

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

UN ESTUDIO PRELIMINAR. RASGOS DE PERSONALIDAD DE MADRES DE ADOLESCENTES CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y MADRES DE ADOLESCENTES SIN TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A :
DE LA TORRE MONTEERRUBIO JESSICA IRAIS
No. DE CUENTA: 9755545-6

DIRECTORA: DRA. GILDA LIBIA GÓMEZ PÉREZ-MITRÉ
REVISOR: MTRO. JORGE ROGELIO PÉREZ ESPINOSA
SINODALES: DRA. CORINA CUEVAS RENAUD
MTRA. OLGA OLIVIER BUSTOS ROMERO
MTRO. SOTERO MORENO CAMACHO

MÉXICO, D.F.

FEBRERO 2007



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

DEDICATORIA:

A Alain por su amor, cuidado, por entusiasmarme a seguir adelante en todo momento y creer en mí. Y por todo lo que nos falta.

A los que en parte son responsables de mi personalidad y mis logros, mis padres, por su gran capacidad de amar y por estar día a día a mi lado.

A mis hermanas Elena, Prissila y Sharon (en orden de aparición), por tantas noches de risas y todo el apoyo que necesité en momentos difíciles.

A mis eternas amigas, por sus apapachos y reflexiones, Susana, Alfa, Claudia, Alicia y Norma (también en orden de aparición). De igual forma a Chente un amigo incondicional.

A todos los que me ayudaron pacientemente a realizar esta investigación, Silvia, Rodrigo, Rosalía y Gisela, por supuesto a la Dra. Gilda y mi Maestro Jorge. Así como a todos los Profesores que tuve durante toda mi vida.

También al Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente", que me abrió las puertas para trabajar con su población. A la profesora de inglés del Colegio de Bachilleres No. 4 que me ayudó, junto con todas sus alumnas.

*Somos nuestra memoria,
Somos ese quimérico
Museo de formas, ese
Montón de espejos rotos.*

Jorge Luis Borges

ÍNDICE

Resumen	1
Introducción	2
1 Trastornos de la Conducta Alimentaria.....	4
1.1 Antecedentes históricos de los Trastornos de la Conducta Alimentaria.....	4
1.2 Trastornos de la Alimentación en adolescentes.....	10
1.2.1 Características Diagnósticas de la Anorexia Nervosa.....	13
1.2.2 Características Diagnósticas de la Bulimia Nervosa.....	14
1.3 Factores de Riesgo en los Trastornos de la Alimentación.....	17
1.3.1 Factores Predisponentes.....	17
1.3.2 Factores Precipitantes.....	22
1.3.3 Factores de Mantenimiento	24
2 Rasgos y Personalidad.....	27
2.1 Antecedentes históricos de las Teorías de la Personalidad.....	27
2.2 Definición de Personalidad.....	29
2.3 Teorías de Rasgos y Análisis Factorial.....	30
2.3.1 Allport.....	30
2.3.2 Raymond Cattel.....	32
2.4 Personalidad de madres de adolescentes con Trastornos de la Conducta Alimentaria.....	34
3 Inventario Multifásico de la Personalidad MMPI-2	40
3.1 Antecedentes.....	40
3.2 Desarrollo de las escalas Clínicas.....	40
3.3 Desarrollo del MMPI-2.....	45
3.4 Estudio de Normalización, Confiabilidad y Validez en México.....	48
3.5 Aplicación del MMPI-2.....	48
3.6 Calificación del MMPI-2.....	50
3.7 Interpretación del MMPI-2.....	52
4 Método.....	62
4.1 Justificación.....	62
4.2 Planteamiento del problema.....	62
4.3 Objetivo.....	62
4.4 Definición de variables	63
4.5 Definiciones conceptuales	63
4.6 Definiciones operacionales	63
4.7 Tipo de Estudio	64
4.8 Diseño de Investigación	64
4.9 Población	64
4.10 Técnica de Muestreo	64
4.11 Participantes	65
4.12 Escenario	65
4.13 Instrumentos	65
4.14 Procedimiento	69

5 Resultados	72
5.1 Análisis Descriptivo de las muestras	72
5.2 Comparación de los puntajes t, medias y desviaciones estándar, de las escalas básicas, de contenido y suplementarias del MMPI-2.....	73
5.3 Resultados cualitativos	78
6 Discusión y Conclusiones	83
6.1 Limitaciones y Sugerencias	86
Referencias	88

RESUMEN

En los últimos años se ha incrementado la población adolescente que presenta Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), por lo cual, el objetivo del estudio es descubrir los rasgos de personalidad de madres de adolescentes con TCA, como uno de los tantos factores predisponentes, con la finalidad de utilizar los datos obtenidos para la prevención y tratamiento del trastorno. La investigación se realizó con 2 muestras independientes, cada una con 20 participantes, la primera con madres de adolescentes sin TCA, y la segunda con madres de adolescentes con TCA. En la primera muestra se descartaron factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria, mediante el Cuestionario sobre Salud y Alimentación, eligiéndose los puntajes más bajos. La segunda muestra fue tomada de una clínica de trastornos alimentarios, las adolescentes ya contaban con un diagnóstico. Posteriormente, a las dos muestras se les aplicó el MMPI-2. El análisis estadístico se realizó mediante la prueba "t" de Student que arrojó niveles de significancia (<0.05) para las escalas 4 (Dp: Desviación psicopática) y FAM (problemas familiares). No sólo se encontraron discrepancias a nivel cuantitativo, sino también cualitativo, ya que las medias de las escalas de ambas muestras, arrojan dos perfiles distintos, pues la madres de adolescentes con TCA muestran ser menos empáticas, por lo tanto, sus conductas se inclinan a controlar a los demás, no permitiendo la independencia de sus hijas, fomentándose que se detengan en la fase de individuación-separación, a diferencia de madres con hijas sin TCA.

INTRODUCCIÓN

Comer es parte de la vida diaria, es un acto personal y social, que involucra muchos aspectos ligados al ser: el gusto, las creencias, el ánimo, las circunstancias, los afectos, los deseos, las frustraciones y sentimientos. Resulta compleja la forma en que las personas desarrollan su relación con los alimentos. Esta complicada relación no sólo es de hambre-saciedad, sino involucra desde la crianza, la familia, las costumbres, hasta las circunstancias actuales de la persona, su organismo y el estado de su cuerpo (Gáfaró, 2001).

Varios estudiosos día a día tratan de resolver la problemática, desde diversos puntos de vista como el psicológico, el fisiológico, el psiquiátrico, etc., para llegar a esclarecer con más exactitud las razones que desencadenan un trastorno alimentario en una persona (González, Unikel, Cruz y Caballero, 2003).

Desde que se conocieron los primeros registros de la enfermedad en la Edad Media, se ha avanzado, hoy se sabe con certeza cuáles son los síntomas, cuáles sus repercusiones en el organismo, se han podido delimitar y separar de otros trastornos y en ocasiones hasta manejarlos (Toro, 1999).

Para algunos autores hay factores predisponentes, entre los que se encuentran la personalidad de los padres (Toro y Vilardell, 1987). Dentro de estos autores destacan Ana Freud (1985), que le da la importancia a la relación madre-hijo desde la lactancia. Otros opinan que las madres llegan a ser invasoras de la privacidad de las hijas provocando falta de autonomía en éstas (Belloch, Sandin y Ramos, 1995 citado en Bravo y Fortanel, 2001).

Por otro lado, Langer (1978, citado en Cline, 2001), refiere que la maternidad desde su inicio, se puede acompañar de trastornos y pueden significar un rechazo al niño, dichas fantasías se expresan luego en actitudes que se extienden a su relación con el niño.

De igual manera, para Crispo, Figueroa y Guelar (1998) basados en testimonios de adolescentes con TCA, llegan a la conclusión de que uno de los factores predisponentes son los rasgos familiares. Rhodes y Kroger (1992, citados en Pérez y Platas 1998) realizaron un estudio con jóvenes estudiantes con anorexia y bulimia que experimentaban la crianza materna como emocionalmente fría, distante, indiferente y rechazante a comparación de estudiantes normales.

Dada la importancia de esta problemática se decidió, en este estudio identificar los rasgos de personalidad de madres de adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria y madres de adolescentes sin éstos trastornos, que vivieran actualmente con sus hijas.

En el primer capítulo "Trastornos de la Conducta Alimentaria" se incluyen los antecedentes históricos de los trastornos, el como se ven afectadas las mujeres

adolescentes tanto en lo físico como en lo mental. También se abordan las características diagnósticas de la anorexia nervosa, la bulimia nervosa y los trastornos no especificados; así como los factores predisponentes, precipitantes y factores de mantenimiento.

En el segundo capítulo "Personalidad y Rasgos" se revisan los antecedentes históricos del concepto de personalidad y rasgos; posteriormente, se precisa ampliamente la definición de personalidad, desarrollada a través de la teoría de rasgos y análisis factorial. Más adelante se mencionan algunos autores que han descrito la personalidad de las madres a lo largo del desarrollo de sus hijas.

En el tercer capítulo se examinan la historia, teoría, aplicación e interpretación, de uno de los instrumentos empleados en esta investigación, el Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota-2 (MMPI-2).

En el cuarto capítulo "Método" se plantea el problema: ¿Existen diferencias en los rasgos de personalidad de madres de adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria en comparación con madres de adolescentes sin estos trastornos?, así como la definición de variables, descripción de las muestras y los instrumentos utilizados; además del procedimiento empleado en esta investigación.

A continuación, en el quinto capítulo se exponen los "Resultados" del estudio, y se describen las figuras y tablas correspondientes. Además de un análisis cualitativo de los resultados en cada muestra.

Por último en el sexto capítulo se realiza la "Discusión" de los resultados emanados de la investigación, se amplía el análisis obtenido del inventario. También se exponen las "Conclusiones". De igual manera, se indican las "Limitaciones y Sugerencias" que se hallaron en el presente estudio, y que servirán para una mayor precisión en futuras investigaciones que aborden el tema que aquí se trató.

1. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

1.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Comer es una de los grandes placeres de la vida para la gran mayoría de los seres humanos. Comer no sólo es un acto de supervivencia, salvo en casos extremos. Es rara la cultura que no otorga a la comida un lugar preponderante en la celebración de sus fiestas y rituales, es decir, no se come sólo por comer, se le confieren valores a los alimentos, tanto nutricionales como morales y afectivos (Gáfaró, 2001).

Toro (1996) señala que no existen sociedades ni culturas en las que no exista la prohibición colectiva relacionada a la ingestión de ciertos alimentos, se trata de tabúes alimentarios solidamente establecidos, en su mayor parte, de carácter religioso, donde el comer es pecar, llegando a provocar culpa, ansiedad, y la sensación de haber quebrantado una norma sagrada.

En la mayoría de las religiones, el ayuno, total o parcial, se relacionaba con celebraciones, en ocasiones hacían ayuno voluntario teniendo la creencia de obtener de los dioses, sueños y visiones, salud, buena suerte o fertilidad (Toro, 1999). Son varias las culturas en que el ayuno ha sido considerado como un medio para protegerse contra las fuerzas del mal. Más tarde, la Iglesia sospechaba que el extremado rigor del ayuno, podía representar pecado de soberbia. Como ejemplo tenemos a Catalina de Siena quien manifestó una serie de resistencias ante la ingesta que recuerdan las conductas actuales; en el siglo XIV, Catalina escribió a un sacerdote para que éste rogara a Dios para que recuperara el apetito:

“Y a vos digo Padre y lo digo delante de Dios de todos los modos posibles que me obligo una o dos veces al día a consumir alimento. He rogado y ruego continuamente a Dios que me otorgue la gracia de comer como a las demás criaturas, si ésa es su voluntad” (citado en Caparrós y Sanfelá, 1997 p. 26).

El carácter terapéutico que se le ha adjudicado a cada alimento a lo largo de la historia, y por los diferentes pueblos y razas, no sólo ha sido como antídoto para enfermedades del cuerpo sino también para dolencias del alma (Gáfaró, 2001).

El término anorexia, y su equivalente latino inapetencia, no aparece en la obra hipocrática. En su acepción de orexis insuficiente y de la lógica emaciación general, fue utilizado por primera vez en un tratado pseudoplatónico del siglo I. Galeno en un comentario sobre Hipócrates dirá:

“Los que rehúsan el alimento o no lo absorben son llamados por los griegos anorektous o asitous, que significa los que carecen de apetito o evitan el alimento. Aquellos que después de haberlo ingerido

muestran disgusto o aversión denominada apositous" (citado en Caparrós y Sanfelá, 1997 p. 21).

Como interludio, cabe mencionar la primera descripción conocida de trastornos alimentarios que se remonta al período 98-138, en la que Sonoro de Efeso explica la amenorrea y la anorexia. La inapetencia de Hipócrates aparece unida a la relación de otros síntomas: cefaleas, epilepsia, tisis y gastritis (citado en Cáparros y Sanfelá, 1997).

Por otro lado, Alejandro de Tralle (citado en Caparrós y Sanfelá, 1997) se refiere a la perianorexia, explica que la anorexia se deriva de la discrasia (alteración del equilibrio humoral) a un exceso de humores en el estómago; por lo cual es preciso modificar la composición de los mismos o eliminarlos mediante el vómito o la evacuación intestinal.

Edward Jorner (1603; citado en Caparrós y Sanfelá, 1997) médico inglés apunta que algunas acciones extravagantes atribuidas al demonio pueden, de hecho, ser manifestaciones naturales provocadas por sofocación por parte de la madre. Entre los síntomas por él enumerados destacaban la insensibilidad, las convulsiones y los trastornos alimentarios.

La palabra anorexia era utilizada desde siempre en la literatura médica haciéndola sinónimo de falta de apetito, de acuerdo con el significado del vocablo griego anorektous. En diccionarios médicos del siglo XVII se utilizaba como denominación de la inapetencia y de ciertos trastornos del estómago (Toro, 1996).

La primera aproximación médica al trastorno anoréxico se produjo en el siglo XVII por Richard Morton, médico británico quien descubrió una "ptisis nerviosa" o "atrofia nerviosa" cuya degeneración corporal fue atribuida a una perturbación del sistema nervioso, así como a "tristeza y preocupaciones ansiosas". (Toro y Vilardell, 1987).

Morton (1694; citado en Caparrós y Sanfelá, 1997) la describe como:

"Consunción del cuerpo sin fiebre, tos o disnea, acompañada de pérdida del apetito y de malas digestiones, de ella se deriva languidez corporal y un adelgazamiento día a día mayor. p.28"

También en fecha tan temprana, reseña una anorexia masculina de un muchacho de dieciséis años cuya etiología es según Morton (Caparrós y Sanfelá, 1997) estudiar demasiado. De igual forma, relata un caso de una paciente de veinte años:

"Se interrumpieron sus menstruaciones y comenzó con una multitud de cuidados y pasiones de su alma, pero sin ningún síntoma de enfermedad. Para esa época el apetito principió a abatirse y su digestión se tornó dificultosa y su carne también empezó a mostrarse flácida y emaciada,

Cuando comienzan los diferentes estudios encaminados a averiguar más sobre la anorexia, descubren síntomas bulímicos creando un enlace que fue separado en 1980, con la edición del DSM-III y posteriormente en la edición revisada del DSM-IV en 1987 (Ortiz, 2002).

Bulimia se forma de la palabra griega "limos" que significa hambre y prefijo bou que significa gran cantidad, entonces se traduce como gran cantidad de hambre o hambre feroz (Gáfaro, 2001) y se describe por primera vez en la cultura occidental por Jenofonte en el año 970 A.C. Durante la baja Edad Media, el vómito constituyó una práctica penitencial, ya que a través de éste se arrojaban de sí los pecados y podían dominarse así los apetitos sexuales más o menos desordenados. En realidad, la bulimia nervosa no se trata de personas que constantemente estén hambrientas sólo lo están por momentos.

El Oxford English Dictionary de 1983, refiere que fue Trevisa en 1398, quien utilizó por primera vez la palabra bulimia, la cual significaba apetito inmoderado, no implicando vómitos ni otros procedimientos afines. Según la enciclopedia Británica de 1797, la bulimia se define como una enfermedad en que el paciente está afectado por un deseo de comer insaciable y perpetuo, suele caer en accesos de desvanecimiento. En 1785, Montherby describe tres tipos de bulimia (Toro, 1996):

1. La de hambre puro
2. Aquella en que el hambre acaba en vómito
3. La que asocia hambre a desmayos (p. 102)

Las únicas referencias compatibles con los conceptos actuales, parecen ser las de Blachez en 1869, quien describió dos formas de bulimia. En ambas, la comida podía ser la principal preocupación, el hambre podía persistir aún después de consumir grandes cantidades de comida y de la apatía podría seguir un banquete. En el subtipo llamado cinorexia, el banquete era seguido por vómito. Esto es de valor, pues en las notas de Gull 1874 detallaba que la anorexia nervosa incluía la presencia de apetito voraz ocasional. Russel (1979; citado en Toro, 1996) señala a la bulimia como atracones y conductas compensatorias de los mismos. En 1985, este último autor menciona que la manifestación de la anorexia nervosa se ha modificado en la segunda mitad del siglo XX, al constituirse la bulimia en una parte característica del cuadro clínico de anorexia. Subraya que este cambio es un ejemplo de un fenómeno de la maleabilidad de una enfermedad bajo la influencia de factores históricos o de circunstancias sociales modificadas (citado en Toro, 1996). A finales de 1970, la bulimia nervosa fue reconocida como una enfermedad independiente de la anorexia nervosa. En la década de los ochenta, el número de casos de esta enfermedad aumentó considerablemente (Gáfaro, 2001).

Los trastornos de la conducta alimentaria no especificados son de menor contexto histórico comparados con la bulimia y la anorexia. Spitzer (citado en Holtz, 1995), propuso agregar al DSM-IV un nuevo síndrome, llamado Binge Eating Disorder que serviría para diferenciar la bulimia nervosa con purgas de aquella que sólo se

refiere a aquellas personas que comen compulsivamente pero no se purgan. Sin embargo, su propuesta no fue aceptada y en vez de ésta se decidió incluir los dos tipos de bulimia y relegar el Binge Eating Disorder al rubro de trastornos de la conducta alimentaria no especificados, refiriéndose a los trastornos de la conducta alimentaria que no cumplen los criterios para ningún trastorno de la conducta alimentaria específico.

En el mundo, las costumbres han cambiado por la política y economía, los anteriores ayunos y abstinencias practicados en nombre de Dios, son eliminados; actualmente, éstos se presentan con un carácter epidémico, considerados como una alarma social, los llamados Trastornos del Comportamiento Alimentario, como son la anorexia nervosa, la bulimia nervosa y otros trastornos alimentarios no especificados, éstos tienen estrecha relación con los ayunos y abstinencias, en donde se esconden miedos, motivaciones absurdas y pensamientos aberrantes, que se practican en función de la belleza corporal. Para la industria, la mejor manera de vender es a través de la publicidad. Todos los días miles de imágenes y anuncios publicitarios en los medios de comunicación invitan a comprar productos que ofrecen satisfacción, alegría, felicidad y éxito. Pero no sólo los afectos son lo único que manipulan los anuncios publicitarios, también manipulan los deseos, deseos internos de todo ser humano de elevar su autoestima (Gáfar, 2001).

1.2 TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN EN ADOLESCENTES

El estudio de los trastornos alimentarios en mujeres adolescentes, tiene importancia por varias razones, una de las cuales es el daño ocasionado al estado normal del cuerpo (poner en riesgo la salud tanto física como mental), debido a la falta de una alimentación adecuada.

Actualmente se presenta esta problemática en un gran sector de la población caracterizado básicamente por mujeres adolescentes que se han desarrollado en una cultura de tipo occidental. (Mateos y Solano, 1997 citado en Ortiz, 2002). Las niñas de hoy han crecido con una producción televisiva muy fuerte. Existen indicios de que estas jóvenes también son susceptibles a la publicidad por la esbeltez (Sherman y Thompson, 1999).

Se considera una población de alto riesgo para desarrollar eventualmente un trastorno del hábito del comer a jóvenes adolescentes en edad escolar, influenciadas por varias situaciones como la presión social y familiar, además de la imagen que difunden los medios de comunicación (Vandereycken y Noordenbos, 2000).

Martínez y cols. (1993, citado en Ortiz, 2002), en un estudio realizado en una población femenina barcelonesa adolescente y juvenil encontraron que el 63% de las jóvenes se preocupaba por la forma de su cuerpo, el 35% había realizado regímenes para adelgazar y el 45% practicaba ejercicios físicos.

Unikel y Gómez Pérez-Mitré (1998, citado en Pérez y Platas, 1998) realizaron un estudio con la intención de detectar la presencia de trastornos alimentarios en mujeres adolescentes mexicanas. Su muestra quedó integrada por 92 mujeres de secundaria, preparatoria y estudiantes de danza clásica de la Ciudad de México, con edades entre los 12 y 22 años. Encontraron conductas alimentarias características de la bulimia, como el comer rápido sin control, hallando mayor porcentaje en los grupos de estudiantes de danza que en las otras dos muestras. La práctica de exceso de ejercicio y preocupación por el peso fueron iguales en todos los grupos. Sin embargo, las bailarinas respondieron de manera significativa hacer dietas y tener sentimientos de culpa por su forma de comer.

En estudios realizados por la fundación CBA, se demuestra que en los últimos años ha aumentado la prevalencia de trastornos alimentarios, en diversas escuelas secundarias y preparatorias de la ciudad de México, donde el 87% de las adolescentes ha realizado dietas para bajar de peso, el 11% de ellas se han provocado el vómito, el 8% ha usado laxantes, el 12% diuréticos y el 27% ha utilizado pastillas para adelgazar (citado en Ortiz, 2002).

Gáfaró (2001) refiere que la desnutrición causada por la restricción de alimentación o la ingestión de medicamento e inducción del vómito, ocasiona problemas muy graves en el organismo que pueden llevar a quien los utiliza hasta la muerte. Algunas alteraciones físicas son:

- Desórdenes del funcionamiento regular de algunos órganos del cuerpo como los riñones y el hígado.
- Complicaciones cardiovasculares severas como irregularidades en el ritmo cardíaco y presión baja y alta presión, este último en el caso de trastorno por atracones. También se pueden dar por el abuso de sustancias para inducir el vómito.
- Estreñimiento.
- Dolor abdominal.
- Anemia.
- Descalcificación en los dientes y problemas en el esmalte dental causados por los ácidos gástricos del vómito.
- Amenorrea, interrupción del ciclo menstrual debido a la disminución de la producción de estrógeno.
- Problemas para dormir, básicamente insomnio.
- Las heridas toman más tiempo de lo normal para sanar.
- Desmayos y mareos (p. 17-19).

En el caso de trastornos por atracones

- Colesterol y triglicéridos altos.
- Problemas de la vesícula.
- Diabetes.
- Fatiga y dificultad para respirar.
- Daños severos en tendones, rodillas, tobillos y espalda (p. 49)

Teniendo como mayores complicaciones:

- Aumento de contraer infecciones.
- El metabolismo se vuelve más lento.
- El funcionamiento normal del cerebro puede afectarse.
- Las alteraciones en el sistema cardiovascular pueden agudizarse tanto que evolucionan en arritmias e incluso en paros cardíacos debido al desbalance de electrolitos.
- Se modifica severamente el funcionamiento normal en los sistemas gastrointestinal, neurológico, hematológico y endocrino.
- Pueden presentarse daños severos en el hígado.
- Los dientes y los huesos sufren daños considerables debido a la descalcificación, siendo muchas veces irreparables.
- Osteoporosis.
- Deshidratación.
- Úlceras en garganta y esófago.
- Desórdenes en el sistema gastrointestinal, incluso puede presentarse una ruptura en el estómago.
- Deficiencias en los niveles de vitaminas y minerales.
- Sinusitis y otras infecciones nasales en el caso específico de la bulimia nervosa (p. 49 y 50).

En algunos casos los familiares o también los médicos, piensan que estos trastornos son pasajeros en los pacientes, principalmente creen esto cuando se presentan durante la etapa de adolescencia, por lo cual, en ciertos casos no son atendidos rápida y eficazmente, acrecentándose el problema en cuestión, llegando a veces hasta la muerte. Puede llegar a ocurrir por la desinformación o simplemente el desconocimiento de los mencionados padecimientos, es decir, la ignorancia de los indicadores que acompañan a esta enfermedad (Vandereycken y Noordenbos, 2000).

De igual manera, algunas señales de estos trastornos se pueden encontrar en otras personas que no las padezcan, y no necesariamente indica la presencia de éstos. En algunos casos, pueden ser síntomas de una enfermedad médica, como lo son tumores cerebrales, neoplasias ocultas y síndrome de inmunodeficiencia adquirida, ya que se puede presentar una baja de peso considerable; sin embargo, las personas que las padecen no tienen una percepción errónea de su imagen corporal; del mismo modo está el síndrome de arteria mesentérica superior, el cual se caracteriza por vómitos, así como el síndrome de Klein-Levin, en el cual hay una conducta alimentaria alterada pero no una preocupación excesiva por el peso. Igualmente la desnutrición puede ser secundaria de síntomas histéricos, temores fóbicos, apatía depresiva o delirios esquizofrénicos (De la Fuente, 1996). Es necesario recurrir a un especialista para realizar un diagnóstico correcto y prescribir un tratamiento eficaz.

En la actualidad, se cuenta con la clasificación de estas enfermedades en el Manual de Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica norteamericana (DSM-IV-TR, 2002). En este manual, se identifican varios tipos de trastornos de la conducta alimentaria, como son la anorexia nervosa, la bulimia nervosa y los trastornos de la conducta alimentaria no especificados.

1.2.1 CARACTERÍSTICAS DIAGNÓSTICAS DE LA ANOREXIA NERVOSA

Las características esenciales de esta enfermedad, consisten en el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, en un miedo a ganar peso y en una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo. Las mujeres afectadas de este trastorno, aunque hayan pasado la menarquía, sufren amenorrea. (El término de anorexia es equivoco, pues es rara la pérdida de apetito) (DSM-IV-TR, 2002).

En el manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Texto Revisado (2002), se explica que los pacientes con este trastorno mantienen un peso corporal por debajo del nivel normal mínimo para su edad y su talla (Criterio A). Si se inicia en la niñez o en las primeras etapas de la adolescencia, en lugar de pérdida puede haber falta de aumento de peso. La persona tiene un peso inferior al 85% del peso considerado normal para su edad y su talla (de acuerdo con algunas de las diversas versiones de las tablas de la Metropolitan Life Insurance o de las tablas de crecimiento usadas en pediatría). Existe otra guía adicional algo más estricta (usada en los Criterios de Investigación de la CIE-10) igual o inferior a 17.5 kg/m². (el IMC se calcula en metros cuadrados, dividiendo el peso en kilogramos por la altura). Estos valores límite son sólo una ayuda para el clínico, ya que, parece poco razonable especificar un estándar único para el peso mínimo normal de todos los individuos de una edad y talla determinadas. Para establecer el peso mínimo normal de un individuo, se debe considerar también su constitución física y su historia de peso previa (DSM-IV-TR, 2002).

Generalmente, la pérdida de peso se debe a la disminución de la ingesta total. A pesar de que los individuos empiezan por excluir de su dieta todos los alimentos con alto contenido calórico, algunos de ellos, acaban con una dieta muy restringida, limitada a unos cuantos alimentos. Existen otras formas de perder peso como utilización de purgas o ejercicio excesivo (DSM-IV-TR, 2002).

Además, este mismo manual agrega que las personas con este padecimiento tienen un miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obesas (Criterio B). Este miedo generalmente no desaparece aunque el individuo pierda peso, de hecho va aumentando aunque el peso vaya disminuyendo (DSM-IV-TR, 2002).

Por otro lado, existe una alteración de la percepción del peso y de la silueta corporales (Criterio C). Algunas personas se encuentran obesas, mientras que otras se dan cuenta de que están delgadas, pero continúan estando preocupadas

porque algunas partes de su cuerpo les parecen demasiado gordas. Pueden emplear una amplia variedad de técnicas para estimar el tamaño y el peso de su cuerpo como: pesarse constantemente en una báscula, la medida de las diferentes partes del cuerpo de manera obsesiva o el mirarse repetidamente al espejo para observar las zonas consideradas con aumento. El nivel de autoestima de estos pacientes depende en gran medida de la forma y el peso de su cuerpo. Consideran un logro perder peso y un signo extraordinario de autodisciplina; en cambio, ven en el aumento de peso un fracaso inaceptable, una falta de autocontrol. Algunos pueden estar conscientes de su delgadez, pero niegan que ésta pueda ser dañina para su salud (DSM-IV-TR, 2002).

En pacientes adolescentes que presentaron ya su periodo menstrual, se detiene (amenorrea). Generalmente, la amenorrea (Criterio D) es consecuencia de la pérdida de peso, pues los niveles de estrógeno bajan por una disminución de la secreción hipofisiaria de las hormonas foliculostimulantes y luteinizantes es indicadora de una disfunción fisiológica (DSM-IV-TR, 2002). En las niñas prepuberales se puede presentar un retardo de la menarquía.

La anorexia nervosa tiene dos subtipos, y en ellos se especifica la presencia o ausencia de atracones y purgas durante los episodios de este trastorno:

TIPO RESTRICTIVO. Este subtipo incluye a las personas que pierden peso haciendo dieta, ayunando o realizando ejercicio intenso. Durante los episodios de anorexia nervosa, estos individuos no recurren a atracones ni a purgas (DSM-IV-TR, 2002).

TIPO COMPULSIVO / PURGATIVO. Este subtipo se utiliza para describir individuos que recurren regularmente a atracones o purgas (o ambos). La mayoría de los pacientes que pasan por los episodios de atracones también recurren a purgas, provocándose el vómito o utilizando diuréticos, laxantes o enemas de una forma excesiva. Algunos casos incluidos en este subtipo no presentan atracones, pero suelen recurrir a purgas, incluso después de ingerir pequeñas cantidades de comida. Parece ser que la mayoría de las personas pertenecientes a este subtipo recurren a conductas de esta clase al menos semanalmente, pero no hay suficiente información para poder determinar una frecuencia mínima (DSM-IV-TR, 2002).

1.2.2 CARACTERÍSTICAS DIAGNÓSTICAS DE LA BULIMIA NERVOSA

Las características principales o más importantes de la bulimia consisten en atracones y en métodos compensatorios inapropiados para evitar el aumento de peso. Por otro lado, la autoevaluación de los pacientes se encuentra excesivamente influida por la silueta y el peso corporales. Para realizar el diagnóstico, los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas deben producirse al menos un promedio de dos veces a la semana durante un período de tres meses (DSM-IV-TR, 2002).

El DSM-IV-TR (2002) define como atracón el consumo a lo largo de un periodo corto de tiempo una cantidad de alimento muy superior a la que la mayoría de los individuos ingerirían, siendo éste el Criterio A1. Se debe tener en cuenta el contexto en el que se produce el atracón, ya que si hay una celebración, tal vez se puede considerar normal. Un periodo de tiempo corto significa tiempo limitado, generalmente inferior a dos horas. Los atracones no tienen por qué producirse en un solo lugar, la paciente puede empezar comiendo en un lugar y terminar en otro, sin considerar atracones el ir consumiendo pequeñísimas cantidades de comida durante todo el día.

A pesar de que el tipo de comida que se consume en los atracones puede ser variada, generalmente se trata de dulces y alimentos con alto contenido calórico (ejemplo: pasteles, helados, etc.) Sin embargo, los atracones se caracterizan más por una cantidad anormal de comida ingerida que por un ansia de comer un alimento determinado, como los hidratos de carbono. Estos pacientes ingieren más calorías en un atracón que los individuos sin éste padecimiento en una comida, pero la proporción de calorías derivadas de proteínas, ácidos grasos e hidratos de carbono es similar (DSM-IV-TR, 2002).

Las personas con este trastorno se sienten generalmente muy avergonzadas de su conducta e intentan ocultar los síntomas. Por lo cual, los atracones se realizan casi en su totalidad a escondidas o lo más disimuladamente posible. Los episodios pueden o no haberse planeado con anterioridad y se caracterizan (por lo general) por un rápida ingesta de la comida. Los atracones pueden durar hasta que ya no pueda ingerir más, llegando incluso hasta el dolor. Los estados de ánimo disfóricos, las situaciones interpersonales estresantes, el hambre intensa después de una dieta demasiado restringida o los sentimientos relacionados con el peso, la silueta y la comida pueden desencadenar este tipo de conducta. Los atracones pueden reducir la disforia de manera transitoria, pero son seguidos de sentimientos de culpa, autodesprecio y estados depresivos (DSM-IV-TR, 2002).

Además, éstos episodios se acompañan también de una sensación de no autocontrol (Criterio A2). El sujeto puede estar en un estado de excitación cuando se atraca de alimento, especialmente en el inicio del trastorno. Asimismo se describen síntomas de naturaleza disociativa durante o después del episodio de atracón. A medida que la enfermedad progresa, los atracones ya no se caracterizan por la sensación de pérdida de control, sino por conductas de alteración del control, como es la dificultad para evitar los atracones o la dificultad para acabarlos. La alteración del control apareada a los atracones no es absoluta; por ejemplo, un sujeto puede continuar comiendo aunque suene el teléfono, pero parar inmediatamente si alguien entra en la habitación (DSM-IV-TR, 2002).

Otra característica esencial, son las conductas compensatorias inapropiadas para evitar ganar peso (Criterio B). Usan diversos métodos para intentar compensar los atracones; el más usado es la provocación del vómito; esta forma la utilizan entre el 80 y 90% de los individuos que acuden a los centros clínicos para recibir tratamiento. Los efectos inmediatos de vomitar consisten en la desaparición del

malestar físico y la disminución del miedo a ganar peso. En algunos casos, el vómito se convierte en un objetivo, por lo que, el individuo realizará los atracones con el fin de vomitar, aún ingiriendo pequeñas cantidades de comida. Pueden emplear una gran variedad de técnicas para provocar el vómito (con los dedos o con diversos instrumentos). Terminan generalmente, por tener la necesidad de provocarse el vómito y, eventualmente, pueden vomitar a voluntad. Otras conductas compensatorias son el uso excesivo de laxantes y diuréticos. Aproximadamente, un tercio de las personas con esta enfermedad toman laxantes después de los atracones. Muy de vez en cuando, los enfermos emplean enemas, los cuales raramente constituyen el único método compensatorio utilizado (DSM-IV-TR, 2002).

Los pacientes con este trastorno pueden estar sin comer uno o más días, o realizar ejercicio físico intenso, en un intento por compensar el alimento ingerido durante los atracones. Se puede considerar excesivo el ejercicio, que interfiere de manera significativa en las actividades importantes, cuando se produce en horas poco oportunas en lugares poco apropiados, o cuando el individuo continúa realizándolo a pesar de estar lesionado o presentar alguna otra enfermedad. En pocos casos, los individuos con este trastorno toman hormonas tiroideas con el fin de no ganar peso. Los sujetos con diabetes mellitus y bulimia nervosa pueden suprimir o disminuir la dosis de insulina para reducir el metabolismo de los alimentos ingeridos durante los atracones (DSM-IV-TR, 2002).

El DSM-IV-TR (2002) menciona que estas personas ponen demasiado énfasis en el peso y la silueta corporales a autovalorarse, y éstos factores son los más importantes a la hora de determinar su autoestima (Criterio D). Siendo una similitud con la anorexia nervosa el miedo a ganar peso, el deseo de adelgazar y el nivel de insatisfacción con respecto a su cuerpo. Sin embargo, no debe realizarse el diagnóstico de bulimia nervosa si la alteración aparece exclusivamente durante los episodios de anorexia nervosa (Criterio E).

Al igual que en la anorexia nervosa la bulimia nervosa también tiene dos subtipos y estos son:

TIPO PURGATIVO. Este subtipo describe cuadros clínicos en los que el enfermo se ha provocado el vómito y se ha excedido en el uso de laxantes, diuréticos y enemas durante el episodio compensatorio, después del atracón (DSM-IV-TR, 2002).

TIPO NO PURGATIVO. La característica esencial es que los pacientes emplean otras técnicas compensatorias inapropiadas, como ayunar o practicar algún ejercicio intenso, pero no se ha provocado el vómito ni ha hecho un mal uso de laxantes, diuréticos o enemas durante el episodio (DSM-IV-TR, 2002).

En este trabajo, para el diagnóstico de los trastornos se utilizó el Manual de Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana DSM-IV-TR, ya que, es aceptada universalmente por la mayoría de los investigadores. Pues

existen ciertas diferencias entre manuales de diagnóstico por ejemplo la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima edición, CIE-10 requiere específicamente que la pérdida de peso resulte autoinducida mediante la evitación de comidas que contengan grasas y que las mujeres presenten amenorrea. Otra diferencia radica en que el DSM-IV-TR tiene preferencia por el diagnóstico de anorexia nervosa sobre el de bulimia nervosa, la CIE-10 excluye el diagnóstico de anorexia nervosa si se han dado atracones en forma regular. (ICD-10, 1996)

1.3 FACTORES DE RIESGO EN LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

En este apartado se abordarán algunos de los principales factores de riesgo para que se originen los trastornos de la conducta alimentaria, pues éstos son de naturaleza multicausal.

Por otra parte, en distintas investigaciones realizadas se ha encontrado que varios pacientes tienen rasgos similares en su historia y en su personalidad (Crispo, Figueroa y Guelar, 1998). Son factores que aparecen con frecuencia; sin embargo, en algunos estas semejanzas no se presentan. Los factores causales en los trastornos de la conducta alimentaria se dividen en predisponentes, precipitantes y de mantenimiento de las enfermedades, los cuales se describirán a continuación.

1.3.1 FACTORES PREDISponentES

Son características comunes en muchas de las adolescentes, que parecen ser claves para que sean vulnerables a los trastornos de la conducta alimentaria.

- FACTORES BIOLÓGICOS

A pesar de los avances médicos, no se ha determinado una causalidad genética clara de los trastornos alimentarios. Aún sin encontrar ningún gen responsable del desarrollo de cualquier trastorno alimentario, se cree que hay una vulnerabilidad mayor en ciertas personas que en otras (Gáfaró, 2001).

Por ejemplo, el hecho de que sea muy usual encontrar la comorbilidad, es decir, que al mismo tiempo se presenten otras enfermedades además del trastorno alimentario, como los trastornos de ansiedad o afectivos, ha llevado a los investigadores a pensar que puede hablarse de una predisposición genética (Toro y Vilardell, 1987). La evidencia empírica actual ha determinado que hay factores de la personalidad que se heredan. Este tipo de factores puede facilitar en un momento dado un trastorno de este tipo. Por lo cual, se puede afirmar que hay factores biológicos que hacen más vulnerable a una persona.

Sobre el ámbito psico-fisiológico, recientemente, se han identificado los mecanismos que están involucrados en la generación de la sensación de hambre

y la sensación de saciedad en el cerebro. Estos descubrimientos podrán en un futuro ayudar a dilucidar el origen de los trastornos alimentarios.

El hipotálamo es donde se han concentrado varias investigaciones. Las lesiones de los núcleos ventromediales de éste (paraventricular, ventromedial, supraquiásmático y dorsomedial) producen en las ratas hiperfagia y obesidad. Por el contrario, la lesión del hipotálamo lateral da lugar a la situación opuesta. Parece que en el mismo hipotálamo se produce una interrelación con diversos grados de equilibrio entre apetito, saciedad, adelgazamiento y ganancia de peso. Al mismo tiempo, se sabe que el área ventromedial está atravesada por sistemas tan importantes como el dopaminérgico mesolímbico, el noradrenérgico dorsal y el serotoninérgico medial. La lesión de los núcleos antes nombrados puede afectar, sin duda alguna, a estas transmisiones. Por ejemplo, la noradrenalina al alcanzar los receptores alfa dos del núcleo paraventricular aumenta la ingesta; el efecto contrario se produce con la serotonina. Las catecolaminas tienen efectos diferentes según la zona cerebral en que actúan, ya que, disminuye el hambre cuando entran en contacto con los receptores beta dos de tipo adrenérgico. La dopamina y la noradrenalina, a través de los receptores beta dos del núcleo perifornix, reducen el consumo de alimentos. Los efectos son opuestos según los receptores en los que actúan. Por lo tanto, se puede pensar que la activación dopaminérgica reduce la sensación de hambre y que la activación serotoninérgica aumenta la sensación de saciedad (Caparrós y Sanfelá, 1997).

• ÁMBITO FAMILIAR

Las historias familiares son similares, se encuentra una escasa comunicación entre sus miembros, por lo cual, hay una incapacidad para solucionar conflictos que se presentan son familias que no resuelven sus conflictos, que evitan hablar de los mismos y evaden cualquier situación crítica o que pueda desestabilizar la aparente armonía del hogar, suelen ser familias dependientes un miembro del otro. En este tipo de familias el paciente suele ser usado para desviar los problemas, o, por otro lado, pueden ser familias con problemas graves y con relaciones caóticas (Sherman y Thompson, 1999).

Por lo regular, son padres muy exigentes e impositivos; además, rígidos para establecer límites e imponer disciplina a sus hijos. Por lo tanto, son poco flexibles al encarar situaciones nuevas o regular las reglas familiares adaptándolas a un cambio, según la etapa. Son padres con expectativas demasiado elevadas respecto a sus hijos. Suelen ser también sobreprotectores (Minuchin y cols, 1978, citados en Toro y Vilardell, 1987).

Las investigaciones que se han realizado acerca de la familia con la que convive un paciente con anorexia, apuntan al sacrificio enorme que hace la madre por éstos, siendo que en la familia mexicana típica hay un exceso de la madre y una total ausencia del padre (Ramírez 1970 citado en Pérez y Platas, 1998), por lo cual, los hijos se hacen dependientes de la madre.

En algunos casos, la preexistencia de algún familiar con trastornos alimentarios, depresiones o adicciones también suele ser un factor de riesgo predisponente. En un trabajo de Jacobs e Isaacs (1986; citado en Toro y Vilardell, 1987) con una población de 40 anoréxicos, hallan que el 22% de los casos cuentan con familias donde se han dado trastornos de la ingesta como dietas, obesidad, anorexia, bulimia, etc. Igualmente puede existir en el seno familiar abuso sexual o físico. A los miembros de estas familias, por lo general, les cuesta mucho trabajo establecer relaciones con otras personas.

Todas las familias tienden a reflejar en pequeño los conflictos sociales, las actitudes e ideologías imperantes de cada época, manifestadas en los medios de comunicación, este caso podría ser el de familias preocupadas en exceso por las apariencias externas (imagen corporal "adecuada") (Crispo, Figueroa y Guelar, 1998).

- TRASTORNOS AFECTIVOS EMOCIONALES

Los cuadros depresivos ocupan el primer lugar, quedando en segundo término los trastornos por ansiedad. El síndrome obsesivo-compulsivo ocupa un área de más difícil ubicación pero, sin duda, puede jugar un importante papel en ciertos casos.

Es inevitable que en estas enfermedades existe la presencia de ansiedad, los principales agentes ansiógenos que se van complicando a lo largo del avance de la enfermedad y tienen un resultado común que es mantener y aumentar la ansiedad, son: el sobrepeso, la imagen corporal, la amenaza de descontrol, la baja autoestima, la presión familiar, los conflictos interpersonales, el temor a enfermar y a morir, la percepción de ser diferente o extraña, el convencimiento de que eso es lo que perciben los demás, las ambigüedades e incertidumbres progresivamente acumuladas, la coacción sociocultural a favor del adelgazamiento temido o bien deseado, la intervenciones médicas acertadas o iatrogénicas, la expectativa de una posible hospitalización, el aislamiento social por lo menos subjetivo, las molestias y el deterioro físico progresivo. Se presenta una ansiedad fóbica al peso real o supuesto, existiendo una valoración estética del cuerpo, por lo que, el propio cuerpo se convierte en un estímulo fóbico. No pueden huir o evitar directamente un volumen, pero si lo puede hacer de un peso, la propia cultura les ha enseñado cómo, que también ha reforzado constantemente esta conducta inapropiada. Poco a poco, lo significativo para estas pacientes ya no es el verse bien, sino lo que la báscula les dicta. Surge también la generalización de esta fobia, y como consecuencia algunos alimentos adquieren carácter aversivo (Toro y Vilardell, 1987).

Los pensamientos que estas enfermas tienen acerca de su cuerpo, peso, su necesidad de control, las comidas, etc., son reiterados y constantes. Suelen tener un auténtico carácter obsesivo. Por otro lado, las conductas más o menos extravagantes relacionadas con la comida y el peso realizadas todos los días, siempre de la misma forma y reiteradamente, practicadas con un aparente falta de libertad, semeja auténticas compulsiones (Toro y Vilardell, 1987)

Son muchos y variados los hechos y los datos que han llevado a poner en relación trastornos de la conducta alimentaria y trastornos afectivos. Los pacientes suelen manifestar sintomatología depresiva: tristeza, reducción de intereses, autoestima baja, retraimiento social, llanto frecuente, insomnio, etcétera. Se sigue discutiendo si esta sintomatología puede ser consecuencia de la pérdida de peso o viceversa. Hendren (1983; citado en Toro y Vilardell, 1987) estudia las historias de 84 anoréxicas y, aplicando criterios RDC, halla que el 56% podían ser diagnosticadas de trastorno depresivo mayor y el 35% de depresión endógena. Al no hallar ninguna correlación significativa entre depresión y pérdida de peso, Hendren sugiere que el trastorno depresivo sería debido a factores ajenos a la desnutrición. En una revisión de Swift y cols. (1986; citado en Toro y Vilardell, 1987) se analizan las aportaciones de la psicometría al tema que nos ocupa. En ella, se concluye que todos los estudios realizados administrando diversos cuestionarios y escalas entre ellas el MMPI, a pacientes anoréxicas han revelado puntuaciones que se sitúan cerca o por encima de la significación clínica depresiva. De igual manera, hay datos biológicos que marcan la relación entre los trastornos del comer y la depresión, dedicándose la mayoría a las disfunciones del eje hipotálamo-hipofiso-suprarrenal. Marcelli (1992), observa de forma completamente clara en las pacientes con anorexia nervosa, tras un período de abordaje psicoterapéutico bastante prolongado, que pueden reconocer en ellas temores relacionados con la vivencia de pérdida, con una profunda herida narcisista, con una amenaza de desmoronamiento.

- **ÁMBITO DE LA PERSONALIDAD**

Las personas desarrollan imágenes sobre sí mismas y fabrican su propio concepto acerca de quiénes son. El grado en que el individuo se acepta a sí mismo es conocido como autoestima. Cuanto menos parecido, sea una persona a lo que considere como ideal, más baja estará su autoestima (Crispo, Figueroa y Guelar, 1998). Esto es lo que le sucede a las adolescentes que padecen de trastornos alimentarios, ya que, se juzgan a sí mismas desde las apariencias, que los demás consideran valiosas, por lo tanto, el peso y la figura tienen vital importancia como formas de lograr la aceptación y cariño de los otros.

La falta de autonomía que viven estas jóvenes, va de la mano con la baja autoestima, pues se mantienen pendientes de lo que los otros esperan de ellas, de cumplir con los ideales de sus padres o de darles satisfacción a los demás. La obligación de ser siempre adecuada a las ocasiones le deja poco margen de seguridad para desarrollar su pensamiento personal o para realizar los planteos propios de una etapa de crecimiento. Dichos planteos, seguramente, mostrarán diferencias con los de los progenitores (en especial el de la madre), por lo cual, provocarán distanciamientos o dejarán insatisfechos a otros. Su seguridad está puesta en el exterior, en cumplir lo que se espera de ellas, en adecuarse a la imagen que los demás esperan, por lo que tienen una sensación de ineficacia, una gran dificultad para resolver problemas apelando a sus propios recursos, y terminan siempre dudando de sí mismas (Sherman y Thompson, 1999).

Son individuos que tienen temor a perder el control en diversos aspectos de su vida, como son, los estudios, la familia, sus relaciones interpersonales, etc. Necesitan tener algún aspecto de su vida bajo control. Por lo mismo, tienden al perfeccionismo. La persona que padece anorexia desea alcanzar la perfección y tiene la necesidad de tomar posesión de su cuerpo y mente, para llegar a la autonomía, por lo cual, establece sus propias leyes, se mantiene totalmente absorta en el funcionamiento de su cuerpo, reforzando su autoestima y afirmando el control que ejerce sobre sus deseos, aunque sus palabras son una parodia de los valores de sus padres, de su pretendida perfección moral. El perfeccionismo las lleva nuevamente a la sensación de inseguridad. Por esto, son escrupulosas, irritables, se fijan metas altas y se sobreexigen (Kaplan, 1986).

Son personas que poseen pensamientos polarizados o muy radicales, es decir, o es blanco o es negro, o bueno o malo, pero nunca puntos medios. Los juicios que emiten sobre las personas y las cosas son del estilo flaco o gordo, inteligente o tonto, etc. Tienen una dificultad para esperar, en términos psicológicos significa que encuentran difícil retrasar la gratificación, sus palabras preferidas son *ahora* y *perfectamente*. Se frustran y preocupan cuando no son capaces de estar a la altura de lo que creen que son las expectativas de los demás. Tienen miedo a la madurez. Hay una relación en la mayoría de los casos, entre los trastornos alimentarios y la etapa de adolescencia. En dicha etapa hay numerosos cambios a nivel físico, sexual, emocional y social. Algunas jóvenes se sienten poco hábiles para manejar estos cambios. Generalmente, son personas estancadas en la niñez, y les representa temor el crecer y no poder manejar la independencia que implica. Por lo cual, De la Fuente (1996) indica que la iniciación de la anorexia puede coincidir con una crisis de pánico antela posibilidad de tener que asumir responsabilidades sexuales, reproductivas y sociales. En estos casos, los anhelos de conservar ligas de carácter infantil con la madre son prominentes (Sherman y Thompson, 1999).

• FACTORES SOCIOCULTURALES

Hoy en día es muy común escuchar que los trastornos de la conducta alimentaria son enfermedades inducidas por la presión social a ser flaco, a tener determinado físico (establecidas por los estereotipos publicitarios: modelos muy flacas, cuerpos esbeltos, "saludables" y ejercitados). Sin embargo, se sabe que no es una enfermedad exclusiva de los últimos años y menos que son producto únicamente de la sociedad de consumo.

Es cierto que los nuevos parámetros estéticos influyen notablemente en la persona que tiene un trastorno, pero de ninguna manera son los únicos culpables. También es cierto, que en los últimos años se han presentado más casos de trastornos y que las cifras siguen creciendo. Es difícil saber la cifra a ciencia cierta, pues cuando estas chicas llegan al médico, suele ser por las consecuencias físicas de los trastornos, no tomando en cuenta la enfermedad causante (Gáfaró, 2001).

Los trastornos alimentarios suelen prevalecer en las sociedades industrializadas donde la delgadez es considerada uno de los mayores atractivos y donde la oferta de alimentos es alta. Fromm (2002) dice que la felicidad del hombre moderno consiste en la excitación de contemplar las vidrieras de los negocios, y comprar todo lo que pueda. La palabra atractivo para este autor significa un conjunto de cualidades que son populares y por las cuales, hay demanda, dichas características que hacen atractiva a una persona dependen de la moda de la época, por lo tanto, una mujer o un hombre atractivo son premios que se quieren conseguir.

1.3.2 FACTORES PRECIPITANTES

Es un evento estresante en una determinada etapa del ciclo vital, en un terreno donde hay características que predisponen a las pacientes, marcando el inicio de un trastorno de la conducta alimentaria.

- **SEPARACIONES Y PÉRDIDAS**

La depresión es el cuadro que más estudios sobre el tema ha reunido. En el caso de la anorexia son bastantes las publicaciones que testifican la relación temporal entre dicho trastorno y el fallecimiento de una persona significativa afectivamente, habitualmente alguno de los padres, las separaciones de los padres, el alejamiento de su hogar, etc. (Crispo, Figueroa y Guelar, 1998).

- **CONTACTOS SEXUALES**

La experimentación de relaciones sexuales concretas o aproximaciones a las mismas, también ha sido comprobada como precedente inmediato de los trastornos de la conducta alimentaria. Estas nuevas experiencias suponen nuevos esfuerzos de adaptación, nuevas exigencias sociales; es una experiencia que entre otras cosas, pone en cuestión el propio cuerpo ante otra persona, por tanto, ante uno mismo. Se trata de un hecho probablemente asociado a evitar la relación sexual por parte de un porcentaje importante de anoréxicas (Toro y Vilardell, 1987).

- **ACONTECIMIENTO VITALES**

Son todos los hechos estresantes que se viven durante la vida en especial la adolescencia, donde se encuentran cambios físicos y emocionales. Strober (1984; citado en Toro y Vilardell, 1987) realizó un estudio en el que todas las anoréxicas habían experimentado, como promedio, más cambios o acontecimientos vitales que la población adolescente normal, y que las anoréxicas bulímicas habían sufrido 16.2 acontecimientos por 7.8 las restrictivas. Entre esos cambios, encontramos en primer lugar el cambio en la aceptación de los compañeros, ya que a cierta edad es forzoso que el grupo incorpore los valores sociales propios de la edad y sexo en cuestión, siendo el punto de referencia obligado para las evaluaciones personales del adolescente, es entonces donde se transmite la presión estética corporal de toda la sociedad. De igual forma Strober encontró que

hay un aumento en los conflictos entre y con los padres; enfermedad grave del padre o la madre; enfermedad personal que requiere de hospitalización; fracaso en actividad extraacadémica; aumento de la ausencia del padre del hogar, y el inicio en el consumo de drogas. Por lo cual, el hecho de que la anorexia purgativa vaya precedida de más acontecimientos vitales que la restrictiva probablemente pueda relacionarse, con un fenómeno demostrado por varios estudios experimentales, concretamente ha podido demostrarse que los hechos aversivos o inductores de reacciones estresantes potencian incrementos significativos del consumo de alimentos tanto en los animales como en el hombre. En consecuencia, cabe señalar que, en el caso de las anoréxicas purgativas, las situaciones estresantes provoquen aumento de ingesta, y por tanto de peso, siendo este hecho el realmente precipitante de la anorexia nervosa.

- SITUACIONES AVERSIVAS

El fracaso personal puede producirse en algún ámbito de la vida de estas adolescentes como lo es en el rendimiento académico, en la práctica de algún deporte, en los estudios de danza, en las relaciones personales, entre muchos otros (Toro y Vilardell, 1987).

También un incremento rápido de peso, algo normal en la adolescencia, puede precipitar trastornos de la alimentación, pues los comentarios desagradables o críticas de familiares, amigos o personas significativas suelen darse en esta época (Toro y Vilardell, 1987).

En algunas ocasiones, las enfermedades oroalimentarias van precedidas de alguna enfermedad somática. Las cosas suelen suceder como si el adelgazamiento y/o el trastorno de la conducta alimentaria que a veces acompañan a tales enfermedades quedaran fijados en el paciente o facilitaran psicobiológicamente un proceso que se hallaba latente con anterioridad (Gáfaró, 2001).

Por último, Damlouji y Ferguson en 1985 (citado en Toro y Vilardell, 1987), han publicado tres casos de anorexia nervosa comenzada inmediatamente después de haber sufrido accidentes automovilísticos con importantes traumatismos y modificaciones corporales. Ninguna de las tres mujeres habían presentado algún trastorno de la conducta alimentaria antes del accidente. Esto pone de manifiesto la radical importancia de hacerse cuestión de la propia imagen corporal valorada socioestéticamente en la patogenia de las enfermedades de la conducta alimentaria.

- EXCESO DE ACTIVIDAD FÍSICA

Existen un conjunto de estudios que permiten defender la hipótesis de que la hiperactividad es un hecho clínico precoz y duradero de las enfermedades alimentarias y no simplemente secundario a un intento consciente de perder peso o a la pérdida de peso en sí misma considerada. En consecuencia, un incremento de la actividad física pudiera funcionar como factor precipitante de ciertos trastornos de la conducta alimentaria, pues se entregan a actividades como son el

deporte, la danza, gimnasia, etc., en donde en ocasiones el cuerpo, sus dimensiones y su imagen sean puestas en cuestión (Toro y Vilardell, 1987).

Un estudio realizado por Unikel y Gómez Pérez-Mitré (1998, citado en Pérez y Platas, 1998) para detectar la presencia de trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de secundaria, preparatoria y danza clásica, encontraron características de bulimia con mayor porcentaje en los grupos de estudiantes de danza clásica, así como sentimientos de culpa por su forma de comer.

Ortiz (2001) menciona que estudios realizados por Garner y Garfinkel (1980), Hamilton, Brook-Gunn y Warren (1985); y Szumuckler (1985) señalan la existencia de una predisposición al desarrollo de desordenes alimentarios en aquellas personas que participan en actividades donde hay presión para mantener un cuerpo delgado, en las que existe un elevado nivel de exigencia y competitividad, como son la actuación, modelaje, bailarines, patinadoras y gimnastas. Al igual Garner (2000) comenta que existe la evidencia de que ciertos atletas, particularmente aquellos que dan énfasis a la figura delgada para mejorar su actuación o apariencia, están en un mayor riesgo de presentar desórdenes de la alimentación.

- INICIO DE DIETAS

En muchos casos los problemas alimentarios, pueden iniciar cuando la adolescente comienza una dieta para bajar de peso, pues se siente a disgusto con éste. Poco a poco sabe que puede controlar su cuerpo (Ortiz, 2002).

1.3.3 FACTORES DE MANTENIMIENTO

La perpetuación del trastorno, puede estar relacionada con los efectos fisiológicos de la mala alimentación, así como las consecuencias emocionales (gratificaciones, forma de relacionarse, etc.) y los disparadores del trastorno (enfermedades, etc.).

- CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS DE INANICIÓN

Es evidente que la desnutrición determina una serie de modificaciones psicobiológicas de indudable importancia para la homeostasis del organismo y, en general para su salud y su propia existencia.

Un experimento realizado en los años cincuentas por Keys y cols. (1950; citado en Toro y Vilardell, 1987), con 36 sujetos psicológicamente normales, sometidos durante seis meses a una dieta de semi-inanición parecida a la de una anoréxica, pero sin ellos querer adelgazar. Al final del periodo fijado se empezaron a ver los siguientes cambios:

1. Tardaban horas en realizar una comida que les llevaría sólo minutos
2. Pasaban horas pensando en que harían con los alimentos proporcionados.
3. La comida era su tema de conversación predominante. Incluso tenían sueños recurrentes con comida.

4. Más de la mitad de los sujetos empezaron a leer libros de cocina y a coleccionar recetas culinarias. Algunos decidieron hacerse cocineros.
5. Realizaban frecuentemente combinaciones desusadas de los alimentos.
6. Hubo un incremento en el consumo de café y té, hasta de 15 tazas diarias. Intentaban tener sus estómagos llenos ingiriendo líquidos.
7. Aumento en el consumo de goma de mascar y cigarros. Aunque después el uso de goma de mascar provocara dolores intensos.
8. Coleccionaban objetos que tenían que ver con la comida, entre otros.
9. Tenían dificultad para concentrarse y estar alertas.
10. Tendencia al aislamiento social y evidente irritabilidad
11. Cuatro sujetos tuvieron episodios bulímicos (p.184 – 186).

En los estudios psicométricos que se realizaron, el MMPI se alteró dramáticamente, las puntuaciones correspondientes a las escalas de hipocondría, depresión e histeria se incrementaron significativamente, sobre todo la segunda que pasó de una T media normal de 54.2 a una puntuación patológica de 73.9, en la semana 24 de restricción. Al iniciar su realimentación, la mayoría sufría importantes molestias, especialmente gástricas. Además, solían experimentar un apetito desaforado después de una comida copiosa. Todo ello suele acontecer a las anoréxicas que inician su realimentación, siendo precisamente esta intensa sensación de hambre un importante factor ansiógeno, que les plantea el problema de la pérdida de control (Toro y Vilardell, 1987).

- INTERACCIÓN FAMILIAR

La familia suele y puede reforzar positivamente los comportamientos de rechazo alimentario, así como los de carácter compulsivo. Asimismo, acostumbra a generar situaciones intensamente ansiógenas relacionadas con las comidas. Por otro lado, las pautas de interacción padres-hijo, y sobre todo madre-hija, quedan alteradas, haciéndose oscilantes e incoherentes. Los padres suelen reaccionar depresivamente ante el trastorno de su hija, actuando entonces no sólo como padres depresivos, sino como multiplicadores de los errores o anomalías de estos trastornos. En consecuencia, la sintomatología se mantiene o agrava, de igual forma la sintomatología afectiva (Toro y Vilardell, 1987).

- INTERACCIÓN SOCIAL

Su reducción e incluso anulación, redundan en un recorte radical de las posibilidades de distracción de estas pacientes, facilitándose la concentración en su problemática alimentaria, estética y ponderal. Ello supone una disminución significativa de posibles fuentes habituales de gratificación, lo que empeora su estabilidad emocional y facilita o incrementa la depresión (Gáfaró, 2001).

Con alguna frecuencia se observan casos de pacientes que su adelgazamiento les ha facilitado una mayor relación social. Ello se observa en obesas previas que al disminuir su peso se sienten, y quizá lo sean, más aceptadas entre su círculo social. En tales casos, la relación social se mantiene o aumenta respecto a épocas

anteriores. Pero esta relación, en la práctica, funciona como un potente reforzador de conductas restrictivas de alimento. Subjetivamente, pero no siempre, la gratificación social está asociada a la pérdida de peso. Las enfermas siguen viviendo en el mismo medio social de siempre, un medio preñado de incitaciones masivas al adelgazamiento y actuando sobre una persona especialmente receptiva a tales mensajes, dramáticamente sensibilizada a éstos. Cuanto más avanzada el curso de estas enfermedades esté, tanto mayor tienen que ser la sensibilidad y la receptividad a todo cuanto suscite pérdida de peso (Toro y Vilardell, 1987).

- IATROGENIA

La intervención médica o paramédica, por acción u omisión, puede constituirse a veces en importante factor de mantenimiento o empeoramiento del cuadro de los trastornos de la conducta alimentaria.

1. Que el médico por falta de conocimientos o por no asumir responsabilidades retrasa el diagnóstico empeorando forzosamente el cuadro y por lo tanto el pronóstico.
2. El dietista o endocrinólogo que recomienda perder kilos, sin una mínima verificación previa de sus características psicológicas o psiquiátricas.
3. Cuando el médico especialista o no, mantiene a la paciente en tratamientos ineficaces y con frecuencia contraproducentes.
4. El ginecólogo que se empeña en que una paciente menstrúe a como de lugar.
5. Psicólogos y psiquiatras que, ante un trastorno de este tipo que presenta los más evidentes signos psicológicos y fisiológicos de la desnutrición, se empeñan en psicoterapia individual, grupal o familiar, sin atender a la probable irreversibilidad o empeoramiento de esa sintomatología si no se consigue la imprescindible realimentación.
6. Y por último las campañas de salud, que se realizan contra la obesidad,, sin hacer excepciones, sin pensar en todos y cada uno de los receptores de estos mensajes, y en definitiva, sin pensar en términos de salud global (Toro y Vilardell, 1987 p. 188).

2. PERSONALIDAD Y RASGOS

2.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LAS TEORÍAS DE PERSONALIDAD

Alrededor de un siglo antes de Cristo la palabra "propon" era una designación griega a la máscara teatral que se usaba en un comienzo en el drama griego, que tiene una vaga semejanza con la palabra persona. Algunas autoridades en esta materia consideran que el término latino es un derivado directo del griego. Otros filósofos adoptan la teoría de que persona deriva de *peri soma* (alrededor del cuerpo) mientras otros sostienen que se originó de *persum* (cabeza o rostro). Algunos llevan su origen al latín *per se una* (una o completa por sí misma). Pero el antecedente de persona a que otorgan su favor la mayoría de las autoridades es la expresión latina *per sonare* (sonar a través de), que hace referencia a la amplia boca de la máscara o quizá algún tubo que tenía dentro para proyectar la voz del actor (Allport, 1970).

En los escritos de Cicerón (106-43 a.C. citado en Allport, 1970) se pueden encontrar al menos cuatro significados de persona:

1. Lo que aparece ante otros (pero no lo que uno es realmente).
2. El papel que alguno desempeña en la vida.
3. Un conjunto de cualidades personales que capacitan a un hombre para su trabajo.
4. Distinción y dignidad (tal como en un estilo literario) (p. 44).

Aristóteles, citado por el mismo autor, tenía la creencia de que el individuo existía para el bien de la especie se desplazó en tal forma que pasó a acentuarse el respeto por la integridad y el valor del individuo.

Tiempo después, otros autores van dotando al término persona de autoconciencia, memoria, inteligencia etc. Para Locke (citado en Allport, 1970), una persona es un ser pensante, inteligente, que tiene razón y reflexión y puede considerarse a sí mismo como siendo un sí mismo.

Por lo cual, también surgen teorías acerca de la personalidad, una de ellas es con Platón en 427-343 a. C. (citado en Nuttin, 1968) dividiendo al hombre en cuerpo y alma, esta última es considerada como lo intelectual y es aquí donde se encuentra la diferencia entre cada hombre y de igual manera entre cada pueblo. Este autor se asombra de la diversidad de los miembros que componen la sociedad y para explicar esas diferencias, propone la existencia de tres partes en el psiquismo humano como la inteligencia, el apetito irascible y el apetito de placeres deshonestos. No importando que alguna de las partes predominara más en el psiquismo humano, se manifestaban en un conjunto de rasgos psíquicos de cada individuo o del grupo, por lo cual, documenta que de acuerdo con el predominio se dan diferentes tipos de temperamentos.

Hipócrates en 460- 370 a. C. (citado en Nuttin, 1968) se admitía que ciertas cualidades de la personalidad dependen de la mezcla y de la dosificación de ciertos elementos corporales, siendo esta la doctrina hipocrática de los cuatro humores, los elementos corporales son la sangre, la flema, la bilis amarilla y la atrabilis, a estos humores corresponde también a una u otra combinación de cualidades físicas elementales (caliente y frío, seco y húmedo).

- “A la tierra caliente y húmeda le corresponde la sangre, humor responsable del temperamento sanguíneo. Es de talla mediana, musculoso, de rostro subido de color, de risa fácil y voz fuerte. Es impulsivo, activo soporta mal las contrariedades.
- Al aire frío y seco le corresponde la bilis negra, responsable del temperamento melancólico o nervioso. El nervioso es un individuo alto, poco musculoso, en el que dominan la vida interior e intelectual.
- Al fuego, caliente y seco, corresponde la bilis amarilla que produce el temperamento colérico o bilioso. Este temperamento es el del individuo activo, combativo, rápido, organizador metódico que puede ser violento o sectario.
- Al agua, signo de la humedad, corresponde la linfa o flema, que refleja en el temperamento del flemático. Este es un individuo ancho, con tendencia a la gordura, lento, tranquilo, poco emotivo, perseverante y fatalista” (Clapier, 1987, pp.41 y 42).

Esta doctrina más tarde será elaborada por Galeno (citado Nuttin, 1968) que constituye la base del sistema tipológico de los temperamentos. Las combinaciones elaboradas por Galeno eran todavía muy numerosas y sólo progresivamente se desarrolló, durante los siglos siguientes, la tipología que ha llegado a ser popular y que sólo comprende cuatro combinaciones. Para Galeno los cuatro humores representan elementos de la naturaleza dentro del organismo:

- La bilis amarilla corresponde al fuego, reúne las cualidades de lo caliente y de lo seco y constituye lo que más tarde se llamará temperamento colérico.
- La atrabilis representa el elemento tierra, con las cualidades de lo frío de lo seco, y origina el tipo melancólico.
- La flema corresponde al agua, que es fría y húmeda y constituye el carácter flemático (pp. 80 y 81).

En 1921 Krestschmer (citado en Clapier, 1987) utiliza simultáneamente las mediciones y las fotografías, para la elaboración de su tipología e indica que el examen de sus numerosos enfermos le ha conducido a aislar tres grupos típicos principales: leptosomático, pícnico y atlético.

Sheldon (1951, citado en Clapier, 1987), aprecia la estructura corporal distinguiendo tres componentes morfológicos primarios que ha deducido por el análisis estadístico de cuatro mil fotos medidas con ayuda de 17 diámetros. El somatotipo es determinado por el desarrollo de tres componentes: el endorfismo, el mesomorfismo y el ectomorfismo.

2.2 DEFINICIÓN DE PERSONALIDAD

Durante mucho tiempo temperamento y carácter, fueron intentos de dar una explicación a la palabra personalidad. Allport (citado en Hall y Lindzey, 1970, p. 19) describe al temperamento como "los fenómenos característicos de la naturaleza emocional de un individuo, fenómenos entre los cuales se cuenta su susceptibilidad a la estipulación emocional, la intensidad y la velocidad habituales de su respuesta, la cualidad de su estado de ánimo predominante y todas las peculiaridades de fluctuación e intensidad de su estado de ánimo; todos estos fenómenos son considerados dependientes de su estructura constitucional y, por lo tanto, como origen principalmente hereditario". Y explica que la palabra carácter implica cierto código de conducta en función del cual el individuo o sus actos son apreciados; por lo que es muy común la utilización de calificativos bueno y malo al describir el carácter de un individuo.

La personalidad es "la organización dinámica, dentro del individuo, de aquellos sistemas psicofísicos que determinan sus adaptaciones singulares a su ambiente" (Allport, citado en Hall y Lindzey, 1980 p. 17). Se desarrolla y cambia constantemente aun cuando existe al mismo tiempo, una organización y relación entre sus componentes; es cuerpo y mente, con una historia y existencia propias, y está compuesta por tendencias determinantes que desempeñan un activo papel en la conducta del individuo.

Eysenck (1947, citado en Cartigue et al, 2001 p. 301) determina que la personalidad es "... la suma total de patrones conductuales, actuales y potenciales del organismo, determinados por la herencia y por el medio social; se origina y desarrolla a través de la interacción funcional de los cuatro sectores principales dentro de los cuales están organizados estos patrones de conducta: el sector cognoscitivo (inteligencia), el sector connativo (carácter), el sector afectivo (temperamento) y el sector somático (constitución)".

Liebert (2000, p. 5) opina que la personalidad "es la organización única y dinámica de las características de una persona particular, físicas y psicológicas, que influyen en la conducta y las respuestas al ambiente social y físico". Para Guilford "la personalidad es una configuración personal de rasgos" (citado en Clapier, 1987 p. 39).

Cattel (1972, p. 15) señala que la personalidad es "aquello que nos dice lo que una persona hará cuando se encuentre en una situación determinada". Dicha personalidad "se refiere y se deduce de todas las relaciones humanas entre el organismo y su medio, pero tomando en cuenta tanto actos abiertos como encubiertos" (citado en Cartigue et al; 2001; p. 309).

De acuerdo con el Webster's Tenth New International Dictionary, Kaplan y Sadock (1994 p. 374), explican la personalidad como "la totalidad de las tendencias emergentes de un individuo para actuar o comportarse, o la organización de los rasgos de carácter distintivos, actitudes o hábitos de un individuo".

Dependiendo del momento histórico y la orientación teórica de cada autor, la definición de personalidad toma matices diferentes; sin embargo, se puede llegar a una característica en común como lo son los rasgos (Nuttin, 1968): Como ya se mencionó con anterioridad, la personalidad de un individuo puede ser descrita como una colección de rasgos, siendo éstos la consistencia de los modos característicos de la conducta manifestados por una persona.

2.3 TEORÍAS DE RASGOS Y EL ANÁLISIS FACTORIAL

2.3.1 ALLPORT

La psicología considera el rasgo como una unidad específica, una variable aislable y cuantificable cuya presencia o ausencia se busca. Entonces los rasgos pueden ser apreciados por diferentes métodos, como los cuestionarios de personalidad. Al igual que la medición de indicadores que se observan en las acciones abiertas de las personas.

Allport (1970, p. 312) desarrolla su teoría de los rasgos partiendo de un enfoque biofísico, en donde señala el concepto de rasgo como "un sistema neuropsíquico (peculiar al individuo) generalizado y focalizado, dotado de la capacidad de convertir muchos estímulos en funcionalmente equivalentes y de iniciar y guiar formas coherentes (equivalentes) de comportamiento adaptativo y expresivo".

Este autor designa detalladamente una actitud mental que facilita la solución de un problema o acto específico, es decir, "toda tendencia directiva o estado de disposición a la respuesta. La doctrina de los rasgos tiene que ver con esta concepción amplia. Todos los rasgos son tendencias directivas, pero, inversamente, no todas las tendencias directivas son rasgos" (p.308). En las tendencias determinantes existen, el hábito y la actitud, que deben ser comparados con los rasgos. Para Allport (1970, p. 308), el hábito es designado por un "tipo variable e inflexible de respuesta, consecuente con la repetición de una situación-estímulo con la cual está ligada por la experiencia y la práctica." Por consiguiente, la integración de muchos hábitos específicos dan vida a los rasgos, pero los hábitos ya no dominan el rasgo, es más bien el rasgo el que los obliga a la formación de nuevos hábitos, útiles para éste y concordantes con él.

Para Hall y Lindzey (1980), la actitud comparte varias características con el rasgo, ya sea la forma de disposición a la respuesta. Lo individualizado y distintivo de su poseedor, guían el curso de la conducta. Los rasgos son de naturaleza biofísica y se determinan por la herencia y el aprendizaje. Una actitud tiene un objeto de referencia definido, es específica y ligada a un estímulo; mientras los rasgos carecen de referencia definida a objetos. Por lo cual, la actitud es específica y general, y el rasgo sólo es general.

Por otra parte, Allport (1970) hace una diferencia entre rasgos individuales y comunes. Los primeros son verdaderos rasgos, pues siempre se encuentran en los individuos y no dispersos en la comunidad, así como se desarrollan y

generalizan hasta ser disposiciones dinámicas de modos únicos que varían dependiendo de las experiencias de cada individuo. Los segundos son aquellos aspectos de la personalidad que comparten varios individuos por vivir en una cultura dada.

Este autor sugiere que el principio fundamental de la conducta es un flujo continuo, dentro del cual todo acto representa una movilización convergente de toda la energía disponible en el momento. A lo que asevera, que ningún rasgo aislado o en conjunto, determinan el comportamiento por sí solos, ya que las condiciones del momento, como el carácter especial del estímulo, la distribución temporaria de presiones y tensiones dentro del sistema neuropsíquico, son decisivas al exigir una forma especial de respuesta adaptativa. Estas respuestas o actos adaptativos son los que hacen que los rasgos sean observables.

De acuerdo con la naturaleza dinámica de los rasgos, Allport (1970) menciona " En consecuencia, como los rasgos, en su aspecto fisiológico, son sin duda disposiciones neurales de índole compleja, es lógico esperar que muestren efectos motivacionales, inhibitorios y selectivos sobre la conducta.... la actuación de un rasgo es dinámica, y esto en dos aspectos: en tanto gobierna la recepción del estímulo y en tanto dirige la respuesta" (p. 336).

Sobre los motivos, son sistemas personalizados de tensiones propia de cada persona, pues esta tiene la capacidad de seleccionar estímulos, controlar y dirigir tensiones segmentales, promueven respuestas y las vuelven equivalentes, de una forma coherente con la persona misma y sus características. Pero el rasgo por si mismo no inicia conductas, pues toda disposición debe ser excitada antes de que sea dinámicamente activa (Allport, 1970).

Los rasgos inician conductas, en el caso de motivación espontánea, ya que la respuesta surge de rasgos profundos de la personalidad, mostrando los rasgos poder de iniciativa, al menos en los momentos en que no están específicamente inhibidos por cursos contrarios de conducta. De esta manera, Allport (1970) distingue rasgos motivacionales (direccional) y otros instrumentales. Estos últimos son expresivos en cuanto a su significación y son motores en su organización, representan estilos de conducta, y no se encuentran vinculados con la vida emocional.

Para este autor es evidente que lo que parece ser el mismo rasgo puede tener orígenes diferentes en diversas personas, por lo cual marca la diferencia entre rasgos fenotípicos, genotípicos y pseudo-rasgos. Los fenotípicos se basan en descripciones de atributos aquí y ahora, como los rasgos comunes, que están vinculados con la conducta externa y no con motivos profundos; los genotípicos fundamentan en exposiciones explicativas, buscan motivos y presiones subyacentes, así como la verdadera fuente de la conducta; y por último los pseudo-rasgos son juicios equivocados que surgen de fijar la atención en las apariencias, de errores de inferencia, es decir al observar la conducta de forma superficial o interpretar por manifestaciones aparentes.

Allport (1970, p. 343) considera que " las influencias que determinan la conducta son múltiples y fluidas. Un acto puede resultar y de ordinario resulta, de la movilización de la energía disponible a través de muchos canales... ningún rasgo es producto unívoco de un rasgo aislado", es decir, un impulso que excita a un rasgo puede excitar al mismo tiempo a otros, contribuyendo a la conducta convergente en proporción a su grado de excitación. Siendo ésta una cualidad nuclear del rasgo al constituir su significado para el individuo como modo de supervivencia y dominio. La coherencia de un rasgo es cuestión de grado, se define por la presencia de respuestas equivalentes, sin encontrarse una coherencia perfecta, pues en la personalidad, frecuentemente los rasgos se contradicen entre sí, al encontrarse en cada persona conflictos que se expresan en disposiciones antagonistas, frente a un medio siempre cambiante que ponen en un estado de tensión activando distintos rasgos. Señala que existen rasgos de significación principal y significación menor, por lo cual describe tres tipos de rasgos: rasgo cardinal, rasgo central y rasgo secundario.

El rasgo cardinal es aquel tan dominante que son pocas las actitudes que no puedan ser referidas directamente o indirectamente a su influencia. Este tipo de rasgo, es por el que se conoce a una persona, por lo cual ha sido llamado rasgo eminente, la pasión conductora, el sentimiento rector o la radix de una vida, aunque un rasgo cardinal está siempre dentro de la personalidad, nunca coincide con ella (Allport, 1970).

Los rasgos centrales son llamados focos de la personalidad, son los que en las escalas de evaluación, se marcan como características sobresalientes de un individuo. Por último, los rasgos secundarios son menos visibles y también menos generalizados, pues son puestos en movimiento por una limitada serie de estímulos, por lo que igualmente dan una serie limitada de respuestas (Allport, 1970).

2.3.2 RAYMOND CATTELL

El enfoque del análisis factorial de la personalidad comienza por una revisión sistemática de todos los medios útiles para la medición de cualquier aspecto de la personalidad, tratando de descubrir un número mínimo de dimensiones o factores hipotéticos que necesitarían ser postulados para dar cuenta de las correlaciones de una matriz (Brody, 1977).

Cattell (citado en Clapier, 1987) aplica una novedosa técnica factorial al análisis longitudinal del individuo para dar cuenta de las fluctuaciones de las conductas en momentos diferentes. Pone en evidencia la existencia de estructuras dinámicas que están en la base de las motivaciones.

La teoría de Cattell (citado en Pelechano, 1996) es unidimensional, lo que implica que la unidad de análisis y las relaciones entre éstas unidades deben ser cuantitativas y no cualitativas. Estas unidades básicas de la estructura de la

personalidad son los rasgos, los cuales define como "una tendencia a reaccionar permanente y amplia" (Cattell, 1972 p.18), son unidades funcionales que se manifiestan en la covariación de la conducta (Cargigue, Cueli, Martí, Michaca y Reidl, 2001) siendo estos rasgos equivalentes a un factor o dimensión.

La clasificación de rasgos que realiza este autor, es de acuerdo al contenido y pueden ser las habilidades (se manifiestan en la forma de responder a la complejidad de una situación, cuando el individuo ve claramente qué objetivo quiere alcanzar), rasgos temperamentales (también llamados generales de la personalidad, son normalmente estilísticos, ya que se refieren al ritmo forma y persistencia, que abarcan una gran variedad de respuestas específicas) y rasgos dinámicos (son las motivaciones e intereses) (Cartigue, Cueli, Martí, Michaca y Reidl, 2001).

Del mismo modo, Cattell (1972) describe otros dos rasgos; los rasgos comunes como aquellos que presentan forma muy parecida en todo el mundo, tales como la inteligencia y la sociabilidad; y los rasgos únicos que normalmente son rasgos dinámicos, tan específicos de un individuo que no podría encontrarse a otro igual.

También Pelechano (1996) hace hincapié en que Cattell distingue entre rasgos fuente y rasgos superficiales. Los primeros son aquellos que se repiten en las estructuras factoriales, muestrean parcelas comportamentales algo distintas entre sí, tienden a encontrarse anclados a nivel con una teoría y se encuentran con la utilización de tipos de datos distintos (T, Q, y L), y los rasgos superficiales son aquellos que se obtienen al llevar a cabo un análisis factorial, pero que no se repiten en ocasiones posteriores y muestrean un campo muy restringido del funcionamiento personal.

Cattell afirma que los rasgos se desarrollan por medio del aprendizaje "mediante interminables aplicaciones de recompensas y castigos (privaciones) en la familia, el colegio, y el grupo de amigos; se van formando gradualmente ciertos modelos de respuesta de la personalidad – rasgos - adaptados a la cultura social" (1972, p.20). Se da a través del condicionamiento clásico, retomando leyes de Pavlov y Watson; con el condicionamiento operante, también llamado aprendizaje por recompensa, así como el aprendizaje de integración, por medio del aprendizaje de una jerarquía o combinación de respuestas, en donde se logra una satisfacción mayor a la personalidad total, y no sólo a una tendencia aislada.

Por lo anteriormente mencionado, Cattell (1972) propone que una forma de describir la personalidad que llamó esfera de la personalidad, sería la de asignar una puntuación a un espectro de rasgos. Y para dar esta puntuación propone tres tipos de datos de la psicometría:

- L-data. O también llamado registro vivo, porque se estudia la conducta en una situación real y cotidiana. Idealmente incluiría aquellas conductas que se pudieran puntuar sin precisar del juicio intermediario de un puntuador, y estas conductas específicas se pueden encontrar.

- Q-data. Por medio de un cuestionario que la propia persona contesta según su autoobservación e introspección.
- T-data. Mediante tests objetivos, es decir, unas situaciones en miniatura preparadas para que una persona reaccione, sin que realmente sepa qué aspecto de su conducta se está puntuando (p.48).

2.4 PERSONALIDAD DE MADRES DE ADOLESCENTES CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Para algunos autores como González, Unikel, Cruz y Caballero, (2003); Espina (1994, citado en Caparrós y Sanfelá, 1997); Eliacheff y Raimbault (1991); Cirillo, Selvini y Sorrentino (1999) y Stierling y Weber (1990), entre otros, hay ciertos factores predisponentes para desarrollar algún trastorno de la conducta alimentaria como son: las características de personalidad, los trastornos perceptivo conceptuales, la tendencia a engordar, los patrones familiares patológicos de interacción, las características de personalidad de los padres y las actitudes y preocupaciones de éstos hacia el peso, la forma del cuerpo y control, siendo éstos tres últimos los importantes para la presente investigación.

Las familias disfuncionales son un factor más que predisponen a los hijos a los trastornos de la alimentación, pues son un efecto negativo en su autoestima (Fonseca, Ireland y Resnick 2002).

Una de las características de estas familias según Rowa, Kering y Geller (2001), es la falta de individualidad entre los miembros, reportando estos autores niveles altos de problemas en los límites con las madres y padres en comparación con las que no padecen trastornos alimentarios, encontrando mayor patología en la relación madre-hija.

Stierling y Weber (1990) encuentran que en estas familias hay un código interiorizado de conducta construido en torno de principios implícitos tales como "mejor dar que recibir", "la abnegación eleva a la persona", "mis propias necesidades y deseos no son tan importantes como los de los demás", "sólo me siento bien si los demás se sienten bien", y "somos un grupo de gente unido por el destino: ninguno debe ser abandonado en el camino". Por lo cual, el poder será obtenido por el miembro de la familia que dé más, se sacrifique más y satisfaga menos sus propias necesidades personales. Encontrándose entonces ambivalencia y deseos de rechazar, liberarse y escapar, junto con sentimientos de culpa y ansiedad en los miembros de estas familias.

Para Steiger, Stotlan, Trottier y Ghadirian (1996 citado en Cooper y Galbraith, 2001), existe un modelo maternal de las patologías del comer que se transmite generacionalmente, concerniente al peso, forma y alimento, teniendo como consecuencias en las creencias y conductas de adolescentes con problemas de anorexia nervosa.

En un estudio hecho por Cirillo, Selvini y Sorrentino (1999) explican que estas madres en su juventud fueron personas que han sido blanco de discriminación sexual, subestimación abierta de sus capacidades mentales, con episodios de falta de protección, de hiperresponsabilización sin gratitud o reconocimiento, es decir de verdadera explotación; y aunque han sufrido este tipo de maltrato son mujeres que se han apegado a sus padres, en especial a la madre, con la cual pueden haber tenido una relación conflictiva. Por lo que, estos autores llegan a sugerir los calificativos de mujeres sacrificadas y humilladas. El primer calificativo se explica como el no tener límites a los quehaceres para los demás, y este deber no les permite tener disponibilidad al contacto interpersonal, así como les cuesta ser introspectivas y reflexionar sobre sí mismas y apenas captan el estado de ánimo de los demás. Son personas que han aprendido a bastarse por sí mismas, confiando en sus propios recursos para sobrevivir, a reprimir la rabia para poder ser aceptadas. El segundo calificativo se basa en el aprendizaje social que porta la mujer, de dejar todo por los demás, humillando hasta su propia posición en la familia. En esta misma investigación, se concluye que son madres adecuadas, asexuadas, un poco deprimidas, necesitadas de fusionalidad y recíproco control, caracterizándose los cónyuges más como padres que esposos.

Por otro lado, hay una cadena transgeneracional de exigencias cada vez más grande e interiorizada de autosacrificio, es decir, una persona que constantemente practica el autosacrificio y permanentemente da más de lo que recibe, a la vez tiene derecho a una recompensa, la cual, tal como se dan las cosas, puede ser reclamada a los miembros de las siguientes generaciones, o sea, a los propios hijos de esa persona (Stierling y Weber, 1990).

Desde el punto de vista psicológico, el embarazo es una crisis del desarrollo para la madre, ya que ésta tiene que adaptar su modo de vida a la del niño en camino, con repercusiones en todos los aspectos. Las madres frecuentemente tienen dificultades para ajustarse especialmente con su primer hijo (Cline, 2001).

Para Stierling y Weber (1990) la ansiedad en la madre es activada por la hija (en el sentido de que ocurrirá algo terrible, si como madre no se ocupa lo suficiente de su hija) por lo cual, la madre ve en su hija, alguien a quien debe dar, amar y proteger (todo un desafío para su capacidad materna).

El niño comienza su vida como si fuera parte de la madre y ésta a su vez lo trata como una extensión de ella misma. El bebé en la etapa de lactancia recibe de su madre no sólo leche sino amor, implícito también en los cuidados maternos (la calidad de estos es determinada por la madurez de la madre), siendo importantes para el buen desarrollo psicológico del pequeño. Por lo tanto, en esta fase la madre debe de estar especialmente atenta a las necesidades de su hijo, para así responder correctamente y adaptarse al bebé, formándose desde ese entonces las buenas relaciones que el pequeño establecerá en su vida cotidiana más tarde, pues, depende de la progenitora la confianza y seguridad que transmita a su hijo (Klein 1943, citado en Cline, 2001).

Cline (2001) señala que al establecerse un régimen alimentario debe hacer lugar a la cooperación voluntaria del infante para cuyo beneficio se establece. Cuando las personas responsables de dicho hábito no se ganan la cooperación del niño, conspiran contra su propio objeto y en vez de beneficiar la actitud del infante ante el alimento, pueden dañarla; en esta fase temprana de la vida, la actitud ante el alimento tiene una importancia suprema en relación con el proceso del desarrollo físico y psicológico.

Cuando la madre no tiene suficiente cuidado en captar correctamente la información que le transmite su hijo sobre sus necesidades, surgen confusiones de los signos de hambre desde la infancia, no siendo capaz el niño de reconocer cuando tiene hambre y cuando está satisfecho, pues su conciencia interna ha sido mal programada, es decir, cuando la madre no le pone suficiente atención y no satisface las necesidades del bebé, contribuye a privarlo de la base fundamental del sentido de identidad y como resultado de esto, las percepciones de sus propias funciones fisiológicas se distorsionan. Más tarde, durante la adolescencia se incrementan los impulsos biológicos (entre ellos el hambre), y las nuevas demandas sociales y emocionales, como respuesta a lo anterior tratan de sobrecontrolar sus necesidades, como una forma de tomar posesión del cuerpo y la mente propios, para convertirse en un sí-mismo autónomo (Bruch 1960; citado en Kaplan, 1986). Durante mucho tiempo, la adolescente anoréxica, no tuvo poder para controlar su vida, por lo cual, el matarse de hambre implica que de alguna manera tiene algún control sobre ella, tal vez no tenga control sobre el exterior, pero si en qué, cómo y cuándo comer, logrando un dominio impresionante de sí misma.

Ana Freud (1985), le da importancia a la relación que se establece madre-hijo, pues de dicho vínculo depende que las necesidades corporales instintivas del pequeño sean frustradas o satisfechas y en qué medida; que el placer o el displacer sean las experiencias nucleares de su vida; y que a los fines de la gratificación, su atención sea paulatinamente de su cuerpo y su persona incipiente hacia el objeto que le provee sus necesidades, primeramente la leche, luego el pecho y terminando con la madre, que es el primer representante del mundo externo y, finalmente, que los periodos de fusión con la madre y el amor que tiene por ella, por razones puramente egoístas abran paso a la manera madura de amar al objeto como persona por derecho propio. Por lo cual, el niño se inclina a tratar el alimento que le proporciona la madre del mismo modo que a ésta, cosa que para la autora significa que todas las perturbaciones posibles de la relación madre-hijo pueden trasladarse a la situación alimentaria. Cuando el niño lucha contra la madre y la rechaza puede luchar contra el alimento que ella le ofrece y que se ha transformado en un símbolo de sus atenciones. Bajo la influencia de sus propias fantasías inconscientes a menudo continúan durante un tiempo mucho más largo que el necesario actuando como vínculo entre el niño y el alimento, y tratando por su parte el alimento que ofrecen como si fuese una parte de ellas mismas; se sienten complacidas y son afectuosas cuando el niño acepta éste y se ofenden cuando lo rechaza. Esta actitud de la madre coincide con la actitud inconsciente

del niño y, por consiguiente, fortalece las tendencias emocionales inconscientes que constituyen una amenaza para la alimentación (citado en Cline, 2001).

La mujer que alimenta a su hijo está reviviendo inconscientemente su propia lactancia. Si ésta fue feliz, gozará en repetir la misma experiencia satisfactoria con su propio bebé. Si fue muy conflictual y angustiada, puede ocurrir que viejos recuerdos, al resurgir en su inconsciente, obstaculicen la lactancia y hasta la impidan del todo, desapareciendo la secreción de leche (Langer, 1994).

A medida que los psicólogos se fueron familiarizando con los pormenores del proceso de separación-individuación, se comenzó a pensar que la relación de madre-bebé era la clave que permitiría aclarar los enigmas de la anorexia. La anoréxica es una persona que no logró separarse satisfactoriamente de la madre durante su infancia. Al llegar a la pubertad y enfrentar la necesidad de despegarse de su madre, no tiene elementos para manejar los conflictos que implica. Siendo, por tanto, su alternativa restaurar el estado de unidad con la madre. Estos especialistas sugieren que se ha producido una detención en el nivel simbiótico del desarrollo, es decir, la simbiosis madre-hija original se mantiene constantemente activa en forma latente o manifiesta durante la vida de ambas. Otra tendencia sobre el proceso separación-individuación, es que la adolescente ha retrocedido en la subfase de reaceramiento de este proceso, aferrándose a la madre y queriendo librarse de ella al mismo tiempo, por lo cual vive en ambivalencia con la figura materna (Kaplan, 1986).

Autores como Stierling y Weber (1990) señalan que los temores de separación y pérdida se transforman en preocupación o, si se prefiere, afectuoso interés y creciente sentido de responsabilidad por los otros, ya que la separación significa la percepción, tolerancia y aceptación de las diferencias y la individualidad, así como de ambivalencia. Esto explica porque las madres de las pacientes anoréxicas parecen particularmente propensas a manifestar esa preocupación preguntándose constantemente, llenas de ansiedad, si se habrán ocupado lo suficiente de su hija, si tomaron medidas para resguardar su salud, si la mantuvieron alejada de otras personas y sobre todo, si le dieron suficiente de comer.

Natenshon (2001), explica que las madres y los padres invaden la privacidad provocando una falta de autonomía y capacidad emocional para separarse de la familia. De la relación materna con el adolescente surge un factor de riesgo, el cuál se define como las condiciones que incrementan la probabilidad de que un individuo desarrolle un trastorno alimentario (Belloch, Sandín y Ramos, 1995). También para Haller (1974) el desarrollo de la personalidad del niño depende, de la interacción social y de la percepción de la relación madre-hijo (citados en Bravo y Fortanel, 2001).

El cuerpo delgado es una caricatura del bebé que su madre necesitaba fuera (un niño sin deseos, en perfecto control de sus funciones corporales). Estas personas para Kaplan (1986) fueron privadas de sus derechos narcisistas cuando bebés y

de la autoridad interior para regular sus propios deseos, convirtiéndose entonces en una extensión de la madre y al destruirse también destruyen a su madre.

Las investigaciones que se han realizado acerca de la familia con la que convive un paciente con anorexia, apuntan, al sacrificio enorme que hace la madre por éstos, siendo que en la familia mexicana típica hay un exceso de la madre y una total ausencia del padre, por lo cual, los hijos se hacen dependientes de la madre. Estudios realizados para la demostración de la relación que tienen los trastornos alimentarios con las dinámicas de apego padres-hijos, destacan la percepción de una imagen materna significativamente más intrusiva, con excesivo contacto, infantilizante, sobreprotectoras, ansiosas, perfeccionistas, temerosas de separarse de sus hijos y limitantes en conductas de independencia de sus hijas adolescentes; y en cambio perciben a los padres como obsesivos, pasivos, volubles, emocionalmente reprimidos y alejados (Rodhes y Kroger 1992; citados en Pérez y Platas, 1998).

"La mujer se convierte mucho más fácilmente en dominada por la madre, niña modelo de una madre invasora, intolerante e hipercrítica.... las madres de las anoréxicas han hecho mucho por sus hijas, incluso demasiado, pero sin sacar de ello ningún sentimiento de alegría" (Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1999 p. 173).

Porot (1980) sugiere que el hijo necesita de la madre, tanto como ella de él, describe también tipos de amor maternal encajando la madre de una chica anoréxica en uno de estos. Este autor describe este amor abusivo de la siguiente forma:

El niño sirve a su madre y ella se sirve de él en forma sutil e inconsciente, quiere, espera y exige, que tanto el comportamiento como los sentimientos de su hijo sean lo que ella espera de él, para así compensar sus insatisfacciones afectivas profundas y para alimentar su egoísmo, busca realizar su ideal frustrado que en la mayoría de las ocasiones es irrealizable, es decir, apetece que su hijo le proporcione éxitos que le hagan honor, mediante excelentes resultados sociales y escolares, deseando siempre la perfección que este no alcanzará (Porot, 1980).

La madre es estricta, dominante con la disciplina desde los primeros pasos hasta las funciones fisiológicas, por lo tanto, cuando la menor manifiesta cierta autonomía por mínima que sea, o bien, demuestre su personalidad, es un golpe a la maternidad, pues a la madre le agrada la sumisión pasiva que es de lo más normal y necesario para continuar con este círculo (Sherman y Thompson, 1999).

Hay diferentes tipos de madres abusivas en este escrito sólo se mencionaran dos de ellas, pues son las que competen a este trabajo; una de éstas es la madre tiránica, son mujeres que no aceptaron su feminidad y por lo tanto su maternidad, por lo cual quieren a sus hijos como seres inferiores para así utilizarlos, mandarlos, dominarlos para entonces compensar la inferioridad que sienten; y las segundas son las madres superprotectoras y perfeccionistas, las cuales son neuróticas con sentimientos de ansiedad y culpabilidad inconsciente, jamás están

satisfechas, siempre están abrumadas por las obligaciones, se agotan por alcanzar la perfección a la que nunca llegan, exigen demasiado todo el tiempo, por lo que es difícil respetar sus normas o bien alcanzarlas (Porot, 1980).

Como consecuencia de estas características de personalidad por parte de las madres, se crían hijos que tienen una relación simbiótica con la madre, careciendo el niño de personalidad y por tanto de independencia, dejándose aplastar o usar por la madre. El pequeño se siente constantemente culpable por no alcanzar las metas fijadas por su progenitora, teniendo así manifestaciones de retraso afectivo como son la anorexia, inercia dócil, torpeza electiva y ausencia total de progreso propio. La anorexia según Porot (1980) es un contrachantaje que utilizan estas personas, pues así tienen la atención, interés y el amor de la madre.

“Estos niños son excelentes alumnos en el colegio. No dan oídos a los malos consejos. No leen libros prohibidos. Entre ellos y su madre se establece un acuerdo profundo, que ni siquiera necesita ser expresado con palabras: el más tenue rumor de labios es comprendido por el hijo. Sacia su necesidad de infancia en esta apasionada obediencia; la madre conserva su prestigio divino. Esto durará sin la menor duda hasta la edad de la evolución sexual normal” (Codet citado en Porot, 1980 p. 128).

También hay personajes históricos que padecieron trastornos de la conducta alimentaria, como son los casos que describen Rimbault y Eliacheff (1991). La Emperatriz Sissi, a quien su madre deja encargada desde su casamiento a los 15 años de edad con su suegra Sofía. El mundo de ésta última, Sissi lo percibía como “ un mundo material de obligaciones, deberes, en que la dimensión del deseo está radicalmente ausente, excluida. . . la vida de estas jovencitas está hecha de una acumulación de obligaciones, de tal manera que ya no queda ningún lugar para desear hacer. . . ceder a la omnipotencia materna reduce al individuo a un ser de necesidad. La anoréxica pide un descanso sin descanso un objeto que sea sostén de un deseo de la madre. Esas madres “perfectas” que no hacen caso ni a la palabra ni a la autoridad del padre no tienen nada que transmitir a sus hijas” (p. 64 y 65).

Estos mismos autores describen a la madre de la escritora Simone Weil, como una mujer generosa, abnegada, valiente, apasionada, incansable, dotada de un espíritu práctico y organizador, pero también como una persona autoritaria, que imponía sus gustos, en particular lo relacionado al método naturista, ya sea en el aspecto de la vestimenta o de la alimentación, y que sabía sacar partido deliberadamente o no de su sentido práctico y su capacidad para adueñarse del entorno.

3. INVENTARIO MULTIFÁSICO DE LA PERSONALIDAD MMPI-2

3.1 ANTECEDENTES

El primer investigador de la personalidad que empleo procedimientos de autoinforme fue Francis Galton a finales del siglo XIX (citado en Butcher, 2001), explorando las maneras de lograr que las personas se calificaran a sí mismas en cuanto a factores de personalidad. Para 1920 y 1930, el uso de estos cuestionarios se hizo mayor, poco después de que Woodworth (1920, citado en Butcher, 2001) desarrollara el Cuestionario de Datos Personales (primer cuestionario de personalidad) durante la primera guerra mundial. Dichos test proliferaron en los siguientes años a la guerra, mostrando los psicólogos mucho ingenio en el desarrollo de medidas para evaluar diferentes cualidades personales, sin embargo la mayor parte de los cuestionarios eran obtenidos de manera lógica y recopilados a partir de constructos teóricos escasamente definidos, además de no prestar mucho reparo en lo referente a la validez o precisión de la medida.

Starke R. Hathaway, psicólogo clínico y J. Charles Mckinley, neuropsiquiatra, introdujeron una perspectiva diferente para la evaluación de la personalidad (método empírico), comenzando así una nueva práctica en la evaluación clínica (Butcher, 2001). A fines de 1938 dichos autores consideraban importante desarrollar medidas que evaluaran problemas clínicos relevantes al mismo tiempo que representarían con validez a sus pacientes de un modo objetivo. Aprovechando su experiencia, tenían confianza en que los pacientes podrían y querían describir con honestidad sus conflictos a través de autoinformes, si les facilitaban las condiciones apropiadas (Núñez, 1968).

3.2 DESARROLLO DE LAS ESCALAS CLÍNICAS

Hathaway y Mckinley (1940, citado en Núñez, 1968) siguen una orientación semejante a la desarrollada por Binet con sus pruebas de inteligencia y a Strong con su prueba de intereses vocacionales. Tomaron una amplia muestra de expedientes clínicos y de la literatura de investigación sobre problemas psiquiátricos para obtener un muestreo extenso de síntomas, creencias, dificultades, actitudes y demás, como su reserva inicial de reactivos.

Estos autores comenzaron con una reserva de 1200 reactivos, disminuyéndola a 504 para obtener datos iniciales. Se seleccionaron a los grupos de criterio apropiados. Un grupo fue de personas normales (conocido más adelante como el grupo normal de Minnesota) que consistía principalmente en familiares y visitantes de los pacientes del hospital de la Universidad de Minnesota; el segundo grupo estaba formado por pacientes clínicos (con síntomas claramente definidos y se les proporcionaba tratamiento) del hospital de la Universidad de Minnesota. Este último grupo fue dividido en subgrupos de muestras de diversos diagnósticos

clínicos (hipocondriasis, depresión, histeria, desviación psicopática, paranoia, psicastenia, esquizofrenia e hipomanía) (Graham, 1987).

Los reactivos se redactaron a un nivel de lectura elemental (sexto grado) y utilizaron un formato de aplicación que facilitaba la cooperación de los participantes. El siguiente paso fue aplicar los 504 ítems a las muestras. Los autores escribieron cada pregunta sobre una tarjeta; a las personas que contestaron la prueba se les pedía que leyeran la afirmación y decidieran si aplicaba o no a ellas y posteriormente colocaran la tarjeta en una de las tres urnas designadas según su respuesta (verdadero, falso y no sé). Estas frases fueron elaboradas a partir de historias clínicas de medicina general, neurológicas y psiquiátricas, así como también en escalas publicadas en esa época para encontrar datos de personalidad y escalas que daban informes de orientación vocacional (Núñez, 1968).

Posteriormente se realizó un análisis de reactivos para identificar aquellos, en el grupo de 504 que diferenciaron significativamente entre los dos grupos, los ítems del MMPI individuales identificados por este procedimiento se incluyeron en la escala MMPI resultante para ese grupo clínico. En un intento de validación cruzada de cada una de las escalas clínicas, se seleccionaron nuevas muestras tanto normales como clínicas (con el diagnóstico de cada escala según correspondiera) y se les administró la escala. Si se encontraban diferencias significativas entre las puntuaciones de ambos grupos, la escala clínica se consideraba con un validación cruzada adecuada y por tanto lista para utilizarse en el diagnóstico diferencial de pacientes nuevos cuyas características diagnósticas eran desconocidas (Graham, 1987).

El primer grupo clínico que se estudió fue el de Hipocondriasis, integrado por pacientes psiconeuróticos extremadamente preocupados por su bienestar físico, este grupo no incluía a psicóticos. Esta escala se denominó Hs, se integró con aquellas características de los hipocondríacos, aquellas que respondieron con mayor frecuencia cierto a afirmaciones como "Casi siempre me parece que tengo un nudo en la garganta", para ser incluidas dentro de la escala Hs las frases debían encontrarse con una frecuencia tal, que al compararse con el grupo control los hipocondríacos la utilizaban por lo menos el doble del error normal. Se utilizaron en esta escala dos grupos control, uno integrado por sujetos con algún malestar físico, pero mentalmente normales, y otro por pacientes psiquiátricos que no habían sido diagnosticados con este trastorno (Núñez, 1968).

En la segunda escala Depresión (D), se tomó en consideración la frecuencia con que los pacientes diagnosticados como depresivos respondieron al pedírseles que contestaran cierto o falso, como ejemplo tenemos las siguientes frases: "lloro con facilidad" (cierto), "soy una persona sociable" (falso). Esta escala señaló de manera estadística que era posible diferenciar clínicamente pacientes deprimidos de sujetos normales, así como también el hecho de que la mujer ofrece una puntuación más alta que el hombre (Núñez, 1968).

La siguiente escala Psicastenia, se estructuro con el objeto de diferenciar pacientes que sufrían de dudas exageradas, obsesiones y fobias. El término psicastenia se deriva del concepto de una debilidad de la voluntad que incapacita al individuo a impedir el tipo de conducta que realiza o que se ve forzado a realizar. Se denominó a la escala Pt y se utilizó para diferenciar casos de pacientes con síntomas clínicos con algún grado de psicastenia de personas normales. De igual forma se observo que personas consideradas normales ofrecían una puntuación mas alta, pues tenían algunos rasgos obsesivo-compulsivos (Núñez, 1968).

Núñez (1968) recopila la escala de Histeria (Hi) que fue una de las primeras que se utilizaron para diagnosticar este padecimiento. Hathaway y Mckinley (1944, citado en Núñez, 1968) describen el problema que tuvieron para conseguir la muestra de pacientes histéricos, pues en el Hospital Mayo Memorial tenían la dificultad de delinear la histeria libre de otros síntomas neuróticos como la hipocondriasis y la depresión.

Hipomanía (Ma) fue la cuarta escala que tiene por objeto evaluar leves grados de excitación maniaca que se encuentran en la psicosis maniaco depresivas. Se utilizaron pacientes que sufrían de un grado moderado de dicha perturbación, pues casos severos (estados confusos, delirio, agitación, o con cuadros de esquizofrenia) no pueden cooperar adecuadamente en la clasificación de las frases. El procedimiento utilizado fue el mismo que para las escalas anteriores (Núñez, 1968).

Desviación Psicopática también llamada Dp estudia al grupo clínico conocido clínicamente como Personalidad psicopática. La investigación del MMPI con este grupo incluyó a pacientes con historia de robo, mitomanía, promiscuidad sexual, alcoholismo, falsificación fraudulenta, enviados por la Corte Juvenil al Hospital dela Universidad de Minnesota, además de los que ya habían sido diagnosticados, incluyéndose los tipos amor al y asocial en el estudio. Otro grupo más consistió en 100 reos de un reformatorio federal con diagnostico similar aunque no todos eran de tipo asocial o amor al. Así se lograron un total de 50 reactivos (Núñez, 1968).

Esquizofrenia (Es), es la escala que mayor atención recibió para lograr identificar la variable útil. Se probó con diferentes frases con las que se buscó el tipo de contestación que ofrecían cincuenta pacientes ya diagnosticados. Se intentó obtener subclasificaciones de esquizofrenia simple, hebefrénica, paranoide y catatónica, sin embargo no se logró hacerlo. Se llego a la escala Es la cual se modificó con la introducción de la escala de corrección K (Núñez, 1968).

La escala Paranoia (Pa) se derivó de las frases utilizadas con pacientes con síntomas paranoides, se sentían perseguidos, sufrían de megalomanía, eran suspicaces, con ideas de referencia, rígidos en sus opiniones y actitudes. La combinación de las escalas Es y Pa sirvió para determinar pacientes diagnosticados como esquizofrénicos paranoides (Núñez, 1968).

Poco tiempo después, se elaboraron dos escalas adicionales la primera Masculinidad-femenidad (Mf) que intentaba diferenciar entre hombres homosexuales y heterosexuales, como fue difícil definir los reactivos para identificar ambos grupos, se amplió el enfoque de la escala, pues identificaron otros reactivos como diferencialmente aceptables por hombres y mujeres normales. También se agregaron algunos reactivos en la escala I de Terman y Miles (1936, citado en Graham, 1987) al juego original y se incluyeron en la escala Mf. La segunda escala aumentada es la de Introversión social desarrollada por Drake (1946 citado en Graham, 1987), elaborada inicialmente seleccionando reactivos del juego original, para diferenciar con éxito entre estudiantes universitarias que participaran en muchas actividades extracurriculares, de aquellas que no fueran muy participativas socialmente.

Después de algún tiempo se desarrollaron cuatro escalas conocidas más tarde como escalas de validez, cuyo propósito era detectar las actitudes desviadas de quienes contestaban la prueba. La escala o categoría "No puedo decir", es simplemente el número total de reactivos del MMPI omitidos o contestados verdaderos o falsos al mismo tiempo por la persona que contestó la prueba. La omisión de un gran número de reactivos tiende a disminuir el puntaje para las demás escalas, por lo tanto pone en duda el perfil resultante. La escala L (Mentiras) fue diseñada para detectar un intento ingenuo y no sofisticado de presentarse a sí mismo de una forma favorable. Los reactivos de esta escala fueron derivados de forma racional y cubren situaciones de la vida diaria para evaluar la intensidad de la indisposición de la persona para admitir incluso una debilidad menor en su personalidad. Otra escala de validez es la F, integrada por 64 reactivos que se seleccionaron debido a que la puntuación de los sujetos normales seleccionados era muy bajo en la escala, ya que solamente llegaban a dos o cuatro puntos. Se observó que cuando el sujeto no entendía bien lo que leía, la puntuación era muy alta, indicando en este sentido dificultad para comprender y, por lo tanto, la prueba sería invalidada, o bien la persona no colaboraba. Además se descubrió que los sujetos esquizoides contestaban de forma extraña. Por último la escala K identifica la defensividad clínica. Los reactivos fueron seleccionados empíricamente al comparar las respuestas de un grupo de pacientes conocidos como clínicamente desviados pero que producían perfiles normales y para quienes no había indicios de patología. Se intentaba que una puntuación K alta fuera indicativa de defensividad y cuestionara las respuestas de la persona a todos los demás reactivos. Esta escala también fue usada como factor de corrección para algunas de las escalas clínicas, pues concluyeron que si el efecto de una actitud defensiva al contestar la prueba se reflejaba por una puntuación K alta y disminuía las puntuaciones en las escalas clínicas, quizá uno pudiera ser capaz de determinar la extensión en que las puntuaciones de las escalas clínicas deben elevarse para reflejar con mayor exactitud la conducta de una persona. Al comparar la eficiencia de cada escala clínica con diversas porciones de la escala K agregadas como factor de corrección McKinley y cols. (citados en Graham 1987) determinaron el peso apropiado de la puntuación de la escala K para cada escala clínica y corregirla en base a la defensividad indicada por ésta (Graham, 1987).

Por lo tanto, el MMPI quedo conformado por las escalas:

- Escala 1 (Hs Hipocondriasis)
- Escala 2 (D Depresión)
- Escala 3 (Hi Histeria)
- Escala 4 (Dp Desviación Psicopática)
- Escala 5 (Mf Masculinidad-Feminidad)
- Escala 6 (Pa Paranoia)
- Escala 7 (Pt Psicastenia)
- Escala 8 (Es Esquizofrenia)
- Escala 9 (Ma Manía)
- Escala 0 (Is Introversión social)

Es conveniente señalar que aunque al principio se utilizaron grupos clínicos para derivar las escalas, por razones basadas en la experiencia, se ha abandonado en la actualidad esta practica, pues cada escala es utilizada en combinación con las demás.

El primer Inventario Multifásico de la Personalidad MMPI-Español, que tiene todas las quinientas sesenta y seis frases, con su correspondiente hoja de respuestas, y que fue traducido por el personal Técnico del Centro de Orientación de la Universidad de Puerto Rico, A. Bernal, A. Colón, E. Fernández, A. Mena, A. Torres y E. Torres con la colaboración del Dr. Starke Hathaway y adaptado para América Latina por el Dr. Rafael Núñez (Núñez, 1968). Ha obtenido reconocimiento como el principal instrumento de investigación de la personalidad y se ha traducido en mas de 150 idiomas y se le ha utilizado de manera amplia para investigaciones y aplicación en 46 países (Butcher, 2001).

Durante muchos años se publicaron una serie de artículos como auxiliar en el proceso del diagnóstico psiquiátrico acerca del MMPI. Posteriormente su efectividad para detectar patologías y diferenciar entre categorías nosológicas condujo a una utilización con distintos propósitos que superaban su objetivo original. En la década de los sesenta el MMPI estaba firmemente colocada en los mejores test de personalidad y se utilizaba en la consejería con sujetos normales, en ambientes laborales, médicos militares y forenses así como con pacientes psiquiátricos. Para la década de los ochentas, la bibliografía sobre el MMPI incluía varias miles de referencias que documentaban, entre muchas otras cosas, el uso de sus escalas en una gran variedad de poblaciones, el desarrollo de centenares de escalas especiales basadas en sus reactivos y una vasta colección de correlatos empíricos de las escalas elevadas y modelos de perfiles (Anastasi y Urbina, 1998).

3.3 DESARROLLO DEL MMPI-2

A través de los años el MMPI comenzó a mostrar ciertos signos de envejecimiento y para cuando llegó a su trigésimo aniversario se pensó en realizarle una revisión, misma que había propuesto el propio Hathaway en 1972 (citado en Butcher, 2001) en una reseña. En esta misma publicación autores como Butcher, Dahlstrom, Norman, Loevinger, Campbell y Meehl, expresaron los problemas y limitaciones que presentaba el instrumento para la época, por lo cual se pronunciaron en pro de una revisión. Consideraban que los reactivos eran un tanto obsoletos en términos del lenguaje utilizado en las afirmaciones y había desde su punto de vista varios inútiles. Por otro lado, el MMPI se utilizaba para evaluar suicidio, abuso de sustancias, etc. para lo cual no existían reactivos. Además de que las normas de la prueba necesitaban actualizarse en una población más diversa (Butcher, 2001).

Para 1982 un decenio después, Beverly Kaemer (citada en Lucio y Ampudia, 1996) eligió un comité para emprender la reestandarización y modernización del MMPI. Los designados para esta labor fueron James N. Butcher y W. Grant Dahlstrom, a ellos se unió un año más tarde John R. Graham, y en 1986 Auke Tellegen. Esta tarea consistía en modificar el folleto de la prueba original y conducir los estudios para desarrollar nuevas normas. Tenían como objetivos, modernizar los reactivos, asegurar continuidad del MMPI original, desarrollar nuevas escalas dirigidas a problemas no cubiertos por el primer instrumento, una muestra ampliamente representativa, desarrollar una nueva distribución normativa, y recolectar un amplio rango de datos clínicos para evaluar los cambios que se debían hacer en las escalas originales y para validar las nuevas escalas.

En el primer año del proyecto, el comité decidió desarrollar dos folletos experimentales por separado para la recolección de datos, uno para adultos y otro para adolescentes, cada uno de estos cuadernillos incluían los reactivos del MMPI original (algunos mostraban mejoría en la redacción), conjuntamente a estos, contenían reactivos que medían nuevos contenidos, tales como conducta suicida, disposición al tratamiento, conductas de tipo A, problemas con el uso del alcohol y otras drogas; también agregaron reactivos pertinentes que medían adaptación laboras y adaptación escolar. Para la redacción de la afirmaciones en la prueba para adolescentes colaboró la experta Carolyn Williams (Lucio y Ampudia, 1996).

Todos los reactivos del instrumento original se sometieron a revisión, pues algunos eran de fraseo difícil o expresión anticuada. Además varios reactivos eran objetables o irrelevantes por lo que le restaban valor a la utilidad de la prueba, por lo cual, se eliminaron dando lugar a nuevos reactivos dirigidos a problemas clínicos contemporáneos y de desempeño laboral (Butcher, 2001).

Para la reestandarización se utilizó más de 15 mil individuos de la población general y de diversos grupos normales y clínicos en Estados Unidos. Se incluyeron un total de 2600 varones y mujeres normales de cinco regiones de este país (1138 varones y 1462 mujeres). El procedimiento garantizó una muestra

aleatoria , haciéndose esfuerzos por balancear la muestra normativa en términos de origen étnico para proporcionar un conjunto normativo general sin sesgo. Por ejemplo, se incluyeron individuos de origen hispano, afroestadounidenses e indígenas estadounidenses. Por otro lado, se obtuvieron varias muestras clínicas que incluyeron casos psiquiátricos en internamiento, pacientes médicos con dolor crónico, individuos que abusaban de alcohol y drogas, parejas casadas que recibían orientación psicológica, mujeres consideradas en riesgo de cometer maltrato infantil e internos en prisiones; además de grupos dentro del rango normal como, solicitantes al puesto de piloto en aerolíneas, personal militar, estudiantes universitarios y hombres mayores (Butcher, 2001).

Como ya se mencionó, durante los ochentas el MMPI atravesó por una gran revisión y después de la obtención de datos sustanciales se publican dos versiones del instrumento: El MMPI-2 para adultos en el año de 1989 y el MMPI-A para adolescentes en 1992 (Butcher, 2001). Para 1995 la Universidad publicó la primera versión en español del MMPI-A en la que colaboró la Dra. Emilia Lucio de la Facultad de Psicología de la UNAM (Lucio y Ampudia, 1996).

Los reactivos del MMPI-2 consisten en 567 afirmaciones a las que el examinado da una respuesta de "cierto" o "falso". Salvo por algunos cambios en la redacción y un reordenamiento de los reactivos, los primeros 370 son prácticamente idénticos a los del original, ya que sus respuestas se necesitaban para calificar las 10 escalas clínicas y las tres escalas de validez originales. Los 197 reactivos restantes (107 de los cuales son nuevos) son necesarios para la calificación total de las escalas y subescalas nuevas, revisadas, complementarias, de contenido y validez conservada que forman el inventario completo. El contenido de los reactivos varía considerablemente y cubre áreas como la salud general, afectiva, neurológica y los síntomas motores; las actitudes sexuales, políticas y sociales; aspectos educativos, ocupacionales, familiares y maritales; así como muchas manifestaciones bien conocidas de conducta neurótica o psicótica, como los estados obsesivo y compulsivo, los delirios, las alucinaciones, las ideas de referencia, las fobias y las tendencias sádicas y masoquistas (Anastasi y Urbina, 1998).

El MMPI-2 quedó conformado por las siguientes escalas:

ESCALAS DE VALIDEZ

Escala L de Mentiras 15 reactivos

Escala F (respuestas atípicas) 60 reactivos

Escala K (de corrección) 30 reactivos

Escala Fp (f posterior) 40 reactivos

Escalas de inconsistencia interna INVER 23 reactivos y INVAR. 67 reactivos

ESCALAS BÁSICAS

Escala 1 Hs (Hipocondriasis) 32 reactivos

Escala 2 D (Depresión) 57 reactivos

Escala 3 Hi (Histeria) 60 reactivos

Escala 4 Dp (Desviación psicopática) 50 reactivos
Escala 5 Mf (Masculinidad-femeneidad) 56 reactivos
Escala 6 Pa (Paranoia) 40 reactivos
Escala 7 Pt (Psicasteria) 48 reactivos
Escala 8 Es (Esquizofrenia) 78 reactivos
Escala 9 Ma (Hipomania) 46 reactivos
Escala 0 Is (Introversión social) 69 reactivos

ESCALAS DE CONTENIDO

1) Conductas sintomáticas internas

ANS (Ansiedad) 23 reactivos
MIE (Miedos) 23 reactivos
OBS (Obsesividad) 16 reactivos
DEP (Depresión) 33 reactivos
SAL (Preocupaciones por la salud) 36 reactivos
DEL (Pensamiento delirante) 24 reactivos

2) Tendencias agresivas externas

ENJ (Enojo) 16 reactivos
CIN (Cinismo) 23 reactivos
PAS (Prácticas antisociales) 22 reactivos
PTA (Conducta tipo A) 19 reactivos

3) Autoconcepto negativo

BAE (Baja autoestima) 24 reactivos

4) Área de problemas generales

ISO (Incomodidad ante situaciones sociales) 24 reactivos
FAM (Problemas familiares) 25 reactivos
DTR (Dificultades en el trabajo) 33 reactivos
RTR (Rechazo al tratamiento) 26 reactivos

ESCALAS SUPLEMENTARIAS TRADICIONALES

A (Ansiedad) 39 reactivos
R (Represión) 37 reactivos
Fyo (Fuerza del yo) 52 reactivos
A-Mac (Alcoholismo de Mac- Andrew Revisada) 49 reactivos

ESCALAS SUPLEMENTARIAS ADICIONALES

Hr (Hostilidad reprimida) 28 reactivos
Do (Dominancia) 25 reactivos
Rs (Responsabilidad social) 30 reactivos
Dpr (Desajuste profesional) 41 reactivos
GM (Género masculino) 47 reactivos GF (Género femenino) 46 reactivos
EPK y EPS (Desorden de estrés posttraumático de Keane y de Schlenger) 46 y 60 reactivos respectivamente

Antes de que comenzaran las traducciones del MMPI-2, empezaron las adaptaciones transculturales. Se prepararon seis traducciones o adaptaciones al español, incluidas dos versiones para uso con hispanos en los Estados Unidos, y

también se dispone de un manual sobre traducciones y adaptaciones internacionales (Butcher, 1996 citado en Anastasi, 1998). Estas traducciones y adaptaciones en muestras transculturales tienen una calificación más cercana a las normas de estandarización del MMPI-2 comparadas con las normas de las muestras anteriores del MMPI.

Actualmente el MMPI-2 se utiliza comúnmente para valorar pacientes en ambientes de salud mental; estimación de síntomas como determinante para hospitalización; planificación y efectos de tratamientos; investigación epidemiológica; evaluación de personalidad en puestos de seguridad pública, como policías, bomberos, pilotos de aerolíneas y personal de plantas nucleares; estudios de investigación psicológica en la que se utilizan estimaciones objetivas de la personalidad como criterio externo para el estudio de diferencias grupales; investigación sobre la genética y la personalidad y estudio longitudinales sobre procesos y cambio de la personalidad (Butcher, 2001).

3.4 ESTUDIOS DE NORMALIZACIÓN CONFIABILIDAD Y VALIDEZ EN MÉXICO

En México se hicieron varias investigaciones con la versión original con el Dr. Rafael Núñez (1965, citado en Núñez, 1968) que fue el traductor, estos estudios indicaban que había índices marcados de psicopatología en la población mexicana, así como, diferencias importantes entre la población mexicana y estadounidense. No se sabía si esto resultaba de la traducción literal, por lo que se iniciaron trabajos cuidadosos con la versión nueva (MMPI-2).

Se realizó una traducción adecuada, para obtener normas en la población de estudiantes universitarios de la UNAM (Lucio y Reyes, 1994 citados en Lucio y Ampudia, 1996). Encontrándose diferencias significativas estadísticamente entre la población mexicana e estadounidense, algunas eran pequeñas y poco relevantes. Un hallazgo importante fue que los perfiles de los estudiantes mexicanos obtenidos con el MMPI-2 tendía marcadamente a la normalidad, y por el contrario sucedía en los datos reportados por el MMPI original. Los coeficientes de confiabilidad alfa resultaron altos en la población mexicana estudiada tanto, en lo que se refiere a escalas básicas como de contenido y suplementarias. También este instrumento discrimino entre estudiantes y una muestra de pacientes psiquiátricos (Lucio y Palacios, 1994 citado en Lucio y Ampudia, 1996). Los datos arrojados por el test re-test indican una confiabilidad adecuada (Pérez y Farías, 1995 citado en Lucio y Ampudia, 1996). Taboada en 1993 (citado en Lucio y Ampudia, 1996) compara las normas con estudios mexicanos y nicaragüenses. Por último es importante mencionar el MMPI-2 resulta más adecuado que el MMPI original, para la población mexicana.

3.5 APLICACIÓN DEL MMPI-2

Cuando se aplica el MMPI-2 el examinador debe seguir las instrucciones estándar y aplicar la prueba en un sitio cómodo y privado, lejos de distracciones; la persona evaluada deberá sentir que sus repuestas a los reactivos serán confidenciales. No

existe diferencia si la prueba se aplica de manera individual o grupal, ambas condiciones se consideran apropiadas. Es necesario aplicar en un ambiente controlado. También es importante que el aplicador obtenga la cooperación del individuo para garantizar un desempeño válido. Se les tienen que leer las instrucciones y dejarlas totalmente claras para que comprendan el procedimiento adecuado.

El examinador debe estar seguro de que la persona evaluada puede leer suficientemente bien como para comprender el contenido de los reactivos. Se requiere tener un nivel necesario de comprensión de lectura para entender el MMPI-2.

La prueba cuenta con diferentes formatos principalmente en los Estados Unidos, donde es posible conseguir el instrumento en varias versiones diseñadas para aplicarse a los usuarios que se encuentren en diversas situaciones de prueba, estas son:

CUADERNILLOS: Tiene 567 reactivos, escalas básicas se califican utilizando los primeros 370, pero es deseable que la persona conteste toda la prueba para calificar las demás escalas. En Estados Unidos se han elaborado varios tipos de hojas de respuesta para estos cuadernillos. En México sólo se cuenta con cuadernillos de forma rústica y un tipo de hoja de respuestas, que se utiliza tanto en la calificación manual como por computadora (Lucio, 2003).

CASSETTES: También en Estados Unidos se puede conseguir en audiocassettes. La aplicación dura aproximadamente hora y media. Se les debe señalar la hora de comenzar y detener e invertir la cinta, y se les deberá proporcionar hoja de respuestas y lápiz. La cinta tiene grabado primero las instrucciones generales y luego se escuchan cada uno de los reactivos en dos ocasiones para asegurar la comprensión de éstos y que los evaluados tengan tiempo de contestar y anotar su respuesta. Se ocupa principalmente para sujetos con limitaciones visuales, el uso de una máquina de escribir tipo Braille o el teclado de una computadora resulta de ayuda en estas circunstancias (Lucio, 2003).

POR COMPUTADORA: En algunos lugares es posible que el sujeto conteste la prueba observando los reactivos en la pantalla de la computadora, frente a la pantalla y a un teclado, se le presentan las instrucciones y el aplicador demuestra como se registran las respuestas verdadero o falso en el tablero y como se regresan los reactivos. Es mejor que el evaluado conteste algunos reactivos en presencia del evaluador para determinar si lee y comprende todo correctamente, además de estar cerca por cualquier duda que se presente. Cuando termina de contestar se le llama al aplicador para comenzar la calificación y el perfil automáticamente con el registro de las respuestas, pasos que ahorran tiempo y aseguran la exactitud y facilitan el descubrimiento rápido de invalidez antes de que el sujeto abandone el lugar (Lucio, 2003).

3.6 CALIFICACIÓN DEL MMPI-2

La calificación del instrumento puede ser por dos vías: computadora o manual. La forma uno en nuestro país solamente puede llevarse a cabo en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, en Estados Unidos se puede obtener por varios servicios de cómputo e interpretación por medio de los Sistemas Nacionales de Computación, Incorporados (Lucio, 2003). Para la calificación en computadora el individuo puede responder en lápiz y papel o en la misma computadora. Cuando su aplicación es de lápiz y papel, las respuestas se pueden procesar vía computadora de diversas formas, como: 1) La hoja de respuestas puede ser escaneada por medio de un lector óptico e introducirse en la computadora para su procesamiento. 2) Capturar los datos por medio de personal. Y 3) La hoja de respuestas se puede mandar por correo a National Computer System y se reenvía procesado y calificado (Butcher, 2001).

La calificación manual de las hojas de respuestas, se realiza primeramente separando por sexo, por la escala Mf que tiene distintas claves para varones y mujeres. Todas las respuestas en blanco o con dos contestaciones se marcan con color rojo, y se consideran como "no sé", se cuentan y se ponen en un lugar apropiado en la hoja del perfil.

Hay dos tipos de puntuaciones que deben mantenerse en cuenta cuando se procesa un protocolo, las puntuaciones naturales y las puntuaciones T. Las primeras se obtienen de utilizar las claves de calificación y sumar el número de respuestas. Las puntuaciones T, en las que se basan el perfil y codificación, son equivalentes en puntuación estándar, estadísticamente derivados, para las puntuaciones naturales de cada escala. Se utilizan dos tipos de puntuaciones estándar. Las puntuaciones T sencillas se emplean para algunas escalas como las de validez; las denominadas puntuaciones T uniformes se utilizan para la mayor parte de las escalas orientadas a síntomas. Y en el MMPI-2 se utilizan puntuaciones T uniformes para las escalas clínicas. El término puntuación T uniforme es original del MMPI-2 y es una modificación de la puntuación T sencilla que garantiza que los rangos percentiles sean equivalentes entre todas las escalas, es decir, una T= 65 cae aproximadamente en el percentil 92 de todas las escalas con puntuaciones T uniformes (Butcher, 2001).

Las plantillas de calificación manual son de plástico con orificios perforados que permiten que el evaluador vea y cuente las respuestas a los reactivos marcadas en la hoja de respuestas. Las puntuaciones naturales de cada escala se anotan en las líneas apropiadas al final de la hoja del perfil (asegurándose de que ocupa el lado correcto de la hoja del perfil para el trazo del mismo, pues un lado es para varones y el otro para mujeres). Una vez anotadas las puntuaciones naturales, es necesario aplicar la corrección de K a algunas escalas para obtener el resultado. El factor de corrección K es una corrección empírica para la defensividad hacia la prueba. Para aplicar dicha corrección solamente se consulta el apartado de corrección K en la hoja del perfil, esta cantidad se suma a las escalas clínicas Hs (0.5 k), Dp (0.4 k), Pt (1.0 k), Es (1.0 k) y Ma (0.2 k) (Butcher, 2001).

Después, se obtiene la clave del perfil usando un sistema de codificación que reduce el gran número de perfiles posibles a un número más práctico, asignándoles números a cada escala clínica (1: Hs; 2: D; 3: Hi; 4: Dp; 5: Mf; 6: Pa; 7: Pt; 8: Es; 9: Ma y 0: Is). En el pasado se usaron diferentes sistemas, el método original es de Hathaway (1947, citado en Lucio, 2003) y el procedimiento de codificación amplio o total de Welsh (1951, citado en Lucio, 2003), este último es el único que se emplea con el MMPI-2.

El primer paso para la elaboración de la clave del perfil es anotar los dígitos que representan a cada una de las escalas clínicas, de acuerdo con las elevaciones de las puntuaciones T, de mayor a menor. La escala más elevada será la primera de la clave y así sucesivamente, cuando hay escalas con igual puntuación se colocan por orden numérico. Además, de las escalas clínicas deben codificarse las escalas de validez (también respecto a las elevaciones) y colocarse por separado a la derecha de la clave de las escalas clínicas. Es de suma importancia asegurarse de que todas las escalas han sido codificadas y anotadas. Posteriormente se subrayan las escalas con puntuaciones que tienen el mismo valor o que tienen un punto de diferencia. Inmediatamente se añaden los símbolos de elevación utilizando las siguientes anotaciones para designar los rangos de elevación de diez puntos de las puntuaciones T.

**	100 a 109	-	60 a 69
*	90 a 99	/	50 a 59
"	80 a 89	:	40 a 49
'	70 a 79	#	30 a 39
			29 y menos de 29 a la derecha # (Lucio, 1995 p. 26)

El primer símbolo (**) se ha agregado a las designaciones la codificación de Welsh. Algunos usuarios utilizan símbolos para elevaciones mayores (110- 119 ! y de 120 !!) La utilidad dependerá del número de casos en los que aparezcan elevaciones tan extremas y en la importancia del diagnóstico que se encuentra con relación a las puntuaciones dentro de estos rangos (Lucio, 1995).

Si no hay alguna escala dentro de un rango de diez puntos de la puntuación T, el símbolo apropiado para el rango faltante debe incluirse, por ejemplo en el caso de que es la escala 5 tuviera un puntaje en 62 y la siguiente fuera la escala 3 con un puntaje de 47 el final de la codificación sería 5-/3 (Lucio, 1995).

Si falta un rango de veinte puntos pueden incluirse los tres símbolos aunque el símbolo de en medio sea repetitivo, como se muestra a continuación Si D= 90 y Pt= 67, el código podría ser 2**7 o bien 2*7, por lo que resultaría evidente, tomando en cuenta la segunda secuencia de codificación, que no hubo ninguna escala que estuviera dentro del rango de 80 89 de puntuación T (Lucio, 1995).

3.7 INTERPRETACIÓN DEL MMPI-2

La formulación de hipótesis interpretativas provenientes de los datos resumidos en el perfil clínico se establece sobre tres diferentes aspectos de estas puntuaciones interrelacionados entre sí: La aceptación de las puntuaciones del perfil determinada por los indicadores de validez; la elevación absoluta de las escalas componentes en comparación con las normas de puntuación T correspondientes y las configuraciones relativas de estas puntuaciones dentro del perfil individual (Lucio, 1995).

Se tiene que evaluar la validez del registro para la interpretación individual que incluya la determinación de la actitud que tuvo la persona al contestar el test y el grado en el que las respuestas a la prueba están de acuerdo con la información que se deriva de otros antecedentes que se tienen sobre dicho sujeto (Lucio, 2003).

Por otro lado, se examinan las puntuaciones de las escalas clínicas del perfil básico para generar una lista de líneas posibles de interpretación con respecto a la personalidad y estado emocional actual de la persona a prueba (Lucio, 2003).

Se pueden consultar varias guías sobre la interpretación del inventario, para encontrar correlaciones comunes con el patrón de clave, generado por el perfil clínico, que incluyan alternativas psicodiagnósticas posibles, como el caso del Atlas clínico del MMPI de Hathaway y Meehl (1975 citado en Lucio y Ampudia, 1996) entre otros.

Determinar con respecto a las escalas que presentan por lo menos una elevación moderada, las subescalas que contribuyen a dichas elevaciones tomando en cuenta los temas que preocupan principalmente a la persona que se le administró la prueba. También se pueden observar si hubo frases significativas que puedan haber sido marcadas por la persona y que indiquen que existen problemas especiales o síntomas y preocupaciones que no se sospechaban con anterioridad (Lucio, 2003).

Además se examinan las puntuaciones de las escalas de contenido y suplementarias para ampliar las hipótesis de interpretación ya generadas, y para formular un resumen coherente de la dinámica de la personalidad, así como el tipo de diagnóstico de la persona, con las limitaciones pertinentes acerca de la confiabilidad de estas conclusiones, con base en las puntuaciones de los diversos indicadores de validez (Lucio, 2003).

A continuación se presentan los lineamientos de interpretación para cada una de las escalas que conforman el Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI-2):

Escalas de validez:

- Escala L de mentiras

Son reactivos que proporciona al sujeto la oportunidad para negar varias faltas menores y defectos de su carácter que la mayoría de las personas están dispuestas a admitir que son verdaderas. Por lo tanto, esta escala puede reflejar engaño en la situación de prueba, no se puede considerarlo como medida de la tendencia de estas personas a mentir, o engañar en la cotidianidad, más sirve como un índice de la posibilidad de que un protocolo de prueba dado ha sido distorsionado por un estilo particular de responder al inventario, para asumir una personalidad idealizada (Lucio y Ampudia, 1996).

- Escala F (respuestas atípicas)

Es para descartar que la prueba no haya sido contestada por los sujetos con el cuidado y la comprensión debidos. Un individuo que contesto mal puede que obtenga un puntaje crudo de más de 5 o 6 o un valor de puntaje T mayor a 55 (Lucio y Ampudia, 1996).

- Escala K (de corrección)

El contenido de los reactivos cubre una extensión de características que muchos individuos prefieren negar acerca de ellos mismos o de sus familias. Sin embargo, muchos otros piensan que dichos atributos no son ofensivos y hasta llegan a considerarlos positivos ya sea en ellos o en sus familias. De tal forma, que lo puntajes por arriba de la media de la escala K pueden reflejar la tendencia a que, de una manera sutil, se inclinan las respuestas en dirección a minimizar las implicaciones que existen un control emocional pobre e ineficiencia personal. También es importante señalar que las personas que funcionan bien y son estables emocionalmente se describen a sí mismos esencialmente de la misma manera; es decir, que en realidad sus vidas están tan bien llevadas como informan en la escala. Por lo tanto, es de vital importancia que una elevación específica en la escala K se evalúe dentro del contexto de toda la información sobre el sujeto. Con estos datos podemos localizar a una persona que funciona bien y es psicológicamente sana y una persona defensiva y evasiva hacia el test (Lucio y Ampudia, 1996).

- Escala Fp (F posterior)

Con esta escala se sabe si el sujeto contesto esencialmente al azar. Es un indicador de invalidez, así, un puntaje T mayor a 120 indica que un protocolo no debe ser interpretado. Un puntaje mayor a T 80 sugiere ciertas respuestas inapropiadas en los reactivos finales de la prueba, también aquí pueden colocarse los sujetos que responde verdadero o falso según sea el caso a la mayor parte de los reactivos (Lucio y Ampudia, 1996).

- INVER (Escala de inconsistencia en las respuestas verdadero)

En esta escala existen 23 pares de reactivos opuestos en contenido, en los cuales la combinación de dos verdadero o dos falsos es semánticamente inconsistente. Cuando el INVER es muy alto o muy bajo puede ser inválido. En general, puntajes brutos de 13 o más, o de 5 o menos, pueden sugerir respuestas indiscriminadas que invalidan la prueba (Graham, 1990 citado el Lucio y Ampudia, 1996).

- INVAR (Escala de inconsistencias de respuestas variables)

Mide tendencia a contestar inconsistentemente. Se suman la cantidad de respuestas inconsistentes. Un puntaje igual o mayor a 13 indica inconsistencia en las respuestas que probablemente invalide el protocolo (Graham, 1990 citado en Lucio y Ampudia, 1996).

Escalas Clínicas Básicas

Como ya se mencionó son las mismas escalas del MMPI original con modificaciones. Para la interpretación de estas se considera elevación moderada la puntuación T entre 60 y 64 y alta a la puntuación T igual o mayor a 65. Las puntuaciones bajas en la mayoría de las escalas clínicas no se interpretan como presencia de cualidades particulares. La excepción son las escalas 0 (Introversión Social) y la 5 (Masculinidad-femeneidad), cuya significancia es bipolar, es decir, se interpretan tanto puntajes bajos como altos (Lucio, 2003).

- Escala 1 Hs (Hipocondriasis)

La puntuaciones elevadas muestran preocupación corporal excesiva, síntomas somáticas vagos y quejas indefinidas como malestar gástrico, fatiga, dolor, debilidad física. Si la elevación es demasiada (T 76 o más) puede llegar a inmovilizarse, es decir, se ineficiente por los síntomas, aún no estando incapacitados por una enfermedad real. Puede que estas quejas sean egoístas y narcisistas. Pueden ser sujetos pesimistas y tener actitudes derrotistas. Se muestran insatisfechos e infelices y tienden a hacer sentir mal a otros con sus lamentos, quejas continuas y demandas exageradas. Pueden expresar hostilidad de forma indirecta y raramente la expresan abiertamente. Se ha encontrado que los individuos que marcan alto en este escala no responden a la terapia psicológica mas bien a la médica (Lucio y Ampudia, 1996).

- Escala 2 D (Depresión)

Las personas con puntajes elevados se muestran deprimidos, infelices y pesimistas. Pueden ser autocríticos en exceso y con tendencia a la culpa. Expresan preocupaciones somáticas, fatiga, poca energía y tensión. Son propensos a preocuparse, indecisos y con poca confianza en sí mismos, se sienten inútiles e incapaces de funcionar efectivamente la mayor parte del tiempo. Los individuos con puntajes altos son introvertidos, se muestran tímidos y aislados, tienden a mantener distancia psicológica y evitan involucrarse con otros. En la población mexicana tiene puntajes más altos que la población norteamericana (Lucio y Ampudia, 1996).

- Escala 3 Hi (Histeria)

La elevación de los puntajes indica que son personas psicológicamente inmaduras, caprichosas e infantiles. Esperan atención y afecto excesivo de los demás y pueden recurrir a la manipulación para la obtención de éstos, pues suelen ser egoístas y narcisistas. Sus relaciones interpersonales son superficiales e indirectas por lo que no expresan hostilidad ni resentimiento abiertamente. Se

muestran extrovertidos, amigables, platicadores y entusiastas. En algunos su conducta sexual o agresiva puede ser desinhibida y con poca conciencia de las consecuencias. Pueden parecer entusiastas al iniciar un tratamiento, pero los esfuerzos para cambiar su conducta resultan con frecuencia inútiles por su resistencia a las interpretaciones psicológicas, pero, pueden responder a las sugerencias directas cuando sus defensas no son amenazadas (Lucio y Ampudia, 1996).

- Escala 4 Dp (Desviación Psicopática)

Esta escala es compleja en su interpretación, sin embargo, el puntaje total está altamente correlacionado con comportamientos que indican problemas familiares o conductuales de naturaleza agresiva, manipulación interpersonal e impulsividad. Las personas que puntúan alto, suelen ser hostiles, agresivos y sarcásticos, además pueden mostrarse cínicos, resentidos, rebeldes y opositoristas. Su agresividad puede ser explosiva y muestra poca o nula culpa por sus conductas, aunque en ocasiones pueden disimularla cuando realmente están en problemas. Carecen de ansiedad, depresión y síntomas psicóticos. Las elevaciones más marcadas pueden ser interpretadas con un trastorno de personalidad antisocial o pasivo-agresiva. No suelen tener cambio y carecen de metas definidas (Lucio y Ampudia, 1996).

- Escala 5 Mf (Masculinidad-femenidad)

Los reactivos de esta escala abarcan un gran número de reacciones emocionales, intereses, actitudes y sentimientos sobre el trabajo relaciones sociales y pasatiempos en los que tanto hombres como mujeres (en general) difieren. Los puntajes T en esta escala para mujeres corren de manera opuesta a aquellas de los hombres, esta escala es esencialmente inversa para los dos sexos. Se debe de interpretar con muchas reservas en nuestro país, pues, el patrón de respuestas encontrado en las mujeres mexicanas difiere mucho con respecto a la muestra de las mujeres norteamericanas (Lucio y Ampudia, 1996).

- Escala 6 Pa (Paranoia)

Individuos con puntajes muy altos ($T > 80$) suelen tener conductas francamente psicóticas, trastornos del pensamiento, delirios de persecución o de grandeza e ideas de referencia, siendo diagnosticados frecuentemente como esquizofrénicos, paranoicos o con personalidad paranoide. Estos sujetos son hipersensibles y responden exageradamente a las reacciones de otros, sienten que la vida los trata y ha tratado con crueldad, racionalizan y culpan a los demás de su situación, además pueden ser hostiles y resentidos por lo mismo. Las personas que tienen una puntuación moderada (56 a 65) son cautelosas, moralistas y rígidas. Por lo general tienen un pronóstico malo en terapia, pues, no establecen una relación adecuada con el terapeuta. En algunos casos los puntajes bajos ($T < 35$) también pueden presentar problemas paranoides (Lucio y Ampudia, 1996).

- Escala 7 Pt (Psicastenia)

Puntajes elevados indican ansiedad tensión y agitación, personas que manifiestan incomodidad y preocupación constante, además pueden ser deprimidos, temerosos y con problemas de concentración. Se consideran a sí mismos introspectivos, contemplativos e indecisos, también se sienten inseguros e inferiores, por lo cual, temen al fracaso y confían poco en sí mismo. Son rígidos, hipercríticos y moralistas debido a que poseen normas estrictas para ellos e igualmente para los demás, ya que, son perfeccionistas y meticulosos. Por todo lo anterior se les dificulta relacionarse con otros. Finalmente tienden a intelectualizar y racionalizar sus actitudes (Lucio y Ampudia, 1996).

- Escala 8 Es (Esquizofrenia)

La interpretación dependen de la elevación. Es posible que la elevación moderada de la escala (T 60-65) nos indique algún deterioro sensorial en el individuo o tal vez lleva una vida poco convencional. Una elevación marcada, es decir un T 70 refiere síntomas y problemas de personalidad significativas. Algunos con esta escala elevada son impulsivos, agresivos o ansiosos, conjuntamente pueden ser incapaces de expresar sus sentimientos y refugiarse en sus fantasías ante el estrés, dando lugar a dificultades para separar la realidad de la fantasía. Parece que estas personas carecen de la información básica para enfrentarse a situaciones cotidianas. La escala exageradamente alta (T > 80) muestra conducta psicótica, confusión, desorganización y desorientación, al mismo tiempo que pensamiento o actitudes extrañas, ilusiones, alucinaciones y pobreza de juicio (Lucio y Ampudia, 1996).

- Escala 9 Ma (Hipomanía)

En esta escala las puntuaciones altas (T > 75) indican personalidades frecuentemente hiperactivas, de lenguaje acelerado y suelen tener alucinaciones o delirios de grandeza. Expresan un amplio rango de intereses, pero no usan la energía adecuadamente y tienden a no concluir los proyectos iniciados, tanto por desorganización como dispersión. Algunas personas pueden ser creativas, emprendedoras e ingeniosas, sin embargo, muestran poco interés en la rutina y los detalles. Tienen baja tolerancia a la frustración, con frecuencia son impulsivas e irritables (Lucio y Ampudia, 1996).

- Escala 0 Is (Introversión social)

Evalúa una dimensión bipolar de personalidad, en la cual, los puntajes altos indican introversión social y los puntajes bajos reflejan extroversión social. Cuando los puntajes están por encima de la media reflejan un incremento de los niveles de timidez social, preferencia por estar solo y carencia de autoafirmación social. Por otro lado, los puntajes por debajo reflejan tendencias contrarias hacia la participación y ascendencia social (Lucio y Ampudia, 1996).

Escalas de Contenido

Su uso tiene un valor considerable para precisar o clarificar el significado de las escalas clínicas. A través de estas escalas se obtiene información acerca del

funcionamiento de la personalidad que no se consigue en las escalas clínicas. Se pueden interpretar aplicando los significados particulares de cada elevación de la escala de contenido. Evalúan cuatro áreas clínicas generales: 1) Síntomas o tensiones internas, 2) Tendencias agresivas externas, 3) Autoconcepciones negativas y 4) Área de problemas generales (sociales, familiares, en el trabajo y en el tratamiento) (Lucio y Ampudia, 1996).

1) Conductas Sintomáticas Internas

- ANS (Ansiedad)

Las puntuaciones altas reportan síntomas de ansiedad, incluyendo problemas de tensión y somáticos, dificultad para dormir, preocupaciones y falta de concentración, son personas que tiene miedo de perder el juicio, sienten tensión constante en la vida y presentan dificultad en la toma de decisiones. Están conscientes de estos síntomas y problemas (Lucio y Ampudia, 1996).

- MIE (Miedos)

Personas con esta escala alta suelen manifestar la presencia de miedos específicos, que incluyen ver sangre, estar en lugares altos, manejo de dinero, temor a animales como serpientes, ratones o arañas, además de temor a dejar el hogar, miedo al fuego, las tormentas y desastres naturales, al agua, al estar encerrado y a la suciedad (Lucio y Ampudia, 1996).

- OBS (Obsesividad)

Las dificultades para tomar decisiones, meditar excesivamente acerca de sus problemas, provocando en los demás impaciencia son resultantes de puntuaciones elevadas. Además de la tensión por lo cambios, manifestándose por una conducta compulsiva como contar o guardar cosas sin importancia. Estas personas se preocupan en exceso, lo que los puede llevar a fastidiarse con sus propios pensamiento (Lucio y Ampudia, 1996)

- DEP (Depresión)

Las puntuaciones altas indican pensamientos depresivos significativos, que implican sentimientos de tristeza, incertidumbre acerca del futuro y desinterés por la propia vida. Estos sujetos tienden a la reflexión, manifiestan infelicidad, lloran frecuentemente y con facilidad, y expresan sentimiento de desesperanza y vacío interno. Aparte de verbalizar ideas suicidas y deseo de morir. Pueden llegar a creer que están condenados o que han cometido pecados inaceptables. Perciben su entorno carente de interés por ellos y sin apoyo (Lucio y Ampudia, 1996).

- SAU (Preocupaciones por la salud)

Los puntajes altos están correlacionados con síntomas físicos acerca de los diversos órganos corporales. Se incluyen síntomas gastro-intestinales, problemas neurológicos, problemas en la piel, dolor, problemas respiratorios. Son sujetos preocupados por su salud y se perciben más enfermos que otros (Lucio y Ampudia, 1996).

- DEL (Pensamiento delirante)

Personas con puntajes elevados pueden manifestar alucinaciones auditivas, visuales u olfativas, además de reconocer que estos pensamientos son extraños y peculiares. La elevación puede implicar también ideas paranoides, además de que pueden creer que tienen una misión o bien poderes especiales (Lucio y Ampudia, 1996).

2) Tendencias Agresivas Externas

- ENJ (Enojo)

Puntajes altos demuestran problemas de control del enojo, irritabilidad, impaciencia, temperamento fuerte y terquedad. Son sujetos que sienten deseos de maldecir o destrozar cosas. Suelen perder el autocontrol y dañar físicamente a personas u objetos (Lucio y Ampudia, 1996).

- CIN (Cinismo)

Personas evaluadas que presentan puntajes altos manifiestan ideas misantrópicas. Estas personas suponen motivaciones ocultas y negativas detrás de las acciones de otros, pueden llegar a creer por ejemplo, que la mayor parte de la gente es honesta sólo por miedo a ser descubierta. Creen que la gente no es confiable, pues, las personas se utilizan entre sí, y son amistosas sólo por razones egoístas. Sus actitudes pueden ser negativas hacia los demás poco cercanas, incluyendo compañeros de trabajo, amigos y familiares (Lucio y Ampudia, 1996).

- PAS (Prácticas Antisociales)

Las actitudes misantrópicas similares a la escala pasada, problemas de conducta durante los años escolares y las prácticas antisociales como robar en mercados (lo que puede dar problemas con la ley) correlacionan con los puntajes elevados. Además son individuos que disfrutaban con artimañas de los criminales y aunque no incurran en conductas ilegales, creen que no está mal evitar el cumplimiento de las reglas (Lucio y Ampudia, 1996).

- PTA (Conducta Tipo A)

Las puntuaciones elevadas en esta escala muestran sujetos muy trabajadores, activos y orientados hacia el trabajo, habitualmente se muestran poco pacientes, irritables y tensos, nunca hay suficiente tiempo para que concluyan sus labores, por lo cual no les gusta esperar o ser interrumpidos. Son directos y pueden ser desagradables en sus relaciones interpersonales, pues los presionan por su agresividad (Lucio y Ampudia, 1996).

3) Autoconcepto Negativo

- BAE (Baja Autoestima)

Los sujetos que puntúan elevado tienen una opinión pobre de sí mismos. Piensan que no les agradan a los demás y que no son importantes para los otros. Sus actitudes suelen ser negativas hacia sí mismo, incluyendo pensamientos como el de no ser atractivos, considerarse torpes, incapaces e inútiles, además de ser una carga para los demás. Tienen poca confianza en sí mismos y encuentran difícil

aceptar cumplidos. Se sienten abrumados por sus defectos (Lucio y Ampudia, 1996).

4) Área de Problemas Generales

- ISO (Incomodidad ante situaciones sociales)

A los sujetos con puntuaciones altas les cuesta trabajo relacionarse con otros, prefiriendo la soledad. En situaciones sociales se sienten aislados y poco integrados al grupo. Se consideran tímidos y no les agradan los eventos sociales (Lucio y Ampudia, 1996).

- FAM (Problemas familiares)

Las puntuaciones elevadas muestran sujetos que manifiestan desavenencias y pleitos importante, describen a los miembros de sus familias como desagradables y poco afectuosas. Pueden incluso sentir odio por su familia. Tiene recuerdo de haber sufrido abusos en su infancia y consideran sus matrimonios infelices y faltos de afecto (Lucio y Ampudia, 1996).

- DTR (Dificultades en el trabajo)

Las conductas o actitudes que provocan un desempeño laboral pobre son indicadas por una puntuación alta. Algunos problemas en el trabajo se relacionan con poca confianza en sí mismo, falta de concentración, obsesividad, tensión y dificultad para tomar decisiones. Otras personas lo ven como falta de apoyo de sus familias en la elección de su carrera, cuestionamientos personales sobre dicha elección y actitudes negativas hacia los compañero de trabajo (Lucio y Ampudia, 1996).

- RTR (Rechazo al tratamiento)

Las personas con puntajes altos manifiestan actitudes negativas hacia los médicos o bien tratamientos de salud mental. No creen que otro puede comprenderles ni ayudarles. Sus problemas personales les resultan muy incómodos para discutirlos con los demás. Pueden desear que todo siga igual en sus vidas y creer que un cambio es improbable. No les gusta enfrentar sus problemas por lo que prefieren pasar por alto una crisis (Lucio y Ampudia, 1996).

Escalas Suplementarias

Es un grupo de escalas adicionales para enriquecer la interpretación de las escalas básicas y para ampliar el conocimiento de problemas y desórdenes clínicos.

- Escala A (Ansiedad)

Las puntuaciones altas reflejan angustia, ansiedad, inconformidad y problemas emocionales amplios, también inhibición y control exagerado de impulsos; además de incapacidad en la toma de decisiones, inseguridad y sumisión. Por otro lado, son personas que son perturbadas fácilmente en situaciones sociales. Por lo contrario las puntuaciones bajas indican nula ansiedad emocional, competitividad

y extroversión social, también incapacidad de tolerancia y frustración, prefiriendo la acción a la reflexión (Lucio, 1995).

- Escala R (Represión)

Las personas que puntúan alto tienden a la convencionalidad y sumisión, que evitan disgustos o situaciones desagradables. Las personas que puntúan bajo se muestran desinhibidas, enérgicas y expresivas, poco formales e inquietas, astutas, agresivas y dominantes en sus relaciones con otros (Lucio, 1995).

- Escala Fyo (Fuerza del yo)

Es una medida tanto de adaptación y entereza como de recursos personales y del funcionamiento eficiente de un individuo, siendo por lo tanto, un buen indicador de salud psicológica general. Las puntuaciones elevadas se asocian a espontaneidad, buen contacto con la realidad, sentimientos de suficiencia personal y buen funcionamiento físico, por lo que, son personas que pueden solucionar problemas y manejar el estrés. Sin embargo, se hace notar que también muestran evidencia de una actitud defensiva sistemática, en tal situación no tienen la misma connotación. Las puntuaciones bajas indica que son personas que manifiestan inhibición, malestares físicos y sentimientos de incapacidad para manejar la presión de su ambiente, con pobre concepto de sí mismo y dificultad para adaptarse a situaciones inciertas (Lucio, 1995).

- Escala A-MAC (Alcoholismo de McAndrew-revisada)

Las puntuaciones elevadas sugieren propensión a la adicción en general, más que con la tendencia al alcoholismo. Las puntuaciones brutas de 28 o más señalan que se abusa demasiado de sustancias. Las puntuaciones entre 24 y 27 indican que se abusa, en cierto modo de sustancias, pero habrá muchos positivos falsos en este nivel. Las puntuaciones por debajo de 24 muestran ausencia de problema en el abuso de sustancias. Es decir, las puntuaciones altas revelan un problema con el abuso de sustancias, pero también son características de personas socialmente extrovertidas, exhibicionistas y dispuestas a correr riesgos. Por lo contrario, las puntuaciones bajas expresan que son personas introvertidas, tímidas y con poca confianza en sí mismas (Lucio, 1995).

- Escala HR (Hostilidad reprimida)

Las personas con puntajes altos tienden a responder apropiadamente a la provocación, pero ocasionalmente muestran respuestas de agresión exagerada sin provocación aparente. En cuanto a puntuaciones bajas, se habla de personas crónicamente agresivas o que expresan su agresión apropiadamente (Lucio, 1995).

- Escala Do (Dominancia)

Las puntuaciones altas se asocian con el equilibrio, la confianza, la seguridad en sí mismo y la iniciativa social, la perseverancia, la resolución y el liderazgo de grupo. Por otro lado, las puntuaciones bajas son de personas sumisas, poco enérgicas y fácilmente se dejan sugestionar por otros, además carecen de

confianza en sí mismos y sienten que manejan sus problemas sin eficacia (Lucio, 1995).

- Escala Rs (Responsabilidad social)

Cuando los individuos tienen puntajes elevados tienen el concepto de sí mismos de los demás como decididos a aceptar las consecuencias de sus propia conducta, de igual manera se les considera dignos de confianza y personas íntegras, con sentido de responsabilidad para con el grupo. Todo lo contrario es para los que puntúan abajo, es decir, no se ven así mismo ni son percibidos como dispuestos a aceptar las consecuencias de sus actos, como carentes de responsabilidad, poco dignos de confianza, además , faltos de integridad y con un pobre sentido de responsabilidad para con los otros (Lucio, 1995).

- Escala Dpr (Desajuste profesional)

Los poco adaptados, ineficientes, pesimistas y angustiados obtienen un puntaje alto en esta escala. Por otro parte, adaptación, optimismo y conciencia son características de personas que puntuación bajo (Lucio, 1995).

- Escalas GM y GF (Género masculino y género femenino)

La escala GM se relaciona con una gran confianza en sí mismo, perseverancia marcada y amplitud de intereses, asimismo carencia de temores o sentimientos de autorreferencia. Esta escala para las mujeres también se relaciona con una gran confianza en sí mismas, así como al mismo tiempo con honestidad y disposición para probar nuevas cosas, también señala ausencia de preocupaciones de sentimiento de autorreferencia. La escala GF para el sexo masculino, corresponde a la religiosidad, tendencia a no hacer juramentos o maldecir, además de ser francos en señalar a otros sus faltas, conjuntamente a esto son positivos, tienen poco control sobre el temperamento y propensión al abuso del alcohol y de drogas. Para las mujeres la escala GF esta relacionada con religiosidad y problemas con el alcohol y drogas (Lucio, 1995).

- Escalas EPK y EPS (Desorden de estrés postraumático)

Las dos escalas son independientes, pero se pueden usar conjuntamente para mejorar la clasificación diagnóstica. Aún se trabaja en ellas (Lucio, 1995).

4. MÉTODO

4.1 JUSTIFICACIÓN

La relación madre-hija es uno de los principales eslabones de los problemas alimentarios, por lo cual la personalidad de las progenitoras puede esclarecer la forma en que las adolescentes se relacionan con su medio.

Tanto Melanie Klein (1987, citado en Cline, 2001) como Ana Freud (1985) concuerdan, que en la fase de lactancia la madre debe estar especialmente atenta a las demandas del bebé, pues no sólo le proporciona alimento, sino también amor y formación para las relaciones que el pequeño establecerá con su medio más tarde. Por lo cual, la relación que mantienen estas pacientes con los alimentos, es la relación que tienen con sus madres.

Otros autores como Kaplan (1986) y Navarro (citado en Cline, 2001) sostienen que los trastornos alimentarios surgen como una falla en el proceso de individuación-separación, ya que al iniciar la pubertad, la madre no está dispuesta a aceptar que su hija se ha convertido en un ser autónomo, y la hija no es capaz de enfrentar la necesidad de despegarse de su madre, no tiene elementos para manejar los conflictos que implica la independencia. Siendo, por tanto, su alternativa restaurar el estado de unidad con la madre. Estos especialistas sugieren que se ha producido una detención en el nivel simbiótico del desarrollo, es decir, la simbiosis madre-hija original se mantiene constantemente activa en forma latente o manifiesta durante la vida de ambas. Y las adolescentes, al no poder manejar su vida, comienzan a controlar por lo menos su propio cuerpo seleccionando o hasta rechazando los alimentos.

Es por ello que el propósito del presente estudio fue comparar los rasgos de personalidad de madres de adolescentes diagnosticadas con algún trastorno de la conducta alimentaria y madres de adolescentes que no los padecían, debido a que la personalidad de las madres puede ser un factor que influye en la aparición de los trastornos y de ser así también deben presentar un papel importante en la solución.

4.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Existen diferencias en los rasgos de personalidad de madres de adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria (anorexia nervosa, bulimia nervosa y trastornos no especificados) en comparación con madres de adolescentes que no los presentan?

4.3 OBJETIVO

El objetivo de esta investigación fue identificar si existen diferencias entre los rasgos de personalidad de madres de adolescentes con trastornos de la conducta

alimentaria y las madres de adolescentes que no los presentan, a través del MMPI-2.

No se plantearon hipótesis de investigación, ya que, es un estudio exploratorio.

4.4 DEFINICIÓN DE VARIABLES

VARIABLE DE CLASIFICACIÓN:

Madres de hijas adolescentes con o sin trastorno de la conducta alimentaria (específicos anorexia nervosa, bulimia nervosa y trastornos de la conducta alimentaria no especificados).

VARIABLE DEPENDIENTE:

Rasgos de la personalidad de las madres de las adolescentes.

4.5 DEFINICIONES CONCEPTUALES

- Trastornos de la conducta alimentaria. La anorexia nervosa se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales. La bulimia nervosa se caracteriza por episodios recurrentes de voracidad seguidos por conductas compensatorias inapropiadas como el vómito provocado, el abuso de fármacos laxantes y diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo. Una característica esencial tanto de la anorexia nervosa como de la bulimia nervosa es la alteración de la percepción de la forma y el peso corporales. En el caso de los trastornos no especificados de la conducta alimentaria, se caracterizan por la falta de algún criterio de los trastornos anteriormente mencionados (DSM-VI-TR, 2002).
- Rasgos de personalidad: Allport 1970 (p.312), "es un sistema neuropsíquico (peculiar al individuo) generalizado y focalizado, dotado de la capacidad de convertir muchos estímulos en funcionalmente equivalentes y de iniciar y guiar formas coherentes (equivalentes) de comportamiento adaptativo y expresivo".

4.6 DEFINICIONES OPERACIONALES

- Madres de hijas adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria (anorexia nervosa, bulimia nervosa y Trastornos Alimentarios No Especificados (TANES)); son las madres de pacientes diagnosticadas por un equipo multidisciplinario que presenten: bajo peso, no siendo causa de esto alguna enfermedad orgánica; que manifiesten inapetencia o episodios de atracón-compensación, y que en sus expedientes clínicos se establezca como diagnóstico final alguna de éstas enfermedades (anorexia, bulimia o TANES).

- Madres de adolescentes que no presentan ninguno de estos trastornos, identificando la falta de patología mediante el Cuestionario sobre Salud y Alimentación.
- Los rasgos de personalidad se evaluaron mediante el análisis cuantitativo de acuerdo con las puntuaciones obtenidas en el MMPI-2 en cada una de sus escalas. Se consideró como elevación moderada a la puntuación T entre 60 y 64, y alta a la puntuación T igual o mayor a 65. Las puntuaciones bajas en la mayoría de las *escalas clínicas* no se interpretaron como presencia de cualidades peculiares. Excepción a esta regla de interpretación son las escalas de *introversión social* y *masculinidad-feminidad* cuya significación es bipolar. El uso de las *escalas de contenido, suplementarias tradicionales y suplementarias adicionales* tienen un valor considerable para precisar o refinar el significado de las elevaciones en las *escalas clínicas*.

4.7 TIPO DE ESTUDIO

Fue una investigación exploratoria; comparativa, al analizarse puntuaciones de los dos muestras independientes; transversal, pues sólo se describe la relación entre las variables en un momento determinado; prospectiva, pues tendrá utilidad en estudios futuros.

4.8 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

De tipo no experimental, de campo y con una sola medición, siendo estudio de dos muestras independientes.

4.9 POBLACIÓN

La muestra fue de 20 madres con hijas adolescentes sin diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria, y la otra consistía de madres con hijas diagnosticadas con trastorno de la conducta alimentaria. En ambas muestras el rango de edad promedio de las adolescentes fue de 15 a 20 años.

4.10 TÉCNICA DE MUESTREO

El muestreo fue de tipo no probabilístico intencional y por cuota. Se utilizaron los siguientes criterios de inclusión:

- La edad de las adolescentes (15 a 18 años).

- Presencia o ausencia de trastorno de la conducta alimentaria.
- Que las adolescentes en ese momento vivieran con sus madres.

4.11 PARTICIPANTES

La investigación se realizó con cuarenta (40) participantes, dividiéndose en grupos de 20, el primer grupo está formado por madres con hijas adolescentes sin trastorno de la conducta alimentaria, y el segundo grupo de madres con hijas que han sido diagnósticas con trastornos de la conducta alimentaria. Los participantes de esta investigación radican en la zona Sur de la Ciudad de México.

4.12 ESCENARIO

La aplicación de la prueba de personalidad de la muestras sin trastorno de la conducta alimentaria, fue efectuada individualmente en su domicilio. La segunda muestra respondió a la prueba MMPI-2 en la aula de un instituto de salud mental al concluir las pláticas sobre la patología de sus hijas.

4.13 INSTRUMENTOS

Para la realización de esta investigación, se utilizaron el Inventario Multifásico de Personalidad Minnesota-2 (MMPI-2), y el Cuestionario sobre Salud y Alimentación que se describen a continuación:

- MMPI-2: es un test autodescriptivo de amplio espectro diseñado para evaluar un número importante de tipos de personalidad y de desórdenes emocionales, que proporciona puntuaciones y perfiles objetivos, derivados de normas nacionales representativas (Lucio, 1995, p. 1). Fue creado por Hathaway y Mckinley en la Universidad de Minnesota en Estados Unidos en 1965, para la evaluación y diagnóstico de pacientes con trastornos mentales. En México, fue traducido por el Dr. Rafael Núñez. Hubo un modificación de sus normas iniciales en 1982 hecha por Kaemmer, y su comité. Posteriormente, se realizó un estudio para obtener las normas en la población de estudiantes universitarios de la UNAM. Se han llevado a cabo otros estudios de validez donde se reporta que la estructura factorial de las escalas básicas es semejante en los estudiantes mexicanos y norteamericanos, en las escalas de contenido la semejanza parece un poco menor. Los coeficientes de confiabilidad alfa resultaron bastante altos en la población mexicana en todas las escalas. Este mismo instrumento discriminó en forma adecuada entre pacientes psiquiátricos y estudiantes. Los datos del test re-test indican también una confiabilidad adecuada. A continuación se presentan los coeficientes de confiabilidad alfa para cada escala de ya mencionado instrumento.

Tabla 4.1 Datos estimados de la consistencia interna (coeficiente alfa de Cronbach) para las escalas básicas.

ESCALA	VARONES	MUJERES
L	.6266	.5261
F	.5656	.4896
K	.7198	.6972
Hs	.7489	.7475
D	.7244	.7157
Hi	.6734	.6240
Dp	.6655	.5578
Mf	.6909	.6276
Pa	.6890	.6486
Pt	.8385	.8429
Es	.8155	.7959
Ma	.6725	.6283
Is	.7944	.7711

Fuente: Lucio (1995) p. 149

Tabla 4.2 Datos estimados de la consistencia interna (coeficiente alfa de Cronbach) para las escalas de contenido

ESCALA	VARONES	MUJERES
ANS	.7940	.7719
MIE	.7402	.7750
OBS	.7312	.6914
DEP	.7852	.8034
SAU	.7625	.7374
DEL	.6536	.6550
ENJ	.7261	.7454
CIN	.8103	.7644
PAS	.7262	.6133
PTA	.7203	.6449
BAE	.7323	.7765
ISO	.7231	.7672
FAM	.7752	.7830
DTR	.8043	.8044
RTR	.7009	.7315

Fuente: Lucio (1995) p. 150

Tabla 4.3 Datos estimados de la consistencia interna (coeficiente alfa de Cronbach) para las escalas suplementarias

ESCALA	VARONES	MUJERES
A	.8954	.8854
R	.6707	.5821
Fyo	.7504	.7195
Fp	.8927	.7674
AMAC	.6290	.6507
HR	.6268	.6569
Do	.5833	.5839
Rs	.5974	.4728
Dpr	.8032	.7926
GM	.3425	.3913
GF	.4721	.3883
EPK	.8359	.8314
EPS	.8499	.8674

Fuente: Lucio (1995) p. 150

- **Cuestionario sobre Salud y Alimentación:** diseñado para la detección de factores de riesgo asociados con conducta alimentaria e imagen corporal en trastornos alimentarios, elaborado por Gómez Pérez-Mitré (1993), creado para adolescentes y adultos de ambos sexos. El instrumento consta de 56 reactivos que se agrupan en tres categorías (Factores de riesgo asociados con conducta alimentaria, Antecedentes familiares de adicción y Factores de riesgo asociados con imagen corporal) con normas representativas para la población mexicana. En lo que concierne a su validez y confiabilidad se encontró que cuenta con un alpha general de confiabilidad de .9017. La Escala de Factores de Riesgo asociados con trastornos alimentarios (EFRATA) versión para hombres está formado por 11 factores que explican el 48.5% de la varianza, la escala tiene un alpha de .8660; mientras que la versión de mujeres que se aplicó en esta investigación, está formado por 7 factores que explican el 42.8% de la varianza con un alpha de .8876. La versión actual está formada por los factores que evalúan (en el instrumento de hombres): conducta alimentaria compulsiva (varianza explicada= 15%, alpha=.8602), preocupación por el peso y la comida (varianza explicada= 7%, alpha=.8076), y dieta crónica restrictiva (varianza explicada= 4.6%, alpha=.8052). La versión de mujeres que se utilizó en esta investigación evalúa: conducta alimentaria compulsiva (varianza explicada= 12.4%, alpha=.9051), preocupación por el peso y la comida (varianza explicada= 7.4%, alpha=.8242), y dieta crónica restrictiva (varianza explicada= 2.6%, alpha=.8136).

En las tablas 4.4, 4.5 y 4.6 se muestran las agrupaciones de los reactivos del cuestionario sobre alimentación EFRATA (versión para mujeres).

Tabla 4.4 FACTOR 1 CONDUCTA ALIMENTARIA COMPULSIVA

Paso por periodos en los que como en exceso	.43929
Como grandes cantidades de alimentos aunque no tenga hambre.	.46365
No siento apetito o ganas de comer, pero cuando empiezo nadie me detiene.	.72085
Siento que mi forma de comer se sale de mi control.	.79064
Mi problema es empezar a comer, pero cuando empiezo dificilmente puedo detenerme.	.74727
No soy consciente de cuanto como.	.66033
Siento que no puedo parar de comer.	.80983
Como sin medida.	.79753
Me asusta pensar que puedo perder el control sobre mi forma de comer.	.62831
Dificilmente pierdo el apetito.	.40022
Soy de los que se hartan(se llenan) de comida.	.52215
Siento que como mas de lo que la mayoría de la gente come.	.65582
Me avergüenzo de comer tanto.	.58300
Siento que los problemas lejos de quitarme el apetito me lo incrementa	.45587

Fuente: Gómez Pérez-Mitré (1993) p. 6

Eigen value =12.4 Varianza explicada=16.5% alpha=.9051

Tabla 4.5 FACTOR 2 PREOCUPACIÓN POR EL PESO Y LA COMIDA

Comer me provoca sentimientos de culpa	.5780
Ingiero comidas y/o bebidas dietéticas con el propósito de cuidar mi peso.	.59484
Sostengo verdaderas luchas conmigo antes de consumir alimentos "engordadores"	.64573
Evito comer harinas y/o pastas para no subir de peso.	.68226
Como despacio y /o mastico más tiempo mis alimentos como medida de control de peso.	.41013
Evito las tortillas y el pan para mantenerme delgada.	.71942
Cuido que mi dieta tenga un mínimo de grasa.	.49265
Soy de los que se preocupan contantemente por la comida.	.55815
Me deprimó cuando como de mas.	.48531

Fuente: Gómez Pérez-Mitré (1993) p. 6

Eigen value =5.52 Varianza explicada=7.4% alpha=.8242

Tabla 4.6 FACTOR 3 DIETA CRÓNICA RESTRICTIVA

Tengo temporadas en las que materialmente "me mato de hambre"	.57328
Disfruto, me gusta sentir el estomago vacío.	.48691
Prefiero la sensación de estomago vacío que la de estomago lleno	.46423
Siempre estoy a dieta, la rompo, vuelvo a empezar.	.41047
me la paso "muriéndome de hambre" ya que constantemente hago dietas.	.59416
"Pertenezco al club" de los que para controlar su peso se saltan comidas	.62004
Suelo comer masivamente, (por ejemplo, no desayuno, no como, pero ceno mucho)	.55259
Si no veo la comida me la puedo pasar sin comer	.46706

Fuente: Gómez Pérez-Mitré (1993) p. 7

Eigen value =1.93 Varianza explicada=2.6% alpha=.8136

En la tabla 4.7 se muestran los valores obtenidos de la estadística para la prueba EFRATA, dichos valores reconocen a las participantes que están dentro del riesgo de tener algún trastorno alimentario.

Tabla 4.7 Los valores obtenidos en los factores permiten clasificar a los individuos en una situación de riesgo / fuera de riesgo.

FACTOR	LÍMITE SIN RIESGO* MUJERES
Preocupación por el peso y la comida	3.21
Dieta crónica restrictiva	3.11
Conducta alimentaria compulsiva	3.1

Fuente: Gómez Pérez-Mitré (1993) p. 7

*Por arriba de estos límites el individuo se ubica en riesgo de padecer un trastorno alimentario

4.14 PROCEDIMIENTO

Se requirió de la autorización en un bachillerato y en una clínica de trastorno alimentarios, para la aplicación, haciéndose explícito el compromiso profesional y ético de confidencialidad y anonimato de los datos reunidos; así como la plena disposición de acatar las normas señaladas en cada institución.

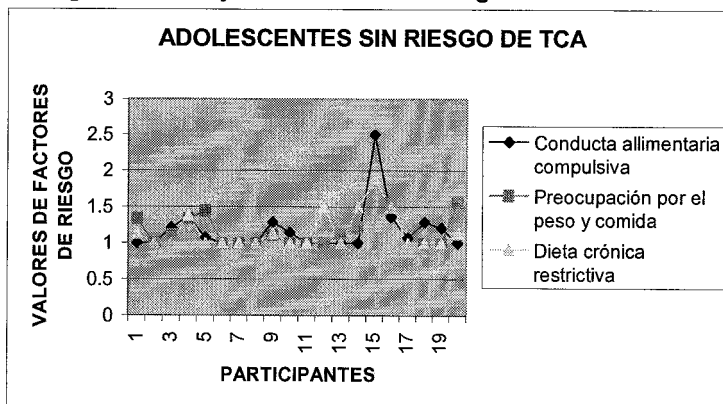
La muestra de 20 madres de adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria fue elegida de manera intencional, en una clínica, durante las pláticas que se realizan en dicho centro sobre el tema de los trastornos alimentarios, para las familias de personas afectadas. Se pidió su colaboración, explicándoles de manera general el tema del mismo, y haciéndoles explícito el compromiso de la estricta confidencialidad y anonimato de los datos recabados.

Para elegir la muestra de 20 madres de adolescentes sin trastornos de la conducta alimentaria, se realizaron aplicaciones a una población de 60 alumnas de un Bachillerato del cuestionario sobre alimentación EFRATA, explicándoles los puntos importantes de la investigación y comprometiéndome a devolver los resultados personalmente; se les proporcionó el Cuestionario sobre Salud y Alimentación, fue contestado en el momento, individualmente, con las siguientes instrucciones:

“Deben de llenar el cuestionario conforme a las instrucciones de cada pregunta, escogiendo solamente el inciso que se parezca a su situación actual. Es importante que respondan todo, recuerden que son datos confidenciales y anónimos, por lo que les pido que respondan de manera sincera y veraz. Si surgen dudas me preguntan.”

De esta muestra se obtuvieron 20 mujeres adolescentes, sin riesgo de padecer algún trastorno alimentario, con base en las tablas de factores de riesgo, en el factor 1 (Conducta alimentaria compulsiva puntaje límite 3.1) solamente se aceptaron los puntajes entre 1 y 2.50. En el factor 2 (Preocupación por el peso y la comida puntaje límite 3.21) se admitieron los puntajes entre 1 y 1.56. En el factor 3 (Dieta crónica restrictiva puntaje límite 3.11) se utilizaron los puntajes entre 1 y 1.88. Ninguno de estos puntajes excedió los límites correspondientes a cada factor. En la figura 1 se muestran los puntajes de cada participante.

Figura 1. Puntajes de factores de riesgo en adolescentes



Posteriormente, se les devolvieron sus resultados, y aquí se les pidió nuevamente la participación de las madres de los 20 sujetos indicados anteriormente. Cuando se tuvo contacto con las progenitoras, se les explicó el propósito de la investigación y la confidencialidad de ésta. Dependiendo de sus necesidades se programaba una cita y se procedía a aplicar el test.

El test que se les aplicó a las madres de ambas muestras fue el Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota-2 y las instrucciones se dieron de acuerdo con el manual de aplicación de ya mencionada prueba. No hubo invalidación en el proceso de selección, tomándose como criterios de invalidación los reglamentados por el MMPI-2, que a continuación se describen:

- Dejar un gran número de reactivos sin contestar
- La escala L (mentira) evalúa la posibilidad de que el sujeto asuma otra personalidad en caso de tener puntuaciones altas.
- Puntuaciones elevadas en la escala F (infrecuencia) indica que se contestan los reactivos al azar, ya sea por la capacidad de lectura (extremadamente restringida) o es precario el contacto con la realidad.
- La escala Fp se puede identificar un registro en el que un individuo ha dejado de poner atención a los reactivos de la prueba y ha respondido al azar.
- Las escalas INVER (escala de Inconsistencia en las respuestas verdaderas) y ANVAR (escala de inconsistencia en las respuestas variables) junto con la escala L (mentira), F (infrecuencia) y K (de corrección), proporcionan un índice de la tendencia de un sujeto a responder a los reactivos de manera incosciente o contradictoria. Consecuentemente una puntuación INVER muy alta indica la tendencia para responder indiscriminadamente verdadero y la baja es una tendencia a contestar falso a los reactivos (Lucio, 1995).

La muestra final fue de 20 madres de adolescentes sin trastornos de la conducta alimentaria y 20 madres de adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria, para igualar la muestra y realizar el análisis comparativo.

5. RESULTADOS

5.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS MUESTRAS

En cuanto a la descripción de características de los participantes que integran las muestras estudiadas, se obtuvieron distribuciones porcentuales, de cada participante, para observar como se distribuían las muestras con respecto a la edad, nivel de estudios, ocupación y tipo de empleo.

En la tabla 5.1 se observan los intervalos de edad de ambas muestras que va desde los 35 años a los 50 años, encontrándose que la mayoría de las mujeres se ubica en el rango de 40 a 45 años con un porcentaje de 37.5%, seguidas del rango de 35 a 40 años (32.5%) y finalmente con el 30% está el rango de 45 a 50 años.

Tabla 5.1 Edad

	EDAD			TOTAL
	35 A 40 AÑOS	40 A 45 AÑOS	45 A 50 AÑOS	
SIN TCA	6	8	6	20
	30%	40%	30%	100%
CON TCA	7	7	6	20
	35%	35%	30%	100%
TOTAL	13	15	12	40
	32.5%	37.5%	30%	100%

De acuerdo con la distribución porcentual se puede observar en la Tabla 5.2, que las madres de hijas sin trastornos de la conducta alimentaria terminaron la secundaria (educación media) el 20% , 40% tiene la educación media superior y el 40% restante la licenciatura (educación superior). Por otro lado, en las madres de hijas con trastornos alimentarios se indica que el 20% tiene la secundaria, el 45% la preparatoria y el 35% la licenciatura.

Tabla 5.2 Nivel de Estudios

	NIVEL DE ESTUDIOS			TOTAL
	MEDIA	MEDIA SUPERIOR	SUPERIOR	
SIN TCA	4	8	8	20
	20%	40%	40%	100%
CON TCA	4	9	7	20
	20%	45%	35%	100%
TOTAL	8	17	15	40
	20%	42.5%	37.5%	100%

Como se puede notar la tabla 5.3 describe la principal ocupación de ambas muestras, observándose que la mayor parte de madres de adolescentes sin trastornos alimentarios se dedican al trabajo fuera del hogar (65%), al igual que las madres de adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria (60%)

Tabla 5.3 Ocupación

	OCUPACIÓN		TOTAL
	HOGAR	EMPLEADA	
SIN TCA	7	13	20
	35%	65%	100%
CON TCA	8	12	20
	40%	60%	100%
TOTAL	15	25	40
	37.5%	62.5%	100%

Con respecto al tipo de labor que desempeña la muestra de madres trabajadoras, se encontró que un 20% de ellas son comerciantes, 32% son empleadas (de oficinas o empleadas federales), otro 20% son profesoras, el 24% son profesionistas y sólo un 4% se dedican al arte (Pintura).

Tabla 5.4 Tipo de Empleo

	TIPO DE EMPLEO					TOTAL
	Comerciante	Empleada	Profesora	Profesionista	Pintora	
SIN TCA	3	5	3	2	0	13
	23.1%	38.5%	23.1%	15.4%	.0%	100%
CON TCA	2	3	2	4	1	12
	16.7%	25%	16.7%	33.3%	8.3%	100%
TOTAL	5	8	5	6	1	25
	20%	32%	20%	24%	4%	100%

5.2 COMPARACIÓN DE LOS PUNTAJES t , DE LAS MEDIAS Y DESVIACIONES ESTÁNDAR DE LAS ESCALAS BÁSICAS, DE CONTENIDO Y SUPLEMENTARIAS DEL MMPI-2

El propósito del presente estudio fue identificar si existen diferencias estadísticamente significativas en los rasgos de personalidad de madres de adolescentes con y sin trastorno de la conducta alimentaria, mediante estadísticas descriptivas e inferenciales, aplicadas a través del programa estadístico SPSS (versión 12.0).

Se aplicó la prueba estadística "t" de Student, ya que, se utiliza cuando existe una distribución normal, permitiendo comparar dos muestras independientes, estableciendo si hay o no diferencias entre los grupos de observación.

En la tabla 5.5, se aprecian las calificaciones de la prueba "t" de Student para las escalas básicas y su nivel de significancia. Como se observa en los datos exhibidos, se encontraron diferencias estadísticamente significativas, en la escala 4 (Dp: Desviación psicopática) $t(38) = -2.529$, $p = .017$, obteniéndose un nivel de significancia del .01, afirmando la existencia de diferencia en los rasgos de personalidad, entre madres de adolescentes sin trastornos de la conducta alimentaria y madres de adolescentes que presentan algún trastorno de la conducta alimentaria. De igual forma, en esta tabla se aprecian las medidas de tendencia para la escala L (Mentiras) $t(38) = 1.88$, $p = .068$, obteniéndose un nivel de significancia del .06, que señala que hay diferencias en los rasgos de personalidad.

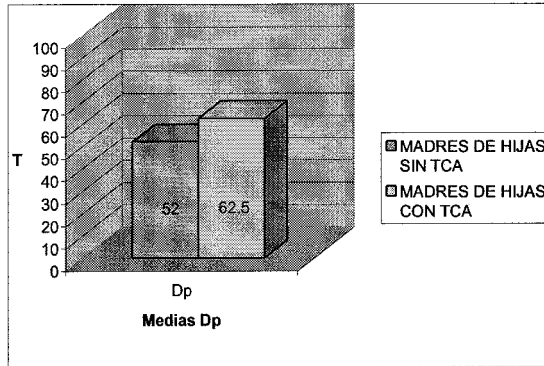
En la figura 1 de la escala de Dp (Desviación psicopática) se aprecian las medias de ambos grupos, considerándose que las madres de adolescentes con problemas de trastornos de la conducta alimentaria, suelen ser en mayor medida personas que están resentidas, poco confiables e impacientes, que tienden a manipular a los demás. En comparación con las madres de hijas sin trastornos alimentarios

Tabla 5.5 Escalas Básicas Prueba t de Student

ESCALAS BÁSICAS	t DE STUDENT	SIGNIFICANCIA	g. I.
L	1.88	.068	38
F	-.325	.747	38
K	.349	.729	38
Hs	.247	.806	38
D	-.477	.636	38
Hi	-1.02	.313	38
Dp	-2.529	*.017	38
Mf	-.329	.744	38
Pa	-.953	.346	38
Pt	-.418	.678	38
Es	-1.317	.195	38
Ma	-.545	.589	38
Is	-.395	.695	38

* Puntajes significativos a un alfa de 0.05

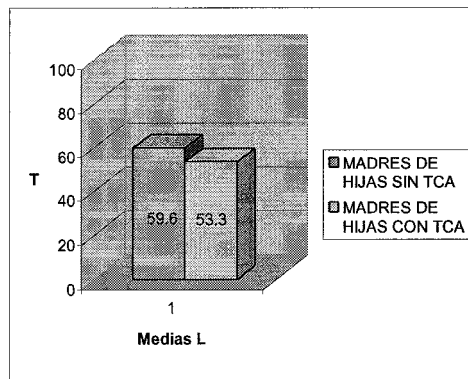
Figura 1. Media y Desviación Estándar de la variable Desviación Psicopática



	Sin TCA	Con TCA
Desviación Estándar	9.93	15.68

En la figura 2 de la escala L (Mentiras) se observan las medias de ambos grupos, siendo que las madres de adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria suelen dar una imagen poco favorable de si mismas, por otro lado las madres de adolescentes sin trastornos se muestran, tanto con características favorables como desfavorables de sí mismas.

Figura 2. Media y Desviación Estándar de la variable Mentiras



	Sin TCA	Con TCA
Desviación Estándar	10.40	10.79

A continuación en la tabla 5.6, se muestran las puntuaciones de la prueba "t" de student y su nivel de significancia para las escalas de contenido de la prueba de personalidad MMPI-2, en estos datos se aprecia que sólo se encontraron diferencias estadísticamente significativas para la escala de FAM (problemas familiares) $t(38) = -2.386$, $p = .022$, con un nivel de significancia de .02, entre madres de adolescentes sin trastorno de la conducta alimentaria y madres de adolescentes que los presentan.

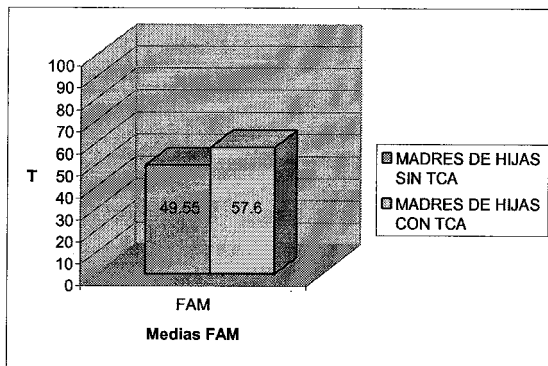
En la figura 3 se observan los puntajes de las medias de la escala FAM (Problemas familiares) de ambas muestras, de lo cual se deduce que las madres de adolescentes sin trastornos de la conducta alimentaria, tienden a percibir su entorno familiar más armonioso, en comparación con las madres de adolescentes con trastornos alimentarios que refieren un ambiente familiar caótico, desagradable, con discordias y carente de afecto.

Tabla 5.6 Escalas de Contenido Prueba t de Student

ESCALA DE CONTENIDO	t DE STUDENT	SIGNIFICANCIA	g. l.
ANS	-.864	.393	38
MIE	.85	.932	38
OBS	.227	.821	38
DEP	-.449	.656	38
SAU	.632	.531	38
DEL	.270	.789	38
ENJ	-1.397	.170	38
CIN	.261	.795	38
PAS	-.581	.568	38
PTA	-.303	.763	38
BAE	.249	.804	38
ISO	-1.270	.211	38
FAM	-2.386	*.022	38
DTR	-.597	.553	38
RTR	-.358	.722	38

* Puntajes significativos a un alfa de 0.05

Figura 3. Media y Desviación Estándar de la variable Problemas Familiares



	Sin TCA	Con TCA
Desviación Estándar	9.28	11.88

En la tabla 5.7 se exhiben las calificaciones de la prueba "t" de student y su nivel de significancia para las escalas suplementarias. Los puntajes nos muestran que no hay diferencias estadísticamente significativas en ninguna escala.

Tabla 5.7 Escalas Suplementarias Prueba t de Student

ESCALAS SUPLEM.	t DE STUDENT	SIGNIFICANCIA	g. l.
A	-.748	.459	38
R	-.452	.654	38
Fyo	-.430	.669	38
A-MAC	-.602	.550	38
HR	-.093	.926	38
DO	-.597	.553	38
RS	-.653	.517	38
DPR	-1.042	.303	38
GM	-.015	.988	38
GF	.975	.335	38
EPK	-.778	.441	38
EPS	-.615	.542	38
FP	-.763	.450	38

* Puntajes significativos a un alfa de 0.05

5.3 RESULTADOS CUALITATIVOS

Cabe señalar que los resultados de las medias obtenidas entre los dos grupos son distintas entre sí, dando como consecuencia la existencia de diferencias cualitativas, y a su vez perfiles e interpretaciones distintas entre los grupo.

Se obtuvieron los perfiles y claves de las escalas para la interpretación, de los dos grupos (madres de adolescentes sin trastornos de la conducta alimentaria, y madres de adolescentes que padecen algún trastorno de la conducta alimentaria), como solución al objetivo del presente estudio, en el cual se planteó la existencia de diferencias de rasgos de personalidad entre las muestras. Como se puede apreciar no hay elevaciones de ninguna escala por arriba del puntaje T 65, en los perfiles elaborados de las escalas básicas, suplementarias y de contenido. No obstante, se hallan diferencias a nivel cualitativo, indicando que ambas muestras tienden a comportarse de diversas formas, ante determinados sucesos, para lograr adaptarse a su medio.

MADRES DE ADOLESCENTES SIN TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

En el perfil general se puede advertir que las escalas más altas son Hs (1Hipocondriasis), BAE (Baja autoestima), DTR (Dificultad en el trabajo) y RTR (Rechazo al tratamiento), y como picos D (2 Depresión) y SAU (Preocupación por la salud); y Ma (9 Hipomanía); como las escalas más bajas, ISO (Incomodidad social) y Fyo (Fuerza del yo), lo que nos indica la siguiente personalidad

Perfil y clave de las escalas básicas para interpretación
2 1 3 7 8 4 6 0 / 5 9 : L F K / (Welsh en Lucio, 1995).
(Ver figura 1)

En cuanto a las escalas de validez, se encuentra que son mujeres que reconocen características favorables y desfavorables de su persona, mostrándose fácilmente adaptables a las normas sociales establecidas. Aceptan tener dificultades, mismas que resuelven.

Con respecto a las escalas clínicas, se observa que tienden a preocuparse, sin llegar a la angustia por problemas reales, además de tener una actitud autocrítica, por lo cual se autoevalúan continuamente. Esto las puede llevar a irritarse con facilidad y sufrir enfermedades. Suelen ser mujeres, convencionales y moralistas. Puede que no les agrade que los demás noten que en ocasiones dudan un poco de sus decisiones, ya que meditan acerca de las consecuencias de sus actos, pues son responsables.

Les gusta adaptarse al medio, cumpliendo reglas existentes, suelen ser mujeres que tienen facilidad para relacionarse, siendo sociables y amistosas, hay interés y sensibilidad por los demás, son empáticas, resultando responsables, confiables y

comprometidas con los otros. Les gusta ser reconocidas por las personas y lo logran.

Tienden a ser sinceras, responsables, tenaces, y activas, mostrándose bien organizadas en cuanto a la anticipación y planeación de su conducta, en general suelen tener un buen desempeño en sus labores.

MADRES DE ADOLESCENTES CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

En el perfil general se puede observar que Hi (3 Histeria), DEP (Depresión), FAM (Problemas familiares), RTR (Rechazo al tratamiento) y Dpr (Desajuste profesional), son las escalas más altas, encontrándose que los picos son Dp (4 Desviación psicopática) y Es (8 Esquizofrenia); por otro lado las escalas más bajas son Ma (9 Hipomania), Cin (Cinismo) y GM (Género masculino). Lo cual nos sugiere el siguiente tipo de personalidad.

Perfil y clave de las escalas básicas para interpretación
4 - 8 3 7 2 6 1 0 5 / 9 : F L K / (Welsh en Lucio, 1995)
(Ver figura1).

De acuerdo a las escalas de validez, se observa que éstas mujeres tratan de expresar una imagen poco favorable de sí mismas, sintiéndose agobiadas y angustiadas por sentimientos poco habituales debido a dificultades. Con el fin de, expresar la necesidad de afecto y ayuda.

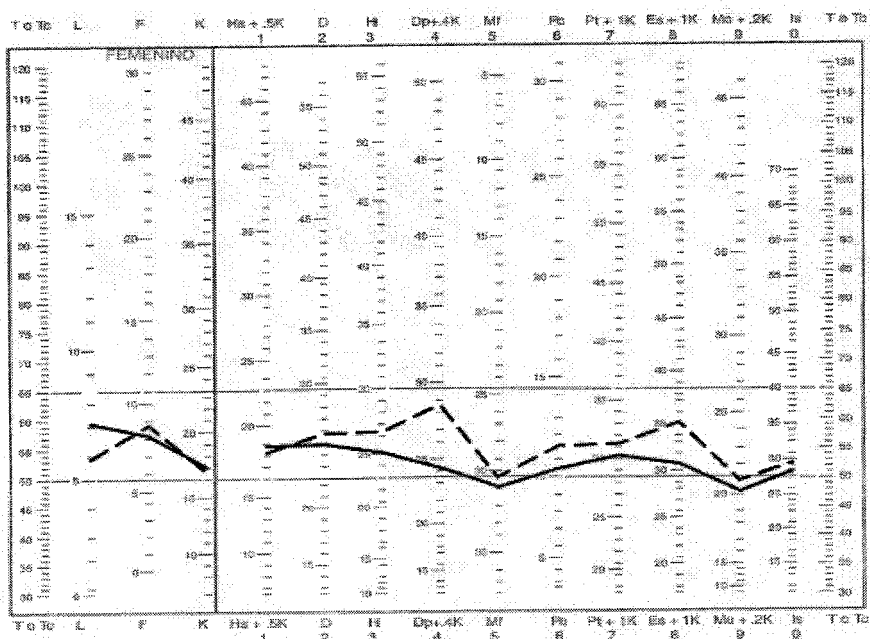
En lo que respecta a las escalas clínicas, es probable que éstas mujeres tiendan a manifestar dificultades en sus relaciones interpersonales y en sus reacciones emocionales, pues son superficiales. Su interés por otros es poco, además de su escasa empatía, que influyen en su incapacidad de formar vínculos afectivos estrechos y profundos. Por lo cual, se centran en sí mismas, manejando el exterior para beneficiarse de los demás.

Puede que sean mujeres que tiendan a llamar la atención a causa de la necesidad de afecto y aprobación, pues sienten que no se les reconoce lo suficiente, recurriendo entonces a la manipulación. El perfil sugiere que son poco seguras de sí mismas, meditan mucho sus decisiones, idealistas, convencionales, preocupadas en exceso, por lo que suelen angustiarse cuando pierden el control de la situación. En ocasiones pueden sentirse tristes y con incertidumbre acerca del futuro, provocándoles intranquilidad.

Perciben un ambiente familiar lleno de conflictos, nula gratificación y poco apoyo, además pueden que tengan pocos logros en su vida, desencadenando insatisfacción y hostilidad hacia los demás.

Son mujeres sensibles a desaires y rechazos, por lo cual, pueden mostrarse cautelosa y desconfiada en los contactos sociales, para evitar que le causen algún daño. Suelen guardar resentimiento y culpar a los demás de lo que les acontece, actuando como víctimas, esperando que el ambiente sea el que cambie.

Figura 1. Perfil de Escalas Básicas

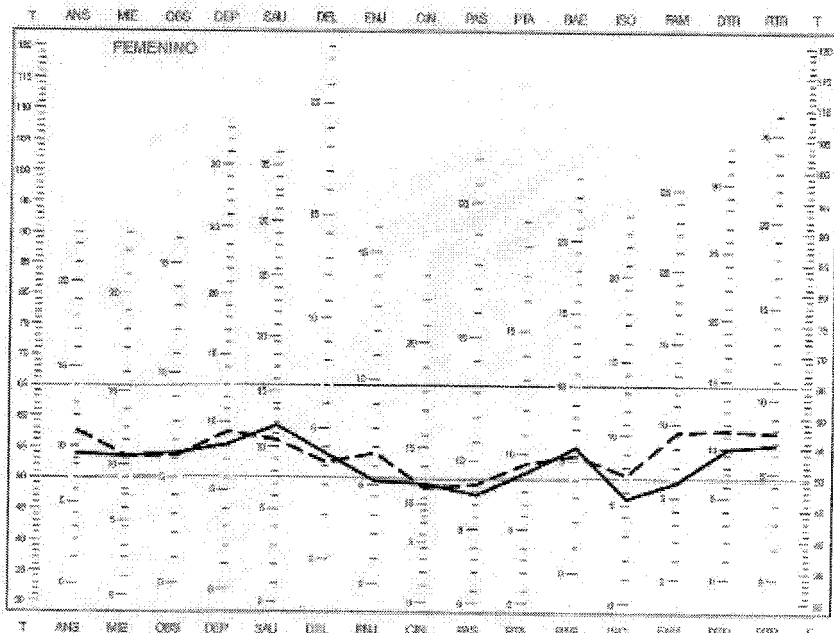


Perfil de Madres de adolescentes sin Trastornos de la Conducta Alimentaria



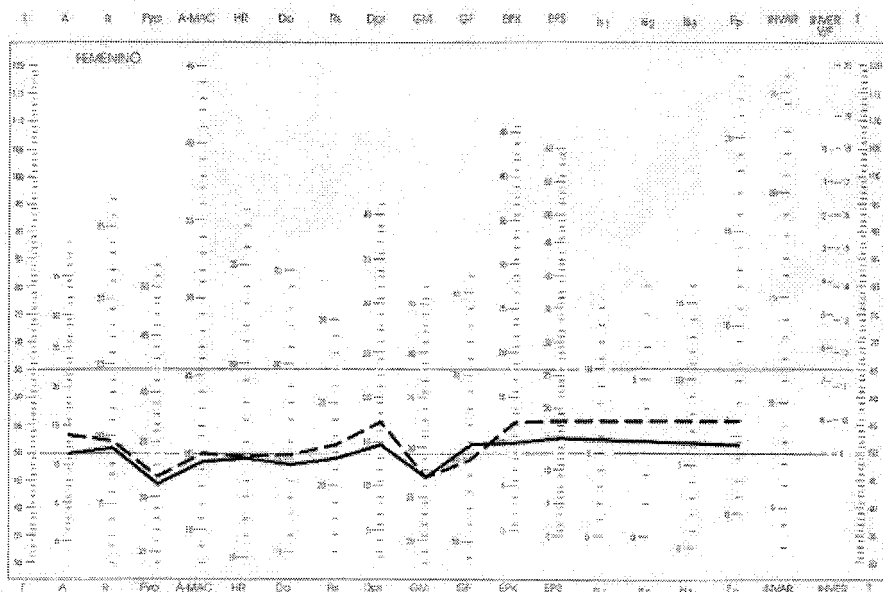
Perfil de Madres de adolescentes con Trastornos de la Conducta Alimentaria

Figura 2. Perfil de Escalas de Contenido



- Perfil de Madres de adolescentes sin Trastornos de la Conducta Alimentaria
- - - Perfil de Madres de adolescentes con Trastornos de la Conducta Alimentaria

Figura 3. Perfil de Escalas Suplementarias



———— Perfil de Madres de adolescentes
sin Trastornos de la Conducta Alimentaria

- - - - - Perfil de Madres de adolescentes
con Trastornos de la Conducta Alimentaria

6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El propósito de este estudio fue determinar si existían diferencias de rasgos de personalidad entre madres con hijas adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria y madres con hijas adolescentes que no los presentan. Se llevó a cabo con una muestra de 40 participantes, dividiéndose en dos grupos de 20. El primer grupo estaba conformado por madres de adolescentes sin trastorno y el segundo grupo por madres de adolescentes diagnosticadas con la ya mencionada patología.

Para Allport (1970) los rasgos inician y guían formas de comportamiento adaptativo y expresivo; asimismo menciona que las influencias que determinan la conducta son múltiples y fluidas, por lo que ningún acto, es un producto único de un rasgo aislado, ya que un impulso que excita un rasgo puede excitar al mismo tiempo terceros. Acorde a lo anterior, los dos grupos cuentan con diferentes recursos para lograr adaptarse a su medio, que a su vez están influidos y determinados por diversos factores.

Por otro lado, para González, Unikel, Cruz y Caballero (2003) existen factores predisponentes para desarrollar trastornos de la conducta alimentaria, entre los cuales destacan las características de personalidad de los padres. Todo esto nos indica que los rasgos de personalidad de la madre, están relacionados con la adquisición de los trastornos alimentarios.

Melanie Klein (1943, citado en Cline, 2001) y Ana Freud (1985) señalan, que en la fase de lactancia la madre debe estar especialmente atenta a las demandas del bebé, reconocerlas, para así responder correctamente y adaptarse, pues de esto dependerá la confianza y seguridad que tengan las hijas. El perfil de las madres de adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria elaborado en este estudio se detectó que tienden a relacionarse superficialmente con los demás, así como a tener reacciones emocionales frívolas y egocéntricas. Lo que puede indicar que son personas poco empáticas que no reconocen las necesidades básicas de otros. Por lo que, se concuerda con las autoras antes mencionadas, ya que, si son personas carentes de empatía tienden a descuidar las prioridades de sus hijas, y esto a su vez repercute en el desarrollo de las adolescentes.

Por otro lado, Cattell (1972), señala que los rasgos de personalidad se desarrollan por medio del aprendizaje, empezando desde el seno materno, así durante toda la vida. De acuerdo con lo anterior, los patrones conductuales establecidos, dependen de los rasgos de reacción frente al ambiente y que se siguen reforzando a través de la existencia, suponiendo entonces, que la relación familiar de madres de adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria, desde su niñez ha sido conflictiva, como manifiestan los estudios realizados por Cirillo, Selvini y Sorrentino (1999), en los que señalan que han sido mujeres sacrificadas y humilladas, por lo que se muestran suspicaces y desconfiadas al contacto social, lo que induce a que sus relaciones sean poco profundas y duraderas, de igual manera en esta investigación se encontró que suelen ser mujeres que tienen

dificultades en establecer relaciones interpersonales, pues son sensibles a desaires y rechazos, por lo tanto se muestran cautelosas y desconfiadas tal vez por temor a que les provoquen algún daño. Éstos autores concluyen que son mujeres que necesitan de fusionalidad y de recíproco control.

Siguiendo la línea, Porot (1980), manifiesta que las características de personalidad por parte de éstas madres, crean hijos que tiene una relación simbiótica con ella, careciendo el niño de personalidad y, por tanto, de independencia. Se supone que en la fusionalidad, tanto la hija como la madre se sirven una de la otra, la madre quiere, espera y exige, que tanto el comportamiento como los sentimientos de su hija sean lo que ella espera, y así compensar sus insatisfacciones afectivas profundas, además de nutrir su egoísmo, mediante excelentes resultados en todos los ámbitos. El perfil arrojado en esta tesis confirma lo estudiado por lo autores citados, pues, muestra que tienden a ser mujeres sin logros, deseando siempre la perfección que no alcanzarán, además de recurrir a la manipulación y chantaje, pues, se angustian cuando pierden el control de la situación, en este caso de sus hijas. Y como menciona Porot (1980) las hijas utilizan su enfermedad como contrachantaje, pues así logran atención, interés y amor de su madre.

Stierling y Weber (1990) encuentran que en las familias con una hija adolescente que presenta trastornos de la conducta alimentaria, hay un código interiorizado de conducta construido en torno a principios implícitos tales como "mejor dar que recibir". Por lo cual, el poder será obtenido por el miembro de la familia que dé más, se sacrifique más y satisfaga menos sus propias necesidades personales. Encontrándonos entonces, con una imagen materna significativamente más intrusiva, con excesivo contacto, infantilizante, sobreprotectora, ansiosa, perfeccionista y temerosa de separarse de sus hijas, por lo tanto, limitan las conductas de independencia que se puedan presentar (Rodhes y Kroger (1992, citados en Pérez y Platas,1998). Se cree que son madres dedicadas al cuidado escrupuloso e incondicional de sus hijas, pero sin meditar las verdaderas solicitudes de éstas, solo quieren obtener, el afecto y reconocimiento, además del control sobre la familia ejerciendo la manipulación y el chantaje, basándose en sus actos de atención para con ellos. El perfil realizado en este estudio confirma lo elaborado por dichos autores, ya que, son mujeres que llaman la atención a causa de la necesidad de afecto y aprobación, recurriendo a la manipulación y el chantaje, pues les gusta mantener el control, tienden a actuar como víctimas, guardando resentimiento, además de acostumbrar a culpar a otros de lo que les ocurre, por lo que ellas no están dispuestas a cambiar.

El perfil realizado a las madres de adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria en este estudio reporta, que viven preocupadas y angustiadas por problemas, que se conjetura se basan en el proceso de individuación-separación que propone Kaplan (1986), en el cual explica que la hija no logró separarse satisfactoriamente de la madre durante su infancia, y al llegar a la pubertad enfrenta la necesidad de despegarse de su progenitora, no poseyendo elementos para manejar los conflictos que implica, por lo cual vive en ambivalencia con la

figura materna. Además, autores como Stierling y Weber (1990) señalan que los temores de separación y pérdida se transforman en preocupación (como se señala en la presente investigación) o, si se prefiere, afectuoso interés y creciente sentido de responsabilidad. Esto explica porque las madres de las pacientes con éstos trastornos parecen particularmente ser propensas a manifestar esa preocupación preguntándose constantemente, con ansiedad, si han sido buenas madres. Por todo lo anterior, como se marca en el perfil hallado en esta tesis, se comprueba que es probable que estas mujeres se sientan tristes y con incertidumbre acerca del futuro, provocándoles intranquilidad.

Por otro lado, las madres de adolescentes sin padecimientos alimentarios, se apegan a las normas sociales, y a su rol, en el cual, se responsabilizan del bienestar del otro. Se encuentra que son personas con más contacto social, empáticas y que captan mejor los mensajes recibidos por los demás mostrándose responsables a la hora de satisfacer las necesidades requeridas por otros, además de ser serviciales. Por lo que, se advierte la relación con sus propias hijas es estrecha, afectuosa y de mejor calidad.

En el perfil encontrado se halla, además que son personas equilibradas, que actúan con un pensamiento claro, consideradas con los demás, confiadas con precaución, lo que nos indicaría que pueden ser tolerantes y aceptar las diferencias, manifestándose en la independencia que obtienen sus hijas adolescentes al lograr salir de la etapa de individuación-separación, confirmando así la teoría de Kaplan (1986).

Tienden a ser mujeres autocríticas, con una buena capacidad de planeación y ejecución de sus actos, por lo cual, pueden resolver sus problemas con eficacia, además de tener logros y ser reconocidas. Sin embargo, suelen preocuparse y angustiarse por cumplir las expectativas sociales y generándoles malestar y enojo, mismo que puede repercutir en su salud. Esto puede generar problemas diferentes en el desarrollo de personalidad de sus hijas adolescentes.

Con fundamento en los resultados obtenidos en este estudio, así como de la pregunta planteada: ¿Existen diferencias en los rasgos de personalidad de madres de adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria (anorexia nervosa, bulimia nervosa y trastornos no especificados) y madres de adolescentes que no los presentan? Se concluye:

- Si existen discrepancias entre los rasgos de personalidad de madres de adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria y madres de adolescentes sin ellos, encontrándose diferencias estadísticamente significativas al nivel .01 y .02 en las escalas Dp (4 Desviación psicopática) y FAM (problemas familiares) respectivamente. Además de la escala L (Mentiras) con tendencia de .06.
- Sin embargo, aunque sólo son dos escalas con discrepancias estadísticamente significativas y una con tendencia, clínicamente se

observó que a nivel cualitativo existen diferencias en las escalas, que varían los aspectos de la interpretación para cada muestra.

- De la investigación se concluye que si existen diferencias en los rasgos de personalidad entre los dos grupos, ya que las madres de adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria muestran ser menos empáticas, por lo tanto sus conductas se inclinan a controlar a los demás, incluyendo a sus hijas, por lo que no permiten la independencia de éstas, fomentando que se detengan en la fase de individuación-separación, a diferencia de las madres de adolescentes sin trastorno de la conducta alimentaria.

Finalmente, aunque existen diferencias cualitativas y cuantitativas de rasgos de personalidad entre los perfiles de ambas muestras, es indispensable reconocer que no es el único factor que puede influir en la aparición de los trastornos de la conducta alimentaria en mujeres adolescentes.

6.1 LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

En el presente estudio se encontraron limitaciones, una de ellas fue el tamaño de la muestra, pues, la muestra de adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria fue difícil de obtener, por lo que, se igualó en número la muestra de madres de adolescentes sin trastornos de la conducta alimentaria.

Para un mejor desarrollo de este tema en futuros estudio se plasman las siguientes sugerencias:

- Se sugiere que las futuras investigaciones se realicen con muestras aleatorias y mayores, para así poder generalizar los datos que se obtengan. Además de tomar en cuenta que los rasgos de personalidad de madres de adolescentes que presenten trastornos de la conducta alimentaria, no son el único factor que puede influir en la adquisición de la enfermedad, por lo cual, sería importante recabar datos biológicos (predisposición genética y biológica), psicológicos (influencias familiares y conflictos psíquicos, de otro tipo) y sociales (influencias expectativas sociales).
- La utilización de otro instrumento de medición de la personalidad rápido en su aplicación y calificación, además de fehaciente, ya que, los puntajes que arroja el MMPI-2 se comportan de forma plana sin picos de interpretación en las diferentes escalas, por otro lado, se recomienda emplear otras pruebas complementarias como las proyectivas, para recabar mayor número de datos a nivel cualitativo.
- Sería interesante estudiar la personalidad de los padres de familia, así como la dinámica familiar de mujeres adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria.

- Por último se sugiere que las investigaciones realizadas sean retomadas para la solución de los trastornos de la conducta alimentaria.

REFERENCIAS:

- Allport, G. (1970). *Psicología de la personalidad*. Buenos Aires: Paidós.
- American Psychiatric Association. (1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Texto Revisado DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Anastasi, A. y Urbina, S. (1998). *Test psicológicos*. México: Prentice Hall.
- Bertocci, P. A. y Mead, M. (1966). *Psicología de la personalidad*. Buenos Aires: Paidós.
- Bravo Díaz, A. P. y Fortanel Ramírez, G. (2001). Percepción de la relación con ambos padres como factor de riesgo en los trastornos de la alimentación. México. Tesis de licenciatura. No publicada. UNAM.
- Brody, N. (1977). *Investigación y Teorías de la personalidad*. México: Manual Moderno.
- Butcher, J. (2001). *MMPI-2 Guía para principiantes*. México: Manual Moderno.
- Caparrós, N. y Sanfelá, I. (1997). *La anorexia. Una locura del cuerpo*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Cartigue, T., Cueli, J., Martí, L., Michaca, P. y Reidl, L. (2001). *Teorías de la personalidad*. México: Trillas.
- Cattell, R. (1972). *El Análisis Científico de la Personalidad. (Los test de la personalidad)*. Barcelona: Fontanella.
- Cirillo, S., Selvini, M. y Sorrentino, A. (1999). *Muchachas anoréxicas y bulímicas*. España: Paidós Terapia Familiar.
- Clapier, S. (1987). *Las teorías de la personalidad*. Barcelona: Paidotribo.
- Cline Haberkorn, L. (2001). Rasgos de temperamento en madres de niños con trastornos de la ingestión alimentaria en la infancia. México. Tesis de licenciatura. No publicada. UNAM.
- Cooper, M. y Galbraith, M. (2001). Assumptions and Beliefs in Adolescents With Anorexia Nervosa and Their Mothers. *Eating Disorders*. 9 (3), 217-223.
- Crispo, R., Figueroa, E. y Guelar, D. (1998). *Anorexia y bulimia. Lo que hay que saber. Un mapa para recorrer un territorio trastornado*. Barcelona: Gedisa.

- De la Fuente, R. (1996). *Psicología médica*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Dicaprio, N. S. (1989). *Teorías de la personalidad*. México: Mc Graw Hill.
- Elorza, H. (1987). *Estadística para ciencias del comportamiento*. México: Harla.
- Felker, K. y Stives, C. (1994). The relationship of gender and family environment to eating disorder risk in adolescents. *Adolescence*. 29 (166), 821-833.
- Fonseca, H., Ireland, M. y Resnick, M. (2002). Familial Correlates of Extreme Weight Control Behaviors among Adolescents. *Internacional Journal of Eating Disorders*. 32 (4), 441-448.
- Freud, A. (1985). *El psicoanálisis y la crianza del niño*. España: Paidós.
- Gáfaró, A. (2001). *Anorexia y bulimia. Todo lo que necesita saber sobre los trastornos de la alimentación*. Bogotá: Norma.
- Gómez Rosero, C. (1994). *Diccionario de sinónimos y antónimos*. Bogotá: Voluntad.
- Graham, J. (1987). *MMPI Guía práctica*. México: Manual Moderno.
- González, L., Unikel, C., Cruz, C. y Caballero, A. (2003). Personalidad y trastornos de la conducta alimentaria. *Salud Mental*. 26 (3), 1-7.
- Hall, C. S. y Lindzey G. (1980). *La teoría personalística*. Buenos Aires: Paidós.
- Hathaway, S. y Meehl, P. (1975). *Atlas clínico del MMPI*. México: Manual Moderno.
- Holtz, V. (1995). Antecedentes históricos de la Anorexia Nervosa. *Psicología Iberoamericana*. 3 (2), 5-13.
- Kaplan, H. y Sadock, B. (1994). *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas.
- Kaplan, L. J. (1986). *Adolescencia. El adiós a la infancia*. Buenos Aires: Paidós.
- Kristin, R. (1990). Eating disorders and the family. Experiences gathered in a parent support group. *Acta Psychiatr Scand*. 82 (361), 50-51.
- Langer, M. (1994). *Maternidad y sexo*. México: Paidós.
- Liebert, R. (2000). *Personalidad: Estrategias y Temas*. México: Internacional Thomson.

Lucio, E. (1995). *Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota-2*. México: Manual Moderno.

Lucio, E. y Ampudia, R. A. (1996). *Introducción al uso de la nueva versión del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota-2 (MMPI-2) en la evaluación psicológica*. México: Publicaciones de la Facultad de Psicología UNAM. Material didáctico.

Lucio, E. y León, M. (2003). *Uso e interpretación del MMPI-2 en español*. México: Manual Moderno.

Mackinnon, R. (1973). *Psiquiatría clínica aplicada*. México: Interamericana.

Marcelli, D. (1992). *Adolescencia y depresión. Un abordaje multifocal*. Barcelona: Masson.

Minuchin, S. y Nichols, M. P. (1994). *La recuperación de la familia. Relatos de esperanza y renovación*. México: Paidós terapia familiar.

Natenshon, A. (2001). Empowering parents through their child's eating disorder recovery. *Eating Disorders*. 9 (1), 75-80.

Núñez, R. (1968). *Aplicación del Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI) a la Psicopatología*. México: Manual Moderno.

Nuttin, J. (1968). *La estructura de la personalidad*. Buenos Aires: Kapalusz.

Ortiz, G. (2002). Trastornos de la conducta alimentaria Anorexia nervosa y bulimia nervosa. México. Tesis de licenciatura. No publicada. UNAM.

Pelechano, V. (1996). *Psicología de la Personalidad*. Barcelona: Ariel.

Pérez, L. R. y Platas, A. R. (1998). Conductas alimentarias de riesgo en mujeres adolescentes y su percepción de relación materna. México. Tesis de licenciatura. No publicada. UNAM.

Pick, S. y López, A. L. (1998). *Cómo investigar en ciencias sociales*. México: Trillas.

Pike, K. y Rodin, J. (1991). Mothers, daughters and disordered eating. *Journal of abnormal Psychology*. 100 (2), 198-204.

Porot, M. (1980). *La familia y el niño*. Barcelona: Planeta.

Raimbault, G. y Eliacheff, C. (1991). *Las indomables figuras de la anorexia*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Rivera, O. (1987). *Interpretación clínica y psicodinámica del M.M.P.I.* México: Diana.

Rowa, K., Kering, P. y Geller, J. (2001). The Family and Anorexia Nervosa: Examining Parent-child Boundary Problems. *European Eating Disorders Review*. 9 (2), 97-114.

Sherman, R. y Thompson, R. (1999). *Bulimia una guía para familiares y amigos*. México: Trillas.

Stierling, H. y Weber, G. (1990). *¿Qué hay detrás de la puerta de la familia? Llaves sistémicas para la apertura y tratamiento de la Anorexia Nervosa*. Barcelona: Gedisa.

Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito, Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Ariel.

Toro, J. (1999). Los trastornos oroalimentarios. En S. Rodríguez (Ed). *Psicopatología del niño y el adolescente*. (pp 429-454). Barcelona: Manuales Universitarios.

Toro, J. y Vilardell, E. (1987). *Anorexia nerviosa*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.

Vandereycken, W. y Noordenbos, G. (2000). *La prevención de los trastornos alimentarios*. Barcelona: Ediciones Granica.

World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Suiza: World Health Organization.