque parezcan contradictorios estos resultados, de hecho se complementan, pues se deben de analizar con más detalle, ya que al tomar en cuenta la naturaleza de los instrumentos utilizados, los datos pueden referirse a cuestiones diferentes; mientras que el MMPI arroja datos duros, el Machover reporta la percepción que el sujeto tiene de sí mismo, aunque éstos no concuerden con la forma real del desenvolvimiento de la persona. Entonces, por un lado se tiene la forma en que realmente se comportan, y por el otro la manera en que ellas pretenden aparecer ante los demás.

Por otra parte se encontró que existe desajuste al rol femenino, o una falta de aceptación del papel de mujer por parte de las pacientes, esto puede reflejarse en la pérdida de peso en lugares tradicionalmente femeninos, como el busto, piernas y caderas (Silva, 2001).

En cuanto a la centración corporal, los resultados muestran que las pacientes con ambos diagnósticos tienden a no evadir su cuerpo, sino que se centran en él; y puede ser que por esto se presenten las conductas compensatorias y/o restrictivas. La centración no se debe entender únicamente como una preocupación por la imagen corporal, sino que esta puede ser la forma de canalizar los conflictos que la paciente presenta y a su vez, los enfoca en su cuerpo; es por ello que las conductas van dirigidas a él, llegando al punto de agredirlo.

Por último, las pacientes no le dan más importancia a una de las dos figuras, es decir, que en estos trastornos el problema no radica en la actitud hacia el sexo opuesto, de hecho, no existen sentimientos de inferioridad o superioridad con el género masculino, más bien, la competencia está entre las mismas mujeres.

Tomando en cuenta la naturaleza proyectiva del instrumento y la forma en que éste debe ser interpretado, debemos contemplar todas las variables como un conjunto y como una relación, que sólo se entiende al interpretarlo en su totalidad, esto es importante debido a que el individuo se plasma como una integridad en el dibujo.

Dadas las características de la muestra, y los porcentajes obtenidos por ambos grupos, se puede observar cierta tendencia en los indicadores que nos pueden dar información del comportamiento general de los sujetos y cómo se relacionan estos componentes.

Las pacientes de este estudio presentan inquietud de pensamiento con respecto al cuerpo, lo cual se manifiesta como ansiedad; estos niveles de ansiedad pueden deberse a que no existe una evasión corporal, más bien, aparece una centración en el cuerpo, lo cual conlleva una preocupación excesiva por éste, y probablemente por ello se presentan las conductas compensatorias.

Al estar tan preocupadas por su cuerpo y a su vez avergonzarse de éste, las pacientes se manifiestan introvertidas e inseguras. Esto puede llevarlas a sentimientos de impotencia y frustración, lo cual se puede ver en la continua insistencia por bajar de peso, miedo a aumentarlo y no sentirse satisfechas con el peso y la imagen corporal que tienen (Probst y

cols., 1998 y Smeets y cols., 1998) Además, dicha frustración puede generar ira o agresión hacia ellas mismas o a los demás por el pobre control de impulsos. Esta agresión, como ya se mencionó, no necesariamente se refleja al exterior, ya que al centrar la atención sobre ellas mismas, la agresión puede presentarse de manera autodirigida (Lucas, 1996; Steinhausen, 1994).

Las conductas que se manifiestan en los trastornos bulímicos y anoréxicos son en ellas mismas agresivas hacia el cuerpo; los vómitos, el uso de laxantes, las dietas rigurosas, etc., causan a largo plazo daños irreversibles en el organismo. Otro tipo de autoagresión que presentan dichas pacientes se puede observar cuando se cortan los brazos, manos o cara e/ó en el abuso de sustancias tóxicas como el alcohol y/o las drogas.

Las pacientes se manifiestan como adecuadas a su medio y capaces de relacionarse con los demás, pero por la naturaleza del instrumento estas variables se pueden interpretar como un ideal, es decir, aunque se sientan inseguras, todos su intentos por adelgazar tienen como finalidad adaptarse a su medio y ser aceptadas por los demás.

A pesar de querer adaptarse y de relacionarse satisfactoriamente con los demás, la frustración que es producida por no poder llegar a su peso y figura ideal, desemboca en conductas agresivas hacia ellas mismas y los demás, por ejemplo, la automutilación. De la misma forma, Silva (2001) encontró que esta insatisfacción por la figura causa una preocupación excesiva por la comida, misma que conduce a las conductas restrictivas, las cuales disminuyen momentáneamente los sentimientos de inadecuación al entorno.

Por otra parte, las pacientes se identifican con su sexo, además de no darle más importancia al género masculino, esta identificación se refiere a que se asumen como mujeres y que no existe competencia con el sexo opuesto. Crispo y cols. (1998), refieren que las adolescentes mencionan que para ser una mujer exitosa, no sólo no hay que desarrollar un cuerpo femenino, sino que creen que tampoco está permitido crecer, madurar y envejecer. De la misma forma Boskind-Lodahl (en Munren y Smolak, 1997), mencionan que las mujeres jóvenes valoran las características masculinas en la sociedad, de manera que las lleva a desear poseerlas y a tener miedo de no lograrlas.

De acuerdo a lo anterior, Silva (2001) menciona que existe miedo a madurar, lo cual dificulta el adaptarse a su rol femenino. A pesar de que en esta investigación los porcentajes en inmadurez psicosexual son similares, el 29.3% de las pacientes resultaron inmaduras psicosexualmente, además de reportar actitudes activas, las cuales se relacionan con el rol masculino.

Finalmente, se logró construir un modelo que explica las relaciones existentes entre los rasgos de personalidad y los componentes de vivencia de sí mismas de esta muestra con trastornos de la alimentación.

Con respecto al modelo predictivo que se describe a continuación, la incapacidad para relacionarse con los otros obtuvo mayor número de relaciones con las demás variables.

Se observa que la impulsividad predice de manera positiva la centración corporal, esto es, que mientras más impulsiva sea una persona tenderá a centrarse más en el cuerpo. Como se

mencionó anteriormente los sujetos con anorexia y bulimia dirigen lo vivenciado por ellos hacia el cuerpo, así todo lo que ellos no pueden controlar lo enfocan por medio de la comida; y al intentar controlarla en muchas ocasiones las lleva a actuar espontáneamente. De este modo, cuando las pacientes se muestran impulsivas los actos que realizan los realizarán hacia ellas mismas, provocando atracones, vómitos y conductas autopunitivas.

En cuanto a la relación de centración corporal e introversión se encontró que cuanto más centrado esté el sujeto en su cuerpo, presentará mayor introversión. La centración corporal se entiende como la preocupación excesiva por el cuerpo, siendo un factor el que la imagen que perciben de sí mismas no es satisfactoria para ellas, esto las lleva a la introversión. Es decir, mientras más preocupadas estén por la imagen propia, evitarán más circunstancias de grupo, se avergonzarán más y su autoconcepto será más negativo. Asimismo, la introversión se puede ver reflejada en sus conductas cuando se ven obligadas a estar con otras personas, mostrándose cautelosas al contacto, poca comunicación, etc.

De la misma forma, la centración corporal predice la incapacidad para relacionarse con los otros. En el presente estudio se observó que las pacientes desean tener contacto con los demás, aunque muchas de sus conductas sean inadecuadas para la aceptación social. El estar enfocadas en su cuerpo las vuelve incapaces de establecer relaciones por miedo a ser rechazadas; se concentran por obtener un cuerpo esbelto y dejan de acercarse a los iguales, “me replegaba en la excusa de que no podía hacer vida social porque no estaba lo bastante delgada” (Apostolides, 1999, pag. 44). Sus pensamientos y actividades se ven reducidas a pensar qué van a comer, cómo se ven, cuánto han subido o bajado de peso, y dejan de lado las actividades sociales.

La introversión se relacionó de manera negativa con la agresividad, es decir, mientras menos introverso sea un sujeto será más agresivo. La introversión se define como un autoconcepto negativo, tendencia a avergonzarse y atemorizarse fácilmente, por esto es difícil que ataquen verbal o físicamente. Aparentemente esta relación no puede establecerse hacia dónde se dirige la agresión, pero si tomamos en cuenta que la introversión es un parámetro social, quizá las conductas agresivas estén orientadas hacia ellas mismas.

Al presentar un estado de ansiedad definido como la tensión o inquietud de la mente con respecto al cuerpo o como un estado prolongado de aprehensión, gran parte de la energía del sujeto está dirigida hacia ellos mismos, y la preocupación por mantenerse delgado propicia la incapacidad para relacionarse con los otros. Se encontró que mientras mayor sea la ansiedad, la capacidad para relacionarse se verá disminuida.

El desajuste al rol femenino aparece como consecuencia de la incapacidad para relacionarse, ya que al no poder establecer conexiones sociales, se cuestionan acerca de su comportamiento como mujeres, estos sentimientos de insatisfacción hacia ellas mismas se producen por la creencia de no cumplir con las expectativas de los demás.

La inseguridad se predice por los siguientes tres factores:

El medio el cual exige un determinado comportamiento, como cumplir con ciertos cánones de belleza, además de seguir reglas establecidas socialmente; el no poder ligarse con otras personas, y por último la inmadurez psicosexual, la cual se ve reflejada en las relaciones displacenteras, promiscuidad o restricción sexual total. Estos factores conllevan a que los

sujetos se sientan inseguros, por esta razón probablemente comiencen a realizar conductas de control para construir un medio de alguna forma más seguro.

En resumen, las pacientes con anorexia y bulimia mostraron, aparentemente, ser capaces de relacionarse con los otros; lo cual se puede interpretar como el ideal de interacción con los demás. Al analizar esta variable con las otras, se muestran deficiencias en dicha capacidad debido a la ansiedad que presentan y a la centración corporal, lo cual se manifiesta por una excesiva preocupación por el cuerpo. Esta incapacidad, a su vez, predice un desajuste al rol femenino, probablemente porque el no poder relacionarse las lleva a cuestionarse su papel como mujeres al creer que no cumplen con las expectativas de los otros. Del mismo modo, la falta de capacidad para relacionarse, la inadecuación con el medio y la inmadurez psicosexual, puede generar inseguridad en estos grupos, esto es, al no sentirse capaces de establecer relaciones satisfactorias; al no poder cumplir con las exigencias del medio y presentar miedo a madurar, estas pacientes pueden producir un autoconcepto bajo y sentimientos de impotencia.

Por otro lado, muestran pobre control de impulsos, baja tolerancia a la frustración y buscan gratificación inmediata, todo esto se puede ver en las conductas compensatorias como los atracones, el ejercicio desmedido, y en las conductas rituales, mismas que llevan a la centración corporal, por la excesiva preocupación de su peso y figura. De este modo, esta centración es un componente que puede causar introversión, pues estas pacientes tienden a avergonzarse de su cuerpo y a apartarse de circunstancias difíciles.

En el presente estudio se encontró que no existen grandes diferencias en los porcentajes entre los grupos de anorexia y bulimia, por lo que es necesario realizar otro tipo de trabajos utilizando baterías para poder discriminar más finamente entre las características de ambos grupos, y conocer más a fondo el fenómeno. Además, se sugiere que en estudios posteriores se divida a los grupos diagnósticos en los tipos específicos que sugiere el DSM-IV, pues para algunas tareas o pruebas el no hacer la diferenciación causaría problemas en los análisis de datos. Además de tratar de descubrir otro tipo de índices que permitan clasificar los trastornos de la alimentación no especificados. De la misma forma, se proponen estudios comparativos con poblaciones que padezcan el trastorno de forma "pura", es decir, pacientes anoréxicas y bulímicas que cumplan con todos y cada uno de los criterios de diagnóstico; para así controlar mejor las variables a estudiar.

Es necesario realizar mayor investigación en poblaciones latinas para establecer claramente las pautas de estos trastornos en nuestra cultura y principalmente en nuestro país. Aunque no existen datos disponibles de la epidemiología se ha comenzado a registrar casos clínicos en distintas instituciones.

También es importante realizar otras investigaciones acerca de las influencias del grupo donde se relacionan las pacientes y cómo se comportan en éste, pues al parecer esta razón puede ser parte de la etiología del trastorno (Rabe-Jablonska, 1998). Además se sugiere usar sujetos controles delgados sin desórdenes alimentarios en estudios futuros para minimizar los efectos de las diferencias del tamaño corporal.

Por otra parte, se reportan otras variantes sobre el concepto de sí mismos que tienen los sujetos con trastornos alimentarios. Este punto ha sido muy estudiado desde la perspectiva de la imagen corporal, debido a que es uno de los criterios de diagnóstico en el DSM-IV. Recientemente se han realizado otros estudios con la perspectiva de la experiencia corporal, que incluye aspectos cognitivos, neuropsicológicos y afectivos en relación con la propia evaluación del cuerpo (Probst y cols., 1997). Es importante que al respecto se realicen otro tipo de trabajos pues al parecer la distorsión de la imagen corporal no está basada únicamente en aspectos perceptivos, sino también en cognitivos (Cash y Deagle, 1997). Los sujetos que padecen este tipo de trastornos tienen un estimado aproximado de su peso e imagen pero aún así insisten en ser más delgados, lo cual hace pensar que el problema no radica en el peso e imagen real. Es por ello que es importante realizar estudios que indaguen sobre el medio social en el que se desarrollan e interactúan las personas con trastornos de la alimentación, además de observar cómo se sienten con respecto a su cuerpo, y no sólo cómo se ven. Asimismo, otro punto importante puede ser el rol social que se les está pidiendo y cuál están asumiendo, así como la actitud frente al sexo opuesto. Junto con esto, sería interesante analizar los cambios sociales que se han manifestado en los últimos años, y poder ver si estos cambios han influido en el curso y aumento de los trastornos de la alimentación.

En esta investigación se trataron de explorar otros aspectos que pueden influir en el desarrollo de estos trastornos utilizando una prueba proyectiva, la cual no sólo aporta datos acerca de los rasgos de personalidad y de cómo se relacionan las pacientes con el medio y los demás, sino que, por la misma característica del instrumento, se pudo obtener la forma en que las pacientes se perciben. Esto puede dar información para modificar los tipos de

tratamiento, y así tomar en cuenta la forma en que ellas se sienten y perciben, aunque su realidad sea otra.

Por otro lado, el modelo obtenido aportó relaciones que no se habían observado en estudios anteriores al arrojar datos de variables relevantes del trastorno. Así, estas relaciones pueden dar pautas a futuras investigaciones.

Aunque se ha observado que los trastornos de la alimentación han aumentado considerablemente en los últimos años, siendo la cultura occidental donde la presión social exige tener un cuerpo esbelto, ésta no explica por sí sola el fenómeno, ya que existen otro tipo de factores etiológicos importantes. Es por esto que el presente estudio tomó en cuenta otras variables que pueden estar implicados en la vivencia de sí mismas, esto continúa con la línea de investigación la cual no se enfoca únicamente en la imagen física de los sujetos, sino en cuestiones cognitivas y de posición del sujeto ante él mismo y ante el medio.

REFERENCIAS

- Abt, L. E., y Bellak, L. (1967). *Psicología Proyectiva*. Buenos Aires: Paidós.
- Andersen, A. (1999). Eating Disorders in gay males. *Psychiatric Annals*, 29 (4), 206-212.
- Apostolides, M. (1999). Vencer la anorexia y la bulimia. Barcelona: Urano.
- Arbuckle (1997). Amos user's guide version 3.6. Smallwaters corporation: Chicago.
- Becker, A. E., Grinspoon, S. K., Klubanski, A., y Herzog, D. B. (1999). Eating Disorders. *The New England Journal of Medicine*, 340(14), 1092-1098.
- Bell, J. E. (1964). *Técnicas Proyectivas: Exploración de la Dinámica de la Personalidad*. Buenos Aires: Paidós. (2ª. Edición)
- Bemporad, J. (1996). Self-Stravation Through the Ages: Reflections on the Pre-history of Anorexia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 19(3), 217-237.
- Berry, E., Kelly, D., Canerri, L., Bacher, E. (1998). Word Association Text and Psychosexual cues in assessing persons with eating disorders. *Perceptual and Motor Skills*, 86 (1), 43-50.
- Branbilla, F., Ferrari, E., Panerai, A., Manfredi, E., Petraglia, F., Catalano, M., Sacerdote, P. (1993) Psychoimmunoendocrin investigation of anorexia nervosa. *Neuropsychobiology*, 27 (9), 16.
- Calam, R. y Waller, G. (1998). Are eating and psychosocial characteristics in early teenage years useful predictors of eating characteristics in early adulthood? A 7 year longitudinal study. *International Journal of Eating Disorders*, 24 (4), 351-362.
- Cash, T., y Deagle, E.. (1997). The Nature and Extent of Body Image Disturbances in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: a Meta-Analysis (falta revista y volumen) 107-125.
- Claridge, G., Davis, C., Bellhouse, m., Kaptein, S., (1998). Borderline personality, nightmares, and adverse life events in the risk for eating disorders. *Personality and Individual Psychology*, 25 (2), 339-351.
- Crispo, R., Figueroa, E., Guclar, D. (1998). *Anorexia y Bulimia: lo que hay que saber. Un mapa para recorrer el territorio trastornado*. Barcelona: Gedisa
- Delvene, V., Goldman, S., De Maertelaer, V., Wikler, D., Damhaut, P., Lotstra, F. (1997). Brain glucose metabolism in anorexia nervosa and affective disorders: influence of weight loss or depressive symptomatology. *Psychiatry Research: Neuroimaging Section*, 74, 83-92.
- Delvene, V., Goldman, S., Simon, Y., De Maertelaer, Lotstra, F. (1997). Brain Hypometabolism of Glucose in Bulimia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 21, 313-320.
- Delvene, V., Goldman, S., De Maertelaer, V., Simon, Y., Luxen, A., Lotstra, F. (1996). Brain Hypometabolism of Glucose in Anorexia Nervosa: Normalization after weight gain. *Society of Biological Psychiatry*, 40, 761-768.
- Esquivel, F., Heredia, C., y Lucio, E. (1999). *Psicodiagnóstico Clínico del Niño*. México: Manual Moderno. p.p. 149-186.
- Fernández, F., Dahme, B., Meerman, R. (1999). Body Image in eating disorders and analysis of relevance: a preliminary study. *Journal of Psychosomatic Research*, 47 (5), 419-428.
- Focault, M., (1999) *Historia de la locura en la época clásica I*. Fondo de cultura económica, 8va. Reimpresión.

- Furnham, A., y Nordling, R. (1998). Cross-cultural differences in preferences for specific male and female body shapes. *Personality and Individual Differences*, 25 (4), 635-648.
- Jarry, J. (1998). The meaning of body image for women with eating disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 43 (4), 367-374.
- Jing, J., Yuan, Ch., Liu, J., (1999) Study of human figure drawings in learning disabilities. *Chinese Mental Health Journal*. 13 (3), 133-134.
- Joiner, T., Katz, J., Heatherton, T. (2000). Personality features differentiate late adolescent females and males with chronic bulimic symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, 27 (2), 191-197.
- Jöreskog, K. (1979) *Advances in factor analysis and structural equations models*
- Kearfott, S., Hill, D. (1997) The biological substrate of eating disorders. *Current opinion in psychiatry*, .10, 296-299.
- Kearney, R. (1996). Attachment Disruption in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: A Review of Theory and Empirical Research. *International Journal of Eating Disorders*, 20(2), 115-127.
- Kelly, Ch., Ricciardello, L., Clarke, J. (1999). Problem eating attitudes and behaviors in young children. *International Journal of Eating Disorders*. 25 (3), 281-286.
- Kingston, K., Szmukler, G., Andrewes, D., Tress, B., Desmond, P., (1996) Neuropsychological and structural brain changes in anorexia nervosa, before and after refeeding. *Psychological medicine* 26, 15-28.
- Konstanski, M., Gullone, E. (1998). Adolescent body image dissatisfaction: Relationships with self-esteem, anxiety, and depression controlling for body mass. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 39 (2), 255-262.
- Koppitz, E. (1991). *Evaluación psicológica de los dibujos de la figura humana*. Manual Moderno, México, D. F.
- Krasnovsky, T. y Lane, R. (1998). Shoplifting: A review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 3 (3), 291-235.
- Lucas, A. R. (1996). Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. Leais, M. (comp). *Child and Adolescent Psychiatry a Comprehensive Textbook*. Londres: William and Wilkins. (2ª. Edición).
- Ludwig, M., Brownell, K. (1999). Lesbians, bisexual women, and body image: An investigation of gender roles and social group affiliation. *International Journal of Eating Disorders*, 25 (1), 89-97
- Machover, K. (1974). *Proyección de la Personalidad*. Bogotá: Cultural.
- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-IV (1998). México: Editorial Masson.
- Munren, S., Smolak, L. (1997). Feminity, masculinity and disordered eating: A meta-analytic review. *Journal of eating disorders*. 22, 231-242.
- Norman, K. (1996). *Trastornos de la Alimentación en Psiquiatría General*. Goldman, Howard H. (comp.). México: Manual Moderno (4ª. Edición).
- O'Dea, J., Abraham, S. (1999). Onset of disordered eating attitudes and behaviors in early adolescence: Interplay of pubertal status, gender, weight , and age. *Adolescence*, 34 (136), 671-679.
- Otagaki, Y., Tohoda, Y., Osada, M., Horiguchi, J., Yamawaky., S. (1998). Prolonged P300 latency in eating disorders, *Neuropsychobiology*, 37, 5-9.

- Palazidou, E., Robinson, P., Alwin, W., (1990). Neuroradiological and neuropsychological assessment in anorexia nervosa. *Psychological medicine*. 20, 521-527.
- Paxton, S. (1998). Current Issues in Eating Disorders Research. *Journal of Psychosomatic Research*, 44(3/4), 297-299.
- Polce, M., Myers, B., Kilmartin, CH., Forssmann, F., Kliewer, W. (1998). Gender and age patterns in emotional expression, body image, and self-esteem: A qualitative analysis. *Sex Roles*, 38(11-12), 1025-1048.
- Probst, M., Vandereycken, W., Van Coppenolle, H., Pieters, G., (1998) Body Size estimation in anorexia nervosa patients: the significance of overestimation. *Journal of Psychosomatic Research*, 44(3/4), 451-456.
- Probst, M., Vandereycken, W., Vanderlinden, J., Van Coppenolle, H., (1998) The significance of body size estimation in eating disorders: its relationship with clinical and psychological variables, (falta revista) 24, 167-174.
- Pryor, T. y Wiederman, M. (1998). Personality features and expressed concerns of adolescents with eating disorders. *Adolescence*, 33(130), 291-300.
- Rabe, J. (1998). Body image disturbances in anorexia nervosa. *Psychiatria Polska*, 32, 15-23.
- Rosen, J., y Ramirez, E. (1998). A Comparison of eating disorders and body dysmorphic disorders of body image and psychological adjustment. *Journal of psychosomatic research*, 44 (3-4), 441-449.
- Schwartz, D., Phares, V., Tantleff, D., Thomson, J. (1999) . Body Image, psychological functioning, and parental feedback regarding physical appearance. *International Journal of Eating Disorders*, 25 (3), 339-343.
- Showers, C., y Larson, B., (1999). Looking at body image: the organization of self knowledge about physical appearance and its relation to disordered eating. *Journal of Personality*, 67 (4), 659-700.
- Silva, C., (2001). *Caracterización de un grupo de pacientes con trastornos de la alimentación: estudio descriptivo*. Tesis de maestría. Facultad de Psicología: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Smith, D., Thomson, K., Raczynski, J., Hilner, J. (1999). Body Image among men and women in a biracial cohort: the cardia study. *International Journal of eating disorders*. 25 (1), 71-82.
- Smeets, M. A. M., Smit, F., Panhuysen, G. E. M., y Ingleby, D. (1997). Body Perception Index: Benefits, Pitfalls, Ideas. *Journal of Psychosomatic Research*, 44(3/4), 457-464.
- Steiner, H., y Lock, J. (1998). Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa in Children and Adolescents: A review of the Past 10 Years. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(4), 352-259.
- Steinhausen, H. (1994). Anorexia and Bulimia Nervosa. Rutter, M., Taylor, E., y Herzov, L. (comps.). *Child and Adolescent Psychiatric: Modern Approaches*. Londres: Blackwell Scientific Publications. (3ª. Edición).
- Stevens (1996) Applied multivariate statistics for the social sciences. 3ra. Edición.
- Stewart, S. H., y Samoluk, S. B. (1997). Effects of Short-Term Food Deprivation and Chronic Dietary Restraint on the Selective Processing on Appetitive-Related Cues. *International Journal of eating disorders*, 21(2), 129-135.
- Surgenor, L., Fear, J., (1998). Eating disorder in a transgender patient: A case report. *International Journal of Eating Disorders*, 24 (4), 449-452

- Taylor, C., Sarpe, T., Shisslack, C., Bryson, S., Estes, L., Gray, N., McKnight, K., Crago, M., Kraemer, H., Killen, J. (1998). Factors associated with weight concerns in adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders*, 24 (1), 31-42.
- Tiggemann, M., y Stevens, C. (1999). Weight concern across the life span: Relationship to self-esteem and feminist identity. *International Journal of Eating Disorders*, 26 (1), 103-106.
- Twamley, E. Y Davis, M. (1999). The sociocultural model of eating disturbance in young women: The effects of personal attributes and family environment. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 18 (4), 467-489.
- Unikel, C. (1998). Desórdenes Alimentarios en mujeres estudiantes y profesionales de Ballet. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Van Der Ham, T., Van Strein, D., Van Engeland, H. (1998). Personality characteristics predict outcome of eating disorders in adolescents: A 4 year prospective study. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 7 (2), 79-84.
- Walsh, B. T., y Devlin, M. J. (1998). Eating Disorders: Progress and Problems. *Science*, 280, 1387-1390.
- Ziolko, H. (1996). Bulimia: A Historical Outline. *International Journal of Eating Disorders*, 20(4), 345- 358.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN