



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

" AUTOCONCEPTO EN EL TRASTORNO
DE BULIMIA "

T E S I S

Que para obtener el Título de
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

p r e s e n t a:

MA. GUADALUPE GALINDO ROMAN

Asesor: Mtro. Francisco A. Morales Carmona

Cd. Universitaria

1993

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

INTRODUCCION -----	4
--------------------	---

CAPITULO I

1.1. ANTECEDENTES DE BULIMIA -----	7
1.2. VENTAJAS DE LA BULIMIA -----	14
1.3. DIFERENCIAS ENTRE BULIMIA Y ANOREXIA -----	15
1.4. ENFOQUE PSICODINAMICO -----	16
1.5. ENFOQUE CONDUCTISTA -----	17
1.6. ENFOQUE GRUPAL -----	18
1.7. FISIOLOGIA -----	20
1.8. FARMACOLOGIA -----	23
1.9. PERSONALIDAD -----	25

CAPITULO II

2.1.	AUTOCONCEPTO	29
2.2.	AUTOESTIMA	33
2.3.	AUTOIMAGEN	34

CAPITULO III

3.1.	METODOLOGIA	36
3.2.	HIPOTESIS	36
3.3.	VARIABLES	38
3.4.	DISENO	39
3.5.	METODO	40
3.6.	INSTRUMENTO	40
3.7.	TRATAMIENTO ESTADISTICO	43
3.8.	PROCEDIMIENTO	44

CAPITULO IV

4.1.	RESULTADOS	46
4.2.	DISCUSION	56
4.3.	CONCLUSIONES	62
4.4.	SUGERENCIAS	63
	BIBLIOGRAFIA	65

INTRODUCCION

La convicción de que el ser humano está inextricablemente ligado a su familia y a su entorno, y de que estos son la fuente primordial de presiones pero también de recursos; la constatación de que los trastornos de la alimentación se extienden cada día, abarcando más edades y grupos sociales, al tiempo de que la presión social por una figura cada vez más delgada se ha convertido en una suerte de tiranía de valores, ha hecho imprescindible describirlos y abordarlos teniendo en cuenta estos contextos que los promueven y mantienen. (Rausch, 1990).

Las sociedades occidentales, no son sólo sociedades de consumo, sino también de conformación pluralista y sujetas a cambios cada vez más veloces. Ello agrava los problemas del autocontrol, de la autonomía y la identidad para quienes viven en dichas sociedades, expuestas como están a una vasta gama de exigencias y expectativas contradictorias. Esto puede verse con particular claridad por la manera en que se presentan cuerpos y alimentos y se los concibe como valores o su opuesto. Por un lado, los medios de comunicación abundan en avisos de alimentos de altas calorías; por el otro, esos mismos medios predicán el

carácter deseable de la esbeltez, el atractivo, la aptitud física y la concomitante necesidad de autocontrol, dietas y restricciones. (Toro, 1987)

De esta manera en el momento histórico en el que vivimos, los trastornos del comportamiento alimenticio están aumentando alarmantemente, trayendo a las personas afectadas una probable desadaptación, tanto laboral, como social, familiar y sexual. El aumento de incidencia en bulimia, la poca bibliografía existente, así como las pocas investigaciones, obliga a constatar que todavía se sabe muy poco acerca de este género de trastorno.

En efecto la bulimia constituye un cuadro complejísimo en el que se entrelazan inseparable y confusamente hechos socioculturales, conductuales, neuroendócrinos, cognitivos y emocionales. No estando todavía delimitadas cada una de estas áreas participantes, no se conocen sus mecanismos de engarce, no se sabe con exactitud a quién corresponden los papeles primarios y aquíén los secundarios. (Sorosky, 1988).

La bulimia no puede extenderse sin la existencia de unos hábitos y valores socioculturales determinantes y definidores de los estereotipos estéticos concernientes al cuerpo. Las mujeres son las principalmente afectadas por esta influencia, sin saberlo, sin quererlo aceptar, sin reconocerlo; las mujeres jóvenes están siendo utilizadas aunque sea premeditadamente, como una especie de cabeza de turco en las que se experimentan las modas y frivolidades estéticas de una cultura sumamente peculiar. (Herscovici, 1987).

En el siglo XX gran parte de la población, dispone de alimentos de alta densidad calórica, la obesidad prevalece en los grupos tanto de nivel socioeconómico inferior como medio. En las clases altas, a medida que se dispone de alimentos más gustosos y atractivos, hay un mayor interés por evitar la obesidad; los kilos extra ya no son signo de lujo; respecto al control de peso y a la búsqueda de delgadez se asocia un aumento de pacientes con desórdenes alimenticios. (Rausch, 1990).

El drama vivido por las bulímicas, anoréxicas y quienes padecen de un trastorno en su alimentación así como su creciente número, está llevando en los últimos tiempos a la proliferación de sociedades y asociaciones organizadas en su mayor parte

al estilo de los "Alcohólicos Anónimos", orientadas a suministrar el apoyo social y la comprensión imprescindible para poder vivir equilibradamente.

Revisando la bibliografía sobre el tema, resultan las siguientes conclusiones: La prevalencia de trastornos de personalidad entre individuos con trastorno alimenticio es incierta. Asimismo, resultan poco claras las implicaciones pronósticas y temas específicos de tratamiento. Por otro lado, si bien no es posible asociar algún tipo de personalidad específico con trastorno alimentario, la observación clínica y los estudios psicométricos indican que ciertos rasgos de personalidad son comunes a subtipos de pacientes; tales como, inseguridad social, excesiva dependencia y complacencia, poca espontaneidad y falta de autonomía, como predisponentes, en tanto que introversión, depresión y proclividad se observan, como factores complicantes, vinculados a la condición de pacientes, (Rausch, 1990).

Por otro lado, aun cuando no se sabe con certeza si los trastornos en la imagen corporal son consecuencia o determinantes para un trastorno alimenticio, cuando están presentes, son factores perpetuantes significativos. Se ha observado en tales personas la existencia de una baja autoestima, tanto como una distorsión sobre su talla y sobre su figura.

Desde el punto de vista integral, los componentes de su autoconcepto, esto es la manifestación de su identidad corporal y estima de sí mismo, no encuentran acervo de seguridad, ni posibilidad de éxito y de adaptación. (Brodie, 1988).

Existen múltiples estudios registrados en la literatura extranjera, que describen y analizan problemas de alimentación, íntimamente relacionados con problemas del comportamiento: obesidad, anorexia, bulimia. A la fecha en México no se cuenta con un reporte confiable de la incidencia, tratamiento, seguimiento, etc. de quienes presentan el trastorno de bulimia.

El objetivo del presente estudio fué conocer los problemas que con respecto al concepto de sí mismo muestra un grupo de mujeres con el trastorno de bulimia.

CAPITULO I ANTECEDENTES DE BULIMIA

Los desórdenes alimenticios y la conducta de control de peso, ha estado siendo cada vez más prevalente entre mujeres jóvenes, al parecer como una tentativa de obtener o mantenerse en buena figura.

Entre los años 60's y 70's, apareció una plétora de libros y artículos referidos a los trastornos de la alimentación, especialmente, de anorexia nerviosa. En la década de los 80's, sobre todo después de la demarcación que se le dió a la bulimia en el DSM-III, el número de publicaciones sobre este tema logró ser equivalente. Las primeras investigaciones de bulimia aparecieron en la literatura en 1983. Rusell (1979), utilizó la expresión bulimia nerviosa para describir un grupo de pacientes que presentan una necesidad de comer más allá de la saciedad, vomitar y utilizar laxantes tras sus ingestas.

La conducta de comer exageradamente, nos recuerda la historia de la antigua Roma y sus festines, que ha sido evocada por la pintura, el cine,

la literatura y otras artes. Se sabe que los Romanos preparaban grandes banquetes en los cuales los comensales se repartían y engullían los alimentos, para luego estimular la garganta con plumas o ingerir eméticos, vomitar y de esta manera reiniciar su glotonería, (Fischer, 1976).

Esta práctica condujo al uso de vomitivos y posiblemente, al empleo del término "bulimia" que deriva del griego "bulimy" y que significa hambre voraz, (Kaplan y Garfinkel, 1984).

Sin embargo, esto sólo sucedía en las clases sociales altas y era una señal de poder. Más tarde, cuando la obesidad dejó de ser considerada como un signo de prosperidad, estas conductas fueron condenadas por la sociedad, (Rausch, 1990).

En el Talmud (400-500 a.C.) el término "boolumut" se utiliza para describir un síndrome en el cual una persona está tan agobiada por el hambre, que tanto su juicio en relación con el alimento como su nivel de conciencia respecto de acontecimientos externos se encuentra menoscabada.

James (1743), empleó el término "boolumus" en asociación con "caninus appetitus" para describir la forma en que la persona vomitaba como un perro, para aliviar el estómago, luego de ingerir demasiada comida. (Fischer, 1976).

Durante muchos años se describieron los síntomas clínicos de la bulimia. Sin embargo tales síntomas fueron considerados generalmente como la consecuencia de estados neuróticos más que como un síndrome diferenciado.

Tenemos así, que en 1916 Abraham, describió un cuadro de sobrealimentación, particularmente más común en mujeres, el cual se trataba, en su opinión, de una hambre neurótica derivada de la ansiedad, así como de un conflicto internalizado, que no dependía de un estómago lleno o vacío, sino más bien, de una represión de la libido y que dicho trastorno se asemejaba más comúnmente a un proceso de adicción.

Alexander, F. (1934), consideró a la bulimia en el marco de una neurosis de órgano e integrada en la categoría de trastornos gastro-intestinales. Fenichel (1945), la trata como una "toxicomanía" sin droga. J.M. MacDougall (1974), sitúa a la bulimia como un deslizamiento hacia la perversión adictiva, con explosión

en el cuerpo, que no es ni una comunicación (neurótica) ni una recuperación (psicótica), sino como función de un acto, o de una descarga, que bloquea el trabajo psíquico.

El reconocimiento de la bulimia como un síndrome particular, sobrevino sólo cuando se hizo evidente que la conducta de la alimentación compulsiva y la provocación de vómitos, acaecía en individuos que no tenían antecedentes de desórdenes en el peso, como producto de la anorexia o de una obesidad. (Sorosky, 1988).

En 1978 Boskind-White, acuñaron el término "bulimarexia" caracterizada por episodios alternados de alimentación y dieta estricta, que van acompañados de baja autoestima, desvalorización de la imagen corporal y miedo al rechazo en las relaciones interpersonales. Sus conclusiones resaltan la importancia de los factores socioculturales que entretujan estereotipos de lo que debe ser una mujer, de la belleza, de la feminidad, etc, y que llevan a las mujeres a entregar a otros su poder de autodefinición.

En la actualidad, la bulimia tiene una variedad de vocablos diferentes, utilizados en la literatura profana y profesional para describir dicho síndrome: "bulimia nerviosa", "síndrome de ingestión-evacuación", "bulimarexia" y "síndrome del comedor compulsivo". El término de "bulimia de peso normal" se utiliza ahora ampliamente como una manera de diferenciar el síndrome primario del subtipo bulímico que se presenta en la anorexia nerviosa. (Sherman y Col. 1988).

De acuerdo con la información disponible, este síndrome, tal cual se presenta en los pacientes, probablemente ocurra entre un 1 y 2 por ciento de mujeres, entre los 18 y 30 años de edad. Los porcentajes mayores pueden representar un estudio temprano de la enfermedad o corresponder a individuos que tienen una predisposición a desarrollar la enfermedad o hacen referencia a anomalías en la alimentación que son clínicamente insignificantes. (Sherman, 1988).

Las pacientes con este desorden tienen una muy severa perturbación del patrón alimenticio, aun y cuando su peso corporal tiende a situarse dentro del rango normal. La causa de esta afección continúa siendo un enigma. Probablemente la etiología y los factores de su mantenimiento, radiquen en la interacción de fenómenos biológicos, psicológicos y socioculturales. (Sorosky, 1988).

Semejante a lo que se ha visto en el alcohólico y en el farmacodependiente, las personas bulímicas al parecer han aprendido o tienen una predisposición a utilizar el alimento, como un medio de abordar el estrés o los conflictos emocionales. No obstante, los extremos de este padecimiento se explican cuando observamos cómo las ideas y valores de estas personas, acerca del alimento y del control del peso, provienen de creencias ordinarias que comparten con familiares, colegas y amigos. (Dunker, 1984).

Es real que desde hace varios años, se asocia la imagen delgada y aun desnutrida con modelos exitosos de diferentes tipos. Así también existe una amplia variedad de revistas de moda y salud, que animan a las personas a mejorar, sometiendo a dietas y ayunos.

Gran parte de las estrategias de este tipo de automejora son bastante drásticas y los fines no son sólo estéticos. Es una forma de cumplir con la obligación de hacer algo por uno, gracias a los esfuerzos personales.

Con la promesa además, de que toda persona que emprenda estos regímenes, se sentirá con más vida, será más buena, tendrá más confianza en sí misma, se habrá limpiado y purificado y se desenvolverá más positivamente. (Dunker, 1984).

De este modo es fácil ver cómo el fomento de este tipo de ideas, relativas a la responsabilidad personal, el autocontrol, el trabajo duro, la dedicación y el éxito, entran en la espiral psicológica de la sociedad y por supuesto de quienes desarrollan un trastorno alimenticio.

Las personas que por dieta, ejercicios o ambas cosas, pasan a ser anoréxicas o bulímicas, casi siempre han tenido dificultades para alcanzar cierto sentido de quiénes son. En la bulimia, pasar de una hambre controlada a una glotonería desenfrenada, implica una semejanza con todas las otras distinciones y actitudes que la persona realiza frente a las cosas que le son importantes. (Rausch, 1990).

Existen dos teorías que sugieren que la búsqueda de delgadez a través de un sobrecontrol en la ingesta de alimentos, constituye un medio para crear un sentido más firme del Yo, en aquellas personas que está ausente.

En la teoría de la "espiral" (Dunker-Slade, 1984), se dice que el sobrecontrol en la ingesta de alimento que práctica la bulímica de peso normal tanto como la anoréxica restrictiva suprime la sensación de confusión e ineficiencia que suelen experimentar estas personas en diferentes áreas de su vida, para sustituirlo por calma y un sentido de orden.

En la teoría de la "regresión psicobiológica" (Crisp, 1971), se dice que la adolescente ante la búsqueda de identidad con respecto a la naciente sexualidad y a las presiones sociales propias de esta época, encuentra alivio al disminuir o sobrecontrolar su ingesta alimenticia porque precisamente con ello embota su interés sexual. Al disminuir los deseos de establecer una relación sexual se bloquea un componente esencial de esta crisis de identidad.

En ambos casos la persona a través de la privación de alimentos y lo que esto conlleva, mantiene cierto sentido del Yo a costa de bloquear gran parte de su potencial.

Existen algunas situaciones emocionales que llevan a un sujeto a una ingesta mayor de lo habitual y que no se trata de bulimia; por ejemplo, es frecuente verlo en los adolescentes en época de exámenes, debido al estrés, pero la diferencia con la bulimia radica en que la ingesta vuelve a lo normal, transcurrido el periodo de exigencia extrema. Algunas enfermedades orgánicas se presentan con hiperfagia llamativa, por ejemplo, el hipertiroidismo, la diabetes, algunos tumores hipotalámicos, el síndrome de Prader Willi (forma de obesidad congénita), algunas afecciones no tumorales del sistema nervioso con compromiso de la región hipotalámica. Algunas otras situaciones fisiológicas, como el desarrollo puberal especialmente en los varones, pueden generar asombro por las copiosas ingestas que naturalmente tienen lugar, (Michel, 1986).

La bulimia puede entonces leerse como una desarmonía de la función alimenticia. Esto es, hay cierto número de necesidades que estamos acostumbrados a identificar con bastante fiabilidad como son: la necesidad de sueño, la sed, la necesidad de orinar o defecar y precisamente el hambre. Una confusión en el reconocimiento de las señales del cuerpo (sensaciones interoceptivas), lleva consigo un mal funcionamiento, en este caso, el del comportamiento alimenticio.

En 1968 después de varias investigaciones se planteó la teoría "externalista" por S. Schachter, la cuál dice que la conducta de alimentarse en un sujeto normal, concuerda estrechamente con las señales internas de su cuerpo (como es la motilidad gástrica) y la sensación subjetiva del hambre.

A diferencia de los sujetos normales, en los obesos, esta conducta no tendría en absoluto en cuenta tales determinaciones y dependería esencialmente de factores externos como: la disponibilidad de la comida, de la hora o del lugar, que haría muy acorde la sensación de hambre.

A semejanza de los obesos, los bulímicos también han adquirido mal el sentido de la saciedad, pues son comilones sin señales fisiológicas. Sin embargo, la bulimia no es precisamente, ni hiperfagia de las comidas, ni gula, ni la manía de picotear entre horas.

Los pacientes bulímicos comen tan pronto "muy poco" tan pronto "enormemente", pueden estar durante largos periodos de tiempo sin hacer nunca una comida, entendiendo por comida, secuencias ordenadas de alimento a horas dadas, en una mesa común y en un lugar destinado para este uso. (Rausch, 1990).

Para Hilde-Bruch (1975), el desarreglo del comportamiento alimenticio, refleja un trastorno en la conciencia de sí, ya que comer sin control, al margen de toda referencia a tiempos y a lugares, se presenta como un funcionamiento desesperado que marca toda la experiencia que tiene el sujeto de su cuerpo y de su identidad.

Se piensa que el acto aparentemente alimenticio que se realiza en la bulimia, es una paradoja, pues dicho acto no consiste precisamente en alimentarse, lo que se consume durante una crisis bulímica, no suele ser identificable casi nunca, los sujetos no saben bien a bien, cuánto y qué alimentos consumen. (Igoín, 1990).

Sin embargo, la comida que resulta más apetible, al parecer, son los alimentos más ricos en calorías y más pobres en proteínas, es decir, los peores para la nutrición. Se toma lo que es más fácil de comer y en el menor tiempo posible, quizá alimentos que puedan comerse directamente del envase sin calentarlos. Y sólo cuando los numerosos envoltorios, cartones, tarros, botes y botellas, esparcidos aquí y allá se han vaciado.

Acabada la orgía, se acuestan, vomitan, se miran al espejo y lloran. Llegado ese momento el sujeto no podría hacer otra cosa que entregarse a negras meditaciones y reproches. Momento de recapitulación en que cada cuál toma conciencia exacta de su problema. (Rausch, 1990).

Hay que recalcar que muy pocas personas practican de manera totalmente voluntaria estos actos, incluso las pacientes no siempre se percatan de que están en un juego, de que están atrapadas en un trastorno. En la mayoría de los casos pasa mucho tiempo para que se den cuenta de que hay un problema y de cómo se enfrentan a las consecuencias no anticipadas de sus actos. No obstante, al percatarse de éstas dificultades, muchas veces experimentan cierta desesperación por sentirse incapaces de escapar de la trampa y de sentir confianza, control de sí mismas, autodirección y contacto con la realidad. (Herzovici, 1987).

En una investigación realizada por Abraham y Beaumont (1982), se obtuvo que la edad promedio más común en su muestra de bulímicas fué de 15 y 27 años. El promedio de duración de los atracones fue de casi 4 años, el vómito autoinducido de 3 y medio años, observándose también que la mitad de sus pacientes tuvo un atracón mínimo por día durante cuatro semanas antes del estudio, con una duración aproximada de 50 minutos y con una ingesta de alrededor de 3624 calorías.

Por otro lado es importante distinguir entre enfermedad física y acción deliberada en que se comporta una persona, ya que ambas generan respuestas muy distintas en la sociedad. Por lo regular no se considera que un sujeto tenga la misma capacidad de elección tratándose de enfermedades físicas, que si se tratara de las cosas que hace. Por tanto, cuando se piensa que algo es consecuencia de algún acto de la persona, tiende a haber ideas relativas sobre responsabilidad personal y en ocasiones a culpabilizar. Pero si se juzga que algo es una enfermedad física, se supone que sale sobrando lo referente a responsabilidad y culpa. (Dunker, 1984).

La imposibilidad de clasificar a la bulimia de peso normal, al igual que a la anorexia nerviosa como una enfermedad física o como un acto deliberado, rebasa los límites de lo académico. Los familiares de la paciente que regularmente come en exceso para después vomitar, tal vez sólo piensen que ella está muy consentida y que es una glotona. Pueden suponer que todo lo que necesita es una poca de autodisciplina, pero tristemente, en ningún momento se percatan de que su

hija, pareja, etc, está luchando con la bulimia. (Dunker, 1984).

La pregunta por contestar es porqué habría de seleccionarse la conducta relacionada con la comida, en lugar de otras conductas?. Al parecer la respuesta es la búsqueda de delgadez. Una fuente temprana y primaria de sentimientos de dominio en los niños, proviene de un control exitoso de las funciones y de los movimientos corporales. Factores biogenéticos y parentales habrían predispuesto a estos pacientes a tener una dificultad de largo tiempo, para identificar y regular sus estados afectivos internos. Estas dificultades repetidas, podrían producir sentimientos de impotencia, de ineficiencia y de pérdida del control. El control del propio cuerpo, pareciera ser, en general, una señal de que uno tiene control sobre la propia vida. El logro de la delgadez significa controlar el contenedor que alberga sus estados afectivos. (Johnson, Maddi, 1988).

VENTAJAS DE LA BULIMIA:

Controlar la ingestión de alimento por inanición voluntaria, puede requerir un esfuerzo sostenido durante semanas e incluso meses, además de una supervisión constante para obtener cierto sentido de que hay logros. Casi siempre las bulímicas de peso normal desean estar en ayuno perpetuo, pero no es fácil hacerlo. Una vez que descubren que es posible recuperar parte de su control vomitando o ingiriendo laxantes (o ambas cosas), lo más seguro es que la enferma sea incapaz de resistirse a recurrir a medidas tan sencillas y eficaces tras posteriores episodios de glotonería. (Rausch, 1990).

Aun y cuando el vómito y las purgas tal vez no les adelgacen tanto como desean, al menos se sienten tranquilas pues saben que pueden deshacerse de lo que han comido. La eliminación provocada por cualquier medio, crea en la persona una sensación de seguridad más rápida de la que puede obtener intentando restablecer un régimen de inanición. En cambio si se induce el vómito o se utilizan cantidades cada vez más grandes de laxantes o ambas cosas, la pérdida del control que perjudica tanto la "autoestima" de la paciente, puede eliminarse en unos minutos, o cuando más en unas horas, y esto por sí solo

puede proporcionar cierto sentido de satisfacción y de logro.

Estas formas de control hacen que las personas den la impresión de comer normalmente, y así estar "a tono" en las reuniones sociales a que asisten. (Dunker, 1984).

DIFERENCIAS ENTRE BULIMIA Y ANOREXIA:

Los síndromes de bulimia y anorexia aparecen de manera alternada en algunas personas con un trastorno alimenticio. Sin embargo, la principal diferencia, es que mientras la bulímica tiene que enfrentar a diario muestras de su incapacidad para controlarse a sí misma y lo que come, la anoréxica que pierde peso, siente que mantener el control es un triunfo. La bulímica en lugar de someterse a inanición voluntaria periódica o además de ello, trata de regularse evitando absorber los alimentos que ha ingerido, por medio del vómito o empleando laxantes a fin de restablecer cierto sentido de control. (Herzovici, 1987).

Otra aparente diferencia es que la anoréxica muestra una actitud de superioridad, distancia, austeridad y rigidez que difiere marcadamente de la bulímica tan impulsiva, variable, confundida y con sentimientos de culpa.

Ahora bien, podría parecer poco juicioso tratar personalidades aparentemente tan distintas como si procedieran del mismo trastorno. Sin embargo, gran parte de las diferencias en la personalidad de estas pacientes más bien son efectos, que causas del estado. La personalidad es la variable dependiente más que la variable independiente, es decir, que aunque las consecuencias sean distintas la necesidad es la misma, o sea, el de crear y mantener cierto sentido de sí mismas.

Igual que como sucede con el alcohólico y el farmacodependiente, en quienes la personalidad cambia una vez que dejan su adicción, logrando un reconocimiento frente a sí mismos, así como una autovaloración y un autocontrol, lejos de medios artificiales. (Sherman Col. 1988, Rausch, 1990).

ENFOQUE PSICODINAMICO:

Algunos teóricos prefieren considerar que la preocupación de la bulímica de peso normal con respecto a los alimentos y al comer, es evidencia de su fijación en una etapa temprana del desarrollo, conocida como etapa oral, en la que la comida y el hambre dominan los procesos mentales.

Tal parece que la acción que se despliega en el acto bulímico, constituye una realización propiamente hablando; algo es efectivamente devorado, como una tentativa de introyección, prueba misma de una carencia, por lo demás negada. Más allá, de la necesidad de tener la suficiente comida, la incorporación oral como nos lo describe Freud y después M. Klein (1945), representa la exigencia de tener a disposición, de manera permanente y cierta, lo que esa comida puede procurar de forma absoluta. A nivel oral, la única forma de asegurarse definitivamente el objeto amado y todo poderoso, es incorporarlo. Sin embargo, en el hartazgo bulímico, se prueba que la incorporación, no se perfila bajo un sentimiento de apropiación (lo que sí se observa en la "plenitud" de la saciedad), señala al contrario, el fracaso de la constitución de un objeto interno. (Igoín, 1990).

A nivel inconsciente y a partir de una ambivalencia en la relación del Yo con el objeto, se busca vaciar, agotar o devorar el seno materno, de acuerdo con Klein, como una incorporación destructora, y que simbólicamente en el acto bulímico se realiza a través de ingerir alimentos que no son el seno materno, pero que tienen como característica el ser comestibles. (Igoín, 1990).

La experiencia de la carencia fundamental para este caso, no se refiere a un objeto que le falta al niño, sino a la unidad dual entera, a un desdoblamiento de la vivencia fusional; vacío y colmo. El fallo que se produce se inscribe como huella de un hundimiento. En un texto de Fusco y Smirnof (1976), se hace referencia a la noción de "fallo identificatorio".

Cuando se ha producido un fallo en la identificación primaria, aparecen las figuras del vacío, que más tarde al vincularse a la comida, la bulimia no haría otra cosa que preservar lo que queda del

amor respecto a un objeto. Todo ocurre, más bien, como si al querer reencontrar al objeto, cada crisis renovara una tentativa no tanto de buscar al objeto, como la ocasión de amar.

ENFOQUE CONDUCTUAL:

De acuerdo a estudios previos (Leintenberg y Rosen, 1984, Fairburn, 1981), en la bulimia vomitar es una conducta reductora de ansiedad acerca del peso, similar a los rituales de reducción de ansiedad llevados a cabo por individuos con trastorno obsesivo-compulsivo tales como los rituales de verificación o el lavado compulsivo de manos.

Al parecer las bulímicas restringirían su ingesta y no se atracarían sino pensarán vomitar después, pues el vómito alivia los sentimientos de angustia, ineficiencia y falta de control. El atracón ocurre generalmente solo cuando la persona anticipa el vómito.

El hecho de que la paciente con bulimia se sobrealimente cuando puede vomitar a posteriori, esto no niega los aspectos placenteros de la alimentación compulsiva, así como el alivio temporario de los sentimientos de aburrimiento, soledad, depresión y culpa, siempre que se anticipe el vómito.

El objetivo sería entonces controlar el trastorno atacando la provocación del vómito. La idea es exponer al paciente a situaciones repetidas de ingesta que son productoras de ansiedad en compañía del terapeuta, ya que al bloquear la posibilidad de vomitar, el paciente se verá forzado a enfrentar su ansiedad vinculada a la ingesta. (Leintenberg, 1988).

Un enfoque conductista alternativo sería enseñarle a la paciente estrategias de resolución de problemas interpersonales más eficaces o técnicas de manejo de la tensión que pudieran reducir los sentimientos disfóricos que anteceden a la alimentación compulsiva. (Fairburn, 1981).

TERAPIA GRUPAL:

Los estudios hasta ahora disponibles parecen confirmar la efectividad terapéutica global de la terapia grupal para la bulimia.

Los grupos de pares de autoayuda para la bulimia y anorexia nerviosa han ganado impulso en la última década. Tales grupos proporcionan apoyo social, aliento e información para miembros y parientes con preocupaciones compartidas.

Entre los temas comunes a los grupos de bulimia se encuentran la necesidad de aprobación por parte de los otros, la utilización del alimento como una evitación de afecto o un escape irresponsable, el temor al éxito confundido con el temor al fracaso, la utilización de los síntomas alimenticios en la relación hostil-dependiente con los padres u otras figuras significativas, conflicto y desconfianza en las relaciones con los hombres, una identidad de gorda a pesar de tener un peso normal o por debajo de lo normal, preocupaciones en torno al control y la autosuficiencia, así como a la demora, actitudes perfeccionistas y dificultades en el control de impulsos. (Dixon, 1988).

Cabe hacer recalcar que las pacientes con experiencia en psicoterapia individual parecen estar mejor preparadas para utilizar la modalidad grupal.

La adecuación de una paciente a la psicoterapia grupal dependerá de varios factores como el tipo de grupo, la capacidad de la paciente, la motivación para el cambio y la experiencia psicoterapéutica previa.

La selección cuidadosa para la admisión a un grupo beneficiará a la paciente, reducirá las deserciones y aumentará la calidad general del grupo.

De otra manera sin una selección acertada, el proceso grupal puede agravar y reducir los cambios, por ejemplo, en una paciente severamente deprimida, en un paciente extremadamente impulsivo puede resultar incapaz de utilizar las técnicas de manera constructiva en un encuadre grupal o bien la paciente bulímica crónica puede tirar abajo a un grupo con su desesperanza y su falta de progreso. (Dixon, 1988).

Ahora bien el valor relativo de la terapia grupal breve versus prolongada no ha sido demostrado. Las técnicas conductistas más frecuentes utilizadas en la terapia grupal con bulímicas bajo estudio, incluyen autocontrol diario, establecimiento de objetivos, entrenamiento en la autoafirmación y reestructuración cognitiva. (Dixon, 1988).

Si bien el enfoque grupal puede ser una intervención útil y eficaz para muchas pacientes con bulimia debe prescribirse apropiadamente, de lo contrario producirá frustración en la paciente y en el terapeuta.

FISIOLOGIA:

Los resultados lamentables de la bulimia no son sólo de aislamiento social y falta de habilidad para concentrarse y funcionar adecuadamente, también hay en potencia severas diferencias nutricionales y físicas o complicaciones médicas como: Faringitis, esofagitis, gastritis, hernia hiatal, irregularidades en la menstruación, arritmias, hipokalemia y osteoporosis entre otros.

Mucha gente bulímica muestra una gran preocupación acerca de su peso y por lo común está siempre haciendo intentos por controlarlo, ya sea con dietas, diuréticos, laxantes o píldoras. El balance de energía en el ser humano depende del ingreso calórico menos el gasto producido por funciones vitales, actividad y crecimiento. (Toro, 1987)

Existen muchas personas que generalmente sin prestar gran atención a su alimentación, sino ingiriendo lo que su apetito demanda, mantiene el peso estable durante muchos años. Esto se debe a que el organismo tiende a mantener un peso fisiológicamente determinado, independientemente de las presiones estéticas.

Cuanto más tiempo el organismo es sometido a dietas probablemente más se resista a perder peso. Cuando se repiten ciclos de dieta y no dieta, el organismo se ve más afectado, lo que hace cada vez más difícil lograr el descenso del peso deseado. esto contribuye a perpetuar el ciclo de los pacientes bulímicos. (Boyle, 1979).

Cada vez que un paciente comienza una nueva dieta, le resulta más difícil bajar de peso, se queman menos calorías pues el gasto bajo del organismo para cumplir sus funciones vitales se mantiene sin cambios, porque éste no tiene tiempo de recuperarse. La frustración es tal debido al descontrol, que puede llevarles a una depresión severa e incluso a un abuso de sustancias, con frecuencia el alcohol y ocasionalmente barbitúricos y anfetaminas. Este desorden comienza regularmente durante la adolescencia o la adultez temprana, debido a que es en esta época cuando existe un sobreinterés por la apariencia y la atractividad en el individuo. (James, 1988).

El vómito inducido de manera persistente y el uso constante de laxantes o diuréticos (o los dos), reducen el líquido corporal y por tanto el peso, desquiciando de esta forma el equilibrio bioquímico del cuerpo humano. El equilibrio bioquímico es esencial para que se mantengan funcionando los tejidos vitales como el de músculos, el de órganos o el de tejidos conductivos nerviosos. Si se vuelve frecuente semejante desequilibrio, ocurre una adaptación gradual al cambio constante. Pero no deja de existir el peligro de que en cualquier momento el organismo deje de pronto de efectuar los ajustes necesarios. Si ocurre esto, toda vez que son afectados órganos vitales, es fácil que se produzca un "efecto de rebote" con el cual el deterioro se acelera y puede ser fatal. (James, 1988)

El ayuno, o sea, dejar de alimentarse durante más de medio día, es percibido por el sistema interno de vigilancia como un estrés por hambre. Esto provoca la secreción de adrenalina, la cual, además de producir el efecto de abrir los ojos más de lo normal, ocasiona igualmente un ritmo cardíaco acelerado y respiración más profunda, también moviliza reservas de glucógeno en los músculos para suministrar más glucosa sanguínea. Cuando es constante la presencia de adrenalina en la corriente sanguínea, actúa sobre el cerebro y hace que secrete endorfinas, que son sustancias químicas muy relacionadas con la morfina y con efectos tranquilizantes y eufóricos similares. Al mismo tiempo los metabolitos (como las cetonas), producidos por la degradación o metabolismo de las grasas, también actúan sobre el cerebro y pueden crear una extraña experiencia de mareo. (Friedman, 1988).

Quien acostumbra vomitar para sentir alivio después de una sobrealimentación o se purga (o ambas cosas), también experimenta sensaciones de debilidad y letargo, ello es producido por una pérdida de sustancias químicas por la eliminación de líquido corporal. Sin embargo, la enferma luego de vomitar y de su constante y desmedido empleo de purgantes, está convencida de que es una perezosa y de que no sirve para nada, pudiéndose todo mejorar si evitase por completo la comida. Esto resulta porque desconoce las consecuencias a nivel fisiológico que ocasiona su conducta de control. (Friedman 1988, Dunker, 1984).

Con posterioridad a un atracón pueden referirse malestar o dolor abdominal, náusea o distensión. Los síntomas dependen de la cantidad y tipo de comida ingerida y de las alteraciones en el

vaciamiento gástrico, puede así también presentarse diarrea o constipación, la primera por abuso de laxantes o cuando han mezclado alimentos que producen intolerancia. Constipación en periodos de restricción alimenticia o de uso exagerado y prolongado de laxantes. Raras veces se refieren vómitos de sangre (hematemesis), aunque en ocasiones puede ser este accidente el que trae preocupación y les lleve a la consulta médica. Los episodios de sudoración, taquicardias, debilidad, somnolencia o letargo, que tienen lugar después de la sobrealimentación, generalmente no son relatados salvo que se interroge sobre ellos especialmente. (Mitchel, 1987).

Signos de Rusell: Se le designó así a la identificación de rasgos que van siendo característicos de la bulimia, tales como: erosiones y callosidades en las manos, debido a la utilización crónica para provocarse el vómito, estas lesiones se producen en el sitio de roce de la mano contra los dientes. Otros signos son, las alteraciones dentarias, como la pérdida de esmalte y dentina de la cara lingual de los dientes, por efecto químico del ácido gástrico, que causa descalcificación y disolución del esmalte. Así también se presenta un aumento de las glándulas salivales, que no obstante, se observa también, en sujetos con adicción alcohólica y en obesos, se considera que es por un consumo alto en almidones (Rausch, 1990).

FARMACOLOGIA:

Hasta 1980 pocos estudios adecuadamente controlados daban respuesta acerca de la efectividad del tratamiento farmacológico de la bulimia. Algunos estudios recientes demuestran que los antidepresivos tienen un papel importante en este trastorno. Aun con ello, pocas son las ventajas de prescribir fármacos psicotrópicos (o sea que cambian el estado de ánimo), ya que éste padecimiento no es en lo esencial un trastorno de ánimo.

Hay algunas pacientes bulímicas quienes tal vez estén clínicamente deprimidas, además de atrapadas en un modo de razonar basado en la necesidad de controlar lo que comen tanto como a su cuerpo. Algunas también podrían experimentar ansiedad y en estos casos sí es conveniente auxiliarse de medicamentos para aliviar estos estados secundarios de ansiedad y depresión. (Timothy, 1988).

Las bulímicas y anoréxicas se sienten mucho más deprimidas con cualquier aumento de peso, por pequeño que sea, ya que ello es signo de que carecen de control, es evidencia clara de que son un fracaso total, y dicho sentimiento de incompetencia es deprimente. (Dunker, 1992).

Andersen (1985), propone utilizar medicación hasta que los pacientes estén en su peso normal y con hábitos alimenticios adecuados, y sólo en caso de persistir síntomas depresivos.

Se han ensayado antidepresivos tricíclicos, en el manejo de la bulimia, así como inhibidores de la monoaminooxidasa (mao), entre otros, (Rausch, 1990).

Los efectos beneficiosos se refieren a una disminución en la frecuencia de los atracones, a la mejoría de los síntomas depresivos, de la ansiedad, de la obsesión por la comida y otras actitudes patológicas a su respecto. Antes de decidir una medicación se recomienda evaluar cuidadosamente al paciente, la mayoría de las bulímicas son renuentes a tomar medicación pues temen crear un nuevo hábito. Debe tenerse presente que el tratamiento farmacológico deberá ser prolongado y sostenido para que pueda mostrar efectos beneficiosos.

La medicación constituye un intento terapéutico y muestra entre un 30% y un 50% de remisión de los síntomas a un año de tratamiento. Aunque algunos autores los han empleado con entusiasmo en el afán de modificar las alteraciones biológicas estudiadas, no se recomienda su uso en forma aislada, sino como complemento de un tratamiento integral. (Mitchell, 1987).

En un estudio de seguimiento realizado sobre 30 pacientes con bulimia nerviosa en un periodo de 6 meses, el 30% cumplió con el criterio de recuperación sobre este trastorno, de los pacientes que se recuperaron 5 recibieron psicoterapia individual, 3 recibieron psicoterapia y fármacos y solo 2 pacientes no recibieron tratamiento durante todo el seguimiento. No obstante, hay que tomar en cuenta, que los sujetos no avanzaron linealmente en su recuperación, algunos estuvieron sin cambios positivos durante las primeras semanas, otros tuvieron episodios bulímicos aislados. (Herzog, Keller, 1987).

PERSONALIDAD:

Los estudios de los últimos diez años avalan la propuesta de Boskind-Lodhl (1976), en el sentido de que la baja autoestima, la incompetencia social y la gran necesidad de aprobación externa son cruciales en el desarrollo de la bulimia. En general los autores parecen estar de acuerdo en que la bulimia es más que un conjunto de hábitos alimenticios caóticos y se inclinan a pensar en ella como un trastorno vinculado a un malestar psicológico considerable y a una variedad de características de personalidad desajustada. (Dixon, 1988).

Diversos estudios coinciden en que los bulímicos son más deprimidos, más impulsivos, neuróticamente ansiosos y más alienados que sus pares sanos. La bulimia puede ser la expresión sintomática de un desorden afectivo biológicamente mediatizado, las evidencias preliminares muestran a estos pacientes con síntomas característicos de enfermedad unipolar y bipolar. Estos síntomas incluyen: Persistencia de estado de ánimo deprimido y sumamente variable, baja tolerancia a la frustración, ansiedad, conductas impulsivas y pensamientos suicidas. (Johnson-Larson, 1982).

Así también se ha observado que muchas bulímicas tienen dificultades para identificar y articular diferentes estados internos (Bruch, 1982), esto parece contribuir a una sensación de indiferenciación, que conduce al sentimiento de ineficiencia y de incapacidad para controlar sensaciones internas, (Lewis-Johnson, 1984).

Se ha observado también una considerable insatisfacción e incluso odio hacia un cuerpo que no logra contener sus afectos. Otro aspecto importante de subrayar es que la bulímica se muestra más sensible al rechazo, lo cual le produce sentimientos de incomodidad social y conductas inseguras (Connors y Col. 1984). Finalmente se ha observado que las pacientes se crean grandes expectativas respecto de sí mismas, que tiene como resultado permanentes sensaciones de vergüenza y culpa, así como una excesiva autocrítica debido a la repetida discrepancia entre su Yo verdadero y su Yo ideal. (Goodsitt, 1984).

Aun y cuando estos estudios muestran marcadas diferencias con los sujetos sanos, los estudios de 1986 de Levin y Hyler, concluyen que los pacientes bulímicos se caracterizan por tener una

personalidad heterogénea. Garner y col. (1982), proponen que la bulimia y la anorexia son síndromes multideterminados y multidimensionales, que se desarrollan en distintas personas, en distintos momentos y por diferentes motivos.

Tenemos así, que un individuo con una personalidad donde existe un malestar psicológico, le puede llevar a un manejo inadecuado de las tensiones y del estrés comunes en el ser humano. Pudiendo entonces buscar descargas en actos como pueden ser el drogarse, el alcoholizarse o el comer en forma caótica.

Cuando el individuo no ha logrado una identidad, una valoración de su persona y una convivencia productiva con los demás, las causas no siempre están en él mismo, el individuo está siempre inmerso en un medio ambiente, en el que aprende y se desenvuelve. Al parecer un síndrome que se encamina a la conducta de alimentarse, obliga a pensar en el contexto primario en donde se aprendió esta conducta, como es la familia. (Lynn, 1988).

El ámbito familiar, el hogar, el medio social y físico donde se realizan y socializan las comidas, siguen ritos, hábitos y normas pautadas familiarmente. La alimentación cuenta con un importantísimo componente emocional en el medio familiar. Y este medio da al individuo un bagaje de tradiciones, de formas de relación, a partir de lo cual surgen planos internos que le delinear y le dan molde. Las dificultades que la persona bulímica muestra para identificar y articular diferentes estados internos, se gestan desde los primeros años bajo la convivencia del niño con sus progenitores. (Dunker, Lynn, 1988).

El defecto que parece encontrarse en el bulímico, relacionado a los controles yoicos, surge en parte por la identificación con padres que discuten, pelean y actúan destructivamente. Frente a esto la persona no puede crearse un concepto de sí mismo adecuado, una autoestima positiva, ni una visualización del mundo constructiva, sino todo lo contrario.

Si tenemos que el sujeto estuvo expuesto desde niño a la inestabilidad afectiva y a formar parte de una familia volátil y desorganizada, es muy probable que su desarrollo esté lleno de carencias, que le imposibilitan para asumir adecuadamente una vida plena. (Rausch 1990, Lynn, 1988).

Flach y Ordman (1985), informaron que las familias de los bulímicos manifiestan mayor agresión, mayor cólera y conflicto, utilizan un modelo de comunicación más indirecto, se apoyan y comprometen menos entre ellos y ponen menos énfasis en la afirmación y en la autonomía. Las madres de las bulímicas fueron descritas como más hostiles y deprimidas, mientras que los padres eran más impulsivos que irritables, siendo a menudo alcohólicos.

La experiencia en terapia familiar indica que hallar un consenso y negociar una forma operativa de realidad emocional, a la vez prerequisite, expresión o consecuencia de un satisfactorio progreso en la individuación dentro de las relaciones, suele ser imposible en ciertos contextos. (Stierlin, 1989).

Uno de ellos es el grupo de familias con miembros bulímicas y anoréxicas. Las familias de bulímicas se encuentran en el tipo de familia con un sistema sumamente cerrado que bloquea la individuación y coevolución de todos los miembros. Tal como ha sido investigado por Minuchin y sus colaboradores (1978), cuyos factores son, credos familiares que subrayan y consolidan el autocontrol, la abnegación, la justicia, la evitación de conflicto y la sobreprotección.

Esto significa que o bien uno controla el propio cuerpo o se es controlado por el, que se alcanzan logros excepcionales o se es un "Don nadie", que se está totalmente ligado al vínculo familiar o completamente divorciado del mismo. No existe ningún tercer camino alternativo, en que puedan darse ambas posibilidades. (Stierlin, 1989).

Cuando se observa de cerca a las familias, descubrimos que a pesar de todas las diferencias presentes, se dan ciertas reiteraciones y similitudes, sobre todo en aquellas donde se manifiesta una conducta sintomática como es la bulimia entre muchas otras. En primer lugar se presenta que el autocontrol es un ideal compartido por todos los miembros. Esto significa que se deben mantener reprimidos los sentimientos propios en todo momento, presentando una apariencia externa amistosa y controlada, en particular se exige la supresión de actitudes "malas" (o sea hirientes, ofensivas, airadas o envidiosas), ya que se cree que lo mejor es no ponerse en evidencia, sino más bien, concentrarse en vivir de acuerdo a las expectativas de los demás. En la bulimia estos mecanismos de control se aplican pero no resultan

eficaces del todo pues aun y cuando se mantiene el peso normal, los pacientes no se perciben a sí mismos en ejercicio del control, sino a merced de sus compulsiones alimenticias. (Lynn 1988, Stierlin 1989).

De esta manera se le presentan al paciente interrogantes como: Hasta qué punto puedo ejercer un autocontrol y hasta qué punto dejarme llevar?. Qué actitud debo tomar hacia mi propio cuerpo y sus necesidades?. Qué valor tiene el cuerpo y los alimentos para mí?, con ello se llega a la cuestión de: En qué sentido debo o puedo ser autónomo, tanto en la relación conmigo mismo como con los demás? (Stierlin, 1989)

Otro aspecto que se ha observado es la dificultad para permitir la individuación a sus miembros. Individuación entendida como libertad personal y autonomía. (Lynn, 1988).

Para que un hijo alcance una individuación satisfactoria, sus padres y particularmente la madre, deberán, en primer lugar, mantener una relación estrecha a tono con las necesidades del niño todavía muy dependiente, y crearle una atmósfera de estabilidad y protección. Asimismo, los padres deberán reducir la complejidad del mundo para el hijo, en tanto sea necesario, comunicándole reglas, expectativas y valores claros y coherentes. A la vez, permitir que el niño delimite su propia identidad en medida cada vez mayor y, de ser necesario, que logre su individuación a pesar de ellos, (Bateson, 1972).

La libertad e integridad que el individuo puede aprender para relacionarse con el mundo y consigo mismo, dentro del seno familiar será determinante. Se dice que educar no es dar escuela, sino templar el alma para las dificultades de la vida. Por tanto, las consecuencias emocionales que resultan de vivir dentro de un medio ambiente social, familiar y cultural son una causa relevante en la formación y en el vivir cotidiano de un individuo. Así también las consecuencias emocionales de los patrones alimenticios caóticos y los frecuentemente peligrosos intentos de compensar la falta de control, de autoconocimiento, de autovaloración y aceptación del propio cuerpo, al parecer tienen un impacto profundo sobre el individuo.

CAPITULO II AUTOCONCEPTO

El término autoconcepto empezó a perfilarse a partir de la escuela psicoanalítica de Hartmann y Erikson. Posteriormente se solidifica con las aportaciones de William James, Gordon Allport y Carl Rogers quien dirige la noción del sí mismo a la noción actual de autoconcepto. Y finalmente el doctor William Fitts (1955) desarrolla y estandariza la escala de Autoconcepto Tennessee (Leon, 1988).

La individualidad de cada cual se desarrolla dentro de un contexto social e interpersonal. La interacción social es el medio de intercambio a través del cual adquirimos las destrezas interpersonales, enriquecemos nuestra inteligencia y aprendemos actitudes hacia nuestra persona.

El Yo (entendido como sinónimo de individualidad concreta o sí-mismo), no es algo que preexiste en el hombre, sino algo que él crea. No es fruto de la casualidad, ni de la condición genética propiamente. Llegar a ser una persona emocionalmente sana, feliz que se realiza por completo, que funciona a la perfección o que posee cualquier otra cualidad con que se caracteriza a quienes han obtenido un sano equilibrio, no es algo dado por sí. Al contrario, el Yo es un estado

emocional que se adquiere con el tiempo, es una elaboración que supone un lento proceso de diferenciación a través del cual una persona emerge gradualmente de esa autoconciencia y define cada vez con mayor claridad su individualidad y su naturaleza. (Rodríguez, 1980).

Cada día al vivir en este mundo, demasiadas personas pasan sus días esperando, se colocan en la posición de inútil pasividad, esperando y esperando, algo que nunca llega. Entonces bajo la frustración se castigan así mismos y castigan a otros. Si un individuo espera que le lluevan milagros, es probable que quede decepcionado. Lo que un individuo necesita en el camino por este mundo, no es un golpe de suerte - aunque esto podría ayudar de vez en cuando- Lo que necesita es tamizar una fortaleza de roble en su interior. Esta fuerza sólo la sentirá cuando aprenda a gustar de sí mismo, cuando sea bondadoso hacia sí mismo.

El verdadero Yo nace cuando la persona se hace amigo de sí mismo primero, antes de hacerse amigo de otro, pues primero sea prenda a sentir amor por uno antes de poder lograr el amor de otro. Por amor se debe entender un autorespeto y no un narcisismo. El autorespeto implica la confianza y el valor internos, la comprensión de las necesidades individuales y después la comprensión de las necesidades de los demás. Implica un sentido de dirección y autoaceptación para alcanzar las metas, siempre sobre un sentimiento continuo de la propia identidad como ser humano. (Maxwell, 1977).

Carl Rogers (1968), habla de que por falta de comprensión y congruencia la persona no logra alcanzar su centro perfecto, no alcanza a descubrir su potencial, por el contrario si una persona se conoce y esta conciente de sus necesidades, manifestaciones y habilidades, que desde luego no funcionan por separado, logrará tener una personalidad fuerte y unificada.

Aprender a confiar en sí mismo, en el propio organismo es un proceso de toda la vida; implica darse cuenta de que se tienen todos los recursos internos para ser el propio maestro, guía y juez. Solo una persona que se ama y se respeta es capaz de realizar todo su potencial. Una persona con autoestima alta comparte e invita a la integridad, honestidad, responsabilidad, comprensión y amor. Se siente importante, tiene confianza en su propia competencia, tiene fe en sus propias descisiones y en que ella misma significa su mejor recurso. Al apreciar debidamente su

propio valer, está dispuesta a aquilatar y respetar el valer de los demás. (Horney 1975, Rodriguez,1980).

Podemos ver así, que el Yo es la totalidad del ambiente subjetivo de un individuo, es el centro de la experiencia y del significado. Es para el sujeto su mundo interno, puesto frente, al mundo externo integrado por objetos y personas. Por lo tanto, el Yo es aquello que conocemos de nosotros mismos; el autoconcepto es lo que pensamos de nuestra persona y la autoestima es lo que sentimos hacia nosotros. El Yo, el autoconcepto y la autoestimación, denotan cada cual un componente particular de la personalidad global de un sujeto. (Rodriguez, 1980).

El diccionario de Psicología y Psicoanálisis (1977) define así el autoconcepto: "Criterio que tiene una persona de sí misma. La descripción más completa que un individuo es capaz de dar de sí mismo en un momento dado. Así pues, el autoconcepto es el conjunto de creencias y actitudes que una persona tiene acerca de lo que es ella misma.

Cada individuo a lo largo de su vida se forma una serie de ideas o imágenes que la llevan a creer que así es. Se dice que tal estructura cognoscitiva es aprendida, de modo que es factible de modificación y de cambio. Por ejemplo. Una madre que trata a su hijo como tonto y se lo repite con frecuencia, acaba por convertirlo en un verdadero tonto. En el momento en que cambia esa idea poco a poco puede cambiar la conducta así como la salud mental de ese individuo. El autoconcepto puede limitar en forma poderosa o por el contrario puede ayudar a la autorealización. (Rogers 1968, Rodriguez, 1980).

Existen abundantes referencias acerca de las experiencias de socialización durante los primeros años como factores fundamentales en el desarrollo de un buen concepto de sí mismo, se destaca que una relación afectuosa y respetuosa entre los padres y el niño, dará probablemente como resultado una autoestima elevada. Y por el contrario la dominación, el rechazo y el castigo severo resultan en una autoestima baja y con ello dificultades marcadas para enfrentarse a la vida. (Garner,1988).

El concepto de sí mismo se basa en la identidad del sujeto pero alcanza su desarrollo gracias a dos fenómenos: a) la autoconciencia.- Que es el acto por el cual el individuo se puede describir a sí

mismo, con atributos y categorías. Y, b) La autoaceptación.- como una actitud hacia uno mismo y hacia las propias cualidades personales, encontrándoles su valor único. Habiendo, claro esta, un reconocimiento objetivo y no emocional de las propias capacidades y limitaciones, de los defectos y virtudes, sin sensaciones impropias de culpa, orgullo o autoreprobación. Todo esto no bajo el sello de la pasividad; más bien la autoaceptación, acarrea por lo general a esfuerzos constructivos por parte del individuo. (Mercado, 1991, Israel, 1990).

Por otro lado Rosenberg (1981) divide el autoconcepto en tres estructuras: Centralidad psicológica.- que concierne a la individualidad de cada sujeto y está jerárquicamente organizada de acuerdo a un sistema de valores. Esto quiere decir, que todo individuo observa un comportamiento, un conjunto de motivos primarios y valores dominantes compatible con el concepto que tiene de sí mismo. Nivel específico y global.- Plantea que puede existir una inconsistencia entre los componentes de la estructura del autoconcepto, esto es, un sujeto puede estar orgulloso de su clase social pero a la vez, sentirse apenado por su raza. Interior psicológico y exterior social.- nos remite a que exteriormente mostramos un Yo visible que incluye las características físicas y la identidad social. Y un Yo interno, que es un mundo privado donde el sujeto experimenta emociones, deseos y secretos (Mercado, 1991, Israel, 1990).

Maslow (1970) señala que la persona con un alto concepto de sí mismo tendrá autoconfianza, sentimiento de superioridad en sus capacidades, carecerá de timidez; no sería un individuo opaco, inconsciente o avergonzado de sí mismo. Así también elegirá aquello que siente que merece tener. Por el contrario, cuando el individuo se ha formado un autoconcepto demasiado pobre, sus opciones serán también pobres, puesto que serán su autoafirmación.

En la concepción que un individuo tiene de su sí mismo se incluye también los sentimientos que tiene acerca de su cuerpo. Esto es muy importante para las relaciones con los demás, ya que la interrelación social contribuye a la formación del Yo y por ende al desarrollo de la personalidad. A través de las autoevaluaciones con los demás el individuo se va moldeando una imagen de sí mismo que estará vinculada, en cierto modo, a las normas y valores que predominan en su sociedad.

AUTOESTIMA:

Las personas poseen diversos niveles de conciencia del Yo y por ende diversos sentimientos ante su personalidad. La autoestimación constituye la dimensión afectiva del Yo, es decir, no sólo albergamos ideas sobre lo que somos, sino también determinados sentimientos. (Rodríguez, 1980).

La autoestima debe residir en el centro de la persona, en su núcleo de identidad y no en valores intermedios y periféricos que la harán débil y vulnerable. Debe residir en el Yo profundo que es independiente de los papeles que se viven pues estos son sólo los medios en que se manifiesta. (Horney, 1975).

Por desgracia existen muchos individuos que pasan la mayor parte de su vida con una autoestima baja, porque piensan que no valen nada o casi nada. Estas personas esperan ser engañados, pisoteados, menospreciados por los demás y como se anticipan a lo peor, lo atraen y por lo general les llega. Como defensa se ocultan tras un mundo de desconfianza y se hunden en la soledad y el aislamiento. Así, aislados se vuelven apáticos, indiferentes hacia sí mismos y hacia las personas que les rodean, ante esto, les resulta difícil ver, oír y pensar con claridad, por consiguiente tienen mayor propensión a pisotear y despreciar a otros. El temor es un compañero natural de esta desconfianza y aislamiento. El temor limita y evita que la persona se arriesgue en la búsqueda de nuevas soluciones, dando lugar a un comportamiento aun más destructivo. (Maxwell, 1977).

La realidad dependerá de la imagen que de sí mismo se lleve por el mundo, esto ayudará a dar forma al valor de las experiencias de cada cual. Para vivir en la realidad una persona debe agradarse a sí misma -como en realidad es- si desconfía, si está avergonzada, si no puede vivir consigo misma, entonces intentará ser algún otro. Por otra parte, si emplea la confianza que le proporcionan los éxitos pasados para tener una buena estimación puede aceptar la realidad; entonces podrá dedicarse a vivir una vida real y no de fantasía. A veces empleamos tanta parte de nuestro tiempo tratando de causar ciertas impresiones en otros, que es difícil que lleguemos a conocernos como somos en realidad, conocer no al ficticio yo que pretendemos ser, sino a la genuina persona. (Rogers, 1968).

El individuo debe buscar su propia brújula, debe crear longitud y latitud para sí; debe ser su propio piloto y su propio navegante, ir tras nuevas aguas con las que pueda nutrir las semillas de su creciente autoaceptación y estima personal.

AUTOIMAGEN:

La prolongada inmersión en una corriente interpersonal de constantes apreciaciones de las personas y en especial de aquellas a quienes el individuo estima, le permite formarse gradualmente una imagen de sí mismo que luego luchará por preservar.

Si las apreciaciones que los demás brindan a un sujeto son en su mayoría de carácter denigrante, es probable que la imagen que tenga de sí mismo será negativa y hostil. En cambio, cuando ofrecen un juicio eminentemente positivo y constructivo, habrá mejores posibilidades de que tenga una opinión positiva y aceptable de sí mismo.

La personalidad sana equivale a una autoimagen bien unificada que comprende no sólo una noción de "lo que soy", sino también de lo que "quisiera ser" y lo que "debo ser". Al interiorizar las tres dimensiones anteriores el individuo llega a un grado superior de unificación y armonía en su conducta. El concepto que una persona tiene de sí misma está relacionado con lo que piensa de su cuerpo. La imagen de sí mismo es ante todo una imagen corporal. Las experiencias con el propio cuerpo, como objeto psicológico, desempeñan un importante papel en la vida. El peso, la estatura, la gordura, el color de los ojos y del cabello y las proporciones generales guardan estrecha relación con los sentimientos de adecuación personal. (Rodríguez, 1980).

Para Margaret Mahler existe un paralelismo entre la constitución de la individualidad psíquica y la del esquema corporal o "noción del propio cuerpo". Tenemos así que la discriminación psicológica del propio cuerpo, es a la vez, una discriminación de la propia individualidad como algo distinto del ambiente.

En la normalidad la persona toda se vive a sí misma como encarnada, tiene el sentimiento de ser carne, sangre y huesos de estar

biológicamente viva y de ser real en el mismo sentido. Por otro lado, los estados de desestructuración del Yo o del sí mismo, provocan a la vez una fuerte distorsión en la imagen del cuerpo, como se puede observar en los test gráficos de la figura humana. En otras palabras, un sentimiento definido de la propia persona involucra el sentirse integrado en el propio cuerpo, pues el cuerpo posee siempre significación, entra decididamente en el orbe de la subjetividad humana.

Se cuenta con abundantes datos de investigación según los cuales el aspecto, es un determinante esencial de la autoestimación en el hombre y en la mujer. Si las proporciones físicas llegan a aproximarse lo suficiente a las dimensiones y a la apariencia de la imagen del cuerpo ideal, uno estará propenso a tener una mejor opinión del Yo físico. En cambio si se apartan demasiado de ese ideal, lo más seguro es que se tenga una autoestimación inferior. Por lo general el ideal corporal del individuo se ajusta más o menos a las normas culturales que dictan lo que socialmente constituye un aspecto agradable y lo que no lo es, (Johnson, 1988).

Sin embargo no basta modificar al Yo físico para cambiar al Yo psíquico, a veces las dificultades de tipo personal e interpersonal se derivan de problemas concernientes a la imagen corporal y no de problemas acerca de la imagen del Yo.

Parece ser que la forma particular como una persona percibe su cuerpo -deformado o no- conlleva importantes consecuencias. No obstante, cuando el problema va sobre el Yo físico se puede hacer lo posible por favorecer cambios en la imagen corporal para que el sujeto se encuentre en paz, pero cuando el problema reside en las tres estructuras: Autoimagen, Autoconcepto y Autoestimación el trabajo por realizar es mayor. Se precisaría entonces modificar las ideas o conceptos que la persona tiene de su valer, como de sus menesteres y de su obrar. Al igual que se precisaría modificar los sentimientos que de sí misma alberga, sentimientos que como un velero en medio de un mar revuelto no avista un puerto más tranquilo.

CAPITULO III METODOLOGIA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Finalizando la década de los 80's la bulimia no puede entenderse sin la existencia de unos hábitos y valores socioculturales, determinantes y definidores de los estereotipos concernientes al cuerpo. Durante el periodo crítico de la adolescencia, se forma la base del sí mismo como una manifestación del sentido de identidad corporal, autorrealización entendida ésta como un proceso de valoración donde el hombre puede llegar a ser mejor, y autoaceptación que implica estar de acuerdo con lo que se es y que llevan al individuo a la convivencia con sus semejantes y a la adaptación de su medio ambiente.

El problema de investigación se plantea por lo tanto del siguiente modo: Es diferente el autoconcepto de las personas con trastorno bulímico que de las personas normales ?.

HIPOTESIS CONCEPTUAL:

Las personas bulímicas sufren de una baja autoestima y de dificultades de autoregulación

que intentan remediar a través del logro de la delgadez. Así también parece haber una severa autocrítica respecto a sí mismas y al mismo tiempo poca tolerancia a la ansiedad y a la frustración.

HIPOTESIS DE TRABAJO:

Existen diferencias significativas en los perfiles de autoconcepto de las personas bulímicas mostrando puntajes más bajos, comparadas con sujetos normales?

HIPOTESIS SECUNDARIAS:

H1 Existen diferencias significativas en los puntajes de la escala "YO FISICO" entre las bulímicas y las sujetos normales.

Ho No existen diferencias significativas en los puntajes de la escala "YO FISICO" entre las bulímicas y las sujetos normales.

H2 Existen diferencias significativas en los puntajes de la escala "YO MORAL" entre las bulímicas y las sujetos normales.

Ho No existen diferencias significativas en los puntajes de la escala "YO MORAL" entre las bulímicas y las sujetos normales.

H3 Existen diferencias significativas en los puntajes de la escala "YO PERSONAL" entre las bulímicas y las sujetos normales.

Ho No existen diferencias significativas en los puntajes de la escala "YO PERSONAL" entre las bulímicas y las sujetos normales.

H4 Existen diferencias significativas en los puntajes de la escala "YO FAMILIAR" entre las bulímicas y las sujetos normales.

Ho No existen diferencias significativas en los puntajes de la escala "YO FAMILIAR" entre las bulímicas y las sujetos normales.

H5 Existen diferencias significativas en los puntajes de la escala "YO SOCIAL" entre las bulímicas y las sujetos normales.

Ho No existen diferencias significativas en los puntajes de la escala "YO SOCIAL" entre las bulímicas y las sujetos normales.

H6 Existen diferencias significativas en los puntajes de la escala "IDENTIDAD" entre las bulímicas y los sujetos normales.

Ho No existen diferencias significativas en los puntajes de la escala "IDENTIDAD" entre las bulímicas y los sujetos normales.

H7 Existen diferencias significativas en los puntajes de la escala "AUTOSATISFACCION" entre las bulímicas y los sujetos normales.

Ho No existen diferencias significativas en los puntajes de la escala "AUTOSATISFACCION" entre las bulímicas y los sujetos normales.

H8 Existen diferencias significativas en los puntajes de la escala "CONDUCTA" entre las bulímicas y los sujetos normales.

Ho No existen diferencias significativas en los puntajes de la escala "CONDUCTA" entre las bulímicas y los sujetos normales.

H9 Existen diferencias significativas en los puntajes de la escala de "AUTOESTIMA" entre las bulímicas y los sujetos normales.

Ho No existen diferencias significativas en los puntajes de la escala de "AUTOESTIMA" entre las bulímicas y los sujetos normales.

VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE:

Autoconcepto. Entendido como la manifestación de la identidad corporal y estima de sí mismo. (Fitts, 1955). Midiéndose a través del Test Tennessee por 9 escalas que abarcan diversas áreas de la personalidad.

VARIABLE INDEPENDIENTE:

Diagnóstico de Bulimia. Llevado a cabo por la interesada de la investigación y entendida esta como una perturbación del patrón alimenticio en donde se presenta una necesidad de comer más allá de la saciedad, vomitar, utilizar laxantes tras las ingestas, gran preocupación acerca del peso corporal e intentos continuos por controlarlo, a través de dietas, ejercicio o píldoras, entre otros. (Rusell, 1988).

Que se midió a través de los criterios de Diagnóstico para Bulimia del DSM-III (1985). Los cuales son los siguientes: A.-Episodios recurrentes devoracidad (consumo rápido de grandes cantidades de alimento en un corto periodo de tiempo, por lo general inferior a dos horas).

B. Al menos tres de los siguientes síntomas.

1) consumo fácil de alimentos con muchas calorías durante la comilona;

2) ingesta disimulada de alimentos durante la comilona;

3) terminación de los episodios de ingesta voraz con dolor abdominal, sueño, interrupción de la vida social o vómito autoprovocado;

4) intentos repetidos de perder peso con dietas exageradamente estrictas, vómitos autoprovocados, o empleo de laxantes y/o diuréticos;

5) frecuentes oscilaciones de peso, superiores a cinco kilos, debido a la alternancia de banquetes y ayunos.

C. Conciencia de que el patrón de ingesta es anormal y temora no ser capaz de parar de comer voluntariamente.

D. Estado de ánimo depresivo y pensamientos autodespreciativos después de cada episodio de voracidad.

E. Los episodios bulímicos no son debidos a anorexia nerviosa ni a otro trastorno somático conocido.

VARIABLES A CONTROLAR:

Edad y Sexo.

DISEÑO:

El diseño utilizado fué expo-postfacto en virtud de que el investigador no tiene control ni manejo directo sobre las variables independientes, debido a que su aparición ocurrió en otro tiempo y por lo tanto se considera no manipulables; lo que se observa entonces son sus manifestaciones en el comportamiento de los sujetos bajo estudio. (Kerlinger, 1975).

METODO

MUESTRA:

La muestra en total fué de 60 sujetos, de sexo femenino, 30 con el trastorno bulímico y 30 sin dicho trastorno. En edades de 18 a 28 años. Por lo tanto se trató de una técnica de muestreo no probabilístico intencional por cuota. Ya que anticipadamente se determinó el número de personas y las características de las mismas. La muestra no probabilística es aquella en la cual "no se puede estimar la probabilidad de que cada elemento pertenezca a la muestra". Y se llama por cuota ya que se determina las fracciones o proporciones de los diversos subgrupos de la muestra. (Kerlinger, 1975).

ESCENARIO:

El presente estudio se llevó a cabo para el grupo de bulimia, con sujetos que acuden a "Comedores Compulsivos". En este lugar asisten personas que tienen diversas adicciones como: Tabaquismo, alcoholismo, drogadicción, farmacodependencia y adicción a la comida. Esta última fué el marco de la investigación. En las sesiones que se realizan en 6 horarios y con duración de dos horas cada sesión. La aplicación del test Tennessee así como la entrevista se hizo únicamente con el sujeto cuando asistió a su sesión.

Así también se llevó a cabo con alumnas de la Facultad de Psicología de la UNAM. Para el grupo de sujetos normales.

INSTRUMENTO:

Para diagnosticar si la persona es bulímica se realizó una entrevista semi-estructurada con cada una de las sujetos. Se utilizó la entrevista semi-estructurada dado que es una técnica que permite al sujeto expresarse libremente y que a la vez concede la posibilidad de que el entrevistador examine todas las áreas que desee, así como observar todas las conductas y actitudes que se presenten a lo largo de la entrevista. La entrevista semi-estructurada se utilizó en particular

para obtener datos sobre la existencia de: Vómito autoinducido después de los atracones alimenticios, uso de laxantes o diuréticos, preocupación excesiva por el peso, esto es, los criterios de diagnóstico para bulimia anteriormente descritos.

Por otro lado se aplicó el test Tennessee de Autoconcepto, empleándose 9 escalas del mismo para la investigación.

La escala de Autoconcepto de Tennessee fue diseñada por William H. Fitts desde 1955 dentro del departamento de Salud Mental de Tennessee. La versión en español fue adaptada en 1969 por Blanca M. de Alvarez y Guido A. Barrientos, quienes realizaron una investigación para el instituto Interamericano de Estudios Psicológicos y Sociales de Chihuahua. (Mercado, 1971).

Los 100 reactivos de la escala describen el autoconcepto desde dos marcos de referencia "interno" y "externo". Un marco interno de referencia indica como la persona se describe a sí misma mientras que un marco de referencia externo indica como la persona utiliza las fuentes o áreas externas para describirse a sí mismo. El marco externo esta subdividido en cinco columnas o áreas las cuales son:

Columna A: Yo Físico. Reactivos del 1 al 18, referentes al concepto que se tiene del propio cuerpo, su apariencia, estado de salud y habilidades.

Columna B: Yo Moral. Reactivos del 19 al 36 miden la idea que se tiene de sí mismo en cuanto a ser y actuar moralmente bien o mal y la actitud religiosa asumida.

Columna C: Yo Personal. Reactivos del 37 al 54 referentes al sentimiento de adecuación y del valor propio como persona así como su aceptación.

Columna D: Yo Familiar. reactivos del 55 al 72 se refieren a la percepción que se tiene de ser aceptado y valorado por la propia familia y allegados mas próximos, así como la adecuación de uno mismo para con ellos.

Columna E: Yo Social. Reactivos del 73 al 90 en referencia al concepto que se tiene de la forma en que se relaciona uno mismo con las personas en general.

La escala completa fué concluida en 1965 (Monroy, 1971). Por otra parte los cien reactivos también conforman tres hileras que describen el marco de

referencia interno, desde tres perspectivas complementarias.

Hilera 1: Identidad. Describe el concepto que el individuo tiene de lo que es su autopercepción.

Hilera 2: Autosatisfacción. Describe lo que el individuo siente de su sí mismo percibido.

Hilera 3: Conducta/Comportamiento. Describe la percepción que un individuo tiene de la manera como se comporta así como la forma como funciona.

Además hay 10 reactivos que son afirmaciones ligeramente derogativas y que el común de la gente acepta como ciertas respecto de sí mismas. Estos reactivos conforman la columna de Autocrítica a efecto de detectar la actitud defensiva del sujeto y la posibilidad de distorsión propositiva al elegir las opciones de respuesta.

La aplicación puede ser en forma individual, colectiva o autoadministrada. Esta escala puede ser utilizada para una gran variedad de propósitos: Consulta psicológica, evaluación y diagnóstico, además, investigación de las ciencias del comportamiento, etc. Puede utilizarse en general con sujetos desde los 12 años de edad, con niveles de escolaridad mínimo de 6o. año de primaria también puede aplicarse a sujetos con diversos rangos de ajuste psicológico. En general se estima que 20 minutos es el tiempo promedio para contestar la prueba. (Monroy, 1991). En el folleto se acompaña una hoja de respuesta en la cual el sujeto debe contestar de acuerdo a 5 opciones:

- 1) Completamente falso
- 2) Casi totalmente falso
- 3) Parte falso y parte verdadero
- 4) Casi totalmente verdadero
- 5) Totalmente verdadero

La escala se evalúa de la siguiente manera: Se toma la hoja de calificación que viene junto a la hoja de respuesta, sobre la cual se va a sumar los valores dados a cada respuesta. Se suman columnas e hileras por separado. El total de las columnas y de las hileras (que debe coincidir) van a resultar en el puntaje total positivo (PT) El puntaje de autocrítica (AC) es independiente de las anteriores y así se suma. Los puntajes de variabilidad se obtienen primero de cada columna e hilera y, posteriormente, se suma por columna

(VTC) e hilera (VTH) para integrarlos en una suma total (VT). El puntaje de distribución de respuesta (DR) se obtiene de la hoja de respuesta y son, por tanto, independientes, sirven para comprobar la consistencia o no consistencia entre las diferentes áreas del autoconcepto, así como para observar la veracidad de la respuesta del sujeto.

CONFIABILIDAD:

Los datos de confiabilidad están basados en el test-retest de 60 estudiantes de preparatoria en un periodo de dos semanas. Estos estudios han demostrado que las características distintivas de los perfiles individuales, se encuentran presentes para la mayoría de las personas, en un año o más aun de tiempo.

Así también se han hecho otros estudios con el Tennessee en grupos de pacientes neuropsiquiátricos, delincuentes y niños pero para todos ellos, no se poseen índices de confiabilidad (Mercado, 1991).

VALIDEZ:

Una manera de evaluar la validez es determinar la correspondencia entre puntajes de la escala y otras medidas para las cuales se deben predecir las correlaciones, algunas de ellas en lo que se ha referido al Tennessee se han hecho con el MMPI y con la escala de Ansiedad de Taylor (Monroy, 1987).

TRATAMIENTO ESTADISTICO:

Consistió en un análisis descriptivo así como inferencial. En el análisis descriptivo se obtuvieron frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central y medidas de dispersión. El análisis inferencial se realizó con el objeto de aceptar o rechazar las hipótesis planteadas, es decir, conocer si existen diferencias en el autoconcepto de los sujetos con trastorno bulímico comparadas con sujetos normales. El tratamiento a que se utilizó para corroborar las hipótesis, consistió en aplicar la prueba T de Student. Que puede definirse como la razón de la diferencia, entre

las medias de la muestra a error estándar, de estas diferencias.

FORMULA:

A. $N_1 = N_2$

B. $N_1 \neq N_2$

$$t = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{s(\bar{x}_1 - \bar{x}_2)}$$

$$s(\bar{x}_1 - \bar{x}_2) = \sqrt{\frac{s^2_1 + s^2_2}{N(N-1)}}$$

$$t = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{3(\bar{x}_1 - \bar{x}_2)}$$

$$s(\bar{x}_1 - \bar{x}_2) = \sqrt{\frac{s^2_1 + s^2_2}{(N_1 + N_2) - 2} \left(\frac{1}{N_1} + \frac{1}{N_2} \right)}$$

Donde $\bar{x}_1 - \bar{x}_2$ representa la diferencia entre las medias y $s(\bar{x}_1 - \bar{x}_2)$ representa el error estándar de la diferencia entre dos medidas. (Downie 1983)

Se determinó si existen diferencias significativas entre los grupos contrastados, a través de establecer un nivel de significancia o probabilidad de .05 el cuál indicó que al rechazar la hipótesis nula, existió un margen de 5 entre 100 probabilidades de error. Este procedimiento se llevó a cabo en las 9 áreas del cuestionario de Autoconcepto de Tennessee entre el grupo de bulímicas y el de sujetos normales

PROCEDIMIENTO:

Para la aplicación del test Tennessee se realizó una entrevista semi-estructurada con el fin de hacer un diagnóstico preciso, sobre la existencia de bulimia de acuerdo a los criterios de evaluación anteriormente descritos, (DSM-III 1985).

Primeramente se invitó a las sujetos que se consideraron bulímicas a participar en la investigación. Pero antes de ello se militó en "Comedores Compulsivos" ya que de otra manera no se acepta ningún tipo de investigación que se quiera hacer dentro del grupo. La entrevista y la aplicación del test se realizó dentro del grupo en el lugar que tienen asignado como sala de recepción.

En lo que se refirió al grupo de mujeres no bulímicas, se seleccionó la muestra en la Facultad de Psicología de la UNAM. El test se aplicó después de haber hecho una entrevista con el fin de diagnosticar la no existencia del trastorno bulímico de acuerdo a los criterios del DSM-III (1985), junto con una

exposición de lo que es el trastorno. Posteriormente se les aplicó el test Tennessee de manera individual, proporcionando las instrucciones a la interesada de la investigación.

CAPITULO IV RESULTADOS

Sobre la base de los datos recolectados en la muestra formada por el grupo de mujeres bulímicas y el grupo de mujeres normales, se hizo necesario por principio manejar el paquete SPSS, por medio de la computadora; del paquete se utilizaron diferentes programas, el primero de ellos fué el de Analisis de Frecuencias, mismo que se aplicó para obtener la distribución de las variables del test Tennessee medidas y de las variables edad, estado civil y años de estudio. Se utilizó, asimismo, la prueba t para grupos independientes, con la finalidad de ver si existían diferencias entre los grupos. Los resultados fueron los siguientes.

TABLA 1.
FRECUENCIAS DE EDAD
NORMALES

ANOS	BULIMICAS		NORMALES	
	(F)	%	(F)	%
18	1	3.3	1	3.3
19	2	6.7	5	16.7

20	3	10.0	7	23.7
21	7	23.0	5	16.7
22	6	20.0	4	13.3
23	4	13.3	5	16.7
24	2	6.3	2	6.7
25	3	10.0	0	0
26	2	6.7	0	0
27	0	0	1	3.3
<hr/>				
		$\bar{X}=22.06$		= 21.20
		$\sigma = 2.06$		= 1.97
		RANGO= 8.00		= 9.00
<hr/>				

Las mujeres en general tuvieron un rango de edad de 18 a 28 años, resultando, mayores en promedio ($\bar{X}= 22.06$) el grupo de bulímicas a diferencia de la muestra normal (ver tabla 1).

TABLA 2.
FRECUENCIAS DEL EDD. CIVIL

EDD.	BULIMICAS		NORMALES	
	(F)	%	(F)	%
SOLTERAS	30	100	28	93.3
CASADAS	0	0	2	6.7

La gran mayoría de las mujeres fueron solteras, habiendo únicamente dos casadas, pertenecientes al grupo de normales. (ver tabla 2).

TABLA 3.
FRECUENCIA DE ESTUDIOS ESCOLARIZADOS

AÑOS	BULIMICAS		NORMALES	
	(F)	%	(F)	%
11	1	3.3	0	0
12	13	43.3	8	26.7
13	4	13.3	12	40.0
14	5	16.7	4	13.3
15	7	23.3	5	16.7
18	0	0	1	3.3
<hr/>				
		$\bar{X}= 13.13$		= 13.36
		$\sigma = 1.30$		= 1.35
		RANGO= 4.00		= 6.00
<hr/>				

Los años de estudio escolarizado fué ligeramente mayor en promedio, para la muestra denormales, que para las bulímicas (ver tabla 3).

TABLA 4.
 FRECUENCIAS DE AUTOCRITICA

PUNTAJE	BULIMICAS		NORMALES	
	(F)	%	(F)	%
24-29	9	29.9	4	13.3
30-32	3	9.9	7	23.3
33-35	7	23.9	7	23.3
36-38	7	23.9	5	16.7
39-43	3	13.3	4	13.3
44-48	0	0	3	9.9

\bar{X} = 33.00	= 34.90
σ = 5.05	= 5.49
RANGO = 17.00	= 24.00

En lo que respecta a la Autocrítica (ver tabla 4), los resultados obtenidos, muestran que esta capacidad fluctuó en un rango de 24 a 48 puntaje, en la muestra total. Los promedios de ambos grupos (\bar{X} = 33.00 y \bar{x} = 34.90), ubican a las bulímicas en un puntaje t de 46 percentil 35 y a las normales en un puntaje t de 48 percentil 40 dentro de la escala Tennessee, indicando que existe un nivel medio de autocrítica para las dos muestras, es decir se mantiene una adecuación en relación a la defensividad de la persona.

TABLA 5.
 FRECUENCIAS DE AUTOESTIMA

PUNTAJE	BULIMICAS		NORMALES	
	(F)	%	(F)	%
256-329	6	19.9	0	0
332-344	7	23.3	5	16.5
345-354	6	19.9	5	16.5
355-369	6	19.9	8	23.2
370-381	2	6.6	6	19.9
384-414	0	0	7	23.2

\bar{X} = 348.83	= 366.46
σ = 26.99	= 19.59
RANGO = 130.00	= 76.00

Para el nivel total de Autoestima, se encontró que el rango fluctuó de 256 a 386, y los promedios de cada grupo (ver tabla 5), llevan a la muestra de bulímicas a un puntaje t de 50 percentil 50 ya la muestra normal a un puntaje t de 55 percentil 70, dentro de la escala, lo cual indica que las mujeres en general presentan un nivel medio de autoestima, es decir

una adecuación de lo que siente, piensa y se valora la persona a sí misma.

TABLA 6.
FRECUENCIAS DE IDENTIDAD

PUNTAJES	BULIMICAS		NORMALES	
	(F)	%	(F)	%
110-118	6	19.9	3	10.0
119-123	6	20.0	3	9.9
124-127	9	29.0	7	23.3
128-133	6	29.7	8	26.7
134-143	3	9.9	9	30.0
\bar{X} =124.76		\bar{X} =129.13		
σ = 6.81		σ = 7.27		
RANGO= 33.00		RANGO= 26.00		

En lo que respecta a la Identidad, la muestra total presentó un nivel medio que da respuesta a lo que dichas mujeres consideran que son. El rango fluctuó entre 110 a 143, asimismo, el promedio de cada grupo (ver tabla 6) se ubica en un puntaje t de 51 percentil 55 para la muestra normal y un puntaje t de 47 percentil 40 para las bulímicas.

TABLA 7.
FRECUENCIAS DE AUTOSATISFACCION

PUNTAJES	BULIMICAS		NORMALES	
	(F)	%	(F)	%
92-104	11	36.5	4	13.2
107-110	5	16.6	7	23.3
111-118	7	23.2	5	16.6
119-123	2	6.6	5	16.6
124-134	2	6.6	8	26.7
\bar{X} = 109.90		\bar{X} = 117.30		
σ = 10.56		σ = 10.17		
RANGO= 37.00		RANGO= 40.00		

En Autosatisfacción, se observó que las mujeres en general presentaron un rango de 92 a 138 puntaje, la ubicación en promedio de cada grupo (ver tabla 7), indicó que la muestra mantiene un nivel alto de satisfacción y aceptación personal, ya que el puntaje t de bulímicas fué de 54 percentil 65 y el de normales fué de puntaje t 58 percentil 75, en el Tennessee.

TABLA 8.
FRECUENCIAS DE CONDUCTA

PUNTAJE	BULIMICAS		NORMALES	
	(F)	%	(F)	%
104-109	5	16.7	3	9.9
111-116	11	36.7	6	19.9
117-124	6	19.9	12	39.9
125-131	8	26.6	7	23.3
\bar{X} = 114.20		= 120.03		
σ = 20.47		= 7.43		
RANGO = 117.00		= 29.00		

Para el área de Conducta/Comportamiento se observó un rango de 104 a 134 y los promedios de cada muestra medida (ver tabla 8), indican que en general se mantiene un nivel medio de conformidad de conducta, ya que el puntaje t en el grupo bulímico fué de 49 percentil 45 y en las normales fué de puntaje t de 54 percentil 65.

TABLA 9.
FRECUENCIAS DEL YO FISICO

PUNTAJE	BULIMICAS		NORMALES	
	(F)	%	(F)	%
54-61	5	16.6	0	0
62-64	7	23.3	0	0
65-68	8	26.7	0	0
69-73	6	20.0	5	16.6
74-75	2	6.6	6	20.0
76-78	2	6.6	9	30.0
79-83	0	0	10	33.4
\bar{X} = 66.46		= 76.76		
σ = 5.71		= 7.68		
RANGO = 23.00		= 13.00		

Respecto al Yo Físico, la muestra total presentó un rango de 54 a 83, la observación entre grupos presenta una diferencia en promedios (ver tabla 9), que para el grupo bulímico su promedio se ubica en un puntaje t de 42 percentil 20 que significa un nivel bajo acerca de su visión del propio cuerpo, estado de salud y autoestima de su apariencia física. Pero para el grupo de normales el puntaje t fué de 55 percentil 70 correspondiente a un nivel medio.

TABLA 10.
FRECUENCIAS ETICO-MORAL

PUNTAJES	BULIMICAS		NORMALES	
	(F)	%	(F)	%
64-67	6	19.9	5	16.6
70-72	7	23.3	11	39.7
74-76	6	20.0	10	33.3
77-79	5	16.7	3	10.0
80-84	6	20.1	1	3.3

\bar{X} = 74.00	= 71.50
σ = 5.52	= 4.15
RANGO = 20.00	= 18.00

En el Área Etico-Moral se encontró que la muestra total mantuvo un rango de 64 a 84, asimismo, mantuvo un nivel medio de acuerdo a los promedios (ver tabla 10), en lo referente a características e ideas mantenidas sobre la religión y cuestiones relacionadas con la conducta moral, destacando para las mujeres con bulimia un puntaje t de 53 percentil 65 y para las normales un puntaje t de 51 percentil 55.

TABLA 11.
FRECUENCIAS DEL YO PERSONAL

PUNTAJE	BULIMICAS		NORMALES	
	(F)	%	(F)	%
61-70	12	39.9	6	20.0
71-73	6	19.9	8	26.6
74-77	6	20.0	7	23.4
78-80	4	13.3	4	13.4
81-84	2	6.6	2	6.6

\bar{X} = 72.23	= 74.40
σ = 5.69	= 4.90
RANGO = 21.00	= 22.00

En el área Personal, se observó una fluctuación de puntaje que va de 61 a 84 resultando en promedio (ver tabla 11), que las mujeres en general presentaron un nivel alto de sentimiento de adecuación personal y evaluación de sí mismas. Ubicándose el grupo de bulímicas con un puntaje t de 60 percentil 85 y las normales con un puntaje t de 62 percentil 85.

TABLA 12.
FRECUENCIAS DEL YO FAMILIAR

PUNTAJE	BULIMICAS		NORMALES	
	(F)	%	(F)	%
57-64	5	16.6	3	9.9
66-68	3	10.0	4	13.3
70-72	6	19.9	12	40.0
73-77	11	36.7	4	13.3
78-83	3	10.0	4	13.3
84-90	7	6.6	3	10.0
\bar{X} = 71.83		= 73.26		
σ = 6.92		= 7.51		
RANGO = 31.00		= 32.00		

Para el área Familiar, la muestra estuvo en un rango de 57 a 90, con un puntaje promedio para ambas muestras (ver tabla 12), que resulta en un nivel medio, es decir, se presentaron sentimientos de adecuación familiar, mostrando el grupo de bulímicas un puntaje t de 50 percentil 50 y las normales un puntaje t de 53 percentil 60.

TABLA 13.
FRECUENCIAS DEL YO SOCIAL

PUNTAJE	BULIMICAS		NORMALES	
	(F)	%	(F)	%
33-58	3	9.9	3	9.9
60-65	5	20.0	4	13.3
66-68	6	20.0	6	20.1
70-72	8	36.6	5	16.7
73-75	3	10.0	5	16.6
77-80	4	13.4	4	13.3
82-84	0	0	3	10.0
\bar{X} = 67.46		= 69.36		
σ = 8.32		= 9.99		
RANGO = 39.00		= 51.00		

Finalmente para el área Social, la muestra total tuvo un rango de 33 a 84, así como, los puntajes promedios (ver tabla 13), de ambos grupos se ubicaron en un nivel medio, esto es, dentro de una adecuación en lo que se refiere a su desempeño e interacción social con los demás, donde el grupo de bulímicas tuvo un puntaje t de 48 percentil 40 y el grupo de normales un puntaje t de 51 percentil 50.

Ahora bien, por otro lado y en relación al análisis de resultados, no basta el conocerla naturaleza de los datos de la muestra total y por separado, respecto a las variables elegidas, sino que además se intentó conocer con exactitud el punto en donde específicamente ambos grupos de bulímicas y normales diferían. De manera que se procedió a determinar si existían o no diferencias significativas entre las medias de ambos grupos respecto a su autoconcepto. Utilizando para ello, el programa de la prueba t mismo que indicó si alguno de los grupos era diferente al otro, en relación a dichas variables. Permitiendo rechazar o aceptar las hipótesis formuladas en la parte de metodología de este estudio, aceptando una probabilidad (P) = o menor a .05 ya que en esa forma se garantizó que los resultados no fueran debido a fluctuaciones en el azar, sino que tales medias muestrales fueron representativas como para considerarlas significativas. Los resultados obtenidos fueron los siguientes.

TABLA 14.

VARIABLE	VALOR t	\bar{X} (1) \bar{X} (2)	DESV.	PROB.	PUNTAJE t Y PERCENTIL
AUROCRTICA	-1.39	33.00 34.00	57.60	.168	46/35 48/40
AUTOESTIMA	-2.90	348.83 366.46	52.92	.005 *	50/50 55/70
IDENTIDAD	-2.40	124.76 129.13	57.75	.020 *	47/40 51/55
AUTOSATIS.	-2.69	109.90 117.30	57.99	.009 *	54/65 58/75
CONDUCTA	-1.47	114.20 120.03	36.51	.151	49/45 54/65
YO FISICO	-8.30	66.46 76.76	49.54	.000 **	42/20 55/70
ETICO-MORAL	2.11	74.16 71.50	53.81	.039 *	53/65 51/55
PERSONAL	-1.58	72.23 74.26	56.76	.120	60/85 62/85

FAMILIAR	- .77	71.83 73.26	57.62	.445	50/50 53/60
SOCIAL	- .80	67.46 69.36	56.16	.427	48/40 51/50
(1) BULIMICAS		*P>=.05			
(2) NORMALES		**P>=.01			

Concretamente a la capacidad de Autocrítica, se observó un valor $f = 1.18$ con una $p = .655$ que por ser mayor a .05 se eligió una t de varianza separada igual a -1.39 con una $p = .168$ mayor a .05, implicando rechazar la hipótesis alterna (H_1) y aceptar la hipótesis nula (H_0) por lo que se puede decir, no existen diferencias significativas en la capacidad de autocrítica entre ambos grupos, ya que los niveles de tal capacidad fueron semejantes tanto en mujeres bulímicas como en mujeres normales. (ver tabla 14).

En cuanto al nivel de Autoestima, se observó un valor $f = 1.90$ con una $p = .090$ mayor a .05 por lo que se eligió una t con varianza separada igual a -2.90 con una $p = .005$ menor a .05 implicando aceptar la hipótesis alterna (H_1) y rechazar la hipótesis nula (H_0) es decir, se encontró que sí existen diferencias significativas en el nivel de autoestima entre ambos grupos. (ver tabla 14).

En lo que respecta a la Identidad se encontró un valor de $f = 1.14$ con una $p = .727$ mayor a .05 por lo que se eligió una t de varianza separada igual a -2.40 con una $p = .020$, misma que por ser menor a .05 implicó aceptar la hipótesis alterna (H_1) y rechazar la hipótesis nula (H_0), es decir, se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos, mostrando el grupo de bulímicas una confusión importante en su identidad, esto es, en la percepción de lo que ellas son con respecto al grupo de normales. (ver tabla 14).

Para la Autosatisfacción, se observó un valor $f = 1.03$ con una $p = .943$ y se eligió una t con varianza separada igual a -2.69 con una $p = .009$ que por ser menor a .05 implicó aceptar la hipótesis alterna (H_1) y rechazar la hipótesis nula (H_0) encontrándose diferencias significativas entre ambos grupos ya que la muestra de bulímicas presentó una mayor insatisfacción personal, con respecto al grupo de normales. (ver tabla 14).

En lo que se refiere a la Conducta, se encontró un valor $f=7.59$ con una $p=.000$ que al ser menor a $.05$ se eligió una t con varianza separada igual a -1.47 con una $p=.151$ mayor a $.05$ por lo que se rechazó la hipótesis alterna (H_1) y se aceptó la hipótesis nula (H_0), es decir, no existen diferencias significativas entre ambos grupos, respecto a la percepción individual que tienen de su comportamiento. (ver tabla 14).

En lo que corresponde al Yo Físico, que resultó con un valor $f=2.41$ que corresponde a una $p=.021$ menor a $.05$ por lo que se eligió una t con varianza separada igual a -8.30 con una $p=.000$ que al ser menor a $.05$ implicó aceptar la hipótesis alterna (H_1) y rechazar la hipótesis nula (H_0), de manera que se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos respecto a la visión del propio cuerpo y atributos de la apariencia física. (ver tabla 14).

En el área Etico-Moral, se encontró un valor $f=1.77$ con una $p=.128$ mayor a $.05$ por lo que se eligió una t con varianza separada igual a 2.11 con una $p=.039$ menor a $.05$ de manera que se aceptó la hipótesis alterna (H_1) y se rechazó la hipótesis nula (H_0) es decir, sí se encontraron diferencias significativas sobre un marco de referencia Etico-Moral acerca de ser "bueno" y "malo", entre ambos grupos. (ver tabla 14).

En el área Personal se observó un valor $f=1.35$ con una $p=.427$ mayor a $.05$ por lo que se eligió una t con varianza separada de -1.58 con una $p=1.20$ que al ser mayor a $.05$ se rechaza la hipótesis alterna (H_1) y se acepta la hipótesis nula (H_0) es decir, no existen diferencias significativas con respecto al sentido del valer propio, de ambas muestras. (ver tabla 14).

En el área Familiar, se observó un valor $f=1.18$ con una $p=.664$ mayor a $.05$ por lo que se eligió una t con varianza separada igual a $-.77$ con una $p=.445$, misma que por ser mayor a $.05$ implicó rechazarla hipótesis alterna (H_1) y aceptar la hipótesis nula (H_0) es decir, no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos respecto a la percepción de sí mismas en relación con los miembros más cercanos al círculo familiar, (ver tabla 14).

Finalmente en lo que se refiere al área Social, se observó un valor $f=1.44$ con una $p=.330$

mayor a .05 eligiéndose una t con varianza separada igual a $-.80$ con una $p=.427$ misma que por ser mayor a .05 implicó rechazar la hipótesis alterna (H_1) y aceptarla hipótesis nula (H_0) es decir, no existen diferencias significativas entre ambos grupos, con referencia a la percepción de la forma en que la persona se relaciona con sus otros semejantes, (ver tabla 14).

Al haber determinado las diferencias significativas entre las medias de las muestras de bulímicas y normales, referidas al nivel de Autoconcepto. Se da paso a su discusión.

DISCUSION:

El propósito del presente estudio fué conocer las posibles alteraciones que con respecto al concepto de sí mismo pueden presentar quienes padecen el trastorno de bulimia. Para este fin, se trabajó con la escala de medición de Autoconcepto Tennessee, utilizando una selección de mujeres bulímicas militantes en los grupos llamados "Comedores Compulsivos". Asimismo, se trabajó con una muestra de mujeres normales, es decir, sin el problema de bulimia, mismo que funcionó como grupo control.

De manera que al obtener un perfil psicológico correspondiente a cada uno de los grupos, se conocieron los niveles precisos del Autoconcepto que delimitan a las personas estudiadas; permitiendo hacer inferencias más generales, atribuibles a los cambios y alteraciones en el concepto que de sí mismas muestran quienes lidian con el síndrome bulímico, que representó, a lo largo, el tema central de interés.

Los hallazgos obtenidos por el análisis de datos permitieron el rechazo de algunas de las hipótesis nulas y el apoyo de algunas de las hipótesis de investigación planteadas para este estudio. Cinco escalas del Tennessee presentaron una diferencia significativa menor a .05 entre el grupo de bulímicas y el grupo control. Dichas escalas fueron: Autoestima, Identidad, Autosatisfacción, Yo Etico-Moral y la columna del Yo Físico.

Sin embargo tales resultados tienen que ser interpretados con cierta cautela, ya que son menos alarmantes en lo que a su documentación teórica se refieren. (ver lámina 1).

En lo que respecta a la autoestima, que resultó con una diferencia significativa entre ambos grupos, de .005 dicha diferencia apoya la opinión vertida por algunos clínicos acerca de que la bulimia es más que un conjunto de hábitos alimenticios caóticos, inclinándose a considerarla como un trastorno vinculado a un malestar psicológico considerable, que lleva entonces a buscar descargas, en actos que en mucho son autodestructivos como es el comer para luego vomitar. (Boskind-White 1978).

Las personas poseen diversos niveles de conciencia del yo y por ende diversos sentimientos ante su personalidad. La autoestimación constituye la dimensión afectiva del yo, es decir, no sólo albergamos ideas sobre lo que somos, sino también determinados sentimientos. Diversos estudios coinciden que las pacientes bulímicas son más deprimidas, más impulsivas, neuróticamente ansiosas y más alienadas que sus pares sanos. (Jonhson- Larson, 1982).

La tendencia o resolución a utilizar el alimento como un medio de abordar el estrés o los conflictos emocionales, van acompañados de una baja autoestima, de una desvalorización de la imagen corporal y miedo al rechazo en las relaciones interpersonales. (Garfinkel, 1986).

La prolongada inmersión en una corriente interpersonal de constantes apreciaciones de las personas y en especial de aquellas a quienes el individuo estima, le permite formarse gradualmente una imagen de sí misma que luego luchará por preservar.

Respecto a esto, no se puede descartar la influencia sociocultural que promueve estereotipos, de lo que es la feminidad, la belleza, etc. Es por ello que la búsqueda de delgadez tan manifiesto en quien padece de bulimia, se refuerza con la difusión de los medios de comunicación, revistas, televisión, etc. que respectivamente asocian la imagen delgada con modelos exitosos de diferentes tipos; si tomamos en cuenta que una persona ubicada en la adolescencia y aun en la adolescencia tardía está buscando cierto sentido de quién es y de lo que desea lograr, dichos modelos entran en su espiral psicológica y le promueven el intentar alcanzar una imagen perfecta, ofrecida por tales medios, de lo que debe ser la mujer y la belleza, a costa, claro está, de bloquear su propia individualidad.

No obstante, el nivel de autoestima que se observó al comparar al grupo de bulímicas y normales no llega a un grado patológico ya que el promedio de ambos grupos se ubicó en el nivel medio con un puntaje t de 50 percentil 50 para las mujeres bulímicas y un puntaje t de 55 percentil 70 para el grupo de normales en la gráfica del Tennessee. Esto muestra que el nivel de autoestima detectado por la escala, no corresponde a un nivel significativo que haga pensar en un desequilibrio emocional severo, sino más bien cae dentro de los controles normales.

La autoestima entonces va relacionada con la valoración en las diversas extensiones y tipos de capacidades que la persona siente como propias, para enfrentarse al medio (Reidl, 1981). Esto se observa además debido a que los puntajes en el Yo Personal (sentimiento de un valer propio) que obtuvieron ambos grupos, (ver tabla 14), resultó la variable más elevada en relación a todas las otras escalas medidas.

Esto muestra que la persona con un trastorno bulímico que le orille a tener sentimientos de culpabilidad e inseguridad, a través del fortalecimiento de su propio valer, sintiéndose digna y valiosa en otros muchos aspectos de sí misma, logra equilibrar su nivel de autoestima.

Por otro lado se puede decir que en base a los resultados obtenidos en la variable de Identidad en que el grupo de bulímicas obtuvo un puntaje 47 percentil 40 en la gráfica del Tennessee y el grupo normal un puntaje t de 51 percentil 55, se observa que ambos grupos se ubican en un nivel medio, esto es, se cae sobre los controles normales, descartándose así la existencia de una situación patológica en dicha variable.

No obstante, la variación de un grupo con otro, presentando la muestra de normales un nivel mejor en cuanto a la concepción de lo que ellas son, pone de manifiesto que el desarreglo del comportamiento alimenticio, refleja cierto trastorno en la conciencia de sí, ya que comer sin control, marca toda la experiencia que tiene la sujeto de su cuerpo y de su identidad (Hilde Bruch, 1975). Tras una comilona y tras la provocación del vómito, el sujeto no puede hacer otra cosa que reprocharse su comportamiento y muchas veces les lleva a experimentar una gran desesperación, por sentirse incapaces de solucionar el problema. Tenemos así que pasar de un hambre controlada a una glotonería desenfadada, implica una semejanza con todas las otras

distinciones que el individuo realiza frente a las cosas que les son importantes.

La incurrancia de tales aspectos emocionales parecen tener relación con los resultados obtenidos en la variable del Yo Físico que resultó la más baja de todas las escalas medidas; el promedio se ubicó (ver tabla 14), para el grupo bulímico en un puntaje t de 42 percentil 20 que resulta bajo del nivel medio a diferencia de la muestra normal que tuvo un puntaje t de 55 percentil 70, perteneciente a los controles normales. Esto muestra que en dicho trastorno la idea y sentimiento que la persona maneja de su cuerpo es un factor de constante preocupación y ansiedad.

El concepto que una persona tiene de sí misma, está relacionado con lo que piensa de su cuerpo, las experiencias con el propio cuerpo como objeto psicológico, desempeña un importante papel en la vida (Duker, 1992). El aspecto es un determinante esencial de autoestimación en el hombre y en la mujer. Si las dimensiones llegan a aproximarse lo suficiente a la imagen ideal, se estará propenso a tener una mejor opinión del Yo Físico, así como un sentimiento de adecuación personal, en cambio si se aparta demasiado de ese ideal lo más seguro es que se tenga una autoestimación inferior. Tenemos así que una constante oscilación en el peso como le ocurre a la bulímica y una constante atención a no llegar a la obesidad le mantienen con una imagen distorsionada, mezclada además con sentimientos de miedo y rechazo que le llevan a una considerable insatisfacción e incluso odio hacia su propio cuerpo. Por otro lado el empeño por una figura atractiva no sólo es fomentada por un contexto sociocultural, sino además, en ello se vierten toda una gama de situaciones pasadas, experimentadas por la mujer en su infancia y que está estrechamente relacionada al vínculo establecido con su madre, un vínculo que le determinó su adecuación psicológica y la aceptación de su propio cuerpo.

Asimismo, los resultados obtenidos en la variable de Autosatisfacción aun cuando marcan diferencias significativas entre ambos grupos, (ver tabla 14), dichos puntajes se ubican en un nivel medio, es decir, dentro de los controles normales. No obstante la diferencia entre grupos muestra lo que se ha identificado en diversos estudios (Flach, Ordman, 1985), (Goodsitt, 1984). De que muchas bulímicas tienen dificultades para identificar y articular diferentes estados internos (Bruch, 1982). Esto parece contribuir a una sensación

de indiferenciación, que conduce al sentimiento de ineptitud e incapacidad para controlar estados internos (Lewis, Johnson, 1984). Al parecer el defecto estaría en relación con la falta de controles yoicos, que se crea en parte por la identificación con padres que discuten, pelean y actúan destructivamente, el individuo inmerso en un ambiente tan hostil, se le dificulta tener una autoestima positiva y un concepto de sí mismo adecuado, de esta manera se le imposibilita asumir satisfactoriamente sus experiencias (Flach, 1985).

Esto parece correlacionarse con la variable Etico-Moral, que resultó la única escala en que el grupo de bulímicas tuvo un puntaje mayor al del grupo de normales, (ver tabla 14), lo cual hace ver que al existir diferencias significativas, promueve el hecho de que la persona bulímica pertenece a un sistema familiar en donde se fomenta el autocontrol, la abnegación, la justicia, la evitación de conflicto y la sobreprotección. (Minuchin, 1978).

Esto significa que se deben mantener reprimidos los sentimientos propios en todo momento, en particular se exige la supresión de actitudes "malas" o sea, hirientes, airadas o envidiosas y por el contrario se fomenta el vivir de acuerdo a las expectativas de los demás (Stierli, 1988). Vemos así, que en la bulimia estos mecanismos de control se aplican pero no resultan eficaces del todo o bien para todo, pues las bulímicas no se perciben a sí mismas en ejercicio del control y esto es claro cuando se encuentran a merced de sus compulsiones alimenticias; lo que hace destacar una dificultad en el ejercicio de la autonomía tanto para sí mismas como en relación a los demás.

Esto mismo se extiende a la variable de Conducta/Comportamiento en la que sin haber diferencias significativas entre las muestras, pues se ubican en niveles medios, esto es, sin consideración patológica, las bulímicas presentaron menor puntaje.

La comprensión de las necesidades individuales da un sentido de dirección y autoaceptación (Rogers, 1968). La falta de congruencia en cuanto a lo que siente y hace una persona forzosamente le traerá un grado considerable de insatisfacción.

Esto se relaciona con las dos últimas variables Yo Familiar y Yo Social que midieron la adecuación de los dos grupos de estudio en cuanto al concepto que tienen de ser aceptadas y valoradas por sus

propias familias y allegados más próximos, así como a la correspondencia de sí mismas para con ellos.

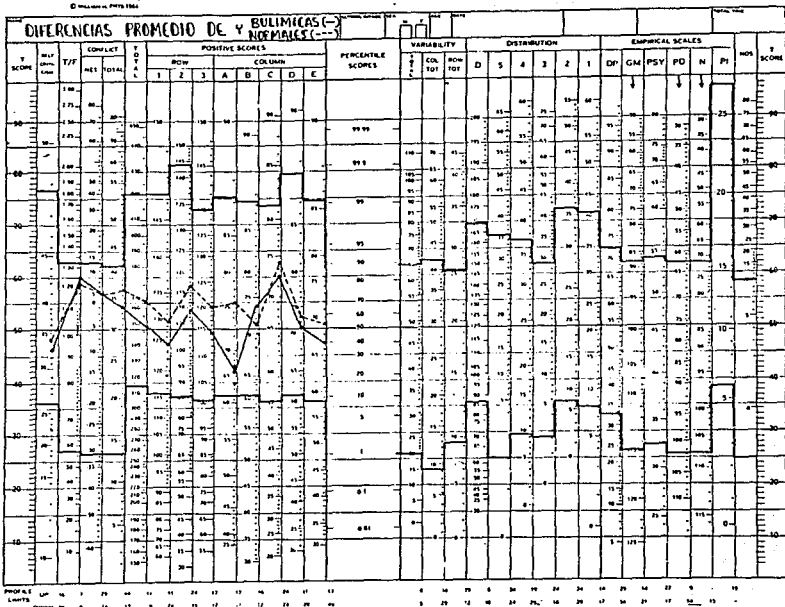
Para la variable Yo Familiar y para la variable Yo Social que resultaron dichas escalas con niveles medios, esto es, dentro de los controles normales y sin diferencias significativas entre ambos grupos. (ver tabla 14). No obstante, la muestra de bulímicas obtuvo menores puntajes.

Algunos autores (Garfinkel, Gardiner, 1987) consideran que la bulímica suele plantear demandas excesivas en sus relaciones interpersonales. Para muchas de ellas el escenario en que se desarrolla el drama de su constante lucha de autonomía y del control, el tormento autoinflingido, la vergüenza y el fracaso, no corresponde solamente a la familia de origen sino también, en gran medida, al grupo de pares (Stierli, Weber, 1990). Las bulímicas tienden a exhibir una mayor inestabilidad emocional y una tendencia más notoria a mostrar sentimientos negativos (rabia, odio, rivalidad) aunque con frecuencia en abruptos estallidos pero reprimidos casi inmediatamente debido a la vergüenza que les provocan. Se ha visto que suelen ser competitivas en pos de lograr el poder, pero a la vez vacilan en el dilema de mostrarse plácidamente sumisas, empecinadamente rebeldes o bastante tímidas, eludiendo mejor y ansiosamente los contactos con los demás.

Es importante mencionar que aun con todas las dificultades con las que vive la persona con este trastorno alimenticio, la oportunidad que se dan, al asistir a grupos de ayuda mutua es un intento valioso de ventilar aquellas cosas que son la causa o bien el mantenimiento de su problema. La posibilidad que tienen de hablar y de escuchar las experiencias de otras mujeres, es el mecanismo con que estos grupos garantizan el cambio y la recuperación para sus miembros.

Tennessee Self Concept Scale

PROFILE SHEET



LAMINA (1)

CONCLUSIONES:

Las conclusiones que se desprenden de la realización del presente estudio son las siguientes.

Primeramente se señala que la escolaridad no tuvo una diferencia significativa entre los grupos, al parecer esto no determinó las modificaciones en las escalas medidas.

La explicación del síndrome bulímico se ha relacionado con rasgos de personalidad premórbida, en donde el alimento es utilizado como un medio de abordar el estrés o los conflictos emocionales, sin embargo los puntajes de casi todas las escalas en promedio, se ubicaron dentro de los controles normales, de acuerdo a la graficación en el Tennessee. No obstante, sí hubo diferencias significativas del grupo investigado con el grupo control; sobre todo en la escala del Yo Físico, vemos así, que la enfermedad tiene su inicio con la búsqueda de delgadez, llegando finalmente, a un miedo mórbido a la obesidad.

En forma semejante a los individuos que tienen adicción a las drogas, al alcohol, al tabaco, etc. La persona bulímica siempre trata de convencerse así misma de que el episodio más reciente será el último. Por lo tanto generalmente es consciente de que su alimentación compulsiva es anormal, aun cuando no pueda cambiar su comportamiento. De esta manera, posterior aun episodio, a menudo experimenta un ánimo deprimido y sentimientos de autodesprecio que le llevan a aislarse momentáneamente o permanentemente de la convivencia con los demás.

Cabe mencionar que la agresión que se realiza en el vómito puede resultar en serias complicaciones médicas como: Inflammaciones en el aparato digestivo o problemas cardiovasculares, entre otros.

La inestabilidad afectiva que si bien no cae en un nivel patológico grave, sí le lleva a una confusión, que se ve exacerbada por un clima familiar de conflicto y por un medio sociocultural que atraviesa un periodo de transición, lo cual se conjuga para ponerle a la vera de una estimación baja y a tener dificultades de autoregulación, que sólo después de mucho tiempo en la lidia del padecimiento, mantenido siempre con discreción, se llega a la resolución de buscar apoyo profesional o bien a asistir a grupos de ayuda mutua, que cada vez son más en la actualidad.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS:

Como se ha observado en este trabajo, el perfil de autoconcepto de la persona bulímica aun cuando no se ubicó en niveles patológicos graves, sí mantuvo una diferencia con el grupo que sirvió de control, por ello se hace necesario hacer referencia a todas aquellas limitaciones a las cuales se vió sometido este estudio ya que influyeron en su desarrollo y resultados.

La captura de la muestra de bulímicas representó una de las limitaciones en lo que a factor de tiempo se refiere, pues la población que asiste a "Comedores Compulsivos" es en su mayoría, precisamente de comedores compulsivos y que si bien algunas de sus miembros se provocan el vómito o toman laxantes, esto no es frecuente o incluso no es el recurso de control para su marcada obesidad. De tal manera que la captura de personas bulímicas que debió cumplir, con los criterios de inclusión, fué de gran dificultad. Además de que la cooperación para tomar parte en investigaciones, está mal visto, dentro del grupo. Es así que se necesitó primero, entrar al grupo, militar en el mismo y poco a poco se les pidió, conforme fue existiendo el reconocimiento, su participación en la contestación del Test. Por tal motivo sugiero que para investigaciones posteriores sobre bulimia, se tomen en cuenta otro tipo de población, como pueden ser, de las clínicas de reducción de peso, de gimnasios, entre otros. Donde debido a la urgente necesidad de controlar el peso, acuden allí también personas con dicho trastorno.

Otra limitante fué la escasa o nula información sobre investigaciones realizadas en nuestro País referentes a bulimia. De manera que los estudios para la fundamentación teórica de este trabajo proceden de España y Norteamérica principalmente.

Asimismo, los resultados obtenidos hacen referencia exclusivamente a una muestra de mujeres con el trastorno de bulimia que asisten al grupo de "Comedores Compulsivos", es decir, no se extienden por el momento a otro tipo de población.

Una limitante más es que no se hizo una entrevista profunda sobre aspectos socioeconómicos y ocupacionales tanto para el grupo de bulímicas como para

la muestra de normales. Por lo que se sugiere que al realizar otros trabajos similares, se haga una entrevista sobre dichos aspectos, para conocer si tienen alguna influencia en el problema.

Otro aspecto a sugerir es la observación del trastorno de bulimia con otras adicciones como es el tabaquismo o el alcohol, entre otros.

BIBLIOGRAFIA

ABRAHAM, K. (1916) " THE FIRST PREGENITAL STAGE OF THE LIBIDO". NUEVA YORK BASIC.

ABRAHAM S.F. Y BEAUMONT P.J.V. (1982) "HOW PATIENTS DESCRIBE BULIMIA OR BINGE-EATING" PSYCHOLOGICAL MEDICINE 12: 625-35.

ANDERSEN, A. (1985) "PRACTICAL COMPRENSIVE TREATMENT OF ANOREXIA AND BULIMIA" PSYCHOL. MEDICINE 15: 20-25.

BATESON, G. (1972) "COMUNICACION, FAMILIA Y MATRIMONIO". Ed. BUENOS AIRES: NUEVA VISION.

BOSKIND-LODHL M. (1976) "CINDERELLA'S STEPSISTERS: A FEMINIST PERSPECTIVE ON ANOREXIA AND BULIMIA" JOURNAL OF WOMEN IN CULTURE AND SOCIETY 2:342-56.

BOSKIND-LODHL M. Y WHITE W.C. (1978) "THE DEFINITION AND TREATMENT OF BULIMAREXIA IN COLLEGE WOMEN" JOURNAL OF THE AMERICAN COLLEGE HEATH ASSOCIATION 27: 84-86.

BRUCH, H. (1982) "ANOREXIA NERVIOSA: THERAPY AND THEORY" AMERICAN JOURNAL PSICHIATRY 139: 1531-38.

BOYLE (1979) "INCREASED EFFICIENCY OF UTILIZATION FOLLOWING WEIGHT LOSS" PHYSIOLOGY AND BEHAVIOR 21: 261. 9.

BRODIE (1988) "THE RELATIONSHIP BETWEEN BODY-IMAGINE, AND BODY-FAT IN ADULTS WOMEN" PSYCHOL. MED. 18: 623-31.

CONNORS, M. Y. Col. (1984) "TREATMENT OF BULIMIA WITH BRIEF PSYCHOEDUCATIONAL GROUP THERAPY" AMERICAN JOURNAL OF PSYCH. 141 (12) 1521-26.

CRISP, A.H. (1971) "THE RELATIONSHIP BETWEEN SLEEP, NUTRITION AND MOOD. A STUDY OF PATIENTS WITH ANOREXIA NERVOSA" AMERICAN JOURNAL OF PSYCH. 47: 207-13.

DUNKER, M. SLADE R. (1992) "ANOREXIA NERVOSA Y BULIMIA" Ed. LIMUSA.

DIXON, K.N. (1988) "TERAPIA GLOBAL PARA LA BULIMIA" TRASTORNOS EN LA ALIMENTACION (COMPS.) Ed. NUEVA VISION.

DSM-III, (1985) "MANUAL, DIAGNOSTICO Y ESTADISTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES" Ed. MASSON.

ENGLISH, H.B. (1977) "DICCIONARIO DE PSICOLOGIA Y PSICOANALISIS" ED. PAIDOS.

FAIRBURND, C. (1981) "A COGNITIVE BEHAVIORAL APPROACH TO THE TREATMENT OF BULIMIA" PSYCHOL. MEDICINE 11: 707-11.

FISCHER, M.F.K. (1976) "THE ART OF EATING" NUEVA YORK.

FLACH R.A. ORDMAN A.M. (1985) "BULIMIA: ASSESSMENT OF EATING PSYCHOLOGICAL AND FAMILIAL CHARACTERISTICS" INTERNATIONAL J. OF EATING DISORDERS. 1(3) 23-25.

GARNER A.M. COL. (1983) "DEVELOPMENT AND VALIDATION OF MULTIDIMENSIONAL EATING DISORDERS INVENTORY FOR ANOREXIA AND BULIMIA" INTER. JOURNAL EATING DISORDERS 2:15-34.

GOODSITT A. (1984) "SELF-PSYCHOLOGY AND THE TREATMENT OF ANOREXIA NERVOSA" INTER. J. EATING DISORDERS 2: 51-60.

GARNER, D.M. (1988) "TERAPIA COGNITIVA PARA LA BULIMIA NERVOSA" TRASTORNOS EN LA ALIMENTACION ED. NUEVA VISION.

HERZOG D.B. (1987) "BULIMIA : THE SECRETIVE SYNDROME" PSYCHOSOMATICS 23: 481-87.

HERSOVICI, R.C. (1987) "ANOREXIA NERVOSA UN ABORDAJE INTEGRAL" SISTEMAS FAMILIARES AÑO 3: 1, 35-42.

- HORNEY K. (1975) "NEUROSIS Y MADUREZ" Ed. BUENOS AIRES.
- IGOIN, L. (1990) "LA BULIMIA Y SU INFORTUNIO" Ed. AKAL.
- ISRAEL COHEN T. (1990) "EL AUTOCONCEPTO EN ADOLESCENTES DE PRIMER INGRESO EN EL NIVEL EDUCATIVO MEDIO SUPERIOR" FACULTAD DE PSICOLOGIA UNAM.
- JAMES C.S. (1988) "ASPECTOS MEDICOS DE LOS TRASTORNOS EN LA ALIMENTACION" Ed. NUEVA VISION.
- JOHNSON C. Y LARSON R. (1982) "BULIMIA AND ANALYSIS OF MOODS AND BEHAVIORS" PSY. MEDICINE 44 (40) 333-45.
- KAPLAN A.S. GARFINKEL P.E. (1984) "BULIMIA IN THE TALMUD" PSYCHIATRY 141 (5) 721.
- KERLINGER, F.N. (1975) "INVESTIGACION DEL COMPORTAMIENTO TECNICAS Y METODOLOGIA" Ed. INTERAMERICANA.
- LEITENBERG, H. Y ROSEN, J. (1988) "UN ENFOQUE CONDUCTISTA PARA EL TRATAMIENTO DE BULIMIA NERVIOSA" TRASTORNOS EN LA ALIMENTACION ED. NUEVA VISION.
- LEVIN, A.P. Y HYLER, S.E. (1986) "DMS-III PERSONALITY DIAGNOSIS IN BULIMIA" COMPRENSIVE PSYCHIATRY 27: 47-53.
- LEWIS, L. Y JOHNSON, C. (1985) "A COMPARATION OF SEX ROL ORIENTATION BETWEEN WOMEN WITH BULIMIA AND NORMAL CONTROL" INTER. JOURNAL EATING DISORDERS.
- LYNN, H.L. (1988) "TERAPIA FAMILIAR EN LA BULIMIA" TRASTORNOS EN LA ALIMENTACION ED. NUEVA VISION.
- MAXWELL, M. (1977) "PSICOCIBERNETICA Y AUTOREALIZACION" Ed. C.E.C.S.A.
- MERCADO MORENO R. (1991). "AUTOCONCEPTO Y METAS EN NIÑOS MALTRATADOS QUE VIVEN CON FAMILIA Y NIÑOS MALTRATADOS QUE VIVEN EN LA CALLE" FACULTAD DE PSICOLOGIA UNAM.
- MICHEL Leal A. (1986). "ACTITUD HACIA EL COMER Y SUS IMPLICACIONES EN LA SALUD" FACULTAD DE PSICOLOGIA UNAM.
- MITCHELL E. (1987) "MEDICAL COMPLICATIONS AND MEDICAL MANAGEMENT OF BULIMIA" PSYCHOL. MED. 107: 71-77.
- MINUCHIN (1978) "FAMILIA Y TERAPIA FAMILIAR" ED GEDISA. ED. PAIDOS.

MONROY Ahumada M. (1987). "PERFIL DE AUTOCONCEPTO DE JOVENES FARMACODEPENDIENTES PROVENIENTES DE UN HOGAR CARENTE DE FIGURA PATERNA" FACULTAD DE PSICOLOGIA UNAM.

RAUSCH Ed. Paidós, 1990.

RODRIGUEZ Estrada. (1980) "PSICOLOGIA DE LA ORGANIZACION" Ed. TRILLAS.

ROGERS C. (1968) " EL PROCESO DE CONVERTIRSE EN PERSONA" ED. PSIQUE.

RUSELL G.F.M. (1979) "BULIMIA NERVOSA. AND OMINOUS VARIANT OF ANOREXIA NERVOSA" PSICHOLOGICAL MED. 9: 429-48.

STIERLIN, H. Y WEBER, G. (1987) "QUE HAY DETRAS DE LA PUERTA DE LA FAMILIA?" Ed. GEDISA.

SORSKY A.D. (1988) "PANORAMA DE LOS TRASTORNOS EN LA ALIMENTACION" Ed. NUEVA VISION (COMPS).

TORO A. (1987) "ANOREXIA NERVOSA" Ed. Odesa.

TIMOTHY WALSH B. (1988) "MEDICACION EN EL TRATAMIENTO DE BULIMIA" ED. NUEVA VISION .

ESTA TESIS NO DEBE
SAIR DE LA BIBLIOTECA

ANEXOS

INTRODUCCION

Escriba su nombre y el resto de la información solicitada en los espacios indicados en la hoja de respuestas.

En las hojas siguientes encontrarás una serie de informaciones en las cuales te describes a tí mismo, tal como tú te ves. Contesta como si te estuvieras describiendo a tí mismo y no ante ninguna otra persona. NO OMITAS NINGUNA AFIRMACION.

Lee cada afirmación cuidadosamente y después escoge una de las cinco respuestas, en la hoja de respuestas. ENCIERRA EN UN CIRCULO el número de la respuesta que escogiste, cuidando no equivocarse en el número de la respuesta, ya que el número de las preguntas no va en forma progresiva; si deseas cambiar la respuesta después de haber hecho el círculo, NO BORRES, escribe una "X" sobre la respuesta marcada y después marca el círculo en la respuesta que deseas.

SIGNIFICADO DE LAS CINCO OPCIONES

1. COMPLETAMENTE FALSO
2. CASI TOTALMENTE FALSO
3. PARTE FALSO Y PARTE VERDADERO
4. CASI TOTALMENTE VERDADERO
5. TOTALMENTE VERDADERO

1. Gozo de buena salud.....
3. Soy una persona atractiva.....
5. Me considero una persona muy desarreglada.....
- 19.Soy una persona decente.....
- 21.Soy una persona honrada.....
- 23.Soy una persona mala.....
- 37.Soy una persona alegre.....
- 39.Soy una persona calmada y tranquila.....
- 41.Soy un "don nadie".....
- 55.Mi familia siempre me ayudaría en cualquier problema.....
- 57.Pertenezco a una familia feliz.....
- 59.Mis amigos no confían en mí.....
- 73.Soy una persona amigable.....
- 75.Soy popular con personas del sexo masculino.....
- 77.Lo que hacen otras gentes no me interesa.....
- 91.Algunas veces digo falsedades.....
- 93.En ocasiones me enoja.....

2. Me agrada estar siempre arreglado y pulcro.....
4. Estoy lleno de achaques.....
6. Soy una persona enferma.....
- 20.Soy una persona muy religiosa.....
- 22.Soy un fracaso en mi conducta moral.....
- 24.Soy una persona moralmente débil.....
- 38.Tengo mucho dominio sobre mí mismo.....
- 40.Soy una persona detestable.....
- 42.Me estoy volviendo loco.....
- 56.Soy importante para mis amigos y para mi familia.....
- 58.Mi familia no me quiere.....
- 60.Siento que mis familiares me tienen desconfianza.....
- 74.Soy popular con personas del sexo femenino.....
- 76.Estoy disgustado con todo el mundo.....
- 78.Es difícil entablar amistad conmigo.....
- 92.De vez en cuando pienso en cosas tan malas que no pueden mencionarse.....
- 94.Algunas veces, cuando no me siento bien, estoy de mal humor.....

7. No soy ni muy gordo ni muy flaco.....
9. Me agrda mi apariencia física.....
11. Hay partes de mi cuerpo que no me agradan.....
25. En oy satisfecho con mi conducta moral.....
27. Estoy satisfecho de mis relaciones con Dios.....
29. Debería asistir más a menudo a la Iglesia.....
43. Estoy satisfecho de lo que soy.....
45. Mi comportamiento hacia otras personas es precisamente como debería ser.....
47. Me desprecio a mí mismo.....
61. Estoy satisfecho con mis relaciones familiares.....
63. Muestro tanta comprensión a mis familiares como debiera...
65. Debería depositar mayor confianza en mi familia.....
79. Soy tan sociable como quiero ser.....
81. Trato de agradar a los demás, pero no me excedo.....
83. Soy un fracaso en mis relaciones sociales.....
95. Algunas de las personas que conozco me caen mal.....
97. De vez en cuando me dan risa los chistes colorados.....

8. No soy ni muy alto ni muy bajo.....
- 10.No me siento ya bien como debiera.....
- 12.Debería ser más atractivo para con personas del sexo opuesto.....
- 26.Estoy satisfecho con mi vida religiosa.....
- 28.Quisiera ser más digno de confianza.....
- 30.Deberí mentir menos.....
- 44.Estoy satisfecho con mi inteligencia.....
- 46.Me gustaría ser una persona distinta.....
- 48.Quisiera no darme por vencido tan fácilmente.....
- 62.Trato a mis padres tan bien como debiera.....
- 64.Me afecta mucho lo que dice mi familia.....
- 66.Debería amar más a mis familiares.....
- 80.Estoy satisfecho con mi manera de tratar a la gente.....
- 82.Debería ser más cortés con los demás.....
- 84.Debería llevarme mejor con otras personas.....
- 96.Algunas veces me gusta el chisme.....
- 98.Algunas veces me dan ganas de decir malas palabras.....

- 13.Me cuido bien fisicamente.....
- 15.Trato de ser cuidadoso con mi apariencia.....
- 17.Con frecuencia soy muy torpe.....
- 31.Mi religión es parte de mi vida diaria.....
- 33.Trato de cambiar cuando sé que estoy haciendo algo que no debo.....
- 35.En algunas ocasiones hago cosas muy malas.....
- 49.Puedo cuidarme siempre en cualquier situación.....
- 51.Acepto mis faltas sin enojarme.....
- 53.Hago cosas sin haberlas pensado bien.....
- 67.Trato de ser justo con mis amigos y familiares.....
- 69.Me intereso sinceramente por mi familia.....
- 71.Siempre cedo a las exigencias de mis padres.....
- 85.Trato de comprender el punto de vista de los demás.....
- 87.Me llevo bien con los demás.....
- 89.Me es difícil perdonar.....
- 99.Prefiero ganar en los juegos.....

- 14.Me siento bien la mayor parte del tiempo.....
- 16.Soy malo para el deporte y los juegos.....
- 18.Duermo mal.....
- 32.La mayoría de las veces hago lo que es debido.....
- 34.A veces me valgo de medios injustos para salir adelante...
- 36.Me es difícil comportarme en forma correcta.....
- 50.Resuelvo mis problemas con facilidad.....
- 52.Con frecuencia cambio de opinión.....
- 54.Trato de no enfrentar mis problemas.....
- 68.Hago el trabajo que me corresponde en casa.....
- 70.Riño con mis familiares.....
- 72.No me comporto en la forma que desea mi familia.....
- 86.Encuentro buenas cualidades en toda la gente que conozco..
- 88.Me siento incómodo cuando estoy con otras personas.....
- 90.Me cuesta trabajo entablar conversación con extraños.....
- 100.En ocasiones dejo para mañana lo que debería hacer hoy..

