



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA**

**ROL DE GÉNERO Y CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD EN
PACIENTES CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA**

T E S I S

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
MAESTRA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

P R E S E N T A:

CITLALI SUÁREZ MEANEY

**TUTORA: DRA. CECILIA SILVA GUTIÉRREZ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**COMITÉ: DR. RIGOBERTO LEÓN SÁNCHEZ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DRA. MARIANA GUTIÉRREZ LARA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
MTRA. ARLETTE MOTTE NOLASCO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

MÉXICO, D.F.

JUNIO 2015



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.

AGRADECIMIENTOS

A Víctor, gracias por tu amor que es mi motor de vida, ese eterno recordatorio de por qué vale la pena vivir, esa pila que me permite pensar que puedo lograr cosas.

A mis papás que me enseñaron el amor al conocimiento, la satisfacción y el amor a mi trabajo y la perseverancia.

A Rigo, gracias por impulsarme y ayudarme permanentemente de forma invaluable, creer en mi y hacerme creer en mi misma. Gracias por ser un interlocutor único.

A Ceci por hacer posible algo que nunca creí que ocurriría.

A Kevin Johansen, por lo que nos regaló.

Resumen

Con el propósito de examinar, a través del IMAFE y MMPI, si existe una relación entre las características de personalidad y el ajuste al rol de género, se seleccionaron, de manera intencional no-probabilística, 70 mujeres con Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA) las cuales se dividieron en dos grupos diagnósticos (según los criterios del DSM-IV-TR): *anorexia nervosa* ($n = 36$) y *bulimia nervosa* ($n = 34$).

La idea que guía el trabajo sostiene que el problema principal de las pacientes con TCA, respecto al rol de género, radica en la discrepancia entre la manera que se perciben y la manera que suponen debieran ejercer el rol femenino. De acuerdo con los resultados, no se encontraron diferencias en el comportamiento de las participantes con bulimia y anorexia. Sin embargo, los resultados obtenidos parecen indicar que si bien a ambos grupos de participantes les gustaría verse con características femeninas y masculinas, rechazan la sumisión y el machismo. Las personas en el grupo Anorexia se ven a sí mismas no sólo femeninas sino incluso sumisas, en tanto que las del grupo Bulimia se perciben tanto con características femeninas como masculinas. Otro de los hallazgos realizados, la saber, a relación entre la escala Femenino Ideal con la escala Machismo Ideal y la escala Desviación Psicopática del MMPI, indican que mientras más femeninas se perciben las participantes menos idealizan el machismo y mucho menos alta es la escala Desviación Psicopática; en otras palabras, menos actitudes rebeldes y hostiles hacia la autoridad, menos intención de independencia, menor impulsividad y dificultades para adaptarse al grupo social y más conformistas. Con todo, los resultados obtenidos en este estudio parecen apuntar hacia la presencia de una gran vulnerabilidad respecto a los rasgos de personalidad que pudiera también influir en la manera en que asumen su rol de género. Si esto es así, entonces es posible que los síntomas alimentarios constituyan una defensa poco eficaz y patológica en personalidades frágiles, y que carecen de estrategias cognitivas eficaces para enfrenar el malestar que les produce sentirse muy distantes de un ideal que tienen que alcanzar en la sociedad y para ser consideradas por ésta como una gran mujer.

Abstract

In order to examine, through IMAFE and MMPI, if there is a relationship between personality characteristics and the adjustment to gender role, there were selected, in an intentional, non-probabilistic fashion, 70 women with Eating Disorders (ED) which were divided into two diagnostic groups (according to DSM-IV-TR): anorexia nervosa (n = 36) and bulimia nervosa (n = 34).

The idea that guides the paper argues that the main problem of ED patients, regarding gender role lies in the discrepancy between the way they are self-perceived and how they are supposed to exercise the female role. According to the results, no differences in the behavior of the participants with bulimia and anorexia were found. However, the results suggest that although both groups of participants would like to be perceived with both male and female characteristics, they reject submission and machist roles. People in the Anorexia group see themselves not only female but also submissive, while the Bulimia group are perceived themselves with both female and male characteristics. Another finding regards the understanding of the relationship between the Ideal Female scale, the Ideal Male scale and the MMPI Psychopathic Deviation scale, which indicates that the more female the participants perceived themselves, less idealized they have machism, and lesser the level of Psychopathic Deviation scale obtained; in other words, less rebellious and hostile attitudes toward authority, less intention of independence, less impulsivity and difficulty adapting to a social group, and more conformist attitude. However, the results obtained in this study seem to point towards the presence of a large vulnerability regarding personality traits that may also influence how they take their gender role. If so, then it is possible that eating symptoms constitute an inefficient and pathology defense in fragile personalities, with lack of effective cognitive strategies to cope with the suffering originated from the feeling of begin very far from an ideal they are supposed to have in the society to be considered by it as a great woman.

Índice

Introducción	p. 6
Capítulo I: Trastornos de la Conducta Alimentaria.	
1.1. Antecedentes	p. 8
1.2. Epidemiología	p. 15
1.3. Factores Etiológicos	p. 21
1.3.1. Factores Biológicos	p. 21
1.3.2. Factores Individuales	p. 23
1.3.3. Factores Familiares	p. 28
1.3.4. Factores Socioculturales	p. 31
1.4. Imagen corporal, roles y género	p. 33
Capítulo II: Método	
2.1. Planteamiento del problema	p. 46
2.2. Diseño	p. 47
2.3. Definición de variables	p. 47
2.3.1. Variable dependiente	p. 47
2.3.2. Variables atributivas	p. 47
2.3.3. Variable independiente	p. 48
2.4. Participantes	p. 48
2.4.1. Criterios de inclusión al grupo	p. 48
2.4.2. Criterios de exclusión al grupo	p. 49
2.5. Instrumentos	p. 49
2.5.1. Inventario de Masculinidad – Femeidad (IMAFE)	p. 49
2.5.2. Inventario Multifásico de la personalidad de Minnesota (MMPI)	p. 51
2.6. Procedimiento	p. 54
2.7. Resultados	p. 54
Capítulo III: Discusión y Conclusiones	p. 62
Referencias	p. 67

Introducción

Las alteraciones de la conducta alimentaria se han manifestado a lo largo de la historia en diversas formas aunque su estudio formal es relativamente reciente debido, en parte, a que la prevalencia de dichas alteraciones se ha incrementado en las últimas décadas y ello ha exigido que los especialistas tomen este hecho como un signo de alarma que requiere de mayor atención y estudio (Behar, 2012; Jáuregui, 2009; Garrido y García, 2011).

Los trastornos en la conducta alimentaria, cuyas formas más comunes son la anorexia y la bulimia, pueden llegar a tener graves consecuencias en la integridad física y emocional de las personas que los padecen e, incluso, pueden conducir a la muerte, ya que el ayuno prolongado o patrones intermitentes de alimentación pueden ser devastadores y afectar de forma importante todas las áreas de la vida del individuo y su organismo en todos los niveles. Otro factor que hace más graves las consecuencias es que la dinámica de estos trastornos hace que los mismos funcionen como “un círculo vicioso” en el que los diversos componentes se retroalimentan haciendo aún más difícil la recuperación (Méndez, Vázquez-Velázquez y García-García, 2008).

Si bien la etiología de estos desórdenes aún es enigmática, su origen multifactorial es indiscutible, sin embargo, la manera en que se relacionan todos los factores, aún es un campo en el que falta mucho por estudiar.

Las diversas formas que estos desórdenes toman y sus motivaciones, varían a lo largo de las diferentes épocas, sin embargo, parecen estar relacionados con las creencias religiosas, las presiones sociales y los roles asignados a los individuos que los presentan, sobre todo las mujeres. Algunas formas están relacionadas con la coerción para cumplir deseos personales o para reflejar los diferentes *status* de la mujer a través de la historia, y los roles sociales potencialmente disponibles para ellas.

La alta incidencia de los trastornos de la conducta alimentaria en mujeres jóvenes y su inicio, la mayor parte de las veces en la adolescencia, deja ver

qué factores tales como el género y el ajuste a los roles sociales pueden estar jugando un papel fundamental en la aparición de los mismos (Sánchez, 2005).

Adicionalmente, cabe resaltar que también algunas características de personalidad, como el perfeccionismo, la rigidez, la constricción emocional, la autoexigencia y la necesidad de orden han sido asociadas con los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), así como la personalidad obsesiva compulsiva, la personalidad límite, histriónica y tipo B, que no sólo se asocian si no que, incluso, parecen predecir la instauración de la patología (Lilenfeld, Wonderlich, Lawrence, Crosby y Mitchell, 2006; Perpiña, Roncero y Belloch, 2008; Rovira y Chandler, 2011).

Con base en lo anterior, el presente estudio tiene por objetivo evaluar un grupo de mujeres con problemas en la conducta alimentaria, para determinar si existe una relación entre las características de personalidad y el ajuste a su rol de género. Para ello se emplearán el Inventario de Masculinidad–Femineidad (IMAFE) que permite evaluar características masculinas y femeninas de personalidad y el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI) que hasta el momento es uno de los instrumentos más completos para conocer rasgos de la personalidad.

En el primer capítulo se abordan los antecedentes, la epidemiología y los factores más importantes que se han encontrado asociados a los trastornos alimentarios, haciendo énfasis en la relación del género, la asunción de roles y la imagen corporal. En el segundo capítulo, se presenta el método y, finalmente, los resultados y las conclusiones.

Capítulo I

Trastornos de la conducta alimentaria

1.1. Antecedentes

Los trastornos de la conducta alimentaria constituyen un problema que se ha exacerbado en las últimas décadas, de tal manera que han exigido una mayor atención por parte de los especialistas de la salud. Sin embargo, aunque su estudio formal es reciente, a lo largo de la historia se han observado diversas formas de restricción alimentaria (por ejemplo, la práctica de ayunos prolongados) y de patrones dietéticos alterados (por ejemplo, un deseo irrefrenable de comer con interrupciones acompañadas por vómitos o purgas), generados por diferentes motivos (Cano, 2004). De esta manera, las diversas formas que estos desórdenes toman y sus motivaciones han variado a lo largo de las diferentes épocas y obedecido a diferentes motivos, por ejemplo, creencias religiosas, las presiones sociales y los roles asignados a los individuos que los presentan, sobre todo las mujeres (Baile y González, 2010).

Al realizar una revisión histórica es importante tener en consideración ciertos factores. Concordamos con Baile y González (op. cit.) en que, si bien no se puede hacer un diagnóstico fiel de los padecimientos del pasado de acuerdo con los criterios actuales, sobre todo en trastornos tan ligados a factores sociales, utilizar el “control” del comportamiento alimentario “como una forma de manifestación religiosa o ideológica ha sido común a numerosas culturas a lo largo de toda la historia, en algunos casos promoviendo y valorando la obesidad; en otros, el ayuno” (p. 20). No obstante, existen ciertos paralelismos que es importante tomar en cuenta.

Aunque en el pasado el ayuno no tenía la motivación que actualmente tiene, es uno de los criterios considerados fundamentales para diagnosticar un TCA, pues la preocupación por la delgadez aparece en todos los casos y el control alimentario es el medio que permite conseguir tal fin ayudando a las personas a librar presiones sociales. No obstante, se puede destacar una diferencia en

cuanto al motivo inicial del trastorno, que en el pasado podría ser considerado como fundamentalmente un “deseo ascético” frente a la “insatisfacción corporal” actual. Aunque también podría considerarse que ambos motivos, aparentemente diferentes, son la manifestación de un mismo factor común, a saber, la “presión social para cumplir con un valor social imperante en cada momento histórico” (Baile y González, 2010, p. 23).

De acuerdo con Cano (2004), antes del cristianismo se veneraba el exceso de grasa como significado de fecundidad, salud y longevidad y como necesidad de sobrevivencia. Es hasta la llegada del cristianismo que se cambia a estereotipos de dioses y santas flacos y se condena la gula como pecado capital. Así, por ejemplo, se incluye a Santa Librada o Wilgefortis, quien en el siglo VIII dejó de comer para evitar que la casaran (Roncero, 2011) y a Santa Catalina (Baile y González, 2012), cuya santidad quedó asociada con su anorexia. La práctica del ayuno se empieza a ver como una manera de “purificación” y tiene como significado alejarse del mundo material concebido como fundamentalmente “malo”, pues es una manifestación del control que se puede ejercer sobre el alma, sus tentaciones y su alienación, a través del sometimiento de las funciones y necesidades corporales.

Durante la época medieval y el renacimiento, asumir una vida religiosa podía servir de refugio a las mujeres ante eventos o circunstancias que tenían que padecer debido al rol que su sociedad les imponía, tales como los matrimonios arreglados, el miedo a morir durante el parto y la sumisión que como esposas tenían que asumir. En este contexto, surgió el ideal cultural de la auto-inanición santificadora, que fue imitado por muchas mujeres hasta que el ayuno excesivo fue tomado como signo de posesión demoniaca o enfermedad mental, a pesar de lo cual el desorden persistió e incluso tomó otro matiz.

De hecho, poco después, el ayuno voluntario fue retomado por mujeres que clamaban poder subsistir sin la necesidad de alimentarse, diciéndose “milagrosas” y siendo calificadas como tales; con la expansión de la religión ya no eran calificadas de esa forma y llegaron a adquirir notoriedad, lo que posibilitó que llevaran riqueza económica a sus familias por ser tratadas como

raras “curiosidades” a las que se pagaba por ver (Baile y González, 2012; Behar, 2012; Bemporad, 1996). Sin utilizar ese término, la primera descripción de una alteración como la anorexia se hizo en el siglo XVII en Oxford por Richard Morton (Ocampo, 2008).

Los desórdenes alimentarios se incrementaron con la revolución industrial, la cual creó un nuevo tipo de familia y un nuevo *status* para la mujer. Dichos desórdenes empezaron a estar dominados por síntomas histéricos producto del conflicto de la mujer entre su antiguo rol y las nuevas exigencias hacia ella, pues ahora era cada vez más aceptada en el área laboral y de la producción en masa sin poder abandonar sus antiguas obligaciones como esposa y madre. Esta época parece haber sido el antecedente de una posterior asociación entre la esbeltez con el éxito, la sofisticación y el autocontrol femenino. “...Parece que el control de la ingesta y la imagen corporal han servido como base para la expresión de las necesidades femeninas y su psicopatología, al menos desde la edad media.” (Bemporad, 1996, p. 232. Véanse también Baile y González, 2010; Sánchez, 2005).

Es importante destacar que estos trastornos no están documentados en la época clásica -en donde la mujer era vista como un ser inferior que sólo servía para tener hijos y estar en casa- ni en sociedades no industrializadas o influenciadas por la religión judeo cristiana. Estos hechos parecen indicar que la inanición auto infligida en mujeres no florece al menos de manera notoria en sociedades que limitan las elecciones y oportunidades de la mujer en los roles a seguir por ella y dominadas por los hombres.

Más adelante, durante los años pobres de la Segunda Guerra Mundial en Italia, se observó que había una ausencia casi absoluta de casos de desórdenes alimentarios, mismos que fueron aumentando paralelamente a la recuperación económica de dicho país; de ello se concluyó que sólo puede haber autocontrol por ayuno cuando la comida es abundante y, por tanto, en sociedades poco opulentas se tiende a asumir los roles básicos por género, ya que las elecciones y las relaciones sociales están limitados a la subsistencia. Esto mismo se observó durante la transición de la Edad Media al Renacimiento, en

donde los casos aumentaron a la par que mejoraba el estilo de vida (Selvini-Palozzoli, 1985).

De lo anterior se desprende que la opulencia de una sociedad puede constituir un factor favorecedor para los trastornos de la conducta alimentaria, aunque no explica por sí solo el origen de los mismos, ya que es necesaria la confluencia de otros factores sociales como lo es el rol asignado a la mujer y la actitud de ésta frente al mismo y hacia su cuerpo.

A pesar de que los trastornos alimentarios han aparecido a lo largo de la historia en diversas culturas y en diferentes momentos, de acuerdo con varios autores (Lucas, 1996; Sánchez, 2005; Baile y González, 2010), se comienza a investigar la anorexia nerviosa en la última parte del siglo XIX como consecuencia de la inanición por causas psicológicas.

El término “anorexia nerviosa” fue acuñado por Gull en 1874, imponiéndose a otros como el de “anorexia histérica” propuesto por Lasègue en 1873, o al de “anorexia mental” propuesto por Huchard en 1883 (Roncero, 2011).

La psiquiatría comenzó a tomar un mayor interés en este padecimiento en la década de los 60's cuando se comenzaron a reportar varios casos en los que se concluía que el desorden era producto de diversas patologías hasta que, a partir de 1973, con el trabajo pionero de Bruch (como se cita en Kaye, Strober, Stein y Gendall, 2000) se especifican las relaciones del trastorno con variables psicológicas afectadas tales como la autoestima, la imagen corporal y los procesos interoceptivos, así como su relación con trastornos del sueño (Crisp, Stonehill y Fenton, 1971). Un poco antes, en 1967, Russell (1967) ya había trabajado con nueve pacientes a las cuales se había tipificado con anorexia nerviosa. Y a partir de los 70's, en los ámbitos clínicos, la patología ha sido presentada como un trastorno ligado a la dependencia y la autonomía en la relación madre-hija y como una búsqueda de control en respuesta a una familia sobreprotectora (Sánchez, 2005).

Por otra parte, a pesar de que se ha pensado que la bulimia nerviosa es una característica del estilo de vida moderno, ésta ya se había observado a finales del siglo XIX, e incluso antes, pues médicos de la antigua Grecia describieron un padecimiento caracterizado por un apetito excesivo (Lucas, 1996; Garrido y García, 2011). El primer reporte clínico de hambre extrema fue hecho por Diocles de Karystos en el siglo IV a.c.; Rufus de Efeso se refiere a “bolismos” como un poderoso apetito y Galeno se refiere a bulimos como el deseo por comida con interrupciones seguido por debilidad, dolor abdominal, pulso débil y vómito como consecuencia de la presión estomacal ocasionada por la gran cantidad de comida ingerida (Ziolko, 1996).

“A lo largo del periodo medieval y moderno ha servido para designar episodios de "voracidad insaciable", "mórbida" o "apetito canino" con o sin vómitos y acompañado de otros síntomas y a veces con el deseo de ingerir sustancias dañinas incluso no alimentos.” (Garrido y García, 2011, p.3)

Si bien los ejemplos de atracones en la época antigua se referían más al vómito como un recurso para poder seguir comiendo, en 1743 (Stunkard, 1990 citado en Garrido y García 2011), James describe un cuadro que denomina “True Boulimus” caracterizado por una importante preocupación por la comida, con episodios de ingesta voraz en corto tiempo, seguidos de ayuno; también agregaba una variante a la que denominó “Caninus Apetitus” en la que el atracón era seguido del vómito.

De acuerdo con Lucas (1996), fue en 1930 cuando se observaron varios episodios de ingesta exagerada y vómito auto-inducido en pacientes con anorexia nerviosa. A fines de la década de los setenta, Russell (1979) identificó la bulimia nerviosa como un síndrome diferente de la anorexia, permitiendo con ello establecer la diferenciación entre aquellos que restringen la alimentación y los que usan purgas y atracones, sobre todo a partir de que comenzaron a aparecer numerosas chicas preparatorianas y universitarias con conductas purgativas y atracones. Es decir, de acuerdo con Russell (op.cit.), son dos las características centrales presentes en el perfil de las pacientes que presentan

bulimia nerviosa: (1) un urgente e irresistible deseo de sobrealimentarse seguido de vómito inducido o purgas y, (2) un miedo exagerado a engordar. En 1980, la Asociación Psiquiátrica Americana la incluye como trastorno en el DSM-III. Pero es hasta 1983 que Rusell mismo agregó otro criterio diagnóstico que exigía la presencia de un episodio anterior de Anorexia (Garrido y García, 2011) y a partir de entonces aparece un debate con respecto a la relación de los distintos TCA, existiendo autores que plantean un “continuum” entre la Anorexia y la Bulimia (Garrido y García, 2011).

Aunque los TCA no son padecimientos modernos y han existido a lo largo de la historia, su tratamiento como padecimientos psiquiátricos es relativamente reciente (Kaye et al., 2000, Steinhausen, 2009), captando cada vez mayor atención debido a lo devastadores que pueden llegar a ser, y al alarmante aumento de su frecuencia en los últimos años.

Los trastornos de la conducta alimentaria por lo general tienen su origen en una compleja problemática psicológica y se manifiestan con una serie de alteraciones en la forma de comer y en conductas anormales relacionadas con el peso y la imagen corporal (Meler y Planell, 2013).

La anorexia nerviosa se describe en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su texto revisado, (DSM-IV-TR) como “... el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, en un miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo. Además, las mujeres afectadas por este trastorno, aunque hayan pasado la menarquia, sufren amenorrea.” (p. 653) En muchos casos, la anorexia nerviosa parece surgir en la etapa adolescente y como reacción a ciertas demandas típicas que enfrentan los chicos y las chicas que atraviesan esta etapa: aumento de las relaciones sociales y sexuales, búsqueda de independencia, etc. (Staudt, Rojo y Ojeda, 2006).

La persona que sufre de anorexia nerviosa mantiene un peso corporal inferior al 85% del considerado como normal para su edad y talla, de acuerdo con la guía utilizada para la CIE-10, el individuo debe tener un índice de masa

corporal igual o inferior a 17.5 kg/m². Generalmente, la pérdida de peso se consigue mediante una disminución de la ingesta total (Staudt et al., 2006).

Quienes padecen anorexia presentan un intenso miedo a ganar peso o convertirse en obesas, miedo que no sólo no desaparece aunque el individuo pierda peso, sino que va aumentando en la medida en que se pierde peso (DSM-IV-TR).

Se reconocen dos subtipos en la anorexia:

- El tipo restrictivo, en el que la pérdida de peso se consigue haciendo dieta, ayunando o realizando ejercicio intenso sin recurrir a atracones o purgas.
- El tipo compulsivo/purgativo, en el que aparecen atracones, purgas, o ambos, de manera regular. La mayor parte de los individuos que recurren a los atracones también lo hacen, en forma excesiva, a las purgas, al vómito auto-inducido, a los diuréticos, laxantes o enemas.

La bulimia nerviosa, por su parte, está caracterizada en el DSM-IV-TR por “atracones y métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso” (DSM-IV-TR, p. 660). El atracón consiste en consumir en un lapso corto una cantidad de comida, en su mayoría dulces y alimentos de alto contenido calórico, superior a la que la mayor parte de la gente consume en ese mismo tiempo; dicha conducta genera culpabilidad y sensación de pérdida de control, por lo que en general se realiza a escondidas, y es seguida por conductas compensatorias e inapropiadas para no ganar peso como la auto-inducción del vómito o el uso excesivo de laxantes o diuréticos, incluso pueden estar sin comer uno o más días o realizar ejercicio intenso, en un intento por compensar la comida ingerida en el atracón. En este caso, la importancia de la silueta y el peso también es excesiva, y para poder establecer el diagnóstico es necesario que tales conductas se presenten al menos dos veces por semana, durante un periodo mínimo de 3 meses.

Se reconocen dos subtipos en la bulimia:

- El purgativo, en el que los individuos se provocan el vómito y han hecho mal uso de laxantes, diuréticos y enemas.
- El no purgativo, en el que las conductas compensatorias consisten en ejercicio extremo sin recurrir al vómito ni a laxantes.

La prevalencia de ambos trastornos es mucho mayor en mujeres que en hombres y varios autores concuerdan en que la mayoría de los hombres en los que aparecen dichos desórdenes presentan alteraciones en el desarrollo psicosexual, identificación atípica de género y/o homosexualidad, o bien tienen una actividad en la que la imagen corporal y la esbeltez son importantes; por ejemplo, deportistas o modelos (Bedoya y Marín, 2010; Blinder, 1994; Crispo, Figueroa y Guelar, 1998; Lakkis, Ricciardelli y Williams, 1999; Steinhausen, 1994).

En cuanto a la evolución de la anorexia y bulimia nerviosa, Jáuregui (2009) señala que en el 2002 la Asociación Psiquiátrica Americana reconoció que en la anorexia el porcentaje de personas que se recuperan por completo es moderado y el curso y el desenlace del trastorno son muy variables, mientras que respecto de la bulimia es muy poco lo que se sabe sobre el pronóstico a largo plazo de los pacientes no tratados.

“Debido a que entre el 90% y el 95% de los trastornos de la conducta alimentaria afectan al sexo femenino, es plausible plantearse que el género es un factor que posee un rol importante en su evolución, ya sea como antecedente predisponente y/o en la perpetuación de estos cuadros” (Behar, 2010a).

1.2. Epidemiología

Existe fuerte evidencia de que ha habido un incremento importante en el diagnóstico de pacientes con anorexia nerviosa en las últimas décadas (Anuel, Bracho, Brito, Rondón y Sulbarán, 2012; Cano, 2004; Guerra-Prado, Barjau y

Chinchilla, 2001). Lucas y cols. (en Steinhausen, 1994) realizaron un estudio longitudinal a lo largo de 50 años en Rochester, Minnesota y observaron que la incidencia de casos en mujeres de entre 10 y 19 años, tuvo un incremento del 36% cada lustro durante el periodo comprendido entre 1950 y 1984.

De acuerdo con Hoek (2006), la incidencia de la anorexia nerviosa es de ocho por cada 100 mil personas por año, y de 13 por cada 100 mil personas por año para la bulimia nerviosa.

En México no se tienen cifras exactas de la prevalencia de estos trastornos, sin embargo, la Encuesta Nacional de Psiquiatría del 2001, establece que en ese año la prevalencia fue de 0.24% para la bulimia nerviosa y 0.91% para los trastornos de la alimentación no especificados, y que en población mayor de 18 años, destaca una prevalencia de TCA de 0.6% en hombres y 1.8% en mujeres (Medina-Mora, et al., 2003). Por su parte, los datos obtenidos en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (Instituto Nacional de Salud Pública, 2012) indicaron que el 1.9% de las adolescentes y el 0.8% de los adolescentes que participaron en la encuesta se encontraban en riesgo de tener un trastorno de la conducta alimentaria. De hecho, en las adolescentes la principal conducta de riesgo fue la preocupación por engordar (19.7%) mientras que en los varones fue hacer ejercicio para perder peso (12.7%). Asimismo, fue más frecuente que ellas reportaran hacer ayuno, tomar pastillas, diuréticos o laxantes. En cuanto a las edades, tanto para los varones como para las mujeres, el mayor riesgo aparecía entre los 14 y los 19 años.

De acuerdo con Peláez, Labrador y Raich (2006) del 90 al 95% de los afectados por TCA son mujeres y que el tipo de trastorno más frecuente de TCA son los trastornos de la conducta alimentaria no especificados, mismos que afectan aproximadamente a 3% de las mujeres adolescentes y jóvenes de países occidentales.

Se habla de trastornos alimentarios primordialmente en mujeres, y aunque las cifras de 2005 indican que la proporción es uno a 9 en varones con respecto a las mujeres (Peláez et al., 2005), los varones también desarrollan estos

desórdenes, aunque en menor medida. En 1996, Crispo, Figueroa y Guelar, propusieron que el porcentaje de varones con trastornos de alimentación había cambiado de 5 a 10% en los últimos años, mientras que Hoek (2006) expone que la incidencia de la anorexia nerviosa entre varones es de uno por cada 100 mil personas por año.

A partir de una revisión de numerosos estudios que englobaban un total de 5590 pacientes con anorexia, Steinhausen (2002) encontró que este padecimiento posee muchas repercusiones para quien la padece. Así, por ejemplo, tiene un porcentaje del 5% de mortalidad, una tasa de recuperación total de 46%, un 30% de mejoría y un 20% de cronicidad. Aunque la mejoría en los principales síntomas, por ejemplo, la regularización del peso, de la menstruación y las conductas alimentarias solo fueron del 56%, 57% y 46% respectivamente.

Ochoa de Alda (2009) y Peláez et al. (2005) coinciden en que los TCA se han incrementado de 2 a 5 en la prevalencia en las tres últimas décadas, situándose la prevalencia de la anorexia nerviosa entre un 0.5% y un 1% y la bulimia nerviosa entre un 1% y un 3%, y los trastornos del comportamiento alimentario no especificado en un 3%. Porcentajes que, con el paso de los años, parecen ir en incremento.

Por ejemplo, el estudio de Theander (1970, en Ochoa de Alda, 2009) mostró que la incidencia de la anorexia nerviosa se multiplicó por cinco de 1930 a 1960, mientras que en la primera década del siglo XX la prevalencia de anorexia nerviosa en jóvenes entre 14 y 24 años se situó entre 1-2% y la prevalencia de la bulimia nerviosa alcanzó el 2-3%. Dentro de esta prevalencia, la proporción entre mujeres y varones es de 9:1. Con todo, existen algunas diferencias en la prevalencia de la anorexia nerviosa respecto de la bulimia.

Por su parte, Currin, Schmidt, Treasure y Jick. (2005) reportan que la prevalencia de los cuadros de anorexia nerviosa ha permanecido estable desde mediados de la década de los noventa, en comparación con los casos reportados de bulimia nerviosa que se han incrementado en el mismo período.

Con respecto a la bulimia, Steinhausen (2009), en una revisión de 27 estudios realizados a lo largo de 25 años, encontró que los resultados son insatisfactorios y menciona que cerca del 45% de los pacientes mostraron una recuperación completa, mientras que un 27% mejoró considerablemente y cerca del 23% tuvo un curso de cronificación, el paso a otro TCA fue de 22.5% y la mortalidad de 0.32%. Timmerman y cols. (1990) encontraron, en un grupo de estudiantes mujeres de secundaria, una importante asociación de la bulimia con el abuso del alcohol, un nivel socioeconómico elevado y un IMC elevado. Mientras que en la población masculina encontraron características tales como bajo nivel educacional y socioeconómico, mayor edad y ser primogénitos.

La evaluación y el tratamiento de los TCA requieren de la intervención de un equipo multidisciplinario que pueda abarcar tanto los aspectos médicos como los nutricionales y los psicológicos (Becker et al., 1999), y en cuanto a la recuperación de estos individuos, se ha observado que más de la mitad tienen una total recuperación, un 30% logra una recuperación parcial y el 20% no obtiene cambios sustanciales en los síntomas (Becker et al., 1999).

Los individuos que padecen estos desórdenes suelen ser reservados, niegan sus síntomas y se resisten al tratamiento, es por ello que para llegar a un diagnóstico adecuado, es necesario que personas allegadas al paciente confirmen su historia. En el examen mental se observan sujetos alertas, con amplios conocimientos sobre nutrición y preocupados por la comida y el peso (Kaplan y Sadock, 2000).

La exploración física y neurológica son necesarias y se deben determinar los niveles séricos de electrolitos y glucosa en la sangre, así como los efectos de los vómitos, laxantes y diuréticos (Kaplan y Sadock, 2000). Algunos síntomas asociados con la anorexia incluyen piel seca; lanugo; acrocianosis; atrofia de los senos; pérdida de dentina y abrasiones en el dorso de la mano (cuando hay vómito auto-inducido), entre otros. El peso y la estatura del paciente deben ser medidos, observando la relación de éstos con la edad y el género en función del índice de masa corporal (el peso en kilogramos dividido entre el cuadrado de la estatura en metros), asimismo, es importante explorar los factores

psicológicos, sociales y familiares que pueden intervenir (Becker et al., 1999; Del Bosque y Caballero-Romo 2009; Portela de Santana et al., 2012).

Antes de diagnosticar Anorexia es indispensable descartar otras enfermedades que pueden ocasionar el bajo peso como tumores cerebrales, enfermedades digestivas, neoplasias ocultas o síndrome de inmunodeficiencia adquirida, en las que puede aparecer una baja de peso importante, con la diferencia de que los pacientes no presentan distorsión en la percepción de la imagen del cuerpo ni un deseo de adelgazar más, lo cual también se aplica al trastorno depresivo mayor y la esquizofrenia. Por otra parte, a diferencia de los individuos con Bulimia nerviosa, en la Anorexia los sujetos son incapaces de mantener su peso igual o por encima de un nivel mínimo normal (DSM-IV-TR, 2002).

Según el DSM-IV-TR se deben reunir los siguientes criterios para establecer los diagnósticos de Anorexia, Bulimia o Trastorno no Especificado:

Anorexia:

- A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando edad y talla (pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperado, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso menor al 85% del esperado)
- B. Miedo intenso a ganar peso o convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que conlleva el bajo peso.
- D. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea (al menos tres ciclos menstruales consecutivos).

Tipo restrictivo cuando no recurre a purgas y tipo compulsivo/purgativo cuando si lo hace.

Bulimia:

- A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por la ingesta de una cantidad de alimento mayor a lo que la mayoría de las personas ingerirían en un corto espacio de tiempo o por la sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento.
- B. Conductas compensatorias inapropiadas de manera repetida, con la finalidad de no ganar peso, tales como la provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno y ejercicio excesivo.
- C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen al menos dos veces a la semana durante tres meses.
- D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.
- E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nervosa.

Los tipos son: purgativo cuando el individuo recurre al vómito, laxantes o diuréticos y no purgativo cuando recurre a ejercicio o ayuno intenso.

Trastorno de la conducta alimentaria no especificado:

Esta categoría se refiere a los trastornos de la conducta alimentaria que no cumplen los criterios para ningún otro trastorno específico.

1. En mujeres se cumplen todos los criterios para la anorexia nerviosa pero no se presenta la amenorrea.
2. Se cumplen todos los criterios para la anorexia pero el peso se mantiene en límites normales.
3. Se cumplen todos los criterios para la bulimia nerviosa, pero los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de 2 veces por semana en un período menor a los 3 meses.
4. Empleo regular de conductas compensatorias después de ingerir pequeñas cantidades de comida en un individuo de peso normal.

5. Masticar y expulsar sin tragar la comida.
6. Trastorno compulsivo: Atracones recurrentes sin conductas compensatorias típicas de la bulimia.

1.3. Factores etiológicos

La etiología de los trastornos de la conducta alimentaria es aún enigmática y, considerando su diversidad y complejidad, numerosas teorías concuerdan en que es multicausal, pues ningún factor aislado puede explicarlos en su totalidad, por lo cual deben ser tomados en cuenta los factores biológicos, individuales, familiares y socioculturales (Steinhausen, 1994; Lucas, 1996; Silva y Sánchez-Sosa, 2006; Garrido y García, 2011).

1.3.1. Factores biológicos

El rol de los factores biológicos ha sido difícil de estudiar debido a lo complejo de estos trastornos y a que todavía no existen modelos animales que permitan reproducirlos. Los trastornos del tracto gastrointestinal, de la pituitaria, del hipotálamo y de varios neurotransmisores han sido mencionados como factores causantes en el desarrollo de la anorexia, sin embargo, se ha observado que la mayoría de los trastornos fisiológicos se resuelven con la regularización del peso corporal, hecho que disminuye su papel como factores etiológicos. Por otro lado, se ha especulado en que trastornos premórbidos de la función serotoninérgica pueden ser un factor de riesgo (Borrego, 2000; Garrido y García, 2011; Walsh y Devlin, 1998).

Una vez que la inanición y la baja de peso ocurren, cambian los mecanismos usuales para la liberación y la inhibición de los reguladores de las conductas alimenticias y aparecen nuevos mecanismos, por ello, los cambios patofisiológicos representan los efectos de la inanición pero también causan que el desorden se perpetúe (Borrego, 2000; Steinhausen, 1994).

Algunos estudios por medio de tomografías computarizadas, han revelado un aumento de los surcos y ventrículos cerebrales de pacientes con anorexia en la fase de inanición, que revierte cuando ganan peso, y en un estudio con tomografía por emisión de positrones se observó un metabolismo mayor en el núcleo caudado durante el estado anoréxico que después de la realimentación (Dolan, Mitchel y Wakeling, 1998; Green, Elliman, Wakeling y Rogers, 1996, Kaplan y Sadock, 2000; Silva, 2001).

La bulimia ha sido menos estudiada que la anorexia y aunque se han formulado algunas hipótesis, se han realizado pocos estudios biológicos para elucidar la patogénesis de este trastorno; se ha pensado en que la predisposición constitucional a la depresión juega un papel importante debido a que los pacientes tienen una reacción favorable a los antidepresivos (Green et al., 1996, Lucas, 1996).

Por otra parte, también se ha sugerido que la incapacidad para metabolizar la colecistokinina reduce la saciedad y que ello pudiera causar la conducta bulímica del atracón (Kaye, Gendall y Kye, 1998; Lucas, 1996; Walsh y Devlin, 1998;). En algunos de los pacientes que vomitan se han hallado elevados niveles plasmáticos de endorfina, sugiriendo la posibilidad de que el incremento de endorfinas produzca la sensación de bienestar tras el vómito (Kaplan y Sadock, 2000).

En los últimos años se ha avanzado a pasos agigantados y ahora, a través de estudios de corte neuropsicológico, han permitido generar la hipótesis de que el patrón en esta área observado, puede constituir un marcador biológico o hereditario en la AN, pues se podría pensar en genes de susceptibilidad a la enfermedad, que se manifiesten como endofenotipo y que se pueden expresar y desencadenar por factores ambientales (Halmi y Kaye, 2007). Galimberti et al. (2013), encontraron dificultades similares en la toma de decisiones y en la flexibilidad de pensamiento en las participantes con anorexia y sus familiares,

concluyendo, al igual que Holliday et al. (2005), que el funcionamiento neuropsicológico es un posible endofenotipo implicado en la etiología de los TCA. Así, aunque es claro que muchas de las alteraciones fisiológicas dan sustento a los trastornos de la conducta alimentaria, aún falta mucho por indagar.

1.3.2. Factores individuales

Diferentes teóricos del desarrollo (Brusset,1990; Crisp en Steinhausen, 1994; Crispo, Figueroa y Guelar, 1998;), subrayan que en los pacientes con estos trastornos aparece un intenso miedo de llegar a convertirse en personas física y emocionalmente maduras, presentando una constante sensación de ser ineficaces, produciendo dificultades para comportarse de manera autónoma y ejercer dominio sobre sus propios cuerpos. Dichas fallas han sido ligadas a las dificultades por parte de los padres para ver a sus hijos como individuos, lo que los lleva a tratarlos como algo que complementa sus propias necesidades. La historia clínica a menudo revela un patrón premórbido de personalidad de conformismo; perfeccionismo y dependencia; de niños presentaron pocos o ningún problema educativo antes del comienzo del trastorno, aunque pudieron presentarse algunos problemas digestivos o un trastorno alimentario temprano (Steinhausen, 1994).

Pryor y Wiederman (1998) estudiaron un grupo de adolescentes entre los 11 y los 17 años que padecía de bulimia o anorexia y observaron que más de la mitad presentaban una personalidad evitativa, y que todos expresaban preocupación por su autoconcepto, la autoestima y la aceptación sexual.

Asimismo, se ha observado que a pocas adolescentes con bulimia y a ninguna anoréxica les gusta mostrar problemas con el control de los impulsos y conformidad social. Ante este hecho es interesante mencionar la relación que

algunos autores establecen entre trastornos alimentarios (TA) y los trastornos obsesivo-compulsivos (TOC) (Roncero, 2011).

En los últimos años, muchos estudios señalan una alta comorbilidad entre ambos trastornos, desde el nivel sintomático hasta el sindromático. Perpiña, Roncero y Belloch (2008) mencionan que el TOC antecede al TA y que cuando el peso se recupera las características obsesivas, es decir, el sustrato de personalidad del TOC, siguen presentes; dichas características serían el perfeccionismo, la rigidez, la necesidad de orden y simetría. Incluso, se ha considerado la posibilidad de que los TA fueran una variante del TOC (Perpiña et al., 2008).

La “necesidad de control” aparece como un factor importante en el mantenimiento de estos padecimientos. Así, es común que las pacientes con trastornos alimentarios, sobre todo con anorexia, interpreten los signos y síntomas que producen la restricción alimentaria como una demostración del control que ejercen sobre su cuerpo y sobre ellas mismas, aumentando su autoestima y satisfaciendo así la necesidad que tienen de controlar otros aspectos de sus vidas. En otras palabras, mientras las personas que no padecen un trastorno de la conducta alimentaria se definen por su trabajo, intereses, familia, etc. las personas que padecen uno de estos trastornos, dado que la sobrevaloración del peso y la figura corporal es tan importante, tienden a centrarse en su figura, el peso, la comida y el control sobre los mismos (Behar, 2012; Roncero, 2011).

Desde el punto de vista de la teoría del desarrollo, los trastornos de la conducta alimentaria se manifiestan en la adolescencia debido a la convergencia de los cambios físicos y de los retos psicológicos y sociales con los que el adolescente se tiene que enfrentar. El aumento de la grasa corporal que es más dramática en las mujeres, se asocia frecuentemente con el aumento del interés por el peso y los esfuerzos por controlarlo, de manera que las dietas emergen como una conducta aparejada a los cambios en la apariencia física y al desarrollo del cuerpo, asimismo, la entrada a la vida reproductiva requiere de

una reorganización y transformación de la imagen corporal (Garrido y García, 2011; Pryor y Wiederman, 1998).

Algunas explicaciones psicodinámicas (Brusset, 1990; Cano, 2004) subrayan que un factor importante es el deseo de evitar no sólo la responsabilidad de la adultez sino también de evitar el embarazo y la maternidad, considerando la auto inanición como la manifestación de este rechazo y la amenorrea como la manifestación simbólica de estar embarazada.

Otro factor que resalta como causa primaria es el vínculo alterado entre madre e hija, mismo que quedaría simbolizado en el rechazo a comer, siendo la lucha por la autonomía un intento por dominar los conflictos propios del proceso de separación-individuación. A este respecto, Behar (2012) menciona que a partir de un apego ambivalente con la madre, las pacientes con trastornos de la conducta alimentaria presentan en un 64% un apego inseguro que interfiere en el proceso de individuación en el que se hace patente la angustia de separación y propicia baja autoestima y por tanto la insatisfacción corporal en diversos grados, mientras que en la bulimia parece predominar el tipo ansioso que genera relaciones inseguras por percibir a los otros como poco confiables.

De acuerdo con Kaplan y Sadock (2000), la dependencia y la sensación de pérdida del autocontrol y de la confianza en sí mismas que presentan las pacientes con anorexia están relacionadas con que la mayoría sienten que sus cuerpos, bajo el control de sus padres, están invadidos por una madre intrusiva y no empática, convirtiéndose la autoinanición en un esfuerzo por lograr la condición de persona única, como si para lograrlo se requiriera de actos de extraordinaria autodisciplina. Los pacientes con bulimia son más extrovertidos, irritables, impulsivos y carecen de la fuerza yoica y superyoica de la paciente con anorexia. Sus dificultades para controlar impulsos se manifiestan en la dependencia de sustancias, relaciones sexuales autodestructivas, en los atracones y las purgas, y experimentan esta falta de control de una forma más egodistónica que los anoréxicos, por lo que piden ayuda antes. Según algunos autores, en la bulimia el cuerpo propio es utilizado como objeto transicional y la lucha por la separación de la figura materna queda representada por la

ambivalencia ante la comida en donde el atracón simboliza la unión y el vómito la separación (Kaplan y Sadock, 2000, Brusset, 1990).

Bleichmar (2000) habla de un importante desbalance narcisista del periodo de la pubertad y la adolescencia femenina que encuentra su balance o un intento de reequilibración en la “fetichización de la delgadez” que la cultura ofrece. Este autor también menciona los riesgos de una pérdida precoz de los vínculos de apego, y los conflictos intrasistémicos entre deseos narcisistas de excelencia en metas y ambiciones del self e imperativos de perfeccionismo de los ideales de la imagen corporal y la belleza física.

Con respecto a la imagen corporal, a las alteraciones de la autopercepción y de la insatisfacción con el cuerpo en relación con la emergencia de los trastornos alimentarios, existen varios estudios que los asocian, sin embargo, este punto será tratado más tarde.

De acuerdo con Steinhausen (1994), existe poca evidencia que los factores psicosexuales jueguen un papel importante en la etiología de los trastornos alimentarios, sin embargo, varios autores (Deep, Lilienfeld, Plotnicov, Pollice, y Kaye, 1999; Doyle, Frank, Saltzman, McMahon y Fieldman, 1999; Kenardy y Ball, 1998; Kent, Waller y Dagnan, 1999; Matsunaga, Kaye, McConaha, Plotnicov, Pollice, Rao y Stein, 1999; Murnen y Smolak, 1997; Rudd y Herzberger, 1999; Steiner y Lock, 1998; Wiederman, Sansone y Sansone, 1998) concuerdan en que el abuso sexual, el abuso físico o haber sido testigo de violencia familiar (sobre todo en la infancia temprana), está altamente relacionado con la aparición de trastornos alimentarios en la vida adulta, y la duración del abuso, lo mismo que la edad en la que se lleva a cabo, son factores mediadores de importancia.

Por otra parte, la alta frecuencia de síntomas depresivos en pacientes con anorexia (Vega, Piccini, Barrionuevo y Tocci, 2009) y la respuesta favorable de muchos de ellos a los antidepresivos han llevado a la discusión de si la anorexia entra en el espectro de los trastornos depresivos, sin embargo, esta

cuestión queda aún poco clara (Green et al., 1996; Lucas, 1996; Steinhausen, 1994).

Como ya se mencionó antes, el abuso y el acoso sexual pueden contribuir directamente en los trastornos alimentarios debido a los dobles mensajes que la sociedad transmite y que pueden llegar a confundir y angustiar de manera importante a las jóvenes, pues mientras que por un lado se les exige que la mujer *diga que no* al sexo, por el otro parece que no debe decir *no* a una invitación sexual.

Dicha confusión puede generar una sensación de vulnerabilidad que encamine a un trastorno en la conducta alimentaria. El hallar comúnmente que las mujeres con bulimia son a menudo más promiscuas que aquellas con anorexia quienes aparecen con miedo o repulsa hacia el sexo, sugiere que tanto la sexualidad como la alimentación son temas corporales que aparecen asociados en muchas mujeres (Silverstein y Perlick, 1995).

Entre los factores de personalidad asociados con la aparición de los TCA, aparecen el perfeccionismo, la evitación, la dependencia, la personalidad límite (ó border line), y la personalidad obsesivo-compulsiva, en el caso de la anorexia (Cassin et al., 2005), mientras que la bulimia nerviosa aparece más relacionada con la evitación, la dependencia, las personalidades límite e histriónica y la impulsividad (González et al., 2003).

En 2006, Holliday et al. expusieron que las mujeres con una historia de anorexia nerviosa, puntuaron más alto en características de personalidad que denotan una pobre regulación emocional, inhibición, compulsividad, conducción de problemas, narcisismo, problemas de identidad y paranoia, postulando que se podría relacionar a las pacientes con anorexia nerviosa con la personalidad esquizotípica o límite, además de que la mayoría de las características de personalidad patológica no mejoran con la remisión de la anorexia nerviosa, a pesar de que la inhibición social, la distorsión cognitiva, y la suspicacia decrecen con la recuperación, por lo que es posible que sean características persistentes que sólo se exacerban durante el transcurso de la enfermedad.

1.3.3. Factores familiares

De acuerdo con Benninghoven, Tetsch, Kunzendorf y Jantschek (2007) el funcionamiento familiar juega un papel importante en la aparición de los TCA y, así, postularon que primordialmente las conductas de control, la comunicación, la implicación afectiva, la expresión afectiva, y la coherencia sobre valores y normas dentro de la dinámica familiar del paciente se encuentran altamente relacionados con la aparición de dichos padecimientos.

Los teóricos de los sistemas familiares sostienen que la anorexia es un resultado de la disfunción de las interacciones familiares, y que al integrante de la familia que desarrolla el trastorno se le ve como el medio de preservar el estado de cosas en la familia permitiendo que ésta se mantenga unida, comprometida, rígida, sobreprotectora e incapaz de afrontar los conflictos de manera abierta, facilitándole a los padres encontrar la satisfacción de sus propias necesidades de dependencia. La baja autoestima, la alta dependencia y la gran inseguridad de los pacientes con anorexia han sido explicadas también a partir de las invalidaciones repetidas por parte de padres entrometidos que creen saber perfectamente los deseos, gustos y necesidades de los hijos (Cano, 2004)

Se ha demostrado que hay cierto tipo de organizaciones y funcionamientos familiares que conducen a la aparición y mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria. Estas familias parecen mantener su precario equilibrio en la enfermedad, ya que sus miembros están atrapados en patrones de interacción familiar, en los cuales los síntomas de la hija con el trastorno desempeñan un papel central que evita tener que abordar el verdadero conflicto subyacente (Méndez, Vázquez-Velázquez y García-García, 2008).

Strober (1981) realizó un estudio con pacientes adolescentes con anorexia nerviosa comparando aquellas con y sin síndrome bulímico. Quienes presentaban bulimia mostraron mayor tendencia a manifestar alteraciones afectivas y uso de alcohol, y presentaron más inestabilidad afectiva y otros signos de trastornos conductuales en la infancia. Los ambientes familiares

fueron caracterizados por un mayor índice de conflictos y negativismo, y parecían menos cohesionados y estructurados que los de las familias de las anoréxicas no bulímicas. De igual manera, las primeras experimentaron mayores cambios estresantes que las segundas, cuyos padres mostraron niveles más elevados de problemas maritales y aparecían más distantes con sus hijas (Lucas, 1996). Steinhausen (2009) cita hallazgos con respecto a que el maltrato dentro de un ambiente familiar carente de soporte y afecto contribuyen a un curso poco favorable de la bulimia, así como una historia de obesidad familiar y las relaciones familiares disfuncionales.

De acuerdo con Cano (2004) las madres de los adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria suelen ser descritas como controladoras y asumen, incluso antes del nacimiento de su hija, que esa relación será conflictiva y difícil. Asimismo, se ha encontrado que han mantenido malas relaciones con sus propias madres, hecho que dificulta que lleguen a adoptar una postura maternal con sus propias hijas. En suma, se les ha descrito como madres perfeccionistas, atentas a cada componente de la familia, inhibidas en sus propias necesidades, que comunican un ideal de lo femenino desinteresado y no indulgente con sus deseos, que usan a sus hijas como continentes de sus propias emociones e incapaces de satisfacer las necesidades de la hija. Madres rígidas y con poca autoestima y padres y madres cuyas necesidades quedan ocultas detrás de una aparente atención a los demás (Cano, 2004).

Con todo, Cano (2004) llega a afirmar que al revisar la literatura sobre el rol que juega el vínculo materno en la causación de los trastornos alimentarios, resalta el papel otorgado a la madre de modo que “pareciera que la especificidad femenina de estos trastornos tuviera como única responsable a la madre” (p. 60). Sin embargo, a pesar de ser muy importante, sólo es un factor que contribuye. Así, de acuerdo con otros autores (Portela de Santana, Costa, Mora y Raich, 2012) la familia ejerce mayor influencia en niños y adolescentes jóvenes, mientras que los amigos y medios de comunicación son influencias más fuertes para los adolescentes tardíos “La influencia del ciclo de las relaciones proximales, padres y amigos, pueden reforzar las presiones ejercidas sobre el adolescente conforme aprueban la imagen del cuerpo ideal

determinado por los medios comunicación, aumentando el riesgo de la persona de desarrollar problemas relacionados con la alimentación y las medidas y la figura del cuerpo, pero los resultados acerca de quién juega el papel principal en la determinación de estos problemas, son inconsistentes” (Portela et al., pp. 395-396).

En suma, si bien aún no se ha podido tipificar a las familias de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, existe suficiente evidencia empírica de que en dichas familias existe una alteración en la comunicación y en los patrones de interacción, pero más allá de eso hay factores familiares que pueden jugar un papel importante en la determinación multifactorial de los desórdenes alimentarios como lo son los problemas de peso, la alta incidencia a enfermedades, desórdenes afectivos, violencia y alcoholismo de algún miembro (Cabello y De Jesús, 2011; Cano, 2004; Steinhausen, 1994).

Los patrones alimentarios de la familia contemporánea que se enfocan en la comida rápida más que en comidas familiares organizadas y lentas; el extenso surtido de botanas altas en grasa, carbohidratos y sodio; los hábitos de comer viendo televisión o en el camino a algún lugar, contribuyen a que los adolescentes presenten patrones dietéticos erráticos que pueden predisponer a los atracones (Lucas, 1996).

De esta forma, el ambiente familiar y personal juega un papel fundamental en el desarrollo de los trastornos de la alimentación, la internalización de los ideales de delgadez, la insatisfacción corporal y la exposición a las normas de delgadez están mediadas en gran parte por el ambiente familiar (Cano, 2004; Twamley y Davis, 1999), siendo éste el que introduce patrones incorrectos. Edmunds y Hill (1999) examinaron los patrones de conducta, las circunstancias sociales al comer y el uso de la comida por parte de los padres de adolescentes en régimen alimenticio en un grupo de 401 niños y niñas de 12 años, y el tipo de dietas a las que se encontraban sujetos la mayoría de ellos estaban asociadas o al ayuno o a la restricción de alimentos. Los menores con mayor restricción en comidas y botanas reportaron un elevado control de la

dieta por parte de los padres, confirmando el rol activo que toman en las dietas de los hijos, la mayoría de las veces sin el asesoramiento necesario.

Neumark et al. (2006) llevaron a cabo un estudio longitudinal a fin de observar las asociaciones entre la satisfacción corporal y la realización de conductas para mantener un peso saludable, y concluyeron que una menor satisfacción corporal predice el uso de comportamientos que pueden poner en riesgo la salud de los adolescentes, tales como el desorden por ingesta compulsiva.

También la relación madre-hijo influye en el desarrollo de desórdenes de la alimentación en los niños, pues las madres moldean la conducta alimentaria de los niños. Stein et al. (2006) encontraron que un grupo de niños cuyas madres tenían un trastorno de la alimentación restringen más su alimentación y se preocupan más por su figura.

Sin embargo, es posible que algunas características transmitidas de los padres a los hijos afecten a un solo género, Elfhag y Linné (2005) evaluaron la patología alimentaria de las madres y sus hijos e hijas adolescentes y advirtieron que en el vínculo madre-hija existe relación con la mayoría de las variables asociadas a los TCA, pero que en el vínculo madre-hijo no existen relaciones significativas.

1.3.4. Factores Socioculturales

Varias características inherentes a los trastornos del comportamiento alimentario sugieren que los factores socioculturales se encuentran entre los componentes patogénicos (Behar, 2010a, 2010b; Ruiz, Vásquez, Mancilla y Trujillo, 2010). Tales características pudieran ser: la disparidad en la distribución de género, el comienzo en la adolescencia, el incremento dramático en las últimas décadas y la asociación de la anorexia con el estilo de vida y los valores que imprime la cultura occidental. La presión en las sociedades occidentales por lograr los ideales del atractivo físico y el culto a la delgadez contribuyen a que aumente el riesgo de que muchas mujeres

desarrollen algún tipo de desorden alimentario (Steinhausen, 1994). Steinhausen (2009) afirma que el ajuste social, las relaciones interpersonales cercanas y un estatus socioeconómico elevado son factores que contribuyen a un buen pronóstico para la bulimia, mientras que el estrés psicosocial y un bajo estatus laboral son factores negativos para este trastorno. Van Son et al. (2006) también sugirieron que las personas que viven en ambientes urbanos tienen una mayor incidencia de TCA al compararlas con personas que viven en ambientes suburbanos o rurales.

En diversas culturas y periodos históricos, la corporalidad ha estado ligada a aspectos sociales (Bedoya y Marín, 2010; Behar, 2010b). Por ejemplo, Stein y Ronis (2010) encontraron que el nivel de aculturación y de identidad étnica son factores importantes, ya sea protectores o de riesgo, para la aparición o no aparición de desórdenes alimentarios. Según estos autores, la aculturación lleva a la internalización de los valores e ideales relacionados con la apariencia y el peso corporal occidentales, los cuales pueden llegar a contribuir a la insatisfacción corporal, la discrepancia entre la imagen corporal real *versus* ideal y otras actitudes y correlatos conductuales de los trastornos de la conducta alimentaria. En el otro extremo, los niveles bajos de aculturación contrastados con altos niveles de identidad étnica llegan a ser factores protectores. En este sentido, parece importante analizar más detenidamente el papel de la imagen corporal, el género y los roles sociales con relación a los trastornos alimentarios.

Es decir, mientras más positiva sea la manera de verse a sí mismo, mayor probabilidad de ajustarse a los roles y esto es un factor protector ante los TCA. Behar (2011) señala que en las pacientes con estos trastornos se observa de manera notoria la presencia del sentimiento de ineficacia personal en numerosas áreas de la vida, tales como el autocontrol, la competencia social, la independencia y la autoestima

Por lo anterior, es importante analizar más detenidamente el papel de la imagen corporal, el género y los roles sociales en su relación con estos trastornos, por lo que dedicaremos a ello el siguiente apartado.

1.4. Imagen corporal, roles y género

Los datos epidemiológicos y los hallazgos científicos coinciden en que la anorexia y la bulimia nerviosas aparecen con mayor frecuencia en las mujeres que en los hombres (Álvarez, Franco, López, Mancilla y Vázquez, 2009; Nuño-Gutiérrez, Celis-De la Rosa y Unikel, 2009; Bedoya y Marín, 2010; Behar, 2002 y 2010a; Toro, Nieves y Borrero, 2010). Respecto de la relación entre factores de riesgo y trastornos alimentarios, Steiner y Lock (1998) afirman que "...ser del género femenino, tener cuerpo en forma de pera, y tener un índice de masa corporal alto en grasa, están identificados como riesgos constituyentes.... En algunos estudios, ha sido reportada una alta incidencia de abuso sexual por mujeres diagnosticadas con desórdenes alimenticios" (p. 354).

De acuerdo con otros autores, como por ejemplo, Toro et al., (2010), un factor precipitante para el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria es la insatisfacción con la imagen corporal, y que tanto hombres como mujeres son similares en cuanto a los disturbios en la imagen corporal.

Tanto hombres como mujeres son similares en cuanto a los disturbios ocasionados en su imagen corporal, ya que también en los hombres aparece la búsqueda de un ideal masculino de cuerpo. Quizás, como lo dicen Behar y Molinari (2010) mientras sea mayor la valoración y la exposición de la figura física, es mayor el riesgo de alteraciones sobre ella. En otras palabras, si bien la insatisfacción con la imagen corporal no es una característica exclusiva de estos trastornos, si es un factor predisponente para el desarrollo de los mismos (Roncero, 2011).

Las mujeres que ya han pasado por la menarquia, son más susceptibles que sus pares premenárgicas para desencadenar una patología alimentaria. El incremento de la grasa corporal que ocurre durante la pubertad, aunado a una elevada insatisfacción hacia el propio cuerpo, está relacionado con la aparición de dichos desórdenes. Otros factores como la edad, el peso y el género también han sido asociados con los mismos. Sin embargo, surge la pregunta,

¿por qué es mayor la incidencia en mujeres jóvenes? De acuerdo con Benjet et al. (2009), en la adolescencia se encuentra una mayor prevalencia y severidad de los trastornos psiquiátricos en las mujeres adolescentes, comparadas con los varones, por ello, quizás este período es un periodo de mayor vulnerabilidad para las primeras debido entre otras cosas a la intensificación del rol de género, la exposición a mayor adversidad y la mayor reactividad del eje hipotálamo-pituitario-adrenal ante el estrés. O’Dea y Abraham (1999) postulan que el hecho de que la pubertad sea una etapa crítica en cuanto a retos para las mujeres jóvenes, las coloca en riesgo de una baja autoestima y de insatisfacción con la forma de sus cuerpos. De acuerdo con estas autoras, el grupo de mayor riesgo son las adolescentes que ya han pasado por la menarquia, y que presentan fuertes rasgos de ansiedad, baja autoestima y tendencia al perfeccionismo, presentando menor autoestima que las niñas premenárquicas. Tales características hacen más difícil sobrellevar los cambios que acompañan a la adolescencia, pues al parecer, los jóvenes tienen la creencia de que la apariencia física es un factor fundamental para su atractivo romántico y su felicidad, ocasionando que el deseo por tener el cuerpo ideal sea una gran presión que colabora en el incremento de la susceptibilidad a los trastornos de la conducta alimentaria.

Para autores como Behar (2010a) y Meyer, Blisset y Oldfield (2001) la condición femenina parece ser la categoría principal de identidad genérica de las pacientes con trastornos del comportamiento alimentario; es decir, muchas pacientes con estos trastornos tienden a identificarse con ciertos rasgos, por ejemplo: infantil, temperamental, deseosa de alcanzar una posición, impredecible, celosa, convencional y con sensación de ineficiencia personal. “Estas cualidades concuerdan con las características clínicas ampliamente observadas en las anoréxicas y bulímicas. Las pacientes anoréxicas mostraron el mayor porcentaje de identificación con la categoría femenina (48,3% las restrictivas y 73,3% las compulsivo-purgativas versus 42,4% las bulímicas, 48,5% aquellas con trastornos de la conducta alimentaria no especificados y 24,4% el grupo comparativo de universitarias sin desórdenes alimentarios” (Behar, 2010a, pp. 139-140).

Con los hombres adolescentes parece que la pubertad es una experiencia más positiva, ya que los cambios en la forma del cuerpo y en el peso son más bien esperados por la mayoría de ellos; además, al contrario de lo que sucede en las mujeres, en los hombres se observa una mayor autoestima en los chicos pospuberales que en los prepuberales. Aunque en los pospuberales también se ha encontrado que son las influencias sociales (de parejas o de pares) las que promueven la tendencia encaminada a la ganancia de musculatura (Shomaker y Furman, 2010). Asimismo, se ha encontrado entre grupos de jóvenes con desórdenes alimentarios, que los hombres presentan menor interés por el cuerpo delgado, menor insatisfacción con el cuerpo real, aunque presentan más rasgos de desconfianza y perfeccionismo (Behar, 2010a y 2010b; Geist, Heinmaa, Katzman y Stephens, 1999; Joiner, Katz y Heatherton, 2000). No obstante, O'Dea y Abraham (1999) observaron que en los 90's aumentó considerablemente la incidencia de la insatisfacción corporal en los jóvenes de ambos sexos; es decir, parece que en la actualidad hombres y mujeres están más preocupados por lograr y mantener el peso ideal. Nuño, Celis y Unikel (2009) señalan que en la medida en que la mujer se ha hecho independiente y se procura sus propios recursos, el hombre ha dejado de ser el principal proveedor de modo que busca nuevos elementos para ser valorado como atractivo y ello se convierte en un factor importante para el aumento de conductas alimentarias de riesgo en hombres.

Los trastornos alimentarios padecidos por los hombres guardan ciertas variantes con respecto a las mujeres, por ejemplo, menos hombres incurren en vómito autoinducido pero, cuando sucede, lo hacen más frecuentemente que las mujeres. Otro rasgo que se ha encontrado refiere a que muchos de los hombres que padecen bulimia fueron o son obesos, tienden a abusar más de laxantes, diuréticos y píldoras para perder peso pero cuando se ejercitan lo hacen para ganar peso, contrario a las mujeres.

Contrario a las mujeres quienes tienden a sentirse insatisfechas con la parte inferior de su cuerpo, los hombres reportan sentirse insatisfechos con la parte superior. En algunos estudios, el perfil del varón con anorexia se ha llegado a caracterizar por una falta de autonomía, identidad y control de su vida (Toro et

al., 2010). Por su parte, Silva, Mendoza y González (2014) encontraron en un grupo de adolescentes varones, que los chicos con TCA presentaban discrepancias entre los roles de género que desempeñan y el que quisieran desempeñar. Dicho desajuste entre el cuerpo real y el ideal, parece que lleva a la baja autoestima y al riesgo de desarrollar un TCA. Asimismo, las autoras encontraron que las características negativas (machismo y sumisión) estaban relacionadas con los TCA, al igual que lo que anteriormente se había observado en mujeres.

En suma, parece que el hecho de tomar el cuerpo como un receptáculo de las vicisitudes de la vida parece ser la norma. Al cuerpo se le adjudica el papel de elemento fundamental en la regulación de los sujetos, ya que en torno a él, y a lo que significa, se construye un circuito social y cultural que intenta definir los patrones de una forma de vida a partir de la apariencia (Toro et al., 2010). Así, de acuerdo con Esnaola, Infante, Rodríguez y Goñi (2011) aquellas personas que poseen un mejor autoconcepto físico se perciben con un alto grado de salud en comparación con aquellas con un autoconcepto físico más bajo, las cuales creen que su salud no es buena. En este sentido, si bien el autoconcepto físico está significativamente relacionado con la percepción de la salud tanto en mujeres como en varones, en las mujeres éste se encuentra íntimamente relacionado con la condición física y el atractivo físico, de hecho, el desempeño de las características negativas de los roles de género, como la sumisión y el machismo, han quedado asociados con problemas de salud de modo que la sumisión queda relacionada con la depresión, dietas poco saludables, la neurosis y psicosis, y el machismo parece ser un obstáculo para consultar y pedir ayuda (Mendoza, González y Silva, 2013).

Es notorio, entonces, que en los últimos años la imagen corporal se ha convertido en una cuestión de supervivencia, ya que cuestiones tales como el conseguir un trabajo, pueden llegar a estar mediadas por la apariencia, ocasionando que la mujer actual se sienta vulnerable en su propio cuerpo, y lo rechace al no ajustarse éste al ideal de belleza/delgadez, por la creencia de que un cuerpo perfecto las hará triunfar y las protegerá de insultos y discriminación (The Boston Women's Health Book Collective, 2000).

Lo anterior fue corroborado en un estudio longitudinal de 4 años llevado a cabo por Stice, Hayward, Cameron, Killen y Taylor (2000), en el que se observó que debido a la importancia que ha tomado la apariencia física como dimensión evaluativa en las mujeres occidentales, la insatisfacción con el propio cuerpo contribuye a la depresión y a las restricciones alimentarias, mismas que al fallar en su objetivo de consecución de bienestar conducen también a la depresión. De igual modo, la patología bulímica puede contribuir al incremento de la incidencia de la depresión en las niñas durante la adolescencia, debido a la vergüenza y la culpa resultantes de las conductas propias del trastorno. La evidencia de que los síntomas bulímicos predicen el inicio de la depresión, aunado con el hallazgo de que los desórdenes afectivos predicen el inicio de la patología bulímica, sugiere que puede haber una relación recíproca entre estos constructos, en donde se retroalimentan mutuamente, de manera que para regular sus afectos, las adolescentes comienzan con atracones y purgas, lo que a su vez resulta en un mayor desorden afectivo y así sucesivamente, generando un círculo vicioso.

Stice et al. (2000) también encontraron que no es la elevada masa corporal en sí misma lo que predice la depresión, sino los aspectos cognitivos de la "Imagen corporal". En ello coinciden con Probst, Vandereycken, Vanderlinden y Van Coppenolle (1998) quienes proponen en lugar del término de "imagen corporal" el de "experiencia corporal" (*Body experience*) como un constructo más complejo, ya que la autoevaluación distorsionada del cuerpo en las pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, no es sólo una cuestión perceptual, sino que también refleja la experiencia subjetiva del cuerpo, es decir, cuando alguien se siente gordo o desea ser delgado o adelgazar no es solamente por la percepción, sino por los componentes fisiológicos, afectivos y cognitivos que incluye la *Experiencia Corporal* (Probst, Pieters Vanderline, 2008). De hecho, estos autores postulan que la experiencia corporal anormal debe ser considerada como un aspecto primario y fundamental en los pacientes con anorexia nervosa, ya que los pacientes con dicho trastorno que sobreestimaban la talla de su cuerpo, mostraron gran discrepancia entre cómo se sentían y cómo querían estar, lo cual se reflejaba en una insatisfacción corporal pronunciada, una apreciación muy negativa de su talla, gran

descontento consigo mismos en relación con los demás y un alto grado de neurosis.

Esta experiencia corporal llega a convertirse en algunas personas, tanto en hombres como en mujeres, en un elemento de insatisfacción con su cuerpo. Así, se ha encontrado que la insatisfacción corporal en los hombres ha aumentado de manera drástica en las últimas décadas, de un 15 a un 43%, llegando a tasas casi comparables con la prevalencia reportada en mujeres (Toro et al., 2010). En otros estudios (Lobera et al., 2009), si bien se ha constatado este aumento en la población masculina, la prevalencia sigue siendo significativamente mayor en mujeres.

En un estudio que examinó la experiencia corporal a través de las conductas ante el espejo, Probst, Vancampfort, Pieters y Vanderlinden (2008) encontraron que las pacientes con bulimia son más propensas a verse más a menudo en el espejo. De igual manera, los datos indican que tanto las pacientes con anorexia, así como las mujeres sin trastornos, pero que presentaban la conducta de verse al espejo más frecuentemente, presentaron una experiencia corporal más negativa que aquellas que evitaban checar su imagen constantemente en el espejo. Es decir, la conducta de verse o no frecuentemente frente al espejo correlaciona con la experiencia corporal, siendo ésta negativa (verse frecuentemente ante el espejo) o positiva (verse menos frecuentemente ante el espejo).

Por otra parte, en un estudio comparativo entre pacientes con anorexia y bulimia y pacientes con trastorno dismórfico corporal, Rosen y Ramírez (1998) encontraron que el problema más importante en cuanto a la imagen corporal en ambos trastornos es la elevada preocupación por la apariencia y su interferencia con el funcionamiento del individuo. Dicho funcionamiento puede quedar tan alterado que, incluso, en algunos estudios (Vansteelandt, Pieters, Vanderlinden y Probst, 2010) las pacientes que más se tardan en ganar peso a lo largo del tratamiento son aquellas que presentan mayor insatisfacción corporal. En otras palabras, personas que presentan insatisfacción corporal y, por ende, una imagen corporal distorsionada, o discontinuidades entre el

cuerpo real y el ideal, tienden a mostrar un funcionamiento más guiado por la angustia que implica el aumento de peso. Con respecto a este tema, Webster y Tiggerman (2003) encontraron en un estudio sobre la autoimagen y la insatisfacción corporal a lo largo de la vida, que si bien, la insatisfacción corporal y la importancia del cuerpo no se modifican por grupo de edad, las mujeres mayores con mejor control cognitivo poseen mejores estrategias cognitivas para proteger su autoestima y su autoconcepto de la insatisfacción corporal, es decir, en la medida en que se adquieren mejores estrategias gracias a la madurez, la insatisfacción corporal es menos dañina para los sujetos.

Bedoya y Marín (2010) plantean que más que un problema de percepción o de distorsión de la imagen corporal que tienen las personas con trastornos alimentarios, es la forma de situarse y de interpretarse a partir de las demandas sociales lo que conlleva la dificultad de intentar alcanzar un ideal marcado por el grupo social; es decir, aparece un dilema entre cuerpo-propio y cuerpo-anhelado, y sufrimiento cuando no se puede poseer ese cuerpo-anhelado. Con todo, como lo mencionan estos autores, quizás deba diferenciarse entre figura y cuerpo, en donde la figura es el cuerpo-para-exhibir y, por ende, considerar que muchas veces se llega a construir el cuerpo a partir de conceptos sociales erróneos. En otras palabras, cuando una mujer conforma su identidad corporal a partir de las demandas sociales surge el temor de no cumplir con lo que ella cree que la sociedad espera, tendiendo entonces a autoevaluarse con base en esa demanda. En última instancia, construir el cuerpo y anhelar una figura a partir de conceptos sociales erróneos coloca a los individuos en un lugar de imposibilidad. Como bien lo expresa la frase de Coco Chanel: “Nunca se es demasiado rica ni demasiado delgada” (Cano, 2004, p.58).

Mancilla et al. (2010) encontraron en un estudio intercultural con mujeres mexicanas y españolas que la interiorización del modelo ideal de belleza media la relación entre la presión socio-cultural para ser delgada y la insatisfacción corporal. Parte de la problemática indica que el factor principal para la insatisfacción corporal es también un factor de riesgo para el desarrollo de los trastornos de la alimentación. Este estudio no sólo reportó que un mayor

número de mujeres padecen dichos trastornos sino que las mujeres son más vulnerables a la influencia del modelo estético corporal que los hombres. También se encontró que las mexicanas presentaban un IMC más elevado que las españolas y eso se reporta como un factor importante para el incremento de la relación entre interiorización del modelo de delgadez e insatisfacción corporal.

Las diferencias de género han llevado a los teóricos a relacionar la adopción de roles con los trastornos alimentarios; Bruch en 1978 (citada en Murnen, y Smolak, 1997) sugirió que las anoréxicas podrían estar tratando de evitar la femineidad adulta, en particular los aspectos reproductivos y sexuales. Otros autores (Silverstein, Perdue, Wolf y Pizolo, 1988), han argumentado que las pacientes bulímicas rechazan el rol maternal femenino adoptado de manera ambivalente por sus madres hogareñas y, aunque pueden desear comprometerse en una relación con un hombre, temen las ataduras que la relación puede implicar. Crispo, Figueroa y Guelar, (1998) coinciden en que tomar como modelo estereotipado de físico el de una adolescente casi púber, manifiesta la creencia de que para ser una mujer exitosa en la época actual, no sólo hace falta no desarrollar un cuerpo femenino, con formas propias de la mujer, sino que además tampoco está permitido crecer, madurar y envejecer naturalmente. Por otro lado, Boskind-Lodahl (citada en Murnen y Smolak, 1997) propuso que las mujeres que padecen algún trastorno del comportamiento alimentario muestran altos niveles de pasividad, dependencia y necesidad de aprobación por parte de los demás. Características que típicamente aparecen asociadas a altos puntajes en las mediciones de feminidad (Behar, 2010a).

También se ha mencionado que las aspiraciones por un rol masculino son un factor importante (Boskind-Lodahl, citada en Murnen y Smolak, 1997). Las mujeres jóvenes observan que las características masculinas son altamente valoradas en la sociedad y ello las lleva a desear poseerlas y a tener miedo de no lograrlo, de manera que desarrollan problemas alimentarios como una forma de cubrir las demandas sociales de delgadez, controlando sus cuerpos y el estrés ante sus propias dudas. No obstante, parece ser que la adopción del rol

de género, entendiendo éste como las prescripciones, expectativas y normas de comportamiento asignadas por el grupo social a hombres y mujeres (Lara, 1993), en las mujeres no es el tema medular sino el **entrar en conflicto con el rol asumido**. Silverstein y Perlick en (1995) sugirieron que la discrepancia entre el rol de género moderno para las adolescentes y las expectativas de género tradicionales de los padres, preparan el escenario para los trastornos de la alimentación, punto que lleva a enfatizar la importancia del contexto en la evaluación individual de género y las teorizaciones sobre el mismo.

La teoría de la Auto-discrepancia de Higgins (1987) ayuda a explicar la relación entre el malestar emocional y el conflicto entre el ser y el ideal del ser, mismos que en la medida en que discrepan entre si aumentan el malestar emocional de los individuos y que en la medida en que esa discrepancia se da con lo que el sujeto cree que los otros esperan de él aumenta el malestar y la sintomatología (Higgins, 1987; Mendoza et al., 2013).

Como ya se mencionó, el problema de los TCA ya no es exclusivo de las mujeres, para los hombres también se ha construido socialmente una imagen ideal que juega un papel preponderante para la insatisfacción con la imagen corporal. De hecho, algunos investigadores concluyen que los hombres con TCA no cumplen con esas expectativas sociales y son más pasivos, dependientes y no atléticos (Lobera et al., 2009). Sin embargo, si se compara la prevalencia de estos trastornos en hombres heterosexuales y homosexuales, estos últimos son más proclives a padecerlos. De acuerdo con Toro et al., (2010), en un estudio en el que el 13% de la población examinada mostró indicadores de TCA, casi la mitad reportó ser homosexual. Así, se encontró que en la muestra de los auto-identificados como homosexuales hubo un promedio más elevado en la escala de trastornos alimentarios que en los heterosexuales. De la misma manera, del 16% de las personas estudiadas que mostró insatisfacción corporal, el 65% eran homosexuales. Los heterosexuales obtuvieron un promedio más alto en la escala de roles de género y adherencia a la masculinidad en comparación con los hombres homosexuales. Lo que nos llevaría a pensar que el problema más importante es la dificultad para ajustarse al rol establecido y a ser competente en el ejercicio de ese rol (Behar, De la

Barrera y Michelotti, 2002). Con todo, como lo mencionan Toro et al. (2010), “la investigación en esta área muestra que los hombres son similares a la mujeres en términos de los disturbios en la imagen corporal. Esto es, muchos hombres, igual que las mujeres están insatisfechos con algún aspecto de sus cuerpos” (p. 227).

Un concepto que podría ayudar a repensar el problema de los TCA y su presencia tanto en mujeres como en hombres y en heterosexuales u homosexuales es el concepto de androginia: “La persona andrógina puede ser agresiva o condescendiente, fuerte o dócil, sensible o asertiva, como la situación particular lo requiera. Es más adaptable, se comporta de manera apropiada frente a una situación dada, –sin importar si la conducta es masculina o femenina. Por ejemplo, las mujeres andróginas cuando están sometidas a presiones, son más asertivas e independientes que las mujeres femeninas. Las mujeres femeninas tienen problemas en ser independientes y asertivas– aun cuando la independencia y la asertividad sean necesarias” (Behar, 2010b, p. 325). Es decir, parece ser que las mujeres que manifiestan características altamente femeninas poseen más probabilidad de padecer afecciones alimentarias, mientras que por el contrario, rasgos como la autoestima alta, estabilidad emocional, baja timidez y énfasis en un cuerpo saludable más que una preocupación por la apariencia física parece ser una característica que poseen las mujeres andróginas.

Sin embargo, un factor de riesgo no sería como tal el rasgo “ser altamente femenina” sino el hecho de que éste se acompaña de baja autoestima o de baja estabilidad emocional. Por la misma razón, las características netamente femeninas o masculinas no son factores de riesgo *per se*. Incluso aunque ambas posean rasgos típicos, por ejemplo ser instrumentales o expresivas (Díaz Loving, Rivera y Sánchez, 2001). Acuña y Bruner (2001) encontraron que las mujeres masculinas son más instrumentales que los hombres con ese mismo rol sexual, planteando que independientemente del género de una persona, ésta puede poseer características estereotípicas masculinas o femeninas. Sin embargo, las características negativas de cada rol, por ejemplo, lo femenino llevado al extremo como sumisión y lo masculino llevado a su

extremo como el machismo, tienden a estar más asociadas no sólo con problemas de salud física y malestar psicológico (Mendoza et al., 2013) sino también con la aparición de TCA.

De acuerdo con Behar (2010a), las personas con TCA presentan un perfil de personalidad caracterizado por alta motivación por la delgadez e insatisfacción corporal y perfeccionismo, los cuales se convierten en rasgos que implican factores de riesgo para desarrollar una patología alimentaria, sobre todo el “perfeccionismo insatisfecho”. Por otra parte, la sumisión, la dependencia, la ausencia de autoafirmación manifestada como timidez, ansiedad paralizante, poca habilidad en el comportamiento interpersonal, y alta dificultad para la expresión de los sentimientos, aparecen como rasgos predictivos para el desarrollo de los TCA.

El hecho de que la predominancia de las características femeninas de personalidad se asocien con la importancia otorgada a la apariencia física, la insatisfacción corporal y los trastornos TCA parece ser corroborado por algunos estudios (Crispo et al., 1998; Lakkis, Ricciardelli y Williams, 1999; Ludwig y Brownell, 1999; Moulton, Moulton y Roach, 1998; Pryor y Wiederman, 1998). Lakkis et al., (1999) encontraron en una población de 266 sujetos (con hombres y mujeres homosexuales y heterosexuales) que los hombres homosexuales y las mujeres heterosexuales presentaban mayores puntajes en insatisfacción corporal y restricciones alimentarias en comparación con las mujeres lesbianas y los hombres heterosexuales, así como altos puntajes en las características femeninas negativas que, de acuerdo con estos autores, serían predictivas de la presencia de síntomas relacionados con los TCA. Para otros autores (Lara, 1993), dichas características femeninas negativas están asociadas con la sumisión, la abnegación, la impulsividad, la irracionalidad, la dependencia y el conformismo, por otra parte, Crispo et al., (1998) introducen algunos matices señalando el hecho de que en nuestra cultura las exigencias al hombre heterosexual van más dirigidas a ser fuerte, por lo que en ocasiones algunos kilos de más son vistos como buenos. En cambio, en el mundo gay masculino, al igual que en el heterosexual femenino, la apariencia física es un

valor muy apreciado y dicha apariencia física está ligada con el ideal de delgadez.

Surgenor y Fear (1998) aportan un caso ilustrativo de un hombre transexual que desarrolló sintomatología bulímica después de su transformación en mujer, por lo que concluyen que en virtud de su alejamiento del cuerpo y del género biológicos, así como del rol social esperado, el transexualismo puede llegar a ser un factor de riesgo en algunos hombres.

Es importante mencionar que si bien, en general, ha aumentado la prevalencia de TCA en la población masculina (Salas, Hodgson, Figueroa y Urrejola, 2011), el inicio es más tardío que en las mujeres y en general tienen una ocupación en la que el control del peso es importante (bailarines, jockeys, fisicoculturistas, boxeadores, modelos). Por otro lado, es común que las motivaciones estén relacionadas a un trastorno afectivo (Braun, Sunday, Huang y Halmi, 1999; Crispo, et al., 1998).

Otro factor fundamental que es necesario mencionar es la discrepancia entre la autopercepción y el ideal del ser, ya que es un elemento que influye en el bienestar o malestar del individuo e incide en la satisfacción del individuo consigo mismo. De acuerdo con Mendoza et al. (2013), mientras mayor es la congruencia entre lo que el sujeto cree ser con lo que quisiera o piensa que debería ser, es mayor el bienestar del sujeto y menor asociación existe con la sintomatología de los TCA, ya que, mientras menos conflicto existe entre lo que se es y lo que se quiere ser, aumenta la autoestima, disminuyen los problemas de autoestima y de insatisfacción corporal, así como el riesgo de desarrollar algún TCA. Mendoza et al., (2013) también hallaron que existe una relación importante entre la sintomatología de TCA y las características negativas femeninas (sumisión) y que ello se agrava cuando aumenta la discrepancia entre el ideal y lo que el sujeto cree ser, ya que los altos niveles de discrepancia entre el autoconcepto y el ideal del ser aumentan el riesgo de patología. Finalmente, estas autoras señalan que el problema radica no tanto en el rol de género como tal, sino en la presión que se percibe por cumplir con

ciertas características que el sujeto siente que no puede lograr y lo hace entrar en conflicto entre su autoconcepto y lo que debería ser.

En suma, aunque se ha asociado la aparición de los TCA con el desempeño del rol femenino (Mendoza et al., 2013; Behar, 2010b; Meyer et al., 2001; Toro, 2010) incluso en los casos de los varones, y sobre todo con los atributos negativos de la femineidad, parece ser que la disconformidad con la imagen corporal que también se ha mencionado como factor disparador queda relacionado más que con el género en sí, con la discrepancia entre lo que el individuo es y lo que quisiera ser en función de las demandas sociales a lo que considera que se le atribuye a su género.

Teniendo en cuenta la importancia de la apariencia, las características femeninas de personalidad, la importancia de la aprobación social, parece ser que las presiones socioculturales en una persona vulnerable, juegan un rol fundamental en la aparición de los trastornos alimentarios. Sin embargo, aunque todos los jóvenes están expuestos a circunstancias similares, no todos desarrollan sintomatología propia de los TCA, por lo que cabe la posibilidad de que ciertos rasgos de personalidad resulten determinantes para el desarrollo de dicha sintomatología. El objetivo de este trabajo es entonces, indagar si el ajuste al rol femenino de pacientes con TCA se relaciona con características específicas de su personalidad,

Capítulo II

Método

2.1. Planteamiento del problema

Los trastornos de la conducta alimentaria constituyen un problema de salud pública cada vez más importante; afectan a un número cada vez mayor de jóvenes y también se presentan a edades cada vez más tempranas. Se caracterizan, en términos generales, por un rechazo de la propia imagen corporal y por una gran insatisfacción personal.

Dado que los trastornos de la conducta alimentaria se presentan con mucha más frecuencia en mujeres que en hombres, se ha pensado que tienen una estrecha relación no sólo con el sexo de las personas que los padecen sino también con la forma en la que asumen el rol de género y cómo lo desempeñan. Por otra parte, parece congruente que la forma de asumir y de percibir el rol de género, tuviera relación con algunos rasgos de personalidad específicos, si así fuera, se obtendrían datos que coadyuvarían al desarrollo de intervenciones terapéuticas con pacientes de este tipo, elevando la probabilidad de éxito en el tratamiento.

Dado lo anterior, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Existe una relación significativa entre rol de género percibido y el ideal, con las características de personalidad en un grupo de personas con trastornos de la conducta alimentaria?

Objetivo:

Describir si existe una relación en la forma como un grupo de pacientes con TCA percibe su rol de género, lo que establecen como su ideal al respecto y sus características de personalidad.

Objetivos específicos:

Indagar:

- Las características percibidas de rol de género que predominan en un grupo de pacientes con TCA
- Si existen diferencias significativas respecto a la forma en que asume el rol de género un grupo de pacientes con anorexia y bulimia
- Si existen diferencias significativas entre las características del rol de género percibidas y las ideales en un grupo de pacientes con TCA
- Si existen relaciones entre las características de rol de género que las pacientes con TCA reconocen como propias, las que desearían tener y sus rasgos de personalidad

2.2 Diseño:

Se llevó a cabo un estudio de corte transversal y de tipo descriptivo.

2.3 Definición de variables

2.3.1 Variable Dependiente:

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

2.3.2 Variables atributivas:

Anorexia: "Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (...). Miedo intenso a ganar peso

o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal. Alteración en la percepción del peso o la silueta corporales. Amenorrea de al menos tres ciclos menstruales consecutivos” (DSM-IV-TR, p. 249)

Bulimia: “Atracones recurrentes (al menos dos veces a la semana durante tres meses). Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso. Preocupación excesiva acerca del peso o de la forma del cuerpo, que hace que la autoevaluación esté exageradamente influida por el peso y la silueta corporales. No aparece exclusivamente en el transcurso de la Anorexia Nerviosa” (DSM-IV-TR, p. 250)

2.3.3 Variables Independientes:

Rol de género: “Prescripciones, normas y expectativas de comportamiento para varones y mujeres, por ejemplo, el papel de proveedor-varón y del cuidado de los hijos a la mujer” (Lara, 1993).

2.4 Participantes

Se seleccionaron, de manera intencional no-probabilística, 70 pacientes, todas mujeres, con Trastornos del Comportamiento Alimentario con un rango de edad de 19 a 22 años ($M = 20.23$, $DE = 4.40$), quienes solicitaron consulta por primera vez en un instituto de salud localizado en la Ciudad de México. Las pacientes se dividieron en dos grupos diagnósticos (según los criterios del DSM-IV-TR): *anorexia nervosa* ($n = 36$) y *bulimia nervosa* ($n = 34$).

2.4.1 Criterios de inclusión al grupo:

1. Sexo femenino
2. Edad entre 14 y 30 años
3. Que soliciten tratamiento por primera vez
4. Que no presenten estados mórbidos diferentes (como trastornos depresivos) al momento de la evaluación

2.4.2 Criterios de exclusión al grupo:

1. Presencia de entidades afectivas en comorbilidad con el trastorno de la alimentación
2. Presencia de daño orgánico
3. Presencia de trastornos de la personalidad en comorbilidad con el trastorno de la alimentación

Para verificar el cumplimiento de los criterios de inclusión y de exclusión al grupo, se recurrió al diagnóstico y a las notas asentadas en los expedientes clínicos de cada paciente, quienes fueron evaluadas, en todos los casos, por médicos psiquiatras expertos en el campo. Adicionalmente, se les realizó una entrevista clínica a fin de corroborar la pertinencia de la inclusión en los grupos.

2.5 *Instrumentos*

2.5.1 **Inventario De Masculinidad - Femeidad (IMAFE)**

El IMAFE es un inventario de masculinidad–feminidad diseñado en México, por Ma. Asunción Lara Cantú en 1993, con la finalidad de tener un instrumento que evaluara los papeles de género de manera confiable y válida con población mexicana. Mide características femeninas y masculinas de personalidad e incluye aspectos de machismo y sumisión. Está basado en los aspectos más representativos de los papeles y los estereotipos en la cultura mexicana y algunos de otros países. El inventario de papeles sexuales de Bem y reactivos diseñados con base en estereotipos y rasgos comunes en México, fueron las dos fuentes que sirvieron de muestra inicial de reactivos.

El IMAFE está constituido por cuatro escalas Masculina (Masc), Femenina (Fem), Machismo (Mach) y Sumisión (Sum), cada una con 15 reactivos, 60 en total que expresan rasgos de personalidad. Y que los sujetos deben responder en una escala de Likert de 7 puntos: Nunca o casi nunca, Muy pocas veces soy así, Algunas veces soy así, La mitad de las veces soy así, a menudo soy así, muchas veces soy así, siempre o casi siempre soy así.

“La calificación se obtiene para cada una de las escalas al sumar los puntos de cada reactivo de la escala y dividir el producto entre el número de reactivos.” (Lara, 1993).

Este inventario permite la variación de las instrucciones dependiendo del tipo de información que se desee obtener

Las escalas consisten en lo siguiente:

Machismo: “...orientación que puede resumirse como culto a la virilidad, cuyas principales características son una exagerada agresividad e intransigencia entre varones y una actitud de arrogancia y agresión sexual hacia las mujeres.

“... la preocupación primordial, que llega al grado de extrema ansiedad, es la demostración de masculinidad, potencia sexual y capacidad de engendrar, mismas que el individuo demuestra de varias maneras: sometiendo a “su mujer”, impidiéndole que tenga contacto con otros hombres, fecundándola, teniendo un hijo varón y teniendo constantes relaciones extramaritales” (Lara, 1993, p. 10).

Sumisión: “La sumisión o síndrome de mujer sufrida, también descrito como marianismo, maternalismo o hembrismo, consiste en un culto a lo femenino, que enseña que las mujeres son espiritualmente superiores y más fuertes que los hombres. Se les caracteriza por su gran dependencia, conformismo, falta de imaginación y timidez en la relación con el varón. Este comportamiento lleva a las mujeres a no evitar el sufrimiento, sino a luchar por hacer que se conozca, mostrando las actitudes correspondientes de abnegación, que son más pronunciadas entre más sufrimiento les inflijan sus cónyuges. Las niñas aprenden, por el proceso de socialización dentro de la familia, que el centro de atención es el yo masculino, el cual debe ser atendido por la madre y las hermanas” (Lara, 1993, p. 10).

Masculinidad: “Lo masculino es caracterizado por la agresividad, combatividad, búsqueda de dominio, autoafirmación, reflexión, razón, discernimiento, respeto por el orden, capacidad de abstracción y objetividad” (Lara, 1993, p. 2)

Feminidad: “Lo femenino, por su parte, se caracteriza por la necesidad de involucrarse con otras personas más que con ideas y abstracciones; por lo inconsciente y subjetivo; por la pasividad y docilidad, y por una orientación hacia los sentimientos y la intuición” (Lara, p. 2).

2.5.2 Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI)

El MMPI es el inventario de Personalidad más utilizado con fines tanto clínicos como de investigación (Núñez, 1991; 2000; Rosch, Crowther y Graham, 1991), constituido por 566 reactivos escritos a manera de afirmaciones y/o negaciones ante los cuales el sujeto debe responder a cada uno de ellos como “cierto” o “falso.” Los reactivos están organizados en 10 diferentes escalas. Fue desarrollado a finales de los años 30 con el objetivo de apoyar la realización de diagnósticos psiquiátricos, y es el instrumento autodescriptivo más valioso con que se cuenta destinado a evaluar aspectos de la personalidad (Núñez, 2000). La necesidad de mejorar el instrumento hizo que en la década de 1980 se constituyera un comité para la revisión, actualización y re-estandarización del instrumento, el MMPI 2 (Butcher, 2001). El MMPI-2 quedó compuesto por 567 ítems (eliminando los anacronismos anteriores) agrupados en 10 escalas básicas, 15 escalas de contenido y 18 escalas suplementarias. Así, ambas versiones siguieron conservando las 10 escalas de personalidad y con la única diferencia que en la versión 2 se consideran las escalas de contenido y suplementarias.

Las 10 escalas clínica clásicas, con las 3 escalas de validez son las siguientes.

Tres escalas de validez con la finalidad de señalar el grado de confiabilidad.

Escala L.- Para evaluar el grado de franqueza en el momento de resolver la prueba.

Escala F.- Integrada por 64 frases que se refieren a elementos severos de alteraciones psicológicas.

Escala K.- Constituida por 30 frases y opera como escala de corrección.

Escala 1, Hipocondriasis (Hs).- Con el nombre de *Hipocondriasis* se refiere principalmente a la descripción de la sensación de problemas somáticos. Es frecuente que en los adolescentes se eleve por la preocupación acerca de su imagen corporal (Rivera, 1991).

Escala 2, Depresión (D).- Integrada por 60 frases, la escala de depresión se considera en general como la del estado de ánimo. Describe el conjunto de características relacionadas con los sentimientos de inseguridad, minusvalía, abatimiento y culpa que pueden ser parte de un gran número de síndromes psicopatológicos.

Escala 3, Histeria (Hi).- Se compone 60 frases y se refiere a la búsqueda de aceptación, cariño y tolerancia que el individuo demanda. Es más frecuente encontrar esta escala alta en mujeres (Núñez, 2000).

Escala 4, Desviación Psicopática (Dp).- La escala de Desviación Psicopática, está compuesta por 50 frases que exploran la posibilidad de que el individuo manifieste sus descargas impulsivas en forma abierta y sin control. El adolescente con esta escala alta es rebelde y con dificultades de adaptación social (Núñez, 1994).

Escala 5, Masculinidad-Feminidad (Mf).- Esta escala de características masculinas y femeninas, está constituida por 60 frases, que tienen por objeto obtener respuestas relacionadas con intereses que pueden definirse como propios de varones y mujeres. Para cualquiera de los dos sexos una puntuación elevada en esta escala implica una orientación en dirección del sexo opuesto, sin tener necesariamente implicaciones de homosexualidad (Núñez, 2000).

Escala 6, Paranoia (Pa).- Integrada por 40 frases que describen características agrupadas bajo el término clínico de Paranoia y que ponen de

manifiesto actitudes de desconfianza, excesiva cautela, suspicacia y tendencia a interpretar los estímulos de manera equivocada.

Escala 7, Psicastenia (Pt).- La escala de Psicastenia está conformada por 48 frases que tienen el propósito de encontrar la angustia con la que el individuo se enfrenta a las situaciones de la vida. Se puede considerar como el “termómetro de la angustia” (Rivera, 1991).

Escala 8, Esquizofrenia (Es).- La escala de Esquizofrenia, tiene 78 frases y es una de las más frágiles del inventario. El contenido de las frases se asocia clásicamente con la esquizofrenia, aislamiento emocional, relaciones inadecuadas, apatía e indiferencia.

Escala 9, Manía (Ma).- La escala de manía, se puede considerar como una forma de evaluar la energía que tiene el sujeto para fijarse metas, ambicionar algo y tratar de alcanzarlo. En Universitarios que esta escala es la más elevada se observan problemas emocionales y tendencia homosexuales, en tanto que las mujeres muestran dificultades para controlar sus impulsos agresivos, son infantiles, inflexibles, egoístas y rebeldes con los padres (Núñez, 2000).

Escala 0, Introversión (Is).- Esta escala de Introversión social, cuando es elevada la interpretación se dirige a la introversión, cuando es baja hacia la extroversión.

Dado lo anterior, se esperaría que las participantes de ambos cuadros clínicos presentaran puntuaciones elevadas en las escalas de Hipocondriasis, Depresión, Histeria, Masculino-Femenino y Psicastenia, ya que algunas investigaciones (BUSCAR) señalan fuertes relaciones entre estas características de personalidad y los comportamientos implicados en los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Así mismo, con respecto al IMAFE, se esperaría que las participantes del estudio mostraran discrepancia entre el rol sexual y la imagen que tienen de sí mismas (por ejemplo, que hubiera desajustes entre las escalas de Femenidad Real y feminidad Ideal).

2.6 Procedimiento

En cuanto las pacientes solicitaron atención médica para su problema, fueron canalizadas con el médico psiquiatra para la realización de la historia clínica y el diagnóstico.

Posteriormente, se les entrevistó para corroborar si cumplían con los criterios de inclusión a los grupos, y tras conseguir su consentimiento para ser evaluadas, con un lapso entre 1 semana y 1 mes de diferencia con la primera entrevista, se les citó nuevamente para contestar el MMPI y el IMAFE.

Para efectos de esta investigación y dado que el IMAFE permite adecuar las instrucciones al tipo de información que se desee obtener, se le solicitó a las participantes que contestaran en función de dos preguntas respecto al adjetivo en cuestión: *¿Cómo soy?*, *¿Cómo me gustaría ser?*, para obtener datos acerca de la auto descripción y del ideal personal, respectivamente.

2.7 Resultados

Un primer análisis de los resultados del cuestionario IMAFE mostró diferencias en los puntajes de las distintas subescalas. Como puede verse en la tabla 1 tanto las pacientes que padecen anorexia nervosa como bulimia puntúan alto en las escalas masculinidad y feminidad ideales (MI y FI).

Tabla 1
Medias de las sub-escalas del IMAFE obtenidas en los dos cuadros clínicos: Anorexia y Bulimia.

		Sub-escalas IMAFE							
		MR	MI	FR	FI	MAR	MAI	SR	SI
Anorexia	<i>M</i>	3.59	5.38	4.21	5.27	3.34	2.86	3.95	2.29
	<i>DE</i>	.806	.667	.906	.937	.801	1.04	1.15	.709
Bulimia	<i>M</i>	3.80	5.68	4.78	5.68	3.61	2.87	3.69	2.26
	<i>DE</i>	1.00	.603	.847	.732	.936	.763	1.20	.707

Nota: MR = Masculinidad Real; MI = Masculinidad Ideal; FR = Femenidad Real; FI = Femenidad Ideal; MAR = Machismo Real; MAI = Machismo Ideal; SR = Sumisión Real; SI = Sumisión Ideal

Se aplicó una prueba *t* para muestras independientes con el fin de comparar si existían diferencias en las medias obtenidas en cada una de las subescalas del IMAFE de acuerdo con el cuadro nosológico de las participantes (anorexia y bulimia). Dicho análisis mostró que únicamente en tres de las ocho subescalas (MI, FR y FI) se encuentran diferencias entre las respuestas de las participantes de uno u otro cuadro clínico. Así, tenemos: que en la subescala Masculino Ideal (MI) se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos anorexia y bulimia $t(68) = -1.993, p < .05$. Las participantes diagnosticadas con bulimia presentan calificaciones más altas en esta subescala. Lo mismo se encontró que en las subescalas Femenino Real (FR), $t(68) = -2.719, p < .05$ (las participantes diagnosticadas con bulimia presentan calificaciones más altas en esta subescala) así como en la de Femenino Ideal, (FI), $t(68) = -2.005, p < .05$ (en este caso las participantes diagnosticadas con bulimia presentan calificaciones más altas).

Las participantes con **anorexia** presentan los puntajes más altos en Masculino Ideal y Femenino Ideal, seguido por Femenino y Sumisión Real, Masculino y

Machismo Real, siendo los más bajos Machismo Ideal y Sumisión Ideal. Las participantes diagnosticadas con **bulimia**, presentaron puntajes más altos en Masculino Ideal y Femenino Ideal, seguido por Femenino y Masculino Real, después Sumisión y Machismo Real, siendo los más bajos Machismo y Sumisión Ideal. Es decir, este grupo gustaría de verse a sí mismas con características femeninas y masculinas que les permitan no percibirse como mujeres sumisas.

De acuerdo con los resultados, parece que no existen diferencias significativas en el comportamiento de las participantes con bulimia y anorexia. En ambos trastornos los puntajes más altos se presentan en Masculino y Femenino Ideal y los más bajos en Machismo Ideal y Sumisión Ideal. En la anorexia los segundos más altos son Femenino y Sumisión Real, mientras que en la bulimia son Masculino y Femenino Real y en el tercer lugar quedan Machismo y Sumisión real para Bulimia y Masculino y Machismo real para anorexia. En conjunto, estos resultados parecen indicar que si bien, a ambos grupos les gustaría verse con características femeninas y masculinas, rechazan la sumisión y el machismo. Las personas en el grupo de la Anorexia se ven a sí mismas no sólo femeninas sino incluso sumisas, en tanto que las del grupo de bulimia se perciben tanto con características femeninas como masculinas en la realidad.

Con todo, a pesar de que no existen diferencias, llama la atención que las medias en los puntajes de las participantes con bulimia son más altas en las características propiamente masculinas.

Por otra parte, un análisis de las relaciones entre las subescalas del IMAFE, mediante una prueba de Pearson (véase tabla 2)¹, indica una relación significativa entre Masculino Real y Femenino Real. Los indican que mientras más características masculinas se atribuyen las participantes, más femeninas se perciben. Asimismo, se encuentra una relación significativa entre Masculino Ideal y Femenino Ideal y entre Masculino Real y Sumisión Real. Estos datos,

¹ Con el fin de hacer más legible la lectura de los resultados se ha optado por presentar únicamente las correlaciones que fueron estadísticamente significativas.

en conjunto, sugieren que mientras más masculinas se perciben más femeninas les gustaría ser.

Tabla 2
Correlaciones entre las sub-escalas del IMAFE

	MR	MI	MAR	MAI	FR	FI	SR	SI
MR								
MI								
MAR								
MAI								
FR	-.299**							
FI		.425*		-.274**				
SR	-.443*		.285**					
SI								

Nota: MR = Masculinidad Real; MI = Masculinidad Ideal; MAR = Machismo Real; MAI = Machismo Ideal; FR = Femenidad Real; FI = Femenidad Ideal; SR = Sumisión Real; SI = Sumisión Ideal.

* $p < .01$

** $p < .05$

Por otra parte, tal y como se ven la tabla 3, existen relaciones fuertes entre algunas de las subescalas del IMAFE y del MMPI; por ejemplo entre Masculino Real y algunas de las escalas del MMPI: Hipocondriasis (Hs), Depresión (D), Histeria (Hi), Desviación psicopática (Dp), Paranoia (Pa), Psicastenia (Pt), Esquizofrenia (Es) e Introversión social (Is), indicando que mientras menos características masculinas se atribuyen, presentan más preocupación por el cuerpo, mayor depresión, mayor búsqueda de aceptación, cariño y tolerancia, más descargas impulsivas y menos adaptación; más suspicacia, desconfianza y más expectación ante el medio; más angustia, mayor aislamiento emocional y menor capacidad para relacionarse; mayor infantilismo, rebeldía y menor control de los impulsos agresivos.

El Machismo Real correlaciona también con algunas escalas del MMPI (Hipocondriasis (Hs), Depresión (D), Desviación Psicopática (Dp), Masculino-Femenino (Mf), Paranoia (Pa), Psicastenia (Pt), Esquizofrenia (Es) e Introversión Social (Is)) y corrobora los datos antes mencionados, pues mientras menos características masculinas se atribuyen, se perciben con más rasgos machistas como un acto compensatorio, lo cual correlaciona con la escala Masculino-femenino del MMPI, que se refiere a características sumisas, sufridas y dominadas, y cuando más sumisas se perciben, aumenta la preocupación por el cuerpo, los problemas somáticos, la inseguridad, sentimientos de minusvalía, abatimiento y culpa, la impulsividad y falta de control, mayor orientación por lo masculino, actitudes de desconfianza, cautela, suspicacia, tendencia a interpretar los estímulos de manera equivocada, mayor angustia, aislamiento emocional, mayor dificultad para relacionarse, apatía, indiferencia e introversión.

Tabla 3

Correlaciones entre las subescalas del IMAFE y del IMPP.

	MR	MI	MAR	MAI	FR	FI	SR	SI
Hs	-.337*		.240**					
D	-.599*		.578*		-.279**			
Hi	-.326*							
Dp	-.399*		.253**			-.243**		
Mf			.333*					
Pa	-.357*		.353*					
Pt	-.460*		.500*					
Es	-.408		.428*				.243**	
Ma				.243**				
Is	-.472*		.460*					

Nota: Hs = Hipocondriasis; D = Depresión; Hi = Histeria; Dp = Desviación psicopática; Mf = Masculinidad-feminidad; Pa = Paranoia; Pt = Psicastenia; Es = Esquizofrenia; Ma = Manía; Is = Introversión social; MR = Masculinidad Real; MI = Masculinidad Ideal; MAR = Machismo Real; MAI = Machismo Ideal; FR = Feminidad Real; FI =

* $p < .01$

** $p < .05$

Es importante hacer notar que la escala de Sumisión Real del IMAFE se relaciona de manera significativa con un mayor número de escalas del MMPI. Dicho resultado indica que al atribuirse características femeninas negativas que hace que las estas mujeres se presenten como sumisas, resulta en un alto grado de ansiedad, depresión, inadaptación y desajuste.

Por otra parte, las dos escalas del IMAFE que correlacionan con puntuaciones altas en el MMPI son Masculino Real y Sumisión Real, con la diferencia fundamental de que en masculino real hay correlación con la Escala 3 (Histeria –Hi-). Esta escala, es más frecuente que puntúe alto en mujeres, y las mujeres que puntúan alto en ella, suelen caracterizarse por irritabilidad, molestias de las que se quejan con frecuencia, dependencia, adúladoras, con necesidad de agradar, amistosas y leales. (Núñez, 1994). En la escala de sumisión real no aparece la histeria pero aparece la de masculino-femenino, que indica a una persona que se presenta con más características masculinas.

Así, encontramos que existe una relación directa y significativa entre Femenino Real y Masculino Real (véase tabla 2), pero ambas subescalas, como se ve en la tabla 3, mantienen una relación negativa con Depresión (D). De la misma manera, Femenino Ideal correlaciona positivamente con Masculino Ideal pero negativamente tanto con Machismo Ideal (tabla 2) como con Desviación Psicopática (Dp) (tabla 3). Es decir, mientras más características femeninas se perciben, presentan más rasgos masculinos, y mientras más femeninas se perciben menos se deprimen, menos sentimientos de inseguridad, de minusvalía, de abatimiento y de culpa presentan. Asimismo, mientras más femeninas quisieran ser más repudian características de machismo y se presentan menos impulsivas y más adaptables.

Adicionalmente, la correlación significativa e indirecta entre Machismo Ideal y Femenino Ideal y directa con la escala de Manía (Ma) del MMPI (véanse tablas

2 y 3), parece indicar que mientras más atributos de machismo les gustaría tener, menos rasgos femeninos desearían y más dificultades tienen para controlar sus impulsos agresivos, tornándose más infantiles, inflexibles, egoístas y rebeldes. De la misma manera, las correlación directa y significativa entre la escala Hipocondriasis (Hs) y Depresión (D), Histeria (Hi), Psicastenia (Pt), Paranoia (Pa) e Introversión social (Is), parecen indicar que a mayor preocupación por el cuerpo y problemas somáticos, mayor inseguridad, sentimiento de minusvalía, abatimiento y culpa, mayor búsqueda de aceptación, dificultad para controlarse, más impulsividad, desconfianza y suspicacia, angustia, aislamiento, agresividad y dificultad para relacionarse.

De la misma manera, como se aprecia en la tabla 4, la relación entre la Depresión (D) y las escalas Hipocondriasis (Hs), Histeria (Hi), Desviación Psicopática (Dp) y Masculinidad-Femineidad (Mf) indican que a mayor depresión más problemas somáticos, preocupación por el cuerpo, necesidad de aceptación, impulsividad y dificultad para controlarse, desconfianza, suspicacia, angustia, aislamiento, dificultad para relacionarse, introversión y desajuste al propio sexo.

A mayor búsqueda de aceptación, más preocupación por el cuerpo, mayor inseguridad, impulsividad, desconfianza y suspicacia, angustia, aislamiento y dificultad para controlar los impulsos agresivos.

Tabla 4

Correlaciones¹ entre las sub-escalas del MMPI.

	Hs	D	Hi	Dp	Mf	Pa	Pt	Es	Ma	Is
Hs	--	.590*	.869*			.597*	.742*			.288**
D		--	.544*	.574*	.247**					
Hi	.869*		--							

Nota: Hs = Hipocondriasis; D = Depresión; Hi = Histeria; Dp = Desviación psicopática; Mf = Masculinidad-feminidad; Pa = Paranoia; Pt = Psicastenia; Es = Esquizofrenia; Ma = Manía; Is = Introversión social; MR = Masculinidad Real; MI = Masculinidad Ideal; MAR = Machismo Real; MAI = Machismo Ideal; FR = Feminidad Real; FI = Feminidad Ideal; SR = Sumisión Real; SI = Sumisión Ideal.

1 = (Solo se reportan las correlaciones que fueron significativas.)

* $p < .01$

** $p < .05$

Capítulo III

Discusión y conclusiones

El propósito de este estudio fue describir la relación entre el rol de género percibido, el ideal y los rasgos de personalidad de un grupo de pacientes con TCA. Los hallazgos corroboran los resultados de estudios previos pues, al parecer, el problema principal de las pacientes con TCA respecto al rol de género, radica en la discrepancia entre la manera como se perciben y como suponen que debieran ejercer el rol femenino, conceptualización que parece desdibujarse al momento en el que tienen que definir a qué se refiere el rol femenino que tienen que desempeñar, bajo la perspectiva de que las características masculinas las hacen ser “más mujer” (Behar, 2010a, 2010b; 2011 y 2012; Behar, De La Barrera y Michelotti, 2002; Crispo et al., 1998; Higgins, 1987; Lakkis, Ricciardelli y Williams, 1999; Ludwig y Brownell, 1999; Mendoza et al., 2013; Meyer, Blisset y Oldfield, 2001; Silva et al., 2014; Moulton, Moulton y Roach, 1998; Pryor y Wiederman, 1998; Webster y Tiggerman, 2003; Toro, Nieves y Borrero, 2010).

Parecería que una mujer al reconocerse con características femeninas negativas, como por ejemplo, la dependencia, ser sufridas o abnegadas, hace que tiendan a deprimirse y a sentirse inseguras, pero rechazando características sumisas. Sin embargo, cuando se les cuestiona sobre cómo quisieran ser, mencionan características femeninas y masculinas positivas pero excluyendo los rasgos sumisos y los machistas.

De acuerdo con Higgins (1987), la inseguridad y la depresión en las mujeres aumentan no sólo cuando se presenta una discrepancia entre lo que se percibe como real y el ideal a alcanzar, sino también cuando la percepción difiere de la supuesta expectativa del grupo social. Ante esta discrepancia podría generarse una confusión que produce una falta de claridad respecto a lo que es ser mujer y en qué consiste el rol femenino, de modo que al parecer, la conceptualización del rol resulta en una amalgama del ideal masculino con el ideal femenino, en

cuya imposibilidad conceptual se acaba perpetuando la discrepancia y, por tanto, la insatisfacción consigo mismas.

Cualquier característica que una mujer pudiera asociar con la sumisión acaba siendo negada y, por lo tanto, ensalzan las características masculinas como aquellas que les gustaría poseer, como si eso las llevara a ser mujeres; como si atribuirse características masculinas las hiciera sentirse más femeninas y por ello les gustaría ser más masculinas. Esto podría indicar que la ambigüedad con respecto al rol radica en conceptualizar que “lo femenino” está definido por una serie de características que en realidad corresponden a lo masculino, mientras más activas, agresivas, dominantes, autoafirmadas, reflexivas, etc. se presentan, más femeninas se perciben; o bien entienden el rol femenino, o “lo femenino”, como un rol globalizador, totalizante, que reúne todas las características en donde confluyen la actividad y la pasividad, lo objetivo y lo subjetivo y la autoafirmación con la afirmación por parte del medio. En este sentido, mientras más femeninas se perciben menos se deprimen, menos sentimientos de inseguridad, de minusvalía, de abatimiento y de culpa presentan.

En los datos que hemos reportado en el estudio se observa que mientras más femeninas se perciben las participantes más características masculinas les gustaría tener pero sin caer en comportamientos machistas o impulsivos y presentando mayor control. En otras palabras, dado que la escala Femenino Real del IMAFE se relaciona directamente con la escala Masculino Ideal ello implica que mientras más femenina se perciba más idealiza lo masculino.

En caso contrario, si la relación se da entre la escala Femenino Ideal con la escala Machismo Ideal y Desviación Psicopática del MMPI, entonces ello quiere decir que entre más femenina se percibe menos idealiza el machismo y mucho menos Desviación Psicopática, es decir, menos actitudes rebeldes y hostiles hacia la autoridad, menos intención de independencia, menor impulsividad y dificultades para adaptarse al grupo social y más conformistas. Pero si la situación fuera una menor asunción de la femineidad entonces habría una mayor idealización del machismo y más presencia de Desviación

Psicopática; es decir, personalidades caracterizadas por insatisfacción, rebeldía, hostilidad hacia la autoridad, tendencia a manifestar impulsos agresivos bajo influencia del alcohol, con promiscuidad sexual y/o conflicto en la vida amorosa, impulsivas con dificultades para controlarse; tendencia a establecer relaciones interpersonales, superficiales, conflictuadas consigo mismas, conductas manipuladoras y resentimiento. Es importante decir que las mujeres que presentan un elevado puntaje en la subescala 4 (Desviación Psicopática) son personas generalmente resistentes a la psicoterapia y con tendencia a las adicciones (Núñez, 1994).

La relación significativa entre Machismo Real, Sumisión Real y la escala de Esquizofrenia (Es) del MMPI, parece indicar que mientras más sumisas se describe una de las participantes más rinden culto a la virilidad y muestran más características de machismo, agresividad e intransigencia hacia las mujeres y se presentan con mayor aislamiento emocional, mayor apatía e indiferencia y mayor incapacidad para relacionarse.

Ello podría indicar que mientras más sumisas (dependientes, dominadas, pasivas, sufridas) se sienten más inadecuadas con respecto a su rol, exacerbándose una actitud contra lo femenino y aumentando sus dificultades para relacionarse con el medio. Esto que parece tan contradictorio, sólo parece exacerbar la confusión que estas mujeres tienen con respecto a los roles y conceptos de femenino y masculino.

También se pudo observar que mientras más características de machismo se atribuyen (culto a la virilidad, demostración de masculinidad, agresividad e intransigencia hacia las mujeres) más características sumisas reconocen en sí mismas y presentan mayor aislamiento emocional, apatía e indiferencia e incapacidad para relacionarse. Esto podría indicar que mientras más sumisas (dependientes, dominadas, pasivas, sufridas) se sienten las jóvenes con TCA, también se perciben más inadecuadas con respecto a su rol, exacerbándose una actitud contra lo femenino y aumentando sus dificultades para relacionarse con el medio.

En la medida en que presentan más dificultades para controlar sus impulsos agresivos, tornándose más infantiles, inflexibles, egoístas y rebeldes, aparece el deseo de contar con un mayor número de atributos machistas y menos rasgos femeninos. Asimismo, mientras menos características masculinas reportan y se viven más sumisas, sufridas y dominadas, se adjudican más rasgos de machismo, probablemente como una consecuencia del rechazo al propio rol femenino o como una discrepancia entre lo femenino real y lo femenino ideal. Por ende, parece claro que mientras más sumisas se perciben a sí mismas más aumenta la preocupación por el cuerpo, los problemas somáticos, la inseguridad, los sentimientos de minusvalía, abatimiento y culpa, impulsividad y falta de control; existe mayor orientación por lo masculino, actitudes de desconfianza, cautela, suspicacia, tendencia a interpretar los estímulos de manera equivocada, mayor angustia, aislamiento emocional, mayor dificultad para relacionarse, apatía, indiferencia e introversión.

Cabe destacar que los resultados obtenidos en este estudio parecen apuntar hacia la presencia de una gran vulnerabilidad respecto a los rasgos de personalidad de las pacientes con TCA que pudieran también influir en la manera en que asumen su rol de género, lo que produce insatisfacción en la forma en la que se colocan ante el mundo, sus posibilidades y expectativas. Si esto es así, entonces es posible que los síntomas alimentarios constituyan una defensa poco eficaz y patológica en personalidades frágiles, y que carecen de estrategias cognitivas eficaces para enfrenar el malestar que les produce sentirse muy distantes de un ideal que sienten que tienen que alcanzar ante la sociedad para ser consideradas por ésta una gran mujer.

En otras palabras, pareciera que mujeres que poseen estas características persiguen ser *La mujer* y no una mujer con fallas y defectos, de modo que la conceptualización del *ideal* femenino queda amalgamada con las características ideales de la masculinidad y la femineidad. Ello implica que quizás se busca un cuerpo andrógino dado que se parte de una concepción ambigua que tienen de lo femenino. Por ende, parecería que en la medida en que mejore la autoestima y se reconstruya el concepto de “lo femenino” entonces, disminuirá la discrepancia y dejará de ser necesario buscar el ajuste

a través del cuerpo. Sin embargo, la resolución de este problema va un poco más allá de una disminución de la discrepancia entre la femineidad real y la ideal, requiere también de un ajuste con los ideales que impone la cultura (véase Behar, 2010b; Bemporad, 1996) y que hace ciertas exigencias al rol femenino. O bien que marca el desajuste relacionado con las exigencias del medio y las características que definen a hombres y mujeres, por ejemplo expresividad versus instrumentalidad (Díaz Loving et al., 2001).

Con todo, quizás deba diferenciarse entre figura y cuerpo, en donde la figura es el cuerpo-para-exhibir y, por ende, considerar que muchas veces se llega a construir el cuerpo a partir de conceptos sociales erróneos. En otras palabras, cuando una mujer conforma su identidad corporal a partir de las demandas sociales surge el temor de no cumplir con lo que ella cree que la sociedad espera, tendiendo entonces a autoevaluarse con base en esa demanda. En última instancia, construir el cuerpo y anhelar una figura a partir de conceptos sociales erróneos coloca a los individuos en un lugar de imposibilidad. Como bien lo expresa la frase de Coco Chanel: “Nunca se es demasiado rica ni demasiado delgada” (Cano, 2004, p.58).

REFERENCIAS

- Acuña, L. & Bruner, C. (2001). Estereotipos de masculinidad y feminidad en México y en Estados Unidos. *Revista Interamericana de Psicología*, 35(1), 31-51.
- Alegría, M., Megan, W., Zhun, C., Torres, M, Xiao-Li, M. & Striegel-Moore, R. (2007). Prevalence and correlates of eating disorders in latinos in the United States. *International Journal Disorders*, 40(S3), S15-S21. doi:10.1002/eat.20406
- Álvarez, G., Franco, K., López, X., Mancilla, J. & Vázquez, R., (2009). Imagen corporal y trastornos de la conducta alimentaria. *Revista de Salud Pública*, 11(4), 568-578.
- Anuel, A., Bracho, A., Brito, N., Rondón, J. & Sulbarán, D. (2012). Autoaceptación y mecanismos cognitivos sobre la imagen corporal. *Psicothema*, 24(3), 390-395.
- Baile, J. & González, M. (2010). Trastornos de la conducta alimentaria antes del siglo XX. *Psicología Iberoamericana*, 18(2) 19-26.
- Baile, J. & González, M. (2012). ¿Anorexia nerviosa en el siglo XIV?: el caso de Santa catalina de Siena. *Revista Mexicana de trastornos Alimentarios*, 3, 80-88.
- Becker, A. E.; Grinspoon, S. J.&y Herzog, D. B. (1999). Eating disorders. *The New England Journal of Medicine*, 340(14), 1092-1098.
- Bedoya, M. H. & Marín, A.F. (2010). La inclusión social por la vía del cuerpo en mujeres diagnosticadas con anorexia bulimia en la Ciudad de Medellín, Colombia. *Latreia*, 23(4), 319-328.
- Behar, R. (2012). Perspectiva evolucionista de los trastornos de la conducta alimentaria. *Rev Med Chile*, 140, 517-523.
- Behar, R. (2011). Sentimientos de ineficacia personal en los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 2, 113-124
- Behar, R. (2010a). Quince años de investigación en trastornos de la conducta alimentaria. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*, 48(2),136-146.
- Behar, R. (2010b). La construcción social del cuerpo: El paradigma de los trastornos de la conducta alimentaria. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*, 48(4), 319-334.
- Behar, R. & Molinari, D. (2010). Dismorfia muscular, imagen corporal y conductas alimentarias en dos poblaciones masculinas. *Rev Med Chile*, 138, 1386-1394.
- Behar, R., De La Barrera, M & Michelotti, J. (2002). Feminidad, masculinidad, androgenidad y trastornos del hábito del comer. *Revista Médica de Chile* 130(9), 964-975. doi: 10.4067/S0034-98872002000900002
- Bemporad, J. (1996). Self—starvation through the ages: reflections on the pre-history of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 19(3), 217-237.
- Benninghoven, D., Tetsch, N., Kunzendorf, S. & Jantschek, G. (2007) Body image in patients with eating disorders and their mothers, and the role of family functioning. *Comprehensive Psychiatry*. 48, 118–123.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M. E., Méndez, E., Fleiz,C., Rojas, E. & Cruz, C. (2009). Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de

- trastornos psiquiátricos en adolescentes de la ciudad de México. *Salud Mental*, 32(2), 155-163.
- Bleichmar, H. (2000). Aplicación del enfoque Modular-Transformacional al diagnóstico de los trastornos narcisistas. *Apertura Psicoanalíticas. Revista Internacional de Psicoanálisis*, 5. Recuperado de <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=123&a=Aplicacion-del-enfoque-Modular-Transformacional-al-diagnostico-de-los-trastornos-narcisistas>
- Blinder, B., J. & Chao, K. (1994) Eating disorders: A historical perspective. En L. Alexander-Mott & D. Barry Lumsden (eds.), *Understanding eating disorders: Anorexia nervosa, bulimia nervosa, and obesity* (pp. 3-35). Washington: Taylor & Francis.
- Borrego, H. O. (2000). Tratamiento de los trastornos de la conducta alimentara: Anorexia y Bulimia. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*. 24(2), 44-50.
- Boston Women's Health Collective (2000). *Nuestros cuerpos, nuestras vidas*. Barcelona: Plaza Janés.
- Braun, D., Sunday, S., Huang, A. & Halmi, K. (1999). More males seek treatment for eating disorders. *Internacional Journal of Eating Disorders*, 25(4), 415-424
- Brusset, B. (1990). *La expresión somática: La anorexia mental de las adolescentes*. En S. Lebovici, R. Diatkine & M. Soulé (Comps.). *Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente*. Tomo IV. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Butcher, J. N. (2001). *MMPI-2. Guía para principiantes*. México; Manual Moderno.
- Cabello, M. & de Jesús, D. (2011). Percepción de las madres de niños con obesidad sobre los hábitos alimenticios y sus responsabilidades en la alimentación de sus hijos. *Revista de Salud Pública y Nutrición*, 12(1). Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/revsalpubnut/spn111c.pdf>
- Cano, B. (2004). Los Trastornos de la conducta alimentaria desde la historia hasta nuestros días. *Revista Peruana de Pediatría*, 57(1), 56-64
- Crisp, A. H., Stonehill, E. & Fenton, G. W. (1971). The relationship between sleep, nutrition and mood: a study of patients with anorexia nervosa. *Postgraduate Medical Journal*, 47, 207-213.
- Crispo, R., Figueroa, E. & Guelar, D. (1998). *Anorexia y bulimia: Lo que hay que saber. Un mapa para recorrer el territorio trastornado*. Barcelona: Gedisa.
- Currin, L., Schmidt, U., Treasure, J. & Jick, H. (2005). Time trends in eating disoreder incidence. *The British Journal of Psychiatry*, 186, 132-135. doi: 10.1192/bjp.186.2.132
- Del Bosque, J. & Caballero-Romo, A. (2009). Consideraciones psiquiátricas de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia. *Bol Med Hosp Infant Mex*, 66, 398-409.
- Deep, A., Lilienfeld, L, Plotnicov, K., Pollice, Ch. & Kaye, W. (1999). Sexual abuse in eating disorders subtypes and control women: The role of comorbid substance dependence in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 25(1), 1-10.

- Díaz Loving, R., Rivera, S. & Sánchez, R. (2001). Rasgos instrumentales (masculinos) y expresivos (femeninos), normativos (típicos e ideales) en México. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 33(2), 131-139.
- Dio Bleichmar, E. (2000). Anorexia/bulimia. Un intento de ordenamiento desde el enfoque Modular-Transformacional. *Aperturas Psicoanalíticas*, 4. Recuperado de <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000103&a=Anorexiabulimia-Un-intento-de-ordenamiento-desde-el-enfoque-Modular-Transformacionalfoque-Modular-Transformacional>
- Dolan, R. J., Mitchel, J. & Wakeling, A. (1998). Structural brain changes in patients with anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 18, 349-353.
- Doyle, J., Frank, E., Saltzman, L., McMahon, P. & Fieldman, B. (1999). Domestic violence and sexual abuse in women physicians: Associated medical, psychiatric and professional difficulties. *Journal of Women's Health and Gender Based Medicine*, 8(7), 955-965.
- Edmunds, H. & Hill, A. J. (1999). Dieting and the family context of eating in young adolescent children. *International Journal of Eating Disorders*, 25(4), 435-440.
- Elfhag, K. & Linné, Y. (2005). Differences in association of eating pathology between mothers and their adolescent offspring. *Obesity research*, 13(6), 1070-1076.
- Esnaola, I., Infante, G., Rodríguez, A. & Goñi, E. (2011). Relación entre variables psicosociales y la salud percibida. *Revista de Psicología del Deporte*, 20(2), 413-427.
- Ferreiro, F., Seoane, G. & Senra, C. (2011). Gender-related risk and protective factors for depressive symptoms and disordered eating in adolescence: A 4-year longitudinal study. *Journal of Youth and Adolescence*, 41(5), 607-622.
- Galimberti, E., Fadda, E., Cavallini, M. C., Martoni, R. M., Erzegovesi, S. & Bellodi, L. (2013). Executive functioning in anorexia nervosa patients and their unaffected relatives. *Psychiatry Research*, 208(3), 238-244. doi: [org/10.1016/j.psychres.2012.10.001](http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2012.10.001)
- Garrido, A. & García, E. (2011). Trastornos alimentarios. *Reduca: Recursos Educativos, Serie Medicina (Psiquiatría)*, 3(16), 1-40.
- Geist, R., Heinmaa, M., Katzman, D. & Stephens, D. (1999). A comparison of male and female adolescents referred to an eating disorder program. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44(4), 374-378.
- González, L., Unikel, C., Cruz, C., Caballero, A. (2003). Personalidad y Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Salud Mental*, 26 (3), 1-8.
- Goodman, S, Blinder, B., Chaitin, B. & Hagman, J. (1998). *The eating disorders: Medical and Psychological Bases of Diagnosis and Treatment*. Nueva York: PMA Pub Corp.
- Green, M., Elliman, N., Wakeling, A. & Rogers, P. (1996). Cognitive functioning, weight change and therapy in anorexia nervosa. *Journal of Psychiatry Research*, 30, (5), 401-410.
- Guerro-Prado, D., Barjau, J. & Chinchilla, A. (2001). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria e influencia mediática: Una revisión de la literatura. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 29(6), 403-410.
- Halmi, K. A. & Kaye, W. (2007) Susceptibility genes for anorexia and bulimia nervosa. *Appetite*, 49, 272–341. doi: [10.1016/j.appet.2007.03.085](http://dx.doi.org/10.1016/j.appet.2007.03.085)

- Hernando, B. (2000). Tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia y Bulimia. *Inf Ter Sist Nac Salud*, 24, 44-50.
- Higgins, E. T. (1987). Self discrepancy: A theory relating self and affect. *Psychological Review*, 94(3), 319-340.
- Hoek, H. W. (2006). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 19(4), 389-394.
- Holliday, J., Tchanturia, K., Landau, S., Collier, D. & Treasure, J. (2005). Is Impaired Set-Shifting an Endophenotype of Anorexia Nervosa? *The American Journal Psychiatry*, 162, 2269–2275. doi: 10.1176/appi.ajp.162.12.2269
- Holliday, J. Uher, R. Landau, S. Collier, D. & Treasure, J. (2006) Personality pathology among individuals with a lifetime history of anorexia nervosa. *Journal of Personality Disorders*, 20(4), 417- 430.
- Instituto Nacional de Salud Pública (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Recuperado de <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
- Jarry, J. L. (1998). The meaning of body image for women with eating disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 43(4), 367-374.
- Jáuregui, I. (2009). Cronicidad en trastornos de la conducta alimentaria. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 10, 1086-1100.
- Joiner, T., Katz, J. & Heatherton, T. (2000). Personality features differentiate late adolescent females and males with chronic bulimic symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, 27(2), 191-197
- Kaplan, H. I. & Sadock, B. J. (2000). *Sinopsis de Psiquiatría Ciencias de la conducta, Psiquiatría clínica*. Madrid: Editorial Médica Panamericana (8ª. Edición).
- Kaye, W., Gendall, K. & Kye, C. (1998). The role of the central nervous system in the psychoneuroendocrine disturbances of anorexia y bulimia nervosa. *The psychiatric clinics of Norte America*, 21(2), 381-395.
- Kaye, W., Strober, M., Stein, D. & Gendall, K. (2000). Nuevas directrices para la investigación en el tratamiento de la anorexia y la bulimia nerviosa. *RET, Revista de Toxicomanías*, 22, 14-22.
- Kenardy, J. & Ball, K. (1998). Disordered eating, weight dissatisfaction and dieting in relation to unwanted childhood sexual experiences in a community sample. *Journal of Psychosomatic Research*, 44(3-4), 327-337.
- Kent, A., Waller, G. & Dagnan, D. (1999). A greater role of emotional than physical or sexual abuse in predicting disordered eating attitudes: The role of mediating variables. *International Journal of Eating Disorders*, 25(2): 159-167.
- Klingspor, B. (2002). Gender Related self-discrepances and bulimic eating behavior. *Sex Roles*, 47(1/2), 51-54.
- Lakkis, J., Ricciarelli, L. & Williams, R. (1999). Role of sexual orientation and gender-related traits in disordered eating. *Sex Roles*, 41(1-2), 1-16.
- Lara Cantú, Ma. (1993). *Inventario de Masculinidad y Femenidad*. México: Manual Moderno.
- Lobera, I., Romero, J., Bolaños, P., Montes, C., Díaz, R., Montaña, M., Morales, ...Vargas, N. (2009). Conducta alimentarias e imagen corporal en una muestra de adolescentes de Sevilla. *Nutrición Hospitalaria* 24(5), 568-573.

- Lucas, A. R. (1996). Anorexia nervosa and bulimia nervosa. En M. Lewis (Comp.) *Child and Adolescent Psychiatry a comprehensive textbook*. Londres: William and Wilkins (2^a Ed.).
- Ludwig, M. & Brownell, K. (1999). Lesbians, bisexual women, and body image: An investigation of gender roles and social group affiliation. *International Journal of Eating Disorders*, 25(1), 89-97.
- Mancilla, J., Lameiras, M., Vázquez, R., Álvarez, G., Franco, K., López, X. & Ocampo, M. (2010). Influencias socioculturales y conductas alimentarias no saludables en hombres y mujeres de España y México. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 1, 36-47.
- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Texto revisado DSM-IV-TR (2002). México: Elsevier Masson.
- Matsunaga, H., Kaye, W., McConaha, C., Plotnicov, K., Pollice, C., Rao, R. & Stein, D. (1999). Psychopathological characteristics of recovered bulimics who have a history of physical or sexual abuse. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187(18), 472-477.
- Medina-Mora, M. E., Cravioto, P., Villatoro, J., Fleiz, C., Galván-Castillo, F., & Tapia-Conyer, R. (2003). Consumo de drogas entre adolescentes: resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones, 1998. *Salud Pública de México*, 45, s16-s25
- Meler, M. E. L., & Planell, L. S. (2013). *Comprender la anorexia, la bulimia y el trastorno por atracón*. México: AMAT.
- Méndez, Vázquez-Velázquez & García-García (2008). Los trastornos de la conducta alimentaria, *Bol Med Hosp Infant Mex*, 65, 580-592.
- Mendoza, J., González, K. E. & Silva, C. (2013). Autopercepción, ideal personal y prescripción del rol de género con relación a las actitudes hacia la alimentación en un grupo de mujeres adolescentes. *Psicología y Salud*, 23(1), 63-73
- Meyer, C., Blisset, J. & Oldfield, C. (2001). Sexual Orientation and eating psychopathology: The role of masculinity and femininity. *International Journal of Eating Disorders*, 29(3), 314-318.
- Moulton, P. Moulton, M. & Roach, S. (1998). Eating disorders: A means of seeking approval? *Eatig Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 6(4), 319-327.
- Murnen, S. & Smolak, L. (1997). Femininity, masculinity, and disordered eating: A meta-analytic review. *Journal of Eating Disorders*. 22, 231-242.
- Neumark, D., Paxton, S., Hannan, P., Haines, J. & Story, M. (2005). Does body satisfaction matter? Five-year longitudinal associations between body satisfaction and health behaviors in adolescent females and males. *Journal of Adolescent Health*, 39, 244-251.
- Norman, K. (1996). *Trastornos de la alimentación en Psiquiatría General*. En H. H. Goldman (Comp.). México: Manual Moderno (4^a Edición).
- Núñez, R. (2000). *Aplicación del MMPI a la psicopatología*. México: Manual Moderno.
- Núñez, R. (1991). *Manual práctico del MMPI, Pruebas psicométricas de la personalidad*. México: Trillas.
- Núñez, R. (2000). *Aplicación del MMPI a la psicopatología*. México: Manual Moderna (3^a Edición).
- Nuño-Gutiérrez, B. L., Celis-de la Rosa, A., & Unikel-Santoncini, C. (2009). Prevalencia y factores asociados a las conductas alimentarias de riesgo

- en adolescentes escolares de Guadalajara según sexo. *Revista de Investigación Clínica*, 61(4), 286-93.
- Ochoa de Alda, I. (2009). La importancia de la imagen corporal, la alexitimia, la autoestima y los estilos de crianza en jóvenes con Trastorno de Conducta Alimentaria. *Revista de Estudios de la Juventud*, 84, 106-124.
- O'Dea, J. A. & Abraham, S. (1999). Onset of disordered eating attitudes and behaviors in early adolescence: interplay of pubertal status, gender, weight, and age. *Adolescence*, 34(136), 671-679.
- Ocampo, M.M., (2008). El espectro día y la alimentación y sus trastornos. En *Manual Para El Diagnóstico y Tratamiento Del Espectro de Depresión, Insomnio, Ansiedad (DIA)*, (pp. 122-131). Recuperado de <http://psiquiatrasapm.org.mx/PDF/ManualDiagnosticoTratamientoEspectroDIA.pdf#page=123>
- Perpiña, C., Roncero, M. & Belloch, A. (2008) Intrusiones sobre trastornos alimentarios en población general: Desarrollo y validación del inventario de pensamientos intrusos alimentarios (INPIAS). *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13(3), 187-203.
- Peláez, M. A., Labrador, F. J. y Raich, R. M. (2005). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones metodológicas. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5(2), 135-148.
- Peláez, R., Labrador, F., & Raich, R. (2006). Epidemiología de los trastornos del comportamiento alimentario en España. *Trastornos alimentarios en Hispanoamérica*, 89-122.
- Peláez, M. A., Labrador, F. J. y Raich, R. M. (2007). Prevalence of eating disorders among adolescent and young adult scholastic population in the region of Madrid (Spain). *Journal of Psychosomatic Research*, 62, 681-690.
- Portela de Santana, M., Da Costa, H., Mora, M. & Raich, R. (2012). La epidemiología de los factores de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión. *Nutrición Hospitalaria*, 27(2), 391-401.
- Probst, M., Pieters, G. & Vanderlinden, J. (2008). Evaluation of body experience questionnaires in eating disorders in female patients (AN/BN) and nonclinical participants. *International Journal of Eating Disorders*, 41(7), 657-665.
- Probst, M., Vancamfort, D., Pieters, G. & Vanderlinden, J. (2008). Body experience and mirror behavior in female eating disorders patients and non clinical subjects. *Psychological Topics*, 17(2), 335-348.
- Probst, M.; Vandereycken, W. & Van Coppenolle, H. (1998). The significance of body size estimation in eating disorders: Its relationship with clinical and psychological variables. *Eating Disorders*, 24, 167-174.
- Probst, M., Vandereycken, W., Van Coppenolle, H. & Pieters, G. (1998). Body size estimation in anorexia nervosa patients: The significance of overestimation. *Journal of Psychosomatic Research*, 44(3-4), 451-456.
- Pryor, T. & Wiederman, M. (1998). Personality features and expressed concerns of adolescents with eating disorders. *Adolescence*, 33(130), 291-300.
- Rivera Jiménez, O. (1991). *Interpretación del MMPI en psicología clínica, laboral y educativa*. México. Manual Moderno.

- Roncero, M. (2011). Los trastornos de la conducta alimentaria y el espectro obsesivo-compulsivo: intrusiones mentales, egodistonia y creencias. Recuperado de http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/22943/ TESIS_M.Roncero.pdf?sequence=1
- Rosen, J. C. & Ramírez, E. (1998). A comparison of eating disorders and body dysmorphic disorder on body image and psychological adjustment. *Journal of Psychosomatic Research*, 44(3-4), 441-449.
- Rosch, D., Crowther, J. & Graham, J. (1991). MMPI-derived éronality description and personality subtypes in and undergraduate bulimic population. *Psychology of Addictive Behavior*, 5(1), 15-22.
- Rovira, B. L. & Chandler, E. (2011). Sintomatología somática. En B. L. Rovira & E. Chandler (coords.), *Anorexia nerviosa. Curioso no comer para vivir* (pp. 69-73). Recuperado de http://centroab.com.ar/articulos/libro_anorexia-nerviosa.pdf#page=61
- Rudd, J. & Herzberger, S. (1999). Brother-Sister incest father-daughter incest: a comparison of characteristics and consequences. *Child Abuse and Neglect*, 23(9), 915-928.
- Ruiz, A., Vázquez, R., Mancilla, J. M. & Trujillo, E. M. (2010). Influencia de factores socioculturales en mujeres jóvenes y sus padres en los trastornos del comportamiento alimentario. *Psicología y Salud*, 20(2), 169-177.
- Russell, G. (1979). Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9(3), 429-448.
- Russell, G. (1967). The nutritional disorder in anorexia nervosa. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(1), 141-149.
- Salas, F., Hodgson, M., Figueroa, D. & Urrejola, P. (2011). Características clínicas de adolescentes de sexo masculino con trastornos de la conducta alimentaria. Estudio de casos clínicos. *Rev Med Chile*, 139, 182-188.
- Sánchez, M.J. (2005) Anorexia Nerviosa y perfiles de riesgo. *Gazeta de Antropología*, 21(8). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10481/7187>
- Selvini-Palozzoli, M. (1985). Anorexia nervosa. A syndrome of the affluent society. *Transcultural Psychiatric Research Review*, 22, 199-205.
- Shomaker, L. & Furman, W. (2010). A prospective investigation of interpersonal influences on the pursuit of muscularity in late adolescent boys and girls. *J Health Psychol*, 15(3), 391-404. doi: 10.1177/1359105309350514
- Silva, C. (2001). *Caracterización de un grupo de pacientes con trastornos de la alimentación: Estudio descriptivo*. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Silva-Gutiérrez, C., & Sánchez-Sosa, J. J. (2006). Ambiente familiar, alimentación y trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Mexicana de Psicología*, 23(2), 173-183.
- Silva, C., Mendoza, J., & González, E. (2014). Varones Adolescentes: Rol de género y actitudes hacia el peso y la alimentación. *Revista Mexicana de Psicología*, 31(1), en prensa.
- Silverstein, H., Perdue, L., Wolf, C & Pizolo, C. (1988). Bingeing, purging, and estimates of parental attitudes reading female achievement. *Sex roles*, 19(11-12), 723-733.
- Silverstein, B & Perlick, D. (1995). The cost of competence. Why inequality causes depression, eating disorders, and illness in women. New York: Oxford University Press.

- Staudt, M. A., Rojo, N. & Ojeda, G. (2006). Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa. *Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina*, 156, 24-30.
- Stein, K. Y Ronis, D., (2010). Personal Identities and disordered eating behaviors in mexican american women. *Eat Behav*, 11(3) 197-200.
- Stein, A., Woolley, H., Cooper, S., Winterbottom, J., Fairburn, C. & Cortina, M. (2006) Eating habits and attitudes among 10-year-old children of mothers with eating disorders. *British journal of psychiatry*, 189, 324-329.
- Steiner, H. & Lock, J. (1998). Anorexia Nervosa y Bulimia Nervosa in children and adolescents: A Review of the past 10 years. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 37(4), 352-359.
- Steinhausen, H. (2009). The outcome of bulimia nervosa: findings from one-quarter century of research. *American Journal of Psychiatry*, 166(12), 1331-1341.
- Steinhausen, H. (2002). The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *American Journal of Psychiatry*, 159(8), 1284-11293.
- Steinhausen, H. (1994). Anorexia and bulimia nervosa. En M. Rutter, E. Taylor & L. Hersov (Comps.) *Child and Adolescent Psychiatry: Modern Approaches*. Londres: Blackwell Scientific Publications (3^a. Ed.).
- Stice, E., Hayward, C., Cameron, R. P., Killen, J. & Taylor, B. (2000). Body-Image and eating disturbances: Predict onset of depression among female adolescents: A longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(3), 438-444.
- Strober, M. (1981). The significance of bulimia in juvenile anorexia nervosa: An exploration etiologic factors. *International Journal of Eating Disorders*, 1(1), 28-43.
- Surgenor, L. & Fear, J. (1998). Eating disorder in a transgendered patient: A case report. *International Journal of Eating Disorders*, 24 (4), 449-452.
- Timmerman, M., Wells, L. & Chen, S. (1990). Bulimia nervosa and associated alcohol abuse among secondary school students. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 29(1), 118-122.
- Twamley, E. M. & Davis, M. C. (1999). The sociocultural model of eating disturbance in young women: The effects of personal attributes and family environment. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 18(4), 467-489.
- Toro, J., Nieves, K., & Borrero, N. (2010). Cuerpo y masculinidad: Los desórdenes alimentarios en los hombres. *Interamerican Journal of Psychology*, 44(2), 225-234
- Unikel, C. (1998). *Desórdenes alimentarios en mujeres estudiantes y profesionales del Ballet*. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología: Universidad Autónoma de México.
- Van Son, G., Van Hoeken, D., Bartelds, A., Van Furth, E. & Hoek, H. (2006) Urbanisation and the incidence of eating disorders. *British Journal of Psychiatry*, 189, 562-563.
- Vega, V., Piccini, M., Barrionuevo, J. A. & Tocci, R. (2009). Depresión y trastornos de la conducta alimentaria en una muestra no clínica de adolescentes mujeres. Recuperado de <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v16/v16a10.pdf>
- Walsh, B. T. & Devlin, M. J. (1998). Eating disorders: Progress and problems. *Science*, 280, 1327-1329.

- Van den Berg, P., Mond, J., Eisenberg, M., Ackard, D. & Neumark-Sztainer, D. (2010). The link between body dissatisfaction and self-esteem in adolescents: Similarities across gender, age, weight status, race/ethnicity, and socioeconomic status. *J Adolesc Health, 47*(3), 290-296.
- Vansteelandt, K., Pieters, G, Vanderlinden, J, & Probst, M. (2010). Body dissatisfaction moderates weight curves in the inpatient treatment of Anorexia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 43*(8), 694-700.
- Vega, V. C., Piccini, M., Barrionuevo, J. A., & Tocci, R. F. (2009). Depresión y trastornos de la conducta alimentaria en una muestra no clínica de adolescentes mujeres; Depression and eating disorders in a non clinical sample of adolescent women. *Anu. investig.-Fac. Psicol., Univ. B. Aires, 16*, 103-114.
- Walsh, B. T. & Devlin, M. J. (1998). Eating disorders: progress and problems. *Science, 280*, 1327-1329.
- Webster, J. & Tiggerman, M. (2003). The relationship between women's body satisfaction and self-image across life span: The role of cognitive control. *The Journal Of Genetic Psychology: Research and Theory on Human Development, 164*(2), 241-252.
- Wiederman, M., Sansone, R. & Sansone, L. (1998). Disordered eating and perceptions of childhood abuse among women in a primary care setting. *Psychology of Women Quarterly, 22*(3), 493-497.
- Ziolko, H. (1996). Bulimia: A historical outline. *International Journal of Eating Disorders, 20*(4), 345-358.