



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

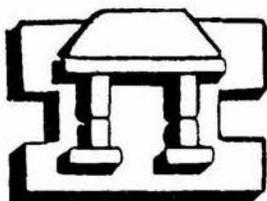
CAMPUS IZTACALA

"IDENTIFICACION DE TRASTORNOS
ALIMENTARIOS EN UNA POBLACION
DE ALTO RIESGO"

PO 1492/97
E.1

REPORTE DE INVESTIGACION
PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N :
MARTINEZ MANZO MARCELA
MEDINA CORONA ALEJANDRA
QUIROZ RUIZ ARELI

ASESORES: LIC. GEORGINA L. ALVAREZ RAYON
MTR. JUAN MANUEL MACILLA DIAZ
LIC. VERONICA E. LOPEZ ALONSO



IZTACALA

LOS REYES IZTACALA, EDO. DE MEXICO.

1997.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

NUESTROS ASESORES

A Georgina Alvarez Rayón, por el apoyo brindado, por su conocimiento transmitido y por todas las experiencias gratas a lo largo del camino.

Al Maestro Juan Manuel Mancilla, por su guía y dedicación a lo largo del proyecto.

A Verónica López Alonso, por sus atinadas sugerencias y su disposición.

LAS INSTITUCIONES

UNAM Campus Iztacala, donde tuvimos la oportunidad de realizar nuestros estudios y cumplir un sueño.

Al CEDART Frida Khalo por el tiempo para realización de este proyecto de investigación.

A la Universidad del Valle de México, por su invaluable cooperación para la realización del presente trabajo.

A Xochitl, Trini, Edith, Lorena y Mireya:

Por su cooperación en alguna etapa del trabajo y por habernos brindado el aliento suficiente para la terminación del mismo.

Areli, Alejandra y Marcela.

DEDICATORIAS

A mi mamá por su apoyo diario :
Gracias por estar siempre a mi lado.
Gracias por enseñarme tantas cosas a lo largo del camino.
Gracias por todo el amor que me has entregado.

A mi padre Gracias.

A mis hermanos :

Angel
Octavio
Aurelio
Eduardo
Daniel

Por ser tan pacientes conmigo, por enseñarme el significado del trabajo, por preocuparse por mi, por todas esas cosas que me dan día a día con su presencia.

A mis adorados sobrinos : **David y Angelito.**

Y no podía olvidar a mis inseparables: **Azeli y Alejandra** con quienes compartí 5 años de mi vida. No cabe duda que a pesar del tiempo, de los momentos gratos y no tan gratos sólo me queda decir: **GRACIAS.**

A todas esas personas a las que quiero...

Mareela

PAPÁ Y MAMÁ:

Gracias por que siempre me han inculcado el deseo de superación y gracias ha eso hoy he podido terminar una carrera profesional. Gracias por sus palabras de aliento para enfrentar los obstáculos que impone el camino de la vida. Gracias por todo su apoyo y sacrificio; pero sobretodo mil gracias porque con nada pago su cariño incondicional.

LOS QUIERO MUCHO!!

DIANA:

Ojalá que ésto te motive a terminar lo que hoy apenas inicias, se que es largo y difícil el camino, pero hoy te puedo decir que la y satisfacción de llegar al final compensa todo.

CARLOS:

Mil gracias por todo, porque de ti siempre he recibido amor, comprensión y apoyo. Porque siempre has estado a mi lado y hoy este triunfo también es tuyo.

Es maravillosos saber que siempre estaremos juntos para apoyarnos y para cosechar más triunfos.

TE AMO.

A mis amiguitas MARCELA y ARELI:

Porque por mucho tiempo compartimos el mismo sueño y hoy por fin se hace realidad; y a pesar de todo llegamos a la meta juntas. Gracias por su alegre compañía y sus siempre sabios consejos.

UN MILLON DE GRACIAS!!

Con mucho cariño:

ALEJANDRA

PAPÁ Y MAMÁ:

Por hacer crecer en mí el deseo de alcanzar y realizar las cosas que más quiero. Por inculcarme el deseo de superación día con día en todo lo que hago. Por hacerme sentir siempre grande con cada cosa que logro. ¡GRACIAS!

Deseo que sigan formando parte de todo lo que soy.

¡LOS QUIERO MUCHO!

DORA Y BETZA:

Gracias por compartir todas sus experiencias conmigo, ahora yo quiero que formen parte de ésta.

RUBEN Y LALO:

Que este logro los motive y los impulse a realizar los suyos con mucha energía.

A mis dos inseparables AMIGAS:

Marcela y Alejandra por el apoyo, el esfuerzo, la alegría y el buen humor al estar juntas en todo momento.

¡MIL GRACIAS!

Con amor:

ARELI.

INDICE

| | |
|---|----|
| INTRODUCCION..... | 2 |
| 1. EL CUERPO Y LA ALIMENTACION..... | 5 |
| 1.1 ASPECTOS PSICOLOGICOS DE LA ALIMENTACION..... | 7 |
| 1.2 ASPECTOS SOCIOCULTURALES DE LA ALIMENTACION..... | 10 |
| 1.3 DIETAS Y ALIMENTACION..... | 13 |
| 1.4 LA CULTURA DE LA DELGADEZ..... | 15 |
| 2. TRASTORNOS ALIMENTARIOS..... | 19 |
| 2.1 ANOREXIA NERVIOSA..... | 25 |
| 2.1.1 DIAGNOSTICO DE LA ANOREXIA NERVIOSA..... | 30 |
| 2.1.2 FACTORES PREDISPONENTES..... | 32 |
| 2.1.3 FACTORES PRECIPITANTES..... | 34 |
| 2.1.4 FACTORES MANTENEDORES..... | 34 |
| 2.1.5 FACTORES FAMILIARES..... | 35 |
| 2.1.6 CARACTERSTICAS PSICOLOGICAS DE LA ANOREXICA..... | 37 |
| 2.2 BULIMIA NERVIOSA..... | 39 |
| 2.2.1 DIAGNOSTICO DE LA BULIMIA NERVIOSA..... | 43 |
| 2.2.2 EL ATRACON..... | 45 |
| 2.2.3 FACTORES DE RIESGO..... | 47 |
| 2.2.4 CARACTERISTICAS DE LA PACIENTE BULIMICA..... | 49 |
| 2.3 POBLACIONES IDENTIFICADAS COMO DE ALTO RIESGO | 50 |
| 3. METODO..... | 58 |
| 4. RESULTADOS..... | 63 |
| 5. DISCUSION Y CONCLUSIONES..... | 73 |
| 6. BIBLIOGRAFIA..... | 83 |

RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue valorar la ocurrencia de trastornos alimentarios, específicamente Anorexia y Bulimia Nerviosa, en una población mexicana de estudiantes en Instituciones Privadas y Públicas a nivel Bachillerato y Licenciatura (N=960), divididas para su análisis en submuestras denominadas grupo Con trastorno (n=169) y Sin trastorno (n=263), cuyas edades oscilaban entre los 15 y 25 años. Se utilizaron tres instrumentos EAT (Test de Actitudes hacia la alimentación), BULIT (Test de Bulimia) y EDI (Inventario de Desórdenes Alimentarios). En los resultados se observó que el trastorno alimentario con mayor ocurrencia fue la Bulimia; mientras que la Anorexia se presentó con una menor ocurrencia, predominando en el Bachillerato Público, siendo la A-B la que mostró incidencia más baja presentándose sólo en Licenciatura y Bachillerato Privados y en Licenciatura Pública; en cuanto a la edad, la Bulimia se presentó a partir de la adolescencia hasta el comienzo de la vida adulta, la Anorexia predominó en la adolescencia y la A-B al igual que la Bulimia se presentó a partir de la adolescencia hasta el comienzo de la vida adulta. En lo que refiere al nivel socioeconómico, también fue la Bulimia la que presentó una mayor incidencia en instituciones Privadas. Al utilizar la prueba *t* de Student, se encontró que el factor Perfeccionismo fue el único que no se asoció a los grupos con algún trastorno alimentario, y en los niveles educativos como un índice de edad, se relacionaron a nivel Licenciatura los factores de Bulimia e Ineficacia, mientras que para Bachillerato fueron Miedo a Madurar y Perfeccionismo. Por otro lado en el nivel socioeconómico, las instituciones Privadas estuvieron asociadas con el factor Ineficacia; en tanto que los factores Motivación para Adelgazar, Miedo a Madurar y Perfeccionismo se asociaron a las instituciones Públicas. Finalmente en la comparación hecha entre los grupos (Anoréxicas, Bulímicas, A-B y S/T), a través de la prueba de DUNCAN, se encontró que el grupo de A-B, obtuvo una media más baja que la reportada por el grupo S/T, en el factor Desconfianza Interpersonal, esto indica que las A-B, no tienen problemas para entablar amistad o relacionarse con otras personas. Encontrándose también que el grupo de las Bulímicas obtuvo una media más baja que la del grupo S/T, en el factor de Perfeccionismo, lo cual demuestra que las Bulímicas no se obsesionan por lograr un perfeccionismo en sus actividades.

INTRODUCCION

El desarrollo de las potencialidades físicas, fisiológicas, y psicológicas del ser humano exigen una buena nutrición, que a su vez depende de varios factores, entre los cuales la alimentación juega un papel fundamental (Bourges, 1987).

El comportamiento alimentario representa para el ser humano un aspecto importante de su vida cotidiana; ya que en él se depositan atributos que le da la cultura y las experiencias vividas desde el seno familiar, hasta los valores propios que cada sujeto le adjudique.

La cultura de la delgadez predomina en la sociedad, día a día se diseñan nuevas dietas restrictivas para estar más delgadas, los libros, las revistas y los medios de comunicación nos invaden con anuncios sobre alimentos con menos calorías, con modelos más delgadas y muy variadas formas para bajar de peso. Así las mujeres tratan de mejorar su apariencia física con dietas restrictivas y ejercicio, sin importarles su salud y el precio que tengan que pagar por evitar la obesidad. Esto sólo es un primer paso para el desarrollo de trastornos alimentarios (Polivy & Herman, 1987).

El término trastornos alimentarios se refiere a los trastornos psicológicos que comportan graves anormalidades en el comportamiento de la ingesta. Son trastornos que afectan más a mujeres que a hombres y preferentemente se presentan en mujeres jóvenes y en sociedades que enfatizan la delgadez (Raich, 1994). Es la adolescencia la etapa más propensa para adquirir un trastorno alimentario, debido a la susceptibilidad del momento, en el que existe una lucha intensa por la búsqueda con uno mismo, existen cambios físicos y emocionales, y surgen las nuevas exigencias de la madurez.

Es por ejemplo en las Instituciones educativas donde se observa una marcada acentuación en la importancia de la apariencia física, el tener femineidad incluye la apariencia física atractiva y el obtenerla se convierte en un juego de competitividad entre las jóvenes que se sale de sus manos, pudiendo llegar a desarrollar un trastorno alimentario y exponiendo su vida por llegar a la meta deseada.

Los trastornos alimentarios han sido ampliamente estudiados es varios países de Occidente, llegando a la formación de Manuales de Diagnóstico

específicos, que permiten la identificación de los síntomas asociados a los diferentes trastornos de la alimentación. En especial la identificación de Anorexia y Bulimia Nerviosa, el cual es el punto de partida para el presente trabajo.

La Anorexia Nerviosa en algún momento se definió como una enfermedad en la cual había una pérdida de apetito, finalmente se ha llegado a la conclusión de que esto no corresponde a la realidad, sino que consiste en una restricción de alimentos voluntaria, que tiene como objeto alcanzar un estado de delgadez ideal, pero que es difícilmente alcanzable debido al trastorno de imagen corporal que presentan, ya que la anoréxica no puede percibirse en una talla ideal, por lo que su idea se convierte en una obsesión y una búsqueda insaciable, en la que pone en juego sus relaciones interpersonales, su familia, su vida sexual y escolar, así como su integridad física, llegando incluso a la muerte por inanición.

La Bulimia Nerviosa se caracteriza por repetidos episodios de gran voracidad seguidos por conductas purgativas, como medida para contrarrestar la gran cantidad de alimentos ingeridos y controlar el peso. El cuadro sintomático de la bulímica es atracón-vómito-abuso de laxantes y/o diuréticos y las consecuencias más mencionadas son: erosiones dentales, perforación esofágica, rotura gástrica, arritmias, deshidratación y acidosis, entre otras.

La Anorexia y la Bulimia son síndromes desconcertantes y para comprender su significado es importante tener conocimientos biológicos, psicológicos y sociológicos, ya que cada una de estas áreas o disciplinas aportan perspectivas diferentes. Entre las características que comparten están la motivación por estar delgados y al mismo tiempo su fobia hacia la gordura, tienen una imagen distorsionada de su cuerpo e incapacidad para identificar sensaciones de hambre y/o saciedad, existe una presencia de rituales obsesivos y pensamientos extremos y supersticiosos; su prevalencia está más fuertemente ligada al sexo femenino.

La evaluación de los trastornos alimentarios requiere de una concreción del diagnóstico, y es través de criterios fijados por el DSM-IV, en el cual se realiza el diagnóstico diferencial entre la Anorexia y la Bulimia. Pero además deben valorarse los factores que intervienen en cada uno de los trastornos en específico.

La mayoría de los estudios publicados sobre trastornos alimentarios han asociado estos síndromes con ascendencia caucásica y con la pertenencia a la clase alta. Si embargo, en los últimos 10 años ha habido un aumento de pacientes con antecedentes sociales que antes no se consideraban como factores predisponentes para el desarrollo de estos trastornos, tales como pertenecer a una clase social baja y las razas negras y asiáticas como lo mencionan Mumford, Whitehouse y Platts (1991), sugiriendo que las influencias socioculturales predisponentes se están expandiendo a varios sectores de la población en general.

La importancia fundamental de la presente investigación es poner al alcance de las personas interesadas en los trastornos alimentarios, una descripción de los factores que intervienen en el desarrollo y mantenimiento de la anorexia y bulimia nerviosa específicamente; así como las relaciones existentes entre los trastornos alimentarios y su prevalencia en grupos denominados de alto riesgo, para poder seguir trazando alternativas más apropiadas de detección y tratamiento para estos trastornos.

1. EL CUERPO Y LA ALIMENTACION

Desde el inicio de la humanidad la alimentación ha sido una necesidad primaria y fundamental que el hombre ha tenido que satisfacer para poder vivir, constituyendo además uno de los factores determinantes para su progreso como individuo; ya que si éste se encuentra bien nutrido, estará física y mentalmente preparado para cualquier tipo de actividad. Este bienestar del ser humano sólo podrá darse cuando éste reciba diariamente las cantidades y combinaciones adecuadas de nutrimentos. Esto es esencial ya que el ingerir una comida balanceada tiene mucha importancia, puesto que cuando esto no sucede da como resultado los malos hábitos alimentarios que ponen en peligro el bienestar físico y emocional del individuo; debido a que una dieta diaria debe ser equilibrada en proteínas, vitaminas, grasas, glúcidos y oligoelementos (Sánchez, 1985).

El desarrollo pleno de un individuo en sus capacidades físicas y psíquicas exige una buena nutrición, de modo que a través de la alimentación se cumple un papel central. La diversidad de formas de alimentación se observa en cada uno de sus aspectos, por ejemplo: el número de comidas en el día y sus horarios, los alimentos que se emplean con mayor frecuencia, la manera de prepararlos y combinarlos, las cantidades que se ingieren, los ritos que rodean el acto de comer, los tabúes, las preferencias y por último la composición de la dieta. En vista de estas manifestaciones se puede afirmar que la conducta alimentaria del ser humano es un fenómeno complejo, interviniendo múltiples factores desde el tipo biológico (hambre, necesidades especiales debido al crecimiento, embarazo o lactancia); factores geográficos (disponibilidad de alimentos de acuerdo a la región, clima y estación del año) y factores psicológicos -apetito, gustos, experiencias ligadas a los alimentos, ritos y tradiciones- (Bourges, 1987).

En el aspecto biológico de la alimentación el tiempo incide sobre la magnitud de los requerimientos de nutrimentos no sólo por la velocidad de crecimiento de cada ser humano, sino también por el tipo de actividad ligada a cada una de ellas; así, una persona que realiza un trabajo que requiere un esfuerzo físico considerable necesita aproximadamente 50% más de energía en su dieta, que otra persona cuya vida es sedentaria (Avila, 1982). Por ejemplo, la adolescencia es un período en que el crecimiento acelerado adquiere su máxima intensidad; los varones crecen 10 cm. al año como máximo y las mujeres de 6 a 8

cm. El estado de maduración sexual está estrechamente ligado a las necesidades de los nutrimentos; en consecuencia las exigencias absolutas de nutrimentos son grandes aunque proporcionales al peso corporal. A fin de atender a tales exigencias, el adolescente físicamente activo y sano comerá tanto que quienes lo alimentan pueden pensar que consume demasiado (Hare, 1987).

El adolescente sano por lo general dobla su peso durante la pubertad y la adolescencia, pero no necesariamente con una tasa constante. Los muchachos tienden a tener un aumento temporal en las mediciones de grasa al principio de la pubertad, y luego se vuelven más delgados. Las chicas por el contrario tienden a presentar un aumento persistente del tejido adiposo durante la adolescencia; es así como la obesidad o su amenazante aparición durante esta época puede afectar su maduración psicológica y social, interfiriendo con la progresión normal de la dependencia a la independencia, con la participación en los deportes y en otras actividades, así como en el desarrollo de las relaciones sociales (Beal, 1983).

Existe hoy en día, una fuerte creencia de que el ser gordo no es saludable. Los profesionales en el cuidado de la salud gastan mucho tiempo y dinero convenciendo al público de que la obesidad es un problema de salud, y de hecho los investigadores reportan que existe relación entre el peso y el incremento de riesgos para la salud, como por ejemplo el hecho de que la gente gorda tiende a desarrollar más problemas, tales como la hipertensión, el colesterol alto y la diabetes (Lolas, 1992; Rothblum, 1994).

Wooley & Wooley (1979, citado en Feinstein & Sorosky, 1988), revisaron numerosos estudios sobre el estigma de la obesidad en la infancia y adolescencia, encontrando que el niño con sobrepeso es considerado por los demás como responsable de su condición, y el fracaso en remediar esa situación se debe a "debilidad personal". Estos autores refieren que tanto los niños de peso normal como los que tienen sobrepeso adjudican calificativos peyorativos tales como sucio, vulgar o feo entre otros, mientras que las niñas agregan adjetivos como triste y solitaria, lo cual sugiere que la obesidad conlleva connotaciones de aislamiento social. Esta actitud negativa hacia los niños con sobrepeso prevalece para ambos sexos. Sin embargo, en la adolescencia y la adultez las mujeres parecen resultar más afectadas que los varones por este prejuicio antigordura.

1.1 ASPECTOS PSICOLOGICOS DE LA ALIMENTACION

La conducta alimentaria cobra una gran relevancia, si se toma en cuenta que la alimentación del ser humano deja de ser totalmente instintiva para convertirse en una respuesta altamente condicionada por factores de otro orden como el psicológico, interviniendo en ella, por lo tanto, aspectos emocionales y de placer que la hacen más compleja (Barber, Bolaños-Cacho, López-Jensen & Ostrosky, 1995).

El comer es una actividad cotidiana, importante en la vida de todas las personas, de tal modo que los excesos, las deficiencias, los desequilibrios, los desbalances crean problemas en las personas no sólo en los aspectos fisiológicos del organismo corporal, sino en la personalidad psicológica y en las relaciones con los demás, de tal forma que de manera circular y multicausante la alimentación influye en esas variables y éstas en la alimentación (Virseda, 1995).

En el aspecto psicológico se retoma la adquisición de hábitos alimentarios en el seno familiar. Así, mucho de lo que define y delimita nuestra actitud ante la vida, el aprecio que se le da a la salud y a la alimentación, depende tanto de los valores propios de la cultura, así como de la percepción que se tenga de la vida misma (Avila, 1982).

La comida tiene muchos significados que no son biológicos. El niño aprende rápidamente que el alimento es una de las pocas armas que puede usar contra sus padres. El rechazo del alimento puede atraer la atención deseada. Igualmente puede ser un medio para expresar independencia y demostrar que es una persona separada con mente propia. El comportamiento durante las comidas en ocasiones puede tratar de probar los límites permisibles que han establecido los padres.

Los padres también usan la alimentación de diferentes maneras. Por ejemplo cuando el alimento se ofrece con placer y alegría, los padres expresan satisfacción y orgullo de su descendencia y su capacidad para amar y comprender. En cambio, cuando los padres obligan a comer a sus hijos puede ser que traten de hacer lo mejor, pero también puede ser signo de dominio. Por lo que

cotidianamente el alimento se usa como el premio a una buena conducta y el retirar el alimento como castigo por un comportamiento inaceptable (Beal, 1983).

No obstante, se puede señalar que el proceso de crecimiento y desarrollo de un individuo no sólo comprende el cubrir o satisfacer las necesidades de nutrición y las de salud biológica, sino que también las de armonía, estímulo y amor respecto al grupo familiar en el que se encuentre (Avila, 1982).

Al respecto, se ha observado que cada familia provee sus propios sistemas de alimentación, además de que estructura sus actividades y valores sociales sobre el peso apropiado de los miembros de ésta. El peso de los padres puede ser consistente, pero la tendencia a ser esbelto o robusto es más que simple genética. La dinámica familiar, así como la adaptabilidad y cohesión entre los que la forman, tiene fuertes influencias en los hábitos alimentarios de cada uno de los integrantes (Strober, 1995).

Actualmente gran parte de la población dispone de alimentos de una alta densidad calórica, por lo que la obesidad prevalece en los grupos de población de nivel socioeconómico bajo y en las clases altas, sin embargo parece ser que a medida de que se dispone de alimentos más "gustosos" y "atractivos", hay un mayor interés por evitar la obesidad, de modo que los kilos extra ya no son un lujo (Herscovici & Bay, 1990). Existe una gran preferencia social por un físico delgado, produciendo la correspondiente la preocupación social por la dieta y pérdida de peso, lo cual ha afectado la conducta alimentaria y las actividades relacionadas con la comida entre mujeres jóvenes y adolescentes. La extensión de esta preocupación ha sido tal que se observa a la dieta restrictiva, al ejercicio periódico y a la mentalidad asociada con éstos como normativa. Se ha observado que los hombres en general realizan deportes por diversión, para mejorar su salud, para prevenir enfermedades cardiovasculares, mientras que la mujer en cambio, recurre a los ejercicios físicos con la única finalidad de mejorar su silueta y perder peso (Polivy & Herman, 1987).

Este cambio de mentalidad respecto a la alimentación ha hecho que la gente se preocupe más por los aspectos relacionados con el sabor y la atmósfera que rodea a las comidas, que por la ingestión de la cantidad necesaria de calorías para sobrevivir. La imposibilidad de controlar el exceso en las comidas y de

mantener la delgadez a menudo conduce a un sentimiento de desconcierto, vergüenza y culpa. Se ha comprobado a través de estudios que un 70% de mujeres adolescentes y jóvenes de E.U.A y Europa consideran que tienen sobrepeso, a pesar de que su peso es normal en relación con su altura y complexión corporal (Feinstein & Sorosky, 1988). Asimismo Herscovici y Bay (1990), afirman que las mujeres suelen percibirse obesas sin serlo, con mucha más frecuencia que los varones, y generalmente muestran gran confusión respecto a lo que significa la silueta normal.

Se presentan además múltiples mensajes respecto de la buena salud y de la prevención de enfermedades que tienen que ver con la evitación de la obesidad, pero no se encuentra el mismo grado de difusión sobre las implicaciones de las dietas restrictivas y de lo peligrosas que pueden llegar a ser, pues se generan como consecuencia de éstas importantes complicaciones. Por lo tanto, es importante que la difusión masiva sobre pautas novedosas de alimentación deba acompañarse siempre de una advertencia sobre sus posibles riesgos y complicaciones (Herscovici & Bay, 1990).

Las influencias sociales sobre el peso operan en varios niveles: familia, instituciones, comunidades y sociedades. Asimismo cada nivel incluye diferentes factores que influyen en el peso (Wilfley & Rodin, 1995).

Las instituciones, como los sitios de trabajo y escuelas, proveen un importante contexto dentro del cual las conductas relacionadas con el peso, están establecidas. Las instituciones hacen varias demandas de trabajo a los individuos, teniendo un gasto de energía y en contraste proveen alternativas variadas para su alimentación. Las comunidades tienen un contexto en el cual la gente vive su vida y puede o no elevar e incluso disminuir el peso de su cuerpo, a través de las alternativas de alimentación que provee, también ofrece oportunidades recreativas para el exceso de energía. Dentro de las comunidades se han forjado las ideas respecto al sobrepeso o falta de éste por las variaciones de las clases sociales, en las se observa la prevalencia de delgadez o gordura, por ejemplo la idea que "nunca se es suficientemente rica o delgada", haciendo referencia actualmente a que la delgadez esta asociada a una clase social alta.

Las prácticas sociales, políticas de agricultura, transportación, recreación y otras áreas de la sociedad, son una clave importante por su influencia sobre el peso, debido a que los valores respecto a la alimentación, actividades y la apropiada figura del cuerpo, son transmitidos oralmente por un gran número de personas, y reforzadas cada día a partir de la interacción diaria (Wilfley & Rodin, 1995; Striegel-Moore, 1995).

El desarrollo individual depende en gran parte de estímulos del ambiente, como un proceso que resume la experiencia y valores de cada cultura, afirmando que se requiere de conocimiento para poder resolver los problemas de salud y nutrición que se presentan en la actualidad cotidianamente.

1.2 ASPECTOS SOCIOCULTURALES DE LA ALIMENTACION

La cultura es un sistema de categorías, reglas, valores, procesos e ideales que los gobiernos estructuran en la sociedad. La cultura es ciertamente el factor más poderoso y determinante sobre el peso del cuerpo, debido a la creencia que actualmente tienen algunas personas de ciertas culturas, acerca de que el sobrepeso es una manifestación de salud y riqueza, no obstante la delgadez ha ido incrementando y extendiendo su valor como ideal cultural (Striegel-Moore, 1995; Cooper, 1995).

Tal como lo reflejan las pinturas, fotografías y escritos, la moda femenina en apariencia y vestimenta ha cambiado dramáticamente a través del tiempo y lugar. Así, actualmente la moda ha sido exagerada al disminuir las facciones tales como el tamaño del pie, y el peso corporal en las mujeres. La estrechez de las partes del cuerpo y de los artículos de ropa han sido considerados altamente eróticos por los hombres. Y finalmente, mientras que la profesión médica se dedica a promover y apoyar la salud, simultáneamente trata un gran número de mujeres con complicaciones médicas que resultan de ciertas tradiciones, como la mutilación de los dedos de los pies, el uso de corsets y la mutilación genital (Brownmiller, 1984).

En tiempos prehistóricos, las mejores figuras eran las gordas y embarazadas, lo cual ligaba a la obesidad con la sexualidad y la fertilidad; en tiempos victorianos, la obesidad en las mujeres era considerado como un atractivo sexual; en tanto que en los países pobres mucha gente moría y muere por malnutrición y enfermedades infecciosas, por lo que la delgadez no es en sí deseable (Rothblum, 1994). Hasta el siglo XX, las mujeres en los Estados Unidos fueron consideradas bellas si poseían abundante pecho y caderas, símbolos de habilidad reproductiva (Ewen, 1988).

Tras la moda medieval de las formas menudas y delgadas, se abre una época de opulencia anatómica, de contornos rebosantes y de grasa triunfante que no finaliza hasta comienzos de nuestro siglo. Desde entonces se establece un imperativo de delgadez y estilización femenina que representa el final del viejo ideal de belleza opulenta. Ciertamente, éste no se olvida por completo y las fantasías masculinas son sin duda el origen de las jóvenes con pechos generosos, altamente cotizadas en Hollywood durante los años 50-60's, pero éstas mantienen más bien un compromiso entre la Venus de antaño y la delgada criatura femenina de nuestros días; en efecto, las mujeres tienen el derecho de exhibir sus curvas generosas con la condición de que estén severamente circunscritas y se sometan a las exigencias modernas de la pierna larga, el vientre plano y el pecho alto. En definitiva, se establece un cambio profundo que lleva a la obligación general de una delgadez activa y voluntariosa. Ya que el cuerpo es objeto hoy en día de un nuevo culto y el imperativo categórico es claramente el de "guardar la línea" (Guillemot & Laxenaire, 1994).

Garner y Garfinkel (1983) han podido verificar y cuantificar la evolución a la baja de las cifras que estiman la silueta femenina en un periodo que va desde 1960 hasta 1980, estudiando las medidas de las modelos de Play Boy, consideradas representativas de un cierto ideal femenino (por lo menos desde el punto de vista de los hombres); ellos comprueban que tallas y perímetros de espalda aumentan mientras que pesos, perímetros de pecho y de caderas están en un continuo descenso. Junto con esta dirección que ha seguido el cambio en la figura ideal de la mujer, se ha dado en dirección inversa : a) un crecimiento en la publicidad de artículos para bajar de peso (casi nula a principios de siglo, con un crecimiento crítico a partir de los 70's) y b) un auge de lo que sería una industria cada vez más poderosa, farmacéutica, alimentaria, editorial y publicitaria, entre

otras, dedicadas al adelgazamiento (Braguinsky, 1987, citado en: Kenny & Hart 1992).

En España se realizó durante 6 años consecutivos la revisión de los anuncios aparecidos en las revistas más leídas por mujeres, en donde se estimulaba la apariencia delgada, encontrando que directa o indirectamente en uno de cada cuatro anuncios se estimulaba la pérdida de peso y que el impacto del anuncio daba en su blanco y significativamente más entre el grupo de mujeres de 14 a 24 años de clase media y alta (Toro, Salamero & Martínez, 1994). Dando como consecuencia que muchas mujeres traten de mejorar su apariencia física a través del uso de dietas restrictivas y así incrementar su atractivo, pero a la vez deteriorando su salud, desarrollando así diabetes, pero prefiriendo siempre ser delgadas que obesas. Sin embargo los textos médicos y los profesionales de la salud continúan promoviendo las dietas como algo saludable y a la obesidad como peligrosa (Rodin, Silberstein & Striegel-Moore, 1984).

Se ha comprobado que existen dos fenómenos culturales simultáneos que podrían dar cuenta de los cambios que afectaron a la mujer. Primero el movimiento feminista, el cual favoreció a la confusión de roles e identidad, dentro de la subpoblación de jóvenes. Garner y Garfinkel (1983), hallaron evidencias del efecto de esta transformación cultural, forzando a las mujeres a enfrentarse a múltiples roles, ambiguos y a veces contradictorios que incluían la adaptación a expectativas femeninas más tradicionales como: la atracción física, la domesticidad, la incorporación de estándares más modernos de logros personales en el campo profesional y a las oportunidades de autodefinición y autonomía. Faludi y Wolf (1991, citado en: Rothblum, 1994), han argumentado que el movimiento feminista, más que reducir el énfasis en la apariencia de las mujeres, ha creado un contragolpe, que ha aumentado la atención sobre los cuerpos de las mujeres.

Otro cambio cultural que surgió junto con el movimiento feminista y que influyó sobre la conducta relacionada con la comida y el cuerpo, es el marcado énfasis en la delgadez como un medio por el cual las mujeres jóvenes podían competir entre ellas y demostrar su autocontrol, ya que la falta de éste podría conducir a la obesidad, favoreciendo así la discriminación social, el aislamiento y la baja autoestima (Sorosky, 1988).

El ideal de la delgadez nace en las clases favorecidas a través de la restricción voluntaria convirtiéndose en un lujo complementario, pero estas normas autoimpuestas se han extendido a la población en general, surgiendo una búsqueda frenética y obsesiva por perder algunos kilos de más, y poniendo así en juego sus vidas.

1.3 DIETAS Y ALIMENTACION

Al público en general no sólo le interesa muchísimo adelgazar, sino que además es muy dado a creer en las novedades y por eso compra libros sobre las dietas de moda, sobre medicamentos que suprimen el apetito y sobre aparatos para adelgazar. De tal modo que la mercadotecnia que rodea al mundo de las dietas y la reducción de peso se ha convertido en una industria de miles de millones de dólares (Hare, 1987).

Por lo que cada día un sinnúmero de personas arriesgan su salud y hasta su vida, con la adopción de disparatadas dietas de reducción de peso que aparecen en revistas, diarios, libros, volantes e incluso en los medios electrónicos de difusión. Estas dietas con frecuencia están conformadas por una serie de consejos que atentan contra la salud de todos aquéllos que desearios de obtener resultados con un mínimo de esfuerzo, y alentados por una gran credulidad piensan que con el consumo de un sólo alimento o la irracional restricción de varios días desaparecerá el exceso de peso. La mayoría de las dietas engañan al público y omiten las características correctas de la alimentación, no induciendo buenos hábitos alimentarios y en ocasiones ponen en peligro la salud, sobre todo cuando se siguen durante períodos prolongados (Kaufer, 1990).

Sin embargo Hare (1987) menciona que los regímenes dietéticos tradicionalmente difundidos no se recomiendan por razones tales como:

- 1) El aporte calórico recomendado es tan bajo que excluye la ingestión de suficiente cantidad de todos los nutrimentos esenciales.

- 2) Las proporciones de nutrimentos calóricos (grasas, carbohidratos y proteínas) son sospechosas, por ejemplo, la alimentación demasiado baja en carbohidratos puede provocar cetosis.
- 3) La dieta da la prioridad a un alimento o a un reducido número de alimentos y por lo mismo impide consumir varios que contienen suficiente cantidad de los nutrimentos esenciales.
- 4) La dieta se centra en las emociones del individuo y le hace promesas irreales, como perder varios kilos en poco tiempo, adelgazar sin tomar decisiones "poder comer todo lo que uno quiera y bajar de peso al mismo tiempo".
- 5) No se da seguimiento al obeso ni se toman medidas para conservar el peso ideal.
- 6) La dieta carece de fundamento científico.

Ante lo cual enuncia que algunos de los criterios que debe reunir una dieta para el control de peso son los siguientes:

- a) Debe ser deficiente sólo en calorías.
- b) Debe contener una amplia gama de alimentos para garantizar un aporte adecuado de todos los nutrimentos esenciales.
- c) Debe educar al sujeto sobre la nutrición apropiada e incluir técnicas de modificación de conducta que le ayuden a conservar su peso ideal.
- d) Debe reducir la ingestión de energía a un punto en que el peso se pierda con lentitud pero en forma constante (1/2 o 1 kg. por semana).
- e) Debe basarse en hechos científicos y bioquímicos.
- f) Debe excluir riesgos médicos o efectos colaterales metabólicos de gravedad.
- g) Debe ser económica.
- h) Debe ser aceptable a varios estilos de vida y de circunstancias .

La importancia de las normas de apariencia de las mujeres se ve reflejada en la epidemia de dietas que se han adoptado, a partir de los cambios que se desean conseguir (Rothblum, 1994).

Existen varias investigaciones que manejan dos opiniones acerca del cuerpo perfecto. La primera es que el cuerpo es infinitamente maleable y que con una dieta estricta, un programa de ejercicio y el esfuerzo personal se puede lograr una

estética ideal; la segunda dice que obtener el cuerpo ideal se considera como una ganancia, como una carrera avanzada hacia la salud, la felicidad y la atracción. Actualmente la delgadez equivale a atractivo a pesar de que exista una diferencia en la percepción del cuerpo entre hombres y mujeres, pues ellos perciben su cuerpo como funcional y atlético, mientras que ellas como estético y decorativo (Polivy & Herman, 1995).

Estos autores refieren que la dieta vinculada a la sustitución de alimentos, con conocimiento determinado es lo que se llama manejo del hambre. La restricción de alimentos es ignorada por signos internos de hambre y saciedad para reducir el consumo calórico que tiene como principal función perder peso. Una moderna conducta de control y tratamiento de peso enfatiza el cambio en la nutrición así como varios componentes de un programa comprensivo de modificación en el estilo de vida .

1.4 LA CULTURA DE LA DELGADEZ

Beck (1976, citado en Guillemot & Laxenaire, 1994) ha demostrado que el ideal de delgadez se impone más entre aquellas mujeres con un ideal cultural más elevado y mayor ambición profesional, pues cierta redondez en las formas se asocia en las mentes a la femineidad y ésta es generalmente asociada a la falta de inteligencia y a la incompetencia profesional; de donde se deduce el imperativo de la delgadez para las mujeres con ambiciones profesionales. Esto ha tenido como consecuencia signos de angustia psicológica, tendiendo a sufrir depresiones y desórdenes alimentarios (Rothblum, 1994).

La imagen corporal negativa entre las mujeres adolescentes, es decir, la percepción de que sus cuerpos no son ideales, puede ser comprendida en parte debido al esfuerzo de éstas por vivir con la seguridad de una imagen ideal que destaca en la cultura, más que en la vulnerabilidad y vitalidad de sus cuerpos femeninos (Berscheid & Walster, citado en: Tolman & Debold, 1994).

El ideal de belleza se ve reflejado en las imágenes de las mujeres modelos, quienes por su omnipresencia llegan a convertirse en patrones irreales, pues no todas las mujeres pueden llegar a tener una figura así.

Las mujeres intentan vivir dentro de confines imposibles, porque tienen el poder de atraer el deseo de los hombres y de ganar su protección en un mundo sexualmente violento, sin embargo, la ilusión de esta protección es absurda, debido a que la violencia sexual es en contra de las mujeres, y por el hecho de que los perpetradores de esta violencia son frecuentemente muchos de los hombres que se supone proveen esta "protección". Las investigaciones han indicado que el estatus de los hombres depende en gran parte del atractivo de su compañera más que en su propio atractivo físico (Berscheid & Walster, citado en: Rothblum, 1994).

Se ha encontrado que parecen ser importantes las diferencias entre hombres y mujeres en la organización de la información sobre la comida y la alimentación en sujetos normales. Las mujeres parece que emplean dimensiones adicionales indicando cautela y control en la organización de información sobre alimentación; mientras que los hombres piensan más en términos de los deseos de consumir y en el costo de la alimentación (Smead & Richert, 1990).

Es verdad también que la restricción de alimentos hace perder peso a cualquiera, pero los cuerpos de las mujeres son más resistentes a la inanición que el de los hombres. Los productos y las prácticas que mantienen la apariencia de las mujeres son costosas. La economía tendría mucho que perder si las mujeres se conformaran con las normas de apariencia de la sociedad, pero la economía necesita de este gasto que se mantiene invisible. Es vital para la economía de la belleza que las mujeres creen que pueden realzar su atractivo con la compra de productos designados a cambiar su cabello, ropa, forma corporal, y peso, a pesar de que estos métodos para realzar la belleza usualmente envuelven abruptamente la desviación o desfiguración de la apariencia natural.

Freeman (citado en: Rothblum, 1994) ha descrito que la palabra "belleza" se refiere específicamente a las características físicas y también sugiere femineidad. En contraste, la palabra "guapo" se refiere a la conducta, tales como la fortaleza y el cumplimento, aunque también al atractivo físico. De esta manera, la gente suele asociar un amplio número de características positivas con el atractivo físico.

Así, las mujeres y hombres físicamente atractivos son descritos como con clase, sensitivos, sexualmente atractivos y responsivos, interesantes, fuertes, modestos, socialmente hábiles, extrovertidos, y excitantes, más que las mujeres y hombres no atractivos. Por otra parte, también existe alguna evidencia de que las mujeres físicamente atractivas reportan tener más compañeros sexuales y dicen que se han enamorado más frecuentemente que las mujeres menos atractivas.

Consecuentemente, las mujeres llegan a preocuparse tanto por su apariencia, que se vuelven obsesivas con las deficiencias, y se ven a sí mismas como objetos, y responden a otras mujeres como objetos de competencia (Schur, 1984).

Una moderna conducta de control y tratamiento del sobrepeso enfatiza el cambio en la alimentación, así como varios componentes de un programa comprensivo de modificación de estilo de vida para mujeres jóvenes y adultas (Polivy & Herman, 1995).

Es sin duda importante en el mundo todo lo que nos rodea, los cambios que surgen en él día a día y que afectan nuestro estilo de vida, incluyendo nuestros hábitos alimentarios. Y es aún más interesante el conocer como afectan estos cambios a cada persona de manera particular, debido a algunos factores de riesgo como la presión social por la delgadez, el miedo a madurar, la insatisfacción corporal, la sensación de ineffectividad, el perfeccionismo, la desconfianza interpersonal y la motivación para adelgazar a través de la dieta restrictiva, vinculadas claramente al desarrollo de dos importantes trastornos alimentarios como son: la Anorexia y la Bulimia en mujeres jóvenes. La prevalencia de la Anorexia está situada en una persona por cada 100 (Garner & Garfinkel, 1982). En las últimas décadas las investigaciones epidemiológicas informan que la anorexia se sitúa de 0.5% al 1% principalmente en mujeres adolescentes y jóvenes (Kaplan & Sadock, 1994). Mientras que la Bulimia se sitúa entre un 2 y un 4% (Guillemot & Laxenaire, 1994). Fairburn y Beglin (1992) reportan que la bulimia se estima en 9 de cada 100 mujeres. Crowther, Wolf y Sherwood (1992) presentaron la prevalencia de bulimia entre estudiantes universitarias, mostrando un rango variable de 0.79 al 19%. Mientras que de acuerdo a estudios longitudinales en el DSM III-R la prevalencia es de 1 al 3.8% en estudiantes universitarias. Garfinkel, Lin, Goering, Spegg, Goldbloom, Kennedy,

Kaplan y Woodside (1995) reportan el trastorno de bulimia nerviosa en un rango de 1% a 3% en mujeres jóvenes.

Estos dos trastornos se desarrollan por lo general durante la adolescencia, período en el cual, se inicia una lucha en busca de su identidad y enfrentándose a las nuevas exigencias del mundo adulto. Esta situación se complica cuando interactúan otras circunstancias, como la cultura y la familia, entretejiendo aún más esta madeja, y poniendo en riesgo la vida del adolescente.

2. TRASTORNOS ALIMENTARIOS

El término trastornos alimentarios se refiere a los trastornos psicológicos que comportan graves anormalidades en el comportamiento de ingesta. Son trastornos graves que afectan a las mujeres mucho más que a los hombres, preferentemente se presentan en mujeres jóvenes y en sociedades desarrolladas donde hay sobreabundancia de comida, en las que la cultura que predomina enfatiza la delgadez, y aún parece que en medida que aumenta el nivel de vida, crece de manera geométrica el número de las personas que presentan dichos trastornos (Raich, 1994).

Se llega a la conclusión de que las personas con algún trastorno alimentario presentan graves problemas psicológicos: se sienten deprimidas, sin posibilidad de cambio, no están satisfechas consigo mismas, ni en cuanto a su apariencia física, ni en su manera de ser, son solitarias y se relacionan con dificultad. Una de las razones por las cuales las mujeres sufren de trastornos alimentarios, obesidad y distorsión de la imagen corporal más que los hombres, es la biológica. Esto es que los estándares para los hombres simplemente no son tan extremos para obtener un cuerpo masculino normal, como lo son para las mujeres, ya que el ideal femenino viola la realidad antropomórfica del porcentaje promedio del cuerpo femenino. La meta es suprimir las características sexuales secundarias femeninas y consecuentemente las mujeres son puestas en guerra contra su propia biología para conseguir ese estándar. En un nivel práctico la autoimagen de las mujeres, su éxito económico y social pueden ser determinados por su belleza y el poder de atracción hacia los hombres (Rothblum, 1994; Polivy & Herman, 1987).

Se espera que las mujeres mantengan su femineidad, controlando su conducta, como por ejemplo, teniendo un manejo más estricto sobre su apetito y peso corporal, lo cual es calificado como virtuoso al igual que el hacer ejercicio. El estatus socioeconómico, así como su educación, ocupación y lugar como miembros de la familia son examinados en la influencia del peso, teniendo una variedad de fuentes como el estilo de vida de los padres, y los prejuicios y discriminación contra la obesidad (Seid, 1994).

Los trastornos alimentarios se caracterizan por disturbios severos en la conducta del comer. El Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. conocido como DSM IV incluye dos diagnósticos específicos: la anorexia

nerviosa y la bulimia nerviosa (Aizpuru, 1995). Los cuales son identificados de acuerdo a criterios específicos cuasiconductuales que facilitan el diagnóstico, pero dificultan la diferenciación de grupos distintos de personas con síntomas iguales o parecidos y que se diferencian en otras variables más decisivas como las referentes a la personalidad (Virseda, 1995)

De acuerdo a Tannenhaus (1995) existen rasgos comunes entre los trastornos alimentarios como son:

- 1.Preocupación extrema por el aspecto, la imagen corporal o el tamaño del cuerpo.
- 2.Exagerado temor a engordar.
- 3.Exageración en el tamaño y los defectos corporales.
- 4.Una creciente rigidez de pensamientos acerca de la comida y un abandono de las actividades normales.

El énfasis en la delgadez ha dado como resultado una fuerte tendencia hacia las dietas restrictivas, principalmente en mujeres y con ello el desarrollo de trastornos alimentarios como lo son la Anorexia Nerviosa (AN) y la Bulimia Nerviosa (BN); y cada día las adolescentes se encuentran más interesadas en la delgadez aún antes de entrar a la Escuela Secundaria y Preparatoria (Wilson, 1995). Polivy y Herman (1995) afirman que la dieta restrictiva está claramente ligada al desarrollo de AN y BN en mujeres jóvenes, aunque algunos autores consideran que no es el único factor desencadenante; ya que existen otros factores de riesgo como la predisposición genética, la vulnerabilidad biológica, la personalidad y los factores socioculturales, así como las influencias familiares, las que asimismo tienen gran peso en estos trastornos.

Tanto en la anorexia como en la bulimia se pueden observar aspectos cognitivos inadecuados y persistentes que se refieren principalmente a la comida, al peso o al aspecto corporal. Beck, Garner y Bemis (citados en Raich, 1994) los han sintetizado en:

- a)Abstracciones selectivas, es decir, llegar a conclusiones a partir de la consideración exclusiva de aspectos parciales. Ejemplo: "si como una galleta me descontrolaré y comeré doscientas".

- b) Generalizaciones excesivas, por ejemplo: "si no programo por la mañana lo que voy a comer, es mejor no arriesgarme y no comer nada".
- c) Magnificación de consecuencias negativas, por ejemplo: "si como esto pronto llegaré a pesar 70 kg".
- d) Pensamiento dicotómico de todo o de nada, por ejemplo: "si me he dado un atracón debo ayunar tres días completos por lo menos".
- e) Ideas autorreferenciales, por ejemplo: "cuando como parece que todo el mundo me mira".
- f) Pensamientos supersticiosos, por ejemplo: "Mi cuerpo es una bolsa y todo lo que deposito me hace aumentar de peso".

Saggin (1993, citado en: Raich, 1994) menciona otros ejemplos de distorsiones cognitivas:

- a) Inferencia arbitraria: "si comes a gusto, engordas".
- b) Uso selectivo de la información: "la actividad física quema calorías, por lo tanto sólo puedo comer aquello que consuma haciendo ejercicio".
- c) Hipergeneralización: "no puedo entrar sola a un restaurante, ya lo he hecho y he comido de más".

En cuanto al peso y a la figura Cash (1987, citado en: Raich, 1994) reflejó en su llamada "docena sucia" la descripción de los pensamientos automáticos más frecuentes:

- 1) La bella o la bestia es un pensamiento dicotómico, como por ejemplo "soy muy atractiva o soy muy fea". Estos pensamientos son blanco o negro.
- 2) El ideal irreal, se refiere al uso del ideal social como un estándar de apariencia aceptable.
- 3) La comparación injusta, se refiere a que uno se compara con la gente a la que se encuentra diariamente en situaciones cotidianas.
- 4) La lupa, es observar de manera detallada todas las partes que se consideran más negativas de la propia apariencia.
- 5) La mente ciega, es el pensamiento que minimiza o descuida cualquier parte del cuerpo que pueda considerarse mínimamente atractiva.
- 6) La fealdad radiante, consiste en empezar a criticar una parte de la apariencia y continuar con otra hasta conseguir una bola de nieve y destruir cualquier aspecto de su figura.

- 7)El juego de la culpa, hace que la apariencia sea la culpable de cualquier fallo, insatisfacción o desengaño.
- 8)La mente que lee mal, es la distorsión que hace posible leer o interpretar la conducta de los demás en función de algún fallo corporal, por ejemplo "no tengo novio porque soy gorda".
- 9)La desgracia reveladora, se refiere a la predicción de desgracias futuras que sucederan por culpa de la apariencia.
- 10)El error de la belleza limitadora, consiste en poner condiciones a las actividades a realizar que las hacen más difíciles, por ejemplo "no puedo ir a gimnasia hasta que no pierda peso".
- 11)Sentirse fea, es un error cognitivo que consiste en convertir un pensamiento personal en una idea universal.
- 12)Reflejo del malhumor, sería el traspaso de la preocupación causada por cualquier acontecimiento al propio cuerpo.

El porcentaje de desórdenes depresivos y de ansiedad en miembros familiares con desórdenes alimentarios han sido consistentemente altos y son generalmente secundarios al disturbo en hábitos alimentarios. Es bien conocido que la depresión está presente en pacientes con anorexia nerviosa, se sabe además que la inanición produce cambios cognitivos, afectivos y sociales, ocasionando a su vez una depresión mayor. Y aunque clínicamente los trastornos alimentarios y la depresión son difíciles de distinguir como causante uno del otro, porque comparten signos y síntomas, tendencias familiares, similares anormalidades neuroendocrinas y respuesta a medicamentos. Estas similitudes son la causa de que se sugiriera que los trastornos alimentarios son una variante de la depresión como enfermedad. Desde hace mucho tiempo varios autores han reportado que encontraron a la anorexia nerviosa (AN) como una variante de esquizofrenia, ya que algunas de las características de ésta han sido vistas en pacientes con AN, estas características son un negativismo en general, indecisión, aislamiento, etc. La distorsión de la imagen del cuerpo en las pacientes con AN podría ser una percepción psicótica, además muchas pacientes con AN muestran sintomatología obsesiva y llegan a formar una neurosis obsesiva-compulsiva debido a que tienen preocupación por la comida, con el peso, la figura del cuerpo y la delgadez (Beumont, 1995).

Los amplios rangos de síntomas y signos encontrados en los trastornos alimentarios han ampliado el conjunto de propuestas para explicarlos. Así, la experiencia en la investigación con relación a estos trastornos ha incrementado, ocasionando un mayor énfasis en los factores de riesgo asociados al desarrollo de los mismos, para su temprana prevención.

Además es muy difícil especificar una simple etiología, pues ahora se reconoce que hay una variedad de factores culturales, familiares e individuales que incrementan la vulnerabilidad para desarrollar un trastorno alimentario. Sin embargo, es claro que no todas las personas con trastornos alimentarios necesitan tener los mismos factores de riesgo, y algunas personas con los mismos factores pueden no manifestar o desarrollar un trastorno alimentario (Johnson, Lewis & Hagman, 1984).

Entre los factores de riesgo que incrementan la vulnerabilidad para desarrollar un trastorno alimentario se encuentran (Katz, citado en: Shangold & Mirking, 1988):

- Factores de riesgo cultural:

1. Pertenecer a la sociedad occidental y contemporánea.
 - a. Igualar la delgadez con la belleza y la felicidad.
 - b. Enfatizar la atención en el cuerpo.
 - c. Demandar variedad en los roles de la mujer.
2. Capacidad de diseminar los valores culturales y estilos a través de medios visuales (cine, televisión y revistas).

- Factores de riesgo familiar:

1. Realización orientada.
2. La intromisión, sobreprotección, rigidez e incapacidad para resolver conflictos.
3. Preocupación por la comida, dietas, peso, apariencia y capacidad física (resistencia).
4. Conocimiento de tener miembros dentro de la familia con antecedentes de trastornos alimentarios y desórdenes afectivos.

- Factores de riesgo individuales:

1. Pertenecer al sexo femenino.
2. Ser adolescente.
3. Tener escaso sobrepeso u obesidad.
4. Tener sentimientos de ineffectividad y baja autoestima.
5. Tener conflictos y dudas acerca de la identidad personal y autonomía.
6. Tener una imagen corporal distorsionada, y sentimientos inciertos de saciación después de las comidas.
7. Sobregeneralizar otras distorsiones cognitivas.
8. Obsesionarse con un estilo y tener conflictos con su autocontrol.

Además de los factores ya mencionados que afectan la vulnerabilidad de las personas que manifiestan conflictos sobre su peso corporal y autoidentidad, se menciona que a través del ejercicio y deportes de competencia buscan una solución para controlar su peso. Estadísticamente, se piensa que este grupo representa un porcentaje muy pequeño de un gran número de hombres y mujeres involucrados en actividades atléticas. Pero es a través de éstos que se manifiestan los trastornos alimentarios, siendo vulnerables a fracturas psicológicas, arritmias cardíacas, deshidratación, pérdida de la fuerza física etc., que caracterizan a estos trastornos (Blinder, Freeman & Stunkard, 1970).

La importancia de la relación entre el desarrollo y la vulnerabilidad individual es mejor demostrado por la alta prevalencia de trastornos alimentarios entre ciertas mujeres relacionadas con el ballet, la actuación y el modelaje, las cuales tienen como característica principal, un énfasis explícito por el deseo de la delgadez. Y no es sorprendente que muchas de las modelos, actrices y bailarinas tengan un bajo peso, y aunque no todas, la gran mayoría presenta trastornos alimentarios (Katz, citado en: Shangold & Mirking, 1988).

El ser humano está estrechamente ligado a su familia y a su entorno siendo la fuente primordial de sus presiones por una figura estética cada vez más delgada. En un estudio realizado por Kenny y Hart (1992) llevado a cabo con 68 mujeres diagnosticadas con trastornos alimentarios de acuerdo al criterio del DSM III, con edades de 15 a 32 años, el 75% de ellas eran casadas y nunca se habían separado o divorciado, a través del EDI, se comprobó que las mujeres con trastornos alimentarios se describieron a sí mismas como menos seguras y

apegadas a sus padres. Y que la insatisfacción corporal está influenciada más por los factores socioculturales que por los familiares. La incidencia de Trastornos Alimentarios ha ascendido en las últimas dos décadas como lo mencionan Neal, Shisslak, Crago & Swain (1987), refiriendo este incremento especialmente en jóvenes adolescentes siendo alarmante y como respuesta inicial para la solución de este problema, se desarrollan tratamientos que consideren las consecuencias físicas y psicológicas de los trastornos alimentarios.

2.1 ANOREXIA NERVIOSA

La palabra anorexia en griego significa "falta de apetito". Clásicamente se ilustran tres periodos sucesivos en la historia de "las ayunadoras". La primera va del siglo V al XVI y es esencialmente en la literatura teológica donde se encuentran casos de muchachas jóvenes que ayunaban hasta el total rechazo de alimento. Estas conductas eran consideradas de forma irregular, ya sea como signo de elección divina o como signo de posesión demoníaca, lo que podía conducir indistintivamente a la canonización o a la hoguera. Es entre los siglos XIII y XVI cuando se encuentra en Italia un número nada despreciable de mujeres canonizadas tras presentar un comportamiento anoréxico característico. Según Bell (1985) el modelo anoréxico-religioso conoce su apogeo hacia el año de 1500. Por otro lado, se revela una creciente desconfianza hacia las anoréxicas, tras un largo período de sospechas por herejes, pues viven de un fuego interior más que de alimentos terrestres. La santa se convierte ante todo en una mujer que sufre y el modelo anoréxico es progresivamente abandonado en el camino que lleva a la santidad.

Desde el siglo XVI al XVIII, las causas sobrenaturales siguen siendo la primera explicación de los contados casos observados de rechazo alimentario. No obstante, las jóvenes ayunadoras intrigan a los médicos, que empiezan a dedicarles algunos trabajos. El punto de debate consistía entonces en la posibilidad de supervivencia sin alimentarse. Hay que saber que en esta época la opinión de que se puede vivir sin aire estaba bastante extendida. Además, la mayor parte de los casos de ayuno estudiados lo son desde el punto de vista de saber si se puede ayunar indefinidamente; por ello los criterios médicos de la

época se extienden sobre todo en datos como: la duración del ayuno, sus modalidades prácticas, el descubrir posibles fraudes, etc. (Guillemot & Laxenaire, 1994; Bemporad, 1996).

No es hasta después de la segunda mitad del siglo XIX, cuando nace el concepto de anorexia nerviosa, claramente diferenciado de los adelgazamientos de origen orgánico y a la que se le atribuye una etiología de tipo psicológico. Las ayunadoras poseídas, santas o vulgares embaucadoras son ahora consideradas como enfermas. La verdadera individualización de la anorexia nerviosa como entidad clínica resulta del esfuerzo clasificatorio del siglo XIX. Guillemot & Laxenaire (1994) refieren que su historia puede resumirse en tres periodos:

La primera fase comienza a partir de la descripción casi simultánea por Lásague en Francia y Gull en Inglaterra en 1873, sobre casos de restricción alimentaria que sugieren la anorexia nerviosa. Gull sugiere primero una causa orgánica, como un trastorno del aparato digestivo, dejándose convencer posteriormente por Lásague, y partiendo, en primer lugar de una hipótesis psicogenética. Haciendo referencia a la histeria entonces de moda y denominada como síndrome de "anorexia histérica" por Lásague y "apepsia hystérica" por Gull; incluso es él quien al denotar la ausencia de déficit de pepsia gástrica, opta por el término anorexia nerviosa. Ya entonces se insiste en la importancia de la actitud ante el entorno, especialmente de los médicos, en el tratamiento y en la nocividad de la presencia de la familia. Este autor realiza los primeros intentos de separar la anorexia nerviosa primaria de la anorexia secundaria e insiste en el origen psíquico de la anorexia primaria y en el hecho de que sus pacientes no sufrieran una falta de apetito, sino que rechazaran el alimento y presentaran un trastorno de la percepción de su cuerpo (Rambault & Eliacheff, 1991).

Así, en 1874 Gull la denomina por primera vez como Anorexia nerviosa y publica unos casos descritos, destacando el carácter moral del trastorno. Destaca entre otras cosas, su típica aparición en la adolescencia, los efectos de agotamiento calórico sobre los signos vitales, su preponderancia en las mujeres y la importancia de intervenir oportunamente con atención especializada (Herscovici & Bay, 1990; Holtz 1995).

Mientras que los autores clásicos contemporáneos consideraban mental o nervioso el origen del síndrome, el descubrimiento, por parte de Simmonds en 1914 (citado en: Guillemot y Laxenaire, 1994) de la caquexia hipofisiaria abrió la segunda fase de la historia del concepto de anorexia nerviosa. Esta fase estará marcada por la importancia otorgada a la patogenia endócrina. Los endócrinos consideraban entonces a la anorexia nerviosa como una enfermedad que precisaba de un tratamiento endocrinológico. Tras la moda de la histeria, se asiste así al potente retorno de una explicación fisiológica; de acuerdo con los criterios de los modelos científicos de la época, pero que amplía indebidamente la aplicación de su modelo y se refuerza por el descubrimiento de los trastornos endócrinos. No obstante, estas concepciones son descartadas más tarde, ya que se reconoce que los trastornos endócrinos no son la causa del síndrome, sino que éstos son consecuencia de la desnutrición.

El tercer período constituye pues, el regreso firme a la concepción psicológica de la anorexia nerviosa, concepción que por otra parte jamás ha sido abandonada por los psiquiatras; y es a partir de los años 60 que los escritos sobre el tema no dejan de multiplicarse. El diagnóstico se precisa y se insiste en la diferenciación que debe establecerse entre anorexia primaria y secundaria, ésta última relacionada con una patología subyacente como la histeria, el delirio de envenenamiento, la depresión grave, etc. (Guillemot & Laxenaire, 1994).

En 1982 ante la evidencia del aumento de casos de anorexia, calificada por Hilde Bruch como una verdadera epidemia, se establece consenso real para describir un determinismo: factores de orden genético, biológico, endócrino, los efectos secundarios de la privación de alimento, así como los factores socioculturales, reunidos bajo una perspectiva biopsicosocial integrativa (Rambault & Eliacheff, 1991; Holtz, 1995)

Paqualini (1973, citado en: Barber et al., 1995) al hablar de la etiología de la Anorexia Nerviosa dice que la investigación de sus causas y mecanismos ha dado lugar a diversas hipótesis y a interpretaciones carentes de argumentos, y afirma que en la mayoría de los casos es psicogénica y sus modalidades se agrupan en dos categorías:

- a) Un grupo denominado obsesivo: en el cual la enfermedad se establece consecutivamente a una reacción fóbica frente al exceso de peso, real o imaginario, que conduce a la privación voluntaria de la alimentación.
- b) Un grupo calificado como histérico, que se distingue por los estigmas de la personalidad histérica y en el cual la pérdida de apetito tiene la misma categoría que la de la movilidad de un miembro o de la visión. La frecuencia relativa de estas dos modalidades es difícil de establecer y varía según el origen de las estadísticas.

Schroeder (1992, citado en Barber, et al., 1995) afirma que no se conoce la causa de la AN, aunque debido a las múltiples anomalías endocrinológicas la mayoría de los autores piensan que son secundarias a la desnutrición y no a trastornos primarios; asimismo se piensa en un origen psiquiátrico primario.

De manera característica la persona anoréxica proviene de una familia cuyos miembros están altamente orientados a metas y logros. Las relaciones interpersonales pueden ser inadecuadas o destructivas y los padres suelen ser extremadamente directivos y preocupados por la delgadez y mal aspecto físico, por lo que gran parte de la conversación de la familia se centra alrededor de temas dietéticos, y por otro lado se dice que una teoría afirma que el rechazo del paciente a comer es un intento por recuperar el control sobre su cuerpo, como respuesta ante el control de los padres, ya que la renuncia de las personas a habitar un cuerpo adulto también puede representar un rechazo de las responsabilidades del adulto y a las implicaciones que éstas suponen a las relaciones interpersonales. Se ha tratado de dar explicaciones genéticas y de encontrar factores innatos que predispongan al individuo a ser anoréxico. Algunas condiciones reproductoras de la anorexia podrían ser: alto peso al nacer, excelente nutrición en la niñez y pubertad temprana. Aunque de cualquier manera todavía no son comprobables (Barber, et al. 1995).

Otra contribución para la comprensión de las anoréxicas restrictivas fue hecha por Hilde Bruch (1982) quien comenzó el camino de seguimiento de una estructura conflictual-libidinal-simbólica. Para ella, la anorexia nerviosa representa una prueba fallida para los adolescentes que son vulnerables, al tratar de conseguir un sentido de identidad independiente de aquélla impuesta por sus padres. Esto podría guiarlos en un sentido básico de ineffectividad, perplejidad

sobre sus sensaciones corporales y disturbios en su imagen corporal. Su delgadez no sólo es restablecida en sentido de dominio y efectividad, sino además les ayuda a definirse a sí mismos como alguien especial, su única apariencia apunta sobre su insegura autoestima y escaso sentido de identidad.

La Anorexia Nerviosa es descrita por Kaplan & Sadock (1994) como un trastorno de la imagen corporal y una búsqueda obsesiva por la delgadez, hasta el punto de la inanición. Esta es una enfermedad de suma importancia médico-social, debido a que compromete la salud y el destino de un gran número de adolescentes y mujeres jóvenes, siendo aparente el incremento real en el número de pacientes, hasta adquirir un carácter epidémico en los últimos años (Herscovici & Bay, 1990).

La anorexia nerviosa no es un padecimiento de fácil manejo, pues además de poner en peligro la vida de los pacientes, por la vía de la desnutrición y de sus complicaciones, se vincula con perturbaciones psicológicas y con modalidades enfermizas de la vida familiar. Además, a esto se agregan los mecanismos socioculturales por lo que se hace confuso lograr comprender las razones de tomar la alternativa de la inanición autoimpuesta (Herscovici & Bay, 1990).

Es bien conocido que los individuos anoréxicos son típicamente exagerados con sus actividades físicas, ya que se dedican diariamente a realizar carreras, a nadar o a realizar cualquier otra actividad atlética. Este alto nivel de actividad física podría ser considerada como una manifestación del deseo consciente de quemar calorías tanto como sea posible, y forma parte de su idea obsesiva de ser delgadas (Shangold & Mirking, 1988).

La anorexia nerviosa suele hacer su aparición con un programa de adelgazamiento, con una dieta acompañada a veces por un aumento de la actividad física y así empieza la pérdida de peso, esto genera un bienestar en el paciente y pasa inadvertido para la familia; la alarma se detecta cuando la negativa de comer es muy marcada y la inanición se hace evidente o bien, cuando aparece la amenorrea (Herscovici & Bay, 1990).

Para la anorexia la edad de comienzo se sitúa entre el principio y el final de la adolescencia, aunque el trastorno puede presentarse desde antes de la pubertad

hasta principios de la tercera década. Herscovici & Bay (1990) mencionan que la incidencia del trastorno es predominante en las mujeres jóvenes en un 95%, lo cual ha sido observado a partir de los reportes históricos de mujeres que ayunan y mueren tras su estado de inanición, por lo que se hizo necesario el desarrollo de los criterios de diagnóstico de la anorexia nerviosa.

2.1.1 DIAGNOSTICO DE LA ANOREXIA NERVIOSA

El diagnóstico de anorexia nerviosa se estableció a partir de una pérdida de peso mayor de un 15% del peso corporal original en pacientes que no padecen de ninguna enfermedad médica o psiquiátrica conocida. Por lo general los pacientes manifiestan una negación de la enfermedad, una aparente satisfacción por la pérdida de peso, trastornos en la imagen corporal y un acaparamiento en el manejo de los alimentos. Los síntomas secundarios son amenorrea, abundante vello corporal, bradicardia, periodos de hiperactividad, depresión y episodios de bulimia. Los subtipos restrictivos son: obsesivos e hipercontrolados, mientras que los subtipos bulímicos son más impulsivos, crónicos y difíciles de tratar (Sheinin, 1988).

La American Psychiatric Association (1987) estableció en el DSM III-R los siguientes criterios para considerar a una persona como anoréxica :

- A. Rechazo contundente a mantener el peso corporal por encima del valor mínimo normal considerando la edad y talla.
- B. Miedo intenso a ganar peso y convertirse en obeso, incluso estando por debajo de lo normal.
- C. Alteración de la percepción del peso, la talla o la silueta corporal.

La Asociación Psiquiátrica Estadounidense ha establecido los criterios de diagnóstico de la anorexia nerviosa, ésto a través de los Manuales Estadísticos de Trastornos Mentales, es decir los DSM; gracias al consenso de múltiples especialistas que refieren algunos puntos importantes del trastorno, además de que tienen una constante renovación en sus criterios (Raich, 1994).

En el DSM IV (1994) los criterios para el diagnóstico de la anorexia nerviosa son:

- a) Rechazo a mantener el peso corporal por encima de un peso mínimo para su edad y talla: por ejemplo pérdida de peso o mantenimiento de éste por debajo del 15% del esperado. En caso de crecimiento, fracaso al alcanzar en el que correspondería al esperado.
 - b) Miedo intenso a aumentar de peso o a engordar, aunque su peso esté por debajo de lo normal.
 - c) Alteración en la manera como se experimenta el peso corporal y la silueta. Negación de la seriedad de su peso corporal en la autoevaluación.
 - d) En las mujeres, ausencia de los tres últimos periodos menstruales consecutivos (amenorrea). Se considera que una mujer tiene amenorrea si sus periodos únicamente ocurren tras la administración de hormonas.
- Subtipo bulímico: Durante el período de anorexia, la persona presenta episodios recurrentes de sobreingesta o parranda alimenticia.
- Subtipo restrictivo: Durante el período de anorexia, la persona no presenta episodios recurrentes de sobreingesta.

Tannenhaus (1995) menciona los síntomas de inanición que se presentan en las personas con anorexia: cuando las personas no comen lo suficiente para mantener un peso saludable, ya sea deliberadamente o debido a circunstancias fuera de su control, desarrollan ciertos síntomas. Los síntomas psicológicos de la inanición influyen en el tratamiento de la anorexia nerviosa, entre los síntomas físicos se incluyen :

- Piel fría, algunas veces con tonalidad azulada. Llamada hipotermia, esta afección es en parte resultado de la pérdida de grasa corporal, la cual actúa como aislante. La paciente siente frío todo el tiempo.
- Dolor al sentarse. La paciente ha perdido tanta grasa que ya no hay almohadilla natural por encima de los huesos.
- El desarrollo de vello muy fino por todo el cuerpo, afección conocida como laguno, acompañada por la caída de cabello.
- Hipotensión o presión muy baja, probablemente debida al debilitamiento de la actividad del corazón.
- Bradycardia, siendo más lentos los latidos del corazón.
- Estreñimiento, lo bastante grave como para causar un dolor abdominal.

- Problemas de deglución, debido a que la inanición provoca un mal funcionamiento gastrointestinal.
- Indigestión después de la escasa comida que se consumiera.
- Enema o retención anormal de agua. Una de las funciones que la proteína realiza en el cuerpo es mantener un equilibrio de agua normal en los vasos sanguíneos, de manera que cuando alguien se ve privado de comida o falta de proteína, algo de esa agua puede pasar al tejido, lo que provoca un aspecto hinchado.
- Sensación de debilidad o cansancio.
- Anemia debido a la ingesta insuficiente de hierro y proteínas.
- Intensidad metabólica disminuida, como una respuesta de adaptación a la inanición que permite al cuerpo minimizar sus necesidades de alimento.
- Irregularidades hormonales, la señal más evidente es la amenorrea, debido a que las mujeres necesitan del 18 al 22% de grasa corporal para el funcionamiento menstrual y si se encuentra por debajo la menstruación se detiene.
- Se considera un nivel disminuido de estrógenos, siendo una de las hormonas que regulan la función reproductora, por lo que es uno de los factores que contribuye a la alta incidencia de osteoporosis en este grupo de mujeres.

La AN parece ser una reacción ante las demandas del adolescente por una mayor independencia e incremento del funcionamiento social y sexual. Los pacientes con el trastorno sustituyen sus preocupaciones con la alimentación y ganancia de peso, las preocupaciones son similares a las obsesiones. Los pacientes con AN sufren de una falta de autonomía e independencia; por lo que la autoinanición puede ser un esfuerzo por tratar de desarrollar un sentimiento de autonomía e independencia (Kaplan & Sadock, 1994; O'kearney, 1996).

2.1.2 FACTORES PREDISPONENTES

Cuando se habla de factores predisponentes a la Anorexia Nerviosa se habla poco acerca de la vulnerabilidad individual, pero se coincide en un factor básico que tiene que ver con las dificultades para el funcionamiento autónomo,

para establecer la identidad y acceder a la separación. Se atribuye un déficit del Yo, en lo que se refiere a la autonomía y dominio del propio cuerpo, que da cuenta de un sentido de "ineficacia personal". El sentimiento de ineficacia y el déficit en la identidad personal pueden dar cuenta de dificultades mayores cuando la persona carece de la orientación concreta de sus padres o cuando se ve expuesta a situaciones en las que hay nuevas demandas (Herscovici & Bay, 1990).

Uno de los factores predisponentes de la enfermedad, se refiere a que la anorexia puede estar asociada con algún estrés, debido a que algunas de estas personas han sido descritas como extraordinariamente perfeccionistas, "niñas modelo". Alrededor de un tercio de ellas presentaron un moderado exceso de peso antes del comienzo de la enfermedad. Algunas adolescentes presentan un retraso en el desarrollo psicosexual y los adultos muestran cada vez menor interés por el sexo (American Psychiatric Association, 1987)

Lo que es determinado como un común denominador es la repercusión que tiene el evento para el individuo, ya que se percibe como una amenaza de pérdida de autocontrol, y como una amenaza o real pérdida de la autoestima. El evento desencadenante puede ser una separación o pérdida, una disrupción en el equilibrio familiar, nuevas demandas en el contexto o una enfermedad física previa (Herscovici & Bay, 1990).

Los factores predisponentes serían los genéticos, edad de 13 a 20 años, sexo femenino, afectivos y emocionales, características de personalidad y factores socioculturales. Los aspectos socioculturales ya explicados: presión social por la esbeltez y el rechazo de la obesidad, serían los causantes de una verdadera insatisfacción corporal, que llevarían a la adopción de medidas para cambiar la silueta: la dieta restrictiva (Raich, 1994).

En resumen, los factores que ponen en alerta sobre la predisposición a un trastorno alimentario como la anorexia son: la edad, una pobre autoestima, una importancia excesiva en cuanto al aspecto y un temor exagerado a engordar.

2.1.3 FACTORES PRECIPITANTES

Entre los factores que pueden precipitarlo están los acontecimientos de vida (life events) que pueden afectar más a los niños y adolescentes, entre los principales se pueden mencionar:

- nacimiento de hermano(a).
- separación de los padres.
- muerte de alguno de los padres.
- cambio de vivienda.
- problemas con algún amigo.
- cambio de escuela.
- cambio de etapa escolar.
- fracaso escolar.
- aparición de enfermedad grave.
- dificultades sexuales.

La aparición de alguna de estas circunstancias demanda del sujeto una respuesta de la que no dispone, por lo que se crea un nivel de tensión que puede ser el inicio del trastorno (Raich, 1994).

Pero es importante tomar en cuenta que las consecuencias de situaciones estresantes no son las mismas para cada persona, ya que cada individuo posee mecanismos moderadores que le ayudan a resolver situaciones difíciles.

2.1.4 FACTORES MANTENEDORES

Existen factores que ayudan a mantener los trastornos alimentarios que se presentan en los individuos, alternados con características cognitivas y conductuales. Especialmente en el caso de la anorexia se llega a la conclusión de que es absolutamente necesario hacer una dieta restrictiva para adelgazar y esta conducta queda reforzada por un procedimiento llamado reforzamiento negativo. Al comenzar la dieta restrictiva, o al provocarse el vómito, o abusar de ejercicio, laxantes y diuréticos huye de un temor que es: la posibilidad de engordar (Vázquez, 1996).

La dieta restrictiva, no sólo está mantenida por la evitación de engordar (gordofobia), sino también por el refuerzo que recibe al sentirse capaz de controlarse.

La preocupación que se genera en el seno familiar como resultado de las conductas desadaptativas de sus hijas, incluyendo las discusiones y las múltiples culpabilizaciones entre los padres, convirtiéndose en una atención externa al problema. En cuanto a los amigos, en una primera fase se puede reforzar el adelgazamiento al comentar los avances conseguidos con el uso de la dieta restrictiva, pero después se vuelven también los principales allegados al intentar razonar con los pacientes y al último puede ocurrir un alejamiento (Crispo, Figueroa y Guelar, 1996; Raich, 1994).

2.1.5 FACTORES FAMILIARES

Tannenhaus (1995) menciona algunos de los factores familiares que son típicos o comunes en las mujeres que desarrollan anorexia nerviosa. Estos factores incluyen :

- a) Conceder una gran importancia emocional a la comida, al comer, al peso y al aspecto. Es usual encontrar que en las familias de pacientes anoréxicas, alguien se dedica a la industria alimentaria o son dueños de restaurantes.
- b) Casos de anorexia nerviosa en la familia. Las pacientes suelen tener madres o hermanas que luchan con el mismo problema.
- c) Insistencia exagerada en el aspecto y los logros por parte de uno o ambos padres. No es inusual descubrir que la enfermedad se inicia con una dieta por agradar a uno de los padres.
- d) Contención de sentimientos, en especial los negativos. La familia suele no aprobar la expresión espontánea de sentimientos, en particular los negativos como la cólera.
- e) Una relación estrecha con los padres. Las pacientes son excesivamente dependientes de sus padres; de hecho muchas pacientes tratan de complacer completamente los deseos, necesidades y expectativas de sus padres, y al hacerlo dejan de expresar sus propios deseos.

- f) Excesivo control de la vida del paciente por sus padres. No le dan la oportunidad de desarrollar su propia identidad tomando decisiones por ella.
- g) Falta de reconocimiento de sí misma como un individuo con derechos propios. Perdiéndose en las exigencias de sus padres: su individualidad.

El modelo sistémico, considera que existe una estrecha relación entre los trastornos alimentarios y la familia. Para Minuchin el término de familias anoréxicas no es correcto, debido a que significaría permanecer en un concepto lineal. Para él, la enfermedad psicósomática implica un tipo especial de organización y funcionamiento familiar, este tipo de funcionamiento familiar se caracteriza por un amalgamamiento, sobreprotección, rigidez e incapacidad para la resolución de conflictos, vía la evitación. En el amalgamamiento los miembros se encuentran excesivamente involucrados entre sí. La sobreprotección se ejerce por parte de todos los miembros. Cuando hay un miembro enfermo toda la familia se involucra. La rigidez de las normas evita y dificulta el cambio. La evitación o negación de los conflictos permite que el niño psicósomáticamente enfermo pueda desempeñar el papel vital en la evitación del conflicto por parte de su familia, al representar un foco de preocupación (Minuchin, Rosman & Baker, 1978; Strober & Humphrey, 1987).

Selvini-Palazzoli (citado en: Speier, 1986) describe a las familias anoréxicas desde la perspectiva de la teoría de la comunicación y encuentra que estas familias tienen mayor dificultad en la comunicación y el liderazgo, exceso de pautas de responsabilidad y un alto grado de disfunción matrimonial.

Michael White otorga un significado diferente al rol que desempeña la anoréxica, en el sistema familiar de creencias rígidas e implícitas transmitidas de generación en generación. Estas se traducen en restricción de las conductas y asignación de los roles específicos a ciertas hijas mujeres. Tales creencias implican una norma de lealtad entre ellos y hacia la tradición familiar, de modo que toda conducta que no se ajuste a este patrón encierra culpa y condiciones de readaptación. White sostiene que la anorexia no se trata de un síntoma de rebelión y desafío para ejercer control, sino que se halla inadvertidamente en convivencia con la tradición familiar, ya que el síntoma implica la negación del self (citado en: Speier, 1986).

Strober y Humprey (1987) describen a las madres de anoréxicas como intrusivas, sobreprotectoras, ansiosas, perfeccionistas, y con dificultad para separarse de sus hijos; los padres son comúnmente descritos como emocionalmente estrechos, obsesivos, malhumorados, hostiles, pasivos e inefectivos. Al igual que otros autores converge en que los anoréxicos tienen dificultad para separarse de su familia y consolidar su identidad.

Bruch (1982) afirma que el estímulo social en cuanto al modelo del cuerpo es el principal factor para el aumento de los casos de trastornos alimentarios. Y señala como antecedentes de estos trastornos: preocupación por la imagen corporal, percepción inadecuada de los estímulos internos y externos, así como sentimientos de ineficacia.

2.1.6 CARACTERISTICAS PSICOLOGICAS DE LAS ANOREXICAS

La personalidad de los anoréxicos es variable, pero destacan algunos rasgos como: gran necesidad de aprobación externa, tendencia a la conformidad, falta de respuestas a las necesidades internas, y perfeccionismo. Estas cualidades dan cuenta de individuos con expectativas personales muy altas, y gran necesidad de complacer y acomodarse a los deseos de los otros, a fin de afianzar una autoestima que es en sumo vulnerable (Herscovici & Bay, 1990).

La anoréxica deliberadamente elige imponer un patrón restrictivo en su alimentación. Primeramente se nota que elimina los carbohidratos, y muchas de ellas se convierten exclusivamente en vegetarianas, los rituales en la preparación y consumo de la comida son también característicos.

No es claro aún si la pérdida de peso puede confirmar el diagnóstico de la anorexia, pero el miedo de perder el control es central en la psicología de toda anoréxica. Y su preocupación principal es la comida, por lo que se dedica a fantasear y planear la compra y preparación de la comida que desearía consumir, convirtiéndose progresivamente en una obsesión que le impide realizar muchas otras actividades (Katz, citado en: Shangold & Mirking, 1988).

Mientras las mujeres adolescentes normales generalmente se ven a sí mismas como realmente son, las anoréxicas sobreestiman marcadamente sus dimensiones corporales.

Katz (citado en: Shangold & Mirking, 1988) menciona que entre las características más comunes de las anoréxicas se encuentran:

- * La amenorrea: En aproximadamente el 25 a 30% de las mujeres anoréxicas ocurre como primer significativo al perder peso.
- * Un alto nivel de actividad física: La dieta excesiva se acompaña de la excesiva actividad física como el correr, nadar, actividades que llegan a ritualizarse y a hacerse rígidas.
- * Insomnio: La dificultad para dormir es común, aunque no es claro si es consecuencia de la malnutrición, la ansiedad, el excesivo ejercicio, o algún otro aspecto de este síndrome.
- * Uso de laxantes y diuréticos: En adición a su excesiva restricción de comida, algunas anoréxicas emplean varios agentes externos para mantener su peso tan bajo como sea posible. Así algunas se inducen el vómito. Otras usan laxantes para limpiar su sistema gastrointestinal. Y algunas otras usan diuréticos para minimizar la contribución de fluidos corporales sobre el peso.
- * Involucración en actividades relacionadas con la comida: Las anoréxicas parecen gozar viendo a otros comer lo que ellas han cocinado. Con frecuencia se involucran en la preparación de comidas exóticas y elaboran rituales para consumirla.
- * Dificultad en la reconocimiento de la saciación: Con frecuencia tienen dificultad para saber si se encuentran "llenas" o no después de comer.
- * Abusan de drogas: Un cuarto de las pacientes anoréxicas, típicamente abusan de estimulantes y sedantes.
- * Sintomatología depresiva: La mitad de las pacientes con desórdenes alimentarios manifiestan sentimientos de depresión. Así, se sienten abatidas, pesimistas y desesperadas, estados que comúnmente son consecuencia de la inanición.
- * Características obsesivas: Más de la mitad de las pacientes anoréxicas manifiestan modelos conductuales y cognitivos típicos del trastorno obsesivo compulsivo. Así, los rituales de comida y ejercicios, además del perfeccionismo son comunes.

2.2 BULIMIA NERVIOSA

El término bulimia deriva de "bulimy" en griego y significa hambre voraz. Literalmente deriva de los conceptos de "buey" y "hambre" en griego y de las palabras latinas que se traducen como "hambre canina". Galen (citado en: Feinstein & Sorosky, 1988) describió la "kynos orexia" o "hambre canina" como sinónimo de la bulimia; consideraba que la bulimia era consecuencia de un estado de ánimo anormal que provocaba un deseo exagerado de alimento y frecuentes ingestiones que podían también asociarse con vómitos severos y copiosos movimientos del vientre.

James en 1743 (citado en: Feinstein & Sorosky, 1988) empleó el término "boulimus" en asociación con "caninus appetitus" y "fames canina" para describir la forma en que la persona vomitaba como un perro para aliviar el estómago después de ingerir demasiada comida. Hooper en 1825 utilizó los términos "bulimia emética", "bulimia canina" y "eynorexia" para designar un apetito voraz seguido de vómito.

En 1932 Wulff (citado en: Guillemot & Laxenaire, 1994) describe un síndrome particular caracterizado por la alternancia de periodos de voracidad insaciable y ascetismo, estableciendo ya de este modo implícitamente la relación entre anorexia y bulimia. Pero fue hasta la década de los 60's que otros psiquiatras reconocieron explícitamente esta relación, dejando de considerar a la bulimia como un epifenómeno de la anorexia nerviosa.

Bond (1949), Nemiah (1950) y Bruch (1962) también se percataron acerca de la sobrealimentación y el abuso de laxantes y enemas, así como del vómito autoinducido en la anorexia nerviosa, pero consideraban que la bulimia era una variante entre las normas de alimentación y dieta de las pacientes con anorexia y no un síndrome diferenciado (citados en: Blinder & Cadenhead, 1988).

Rusell (1979, citado en: Feinstein & Sorosky, 1988) es el primero en definir los criterios de lo que denomina entonces bulimia nerviosa, que se presenta casi siempre en mujeres, presentando episodios frecuentes de voracidad, vomitando habitualmente o haciendo uso de laxantes y diuréticos para prevenir el aumento de peso, acompañado de un miedo enfermizo a engordar. Pero es a partir de

1985, que se reserva este término a las bulímicas que llegan a serlo tras un período de anorexia, por lo que llamará simplemente "bulimia" al síndrome propiamente dicho (Guillemot & Laxenaire, 1994).

Existen dos áreas en lo que respecta a la investigación acerca de la bulimia y una de ellas es el problema de definir la alimentación compulsiva; la otra es la elección de los criterios de inclusión correctos para definir al síndrome bulímico (Pyle & Mitchell, 1988).

Existe un acuerdo en cuanto a la alimentación compulsiva, que consiste en ingerir una cantidad de alimento excesiva en un corto período de tiempo, pero la definición difiere respecto a si debería cuantificarse en términos de cantidad de alimento consumido. A pesar de que incluye la pérdida de control sobre la alimentación dentro de los criterios operacionalizados para la alimentación compulsiva, no siempre se incluye este factor (Johnson & Maddi, 1988).

Stein (1988, citado en: Guillemot & Laxenaire, 1994) considera que la bulimia no es en sí mismo un concepto nuevo, sino que simplemente ha llamado la atención recientemente debido a la actual multiplicación de casos.

Se piensa que la bulimia es una expresión sintomática de un desorden afectivo biológicamente mediatizado; los pacientes bulímicos presentan estados de ánimo deprimido y sumamente variable, baja tolerancia a la frustración, ansiedad y pensamientos suicidas (Gassman & Walsh, 1983; Hudson, Pope, Jonas & Yurgelun-Todd, 1983; Jonhson & Larson, 1982; Pyle, Mitchell & Eckert, 1981; Rusell, 1979; citados en: Feinstein & Sorosky, 1988). Es posible que los síntomas depresivos sean un efecto secundario fisiológico de la pérdida de peso o de las fluctuaciones en la nutrición, o bien efectos secundarios psicológicos de repetidas exposiciones a modelos de pensamiento o conducta que provocan sentimientos de impotencia, vergüenza, culpa e ineficiencia (Feinstein & Sorosky, 1988). Estas pacientes tienen una larga historia de sentimientos de falta de control y de impotencia en relación con su experiencia corporal, lo que contribuye en forma significativa en gestar un rasgo predominante de las bulímicas que es la baja autoestima. Las pacientes bulímicas tienen algunas veces trastornos de conductas asociados con hurtos, abusos de alcohol y drogas, además de gestos automutilantes (Herscovici & Bay, 1990).

La Bulimia Nerviosa se caracteriza por alternar periodos de restricción alimentaria, con episodios de ingestas copiosas, seguidos por vómitos autoinducidos y por el uso de laxantes y diuréticos (Gleaves, Williamson & Barker, 1993). Los episodios de sobrealimentación han sido denominados como "binge eating", que significa "parranda alimenticia", donde se unen el descontrol y el placer.

Las transformaciones en relación a la conducta alimentaria específicamente, como el resultado de los estados de semianorción, incluyen una mayor obsesión en relación a la comida, acumulación de alimentos, sobrealimentación durante las comidas, preferencias peculiares en lo que respecta a los sabores e hiperconsumo de sustancias tales como el café y goma de mascar (Sorosky, 1988).

En los bulímicos, la ingesta no tiene como consecuencia una disminución del apetito, como ocurre en los sujetos normales, sino que es seguida de una mayor ansia de comer. Herman llama a esto *contraregulación paradójica*, y se sabe que ocurre en sujetos que en forma constante e intermitente intentan restringir su ingesta alimentaria (citado en: Herscovici & Bay, 1990).

El paciente bulímico manifiesta, por lo general, un agrandamiento de las glándulas salivales con erosión del esmalte dental, inducido por repetidos vómitos forzados de líquidos ácidos. Estos pacientes son vulnerables a desarrollar un daño irreparable al aparato gastrointestinal, arritmias, debilidad del esqueleto y en los músculos lisos y parálisis, debido a las depleciones severas de proteínas, potasio y líquidos (Johnson & Maddi, 1988).

Kaplan y Sadock (1994) afirman que la Bulimia ocurre en personas con altas tasas de trastornos de ánimo y en el control de impulsos. Además se ha reportado que ocurre en personas con riesgo de presentar una variedad de trastornos de la personalidad. Presentan por ejemplo, altas tasas de desórdenes de ansiedad, desorden bipolar, trastornos disociativos e historias de abuso sexual.

Por otra parte, existe una alta frecuencia de desórdenes afectivos y adicciones entre los parientes de las pacientes. Algunos estudios sugieren que las familias de las bulímicas se caracterizan por la falta de compromiso, el caos, los conflictos y las tensiones. Además utilizan pautas de comunicación indirectas y

contradictorias, fracasan en la resolución de problemas, son menos continentales y tienen menores intereses intelectuales y recreativos, a pesar de sus mayores expectativas de rendimiento (Feinstein & Sorosky, 1988).

En el caso de la bulimia nos encontramos con temas tales como: control versus descontrol, espontaneidad en la autorregulación versus dietas compulsivas y alteraciones en el deseo de comer. En la práctica esto conduce a un círculo vicioso que consiste en: lucha contra el deseo o idea de comer, una excesiva focalización sobre el mismo, sensación de fracaso e impotencia para dominarlo, creando nuevos y mayores esfuerzos por controlar el deseo o idea de comer. Esta sensación de "alienación" es lo que describen muchas bulímicas presas en este círculo vicioso: no sólo no se sienten dueñas de sus conductas sino tampoco de sus ideas y afectos, y terminan describiendo todo este circuito como si estuvieran "poseídas" por una fuerza exterior a ellas que las domina (Crispo, Figueroa & Guelar, 1994).

A pesar de que la mayoría de las pacientes bulímicas sienten que su conducta de alimentación compulsiva es vergonzosa y humillante porque da cuenta de una pérdida de control, el acto de comer en forma compulsiva puede ofrecer varias adaptaciones compensatorias que se tornan fortalecedoras, por ejemplo ésta puede surgir como un mecanismo relativamente seguro de regulación de diferentes estados de tensión. Los actos concretos y repetitivos de alimentación compulsiva y purga pueden servir a una función de integración, permitiendo la creación de un estado afectivo, predecible a través de la secuencia de conductas (Feinstein & Sorosky, 1988).

Rosen y Leitemberg (1982) afirman que los episodios de sobreingesta se ven mantenidos porque las bulímicas saben que a continuación podrán usar mecanismos purgativos, deshaciéndose de los efectos engordantes y proporcionándoles seguridad para llevarlo a cabo.

El uso de una dieta restrictiva en mujeres no siempre lleva a la enajenación de las conductas alimentarias. Se transforman en bulímicas aquéllas que al fracasar en su control se desmoralizan, se sienten mal consigo mismas, vuelven a intentarlo desde esta posición perdedora, por lo que la posibilidad de éxito disminuye aún más, reiteran su fracaso, esto aumenta sus intentos de control y

por ende su observación ansiosa, y así sucesivamente. El deseo de comer es vivido como algo mucho más fuerte que ellas, con lo que la sensación de manejo sobre su persona desaparece aún más.

Los vómitos y/o purgas (laxantes, diuréticos) pueden ser vistos como intentos desesperados y un tanto mágicos (por lo inmediato) de volver a la situación previa al atracón. Pero, nuevamente, esa "solución" crea la sensación de no estar preparada para regular naturalmente la ingesta, con lo que el fenómeno de enajenación ante el problema se vuelve más pronunciado (Crispo, Figueroa & Guelar, 1994).

De tal modo, que la alimentación compulsiva y el acto de purgarse pueden servir como mecanismos de regulación de la tensión; por ejemplo el vómito autoinducido puede ser un acto más bien violento, y el procedimiento físico de vomitar puede ser bastante catártico en lo que respecta a los sentimientos agresivos. La purga permite al individuo comer de manera compensatoria lo que desee, sin sufrir la consecuencia negativa del aumento de peso. La búsqueda de delgadez y la conducta de purgarse simultáneamente crea y resuelve un problema, ya que la depresión sigue al episodio, silenciando así la angustia post-ingesta (Feinstein & Sorosky, 1988).

A partir de las referencias de antecedentes sobre la bulimia y el aumento de incidencia en las pasadas décadas, se ha intensificado la búsqueda de criterios adecuados de diagnóstico, para evaluar su ocurrencia, conocer su etiología y probar tratamientos que puedan dar soluciones a los pacientes.

2.2.1 DIAGNOSTICO DE LA BULIMIA NERVIOSA

La bulimia es difícil de diagnosticar y son a veces los odontólogos los que pueden diagnosticar la enfermedad, debido a los signos dentales que son visibles sobre el esmalte dentario, efectos consecuentes de los vómitos provocados frecuentemente (Herscovici & Bay, 1990).

Los criterios establecidos para la bulimia nerviosa por la American Psychiatric Association en 1987 fueron :

- A. Episodios recurrentes de ingesta voraz.
- B. Sentimiento de falta de control sobre la conducta alimentaria, durante los episodios de voracidad.
- C. Las personas se empeñan regularmente en provocarse el vómito, usar fármacos, laxantes y diuréticos, practicar dietas estrictas o ayunos, hacer mucho ejercicio para prevenir el aumento de peso.
- D. Un promedio de dos episodios de voracidad a la semana por los menos durante tres meses.
- E. Preocupación persistente por la silueta y el peso.

Los criterios de diagnóstico de Bulimia nerviosa en el DSM-IV (1994) son:

- a) Episodios recurrentes de ingesta voraz (consumo rápido de gran cantidad de comida en un período discreto de tiempo).
- b) Sentimiento de falta de control sobre la conducta alimentaria durante los episodios de voracidad.
- c) La persona se empeña regularmente en provocarse el vómito, usar fármacos, laxantes y diuréticos, practicar dietas estrictas o ayunos, o hacer mucho ejercicio para prevenir el aumento de peso.
- d) Un promedio mínimo de dos episodios de voracidad a la semana, por lo menos durante tres meses.
- e) Preocupación persistente por la silueta y el peso.

Y se plantean también dos tipos específicos de BN :

- 1) Tipo con Purga: Durante el actual episodio de BN, las personas presentan regularmente autoprovocación del vómito o el uso de laxantes, diuréticos y enemas.
- 2) Tipo sin purga: Durante el actual episodio de BN, la persona ha usado otras conductas compensatorias inapropiadas, como la dieta o el ejercicio excesivo, pero no se provocan el vómito regularmente ni usan laxantes, diuréticos o enemas.

En las bulímicas la menstruación suele ser irregular o estar ausente. La edad de comienzo de la bulimia puede estar entre la adolescencia y el principio de la vida adulta. Los estudios realizados en estudiantes de bachillerato señala que el 4.5% de las mujeres y el 0.4% de los varones tienen una historia de bulimia (American Psychiatric Association, 1987).

Los sistemas de clasificación de la bulimia han evolucionado con los años, debido a que ya no se restringe únicamente a un trastorno relacionado con la anorexia, sino que se constituye como una categoría diagnóstica propia.

2.2.2 EL ATRACON

Tannenhaus (1995) describe al atracón bulímico como el consumo rápido de gran cantidad de comida en breve tiempo, durante el cual el paciente vivencia una pérdida del control. La satisfacción, características y duración de los atracones depende de cada persona. Un episodio de ingesta de comida se define como atracón si reúne dos requisitos:

1. La bulímica siente que no puede controlar su ingesta.
2. Considera que la cantidad de comida es excesiva.

Algunas bulímicas afirman disfrutar de la comida mientras comen, pero muchas otras se sienten enfadadas y disgustadas con ellas mismas cuando comienzan el atracón, aunque continúan comiendo. De manera similar, muy pocas pacientes que vomitan admiten disfrutar al hacerlo, aunque el alivio físico ante toda la comida ingerida y el saber que no van a engordar las tranquiliza. Los motivos principales por lo que las bulímicas llevan a cabo los atracones, son los problemas emocionales, como el sentirse tensas, ansiosas o infelices.

Junto con las sustancias que usan para mantenerse delgadas, también pueden abusar de sustancias químicas que alteran el ánimo, como sedantes, anfetaminas, cocaína, alcohol y narcóticos.

La bulimia acarrea graves riesgos para la salud y algunos que Tannenhaus (1995) menciona son:

1. Problemas dentales. El estómago humano segrega ácido clorhídrico para ayudar a la digestión. El revestimiento del estómago es especialmente resistente al contacto con este ácido, que es neutralizado cuando se combina con comida. Pero cuando se expone de manera persistente en partes del cuerpo con las que naturalmente no tiene que estar en contacto, como la boca y los dientes, el ácido clorhídrico es altamente corrosivo. Los vómitos

pueden provocar enfermedades de encías, erosión del esmalte dental, caries, e incluso pérdida de dientes.

2. Dolores de garganta, como resultado del contacto del ácido estomacal con los tejidos de la garganta.

3. Debilidad muscular y disfunción cardíaca. El abuso persistente de diuréticos, además del vómito, puede causar deshidratación y desequilibrio de electrolitos (son minerales, como el potasio, que desempeñan un papel importante en la función de los músculos y los nervios). El desequilibrio puede provocar debilidad muscular y latido irregular del corazón como arritmia cardíaca.

5. Daño de riñones.

6. Ruptura y hemorragia del esófago.

7. Hernia hiatal. El estómago empuja hacia arriba a través del diafragma y produce sensación de asfixia.

8. Úlceras y callos en los dedos de la mano. Con el fin de vomitar la paciente bulímica a menudo se mete uno o más dedos en la garganta.

Característicamente, la parranda alimenticia toma lugar en privado, usualmente durante las noches, e incluye el consumo de enormes cantidades de comida. Típicamente, la parranda termina en el vómito autoinducido, aunque no todas lo hacen, por lo que podría no ser considerado como pre-requisito para el diagnóstico de la bulimia. La parranda, ocurre durante las 24 horas, varias veces al día y en cualquier lugar, suscitando una enorme vergüenza. Y al igual que las anoréxicas, las bulímicas llegan a ritualizar las parrandas alimenticias; en aquellas bulímicas que vomitan, el vómito puede tomar su propia significancia, y funciona como reforzamiento, ya que proporciona un alivio físico, y un alivio psicológico ante el hecho de haber consumido muchas calorías, un alivio afectivo por haber perdido el control, un alivio simbólico de los conflictos acerca del sexo y de la relación con su familia (Katz, citado en: Shangold & Mirking, 1988).

Generalmente después de una parranda las mujeres bulímicas acrecentan el odio por sí mismas, se sienten culpables y esto desencadena una serie de síntomas asociados a la bulimia. Asimismo después de completar el ciclo de atracón-purga se acarrean una serie de graves efectos psicológicos y físicos sobre la salud de las bulímicas.

2.2.3 FACTORES DE RIESGO

En un estudio comparativo de factores de riesgo entre hombres y mujeres se ha encontrado que los principales factores son el estatus socioeconómico, la raza, la personalidad y los patrones familiares, encontrándose que sólo el estatus socioeconómico alto se asocia con las conductas bulímicas en mujeres pero no en los hombres, similarmente los patrones familiares para los sujetos de ambos sexos se describen como caóticos e insoportables. Las características clínicas de la bulimia en ambos sexos son similares aunque hay evidencia de que en los hombres bulímicos es menos problemático el número de parrandas alimenticias y lo que concierne al estricto control del peso. Entre hombres y mujeres bulímicos no hay diferencia con respecto a la frecuencia de la purga, pero sí en la manera de hacerlo, ya que las mujeres se inclinan más por los laxantes y diuréticos, en cambio los hombres no hacen uso de sustancias químicas para purgarse (Williamson, Kelly, Davis, Ruggiero & Blouin, 1985).

El factor predisponente es la existencia evidente de una obesidad en la adolescencia que predispone al desarrollo del trastorno durante la vida adulta. En las personas con bulimia nerviosa puede existir abuso o dependencia de sustancias psicoactivas; por lo que los tóxicos más empleados son los sedantes, las anfetaminas, la cocaína y el alcohol (American Psychiatric Association, 1987).

La bulimia se caracteriza por episodios repetidos de ingestión rápida de grandes cantidades de comida durante un período discreto de tiempo, por lo general, inferior a dos horas. Generalmente los pacientes son conscientes de que su alimentación compulsiva es anormal y temen ser incapaces de interrumpir de forma voluntaria el acto de comer. Después de estos episodios a menudo experimentan un ánimo deprimido y sentimientos de autodesprecio. Por otra parte existe una alta frecuencia de desórdenes afectivos y adicciones entre los parientes de las pacientes. Algunos estudios sugieren que las familias de las bulímicas se caracterizan por la falta de compromiso, el caos, los conflictos y las tensiones. Además utilizan pautas de comunicación indirectas y contradictorias, fracasan en la resolución de problemas, son menos continentales y tienen menos intereses intelectuales y recreativos, a pesar de sus mayores expectativas de rendimiento (Johnson & Maddy, 1988).

Se han realizado investigaciones sobre familias de pacientes bulímicas utilizando instrumentos de autoinforme acerca del estilo de vida que llevan. Johnson & Flach (1985) y Odorman & Kirschenbaum (1986) informan que comparadas con familias de control normales, las familias de bulímicas manifestaban mayor agresión, cólera y conflicto; utilizaban un modelo de comunicación más indirecto; se apoyaban y se comprometían menos entre ellos; ponían menos énfasis en la afirmación y la autonomía y estaban menos interesadas en acontecimientos políticos, sociales, culturales y recreativos, a pesar de que expresaban mayores expectativas de rendimiento (Vázquez, 1996).

Algunos de los factores familiares que menciona Tannenhaus (1995) son:

-Antecedentes de obesidad en uno o los dos padres. La experiencia de un padre luchando con un problema de peso, puede llevar a una futura paciente a tener miedo de que a ella le suceda lo mismo.

-Una madre afectuosa, incluso sobreprotectora y un padre distante. Con frecuencia las madres renunciaron a sus propias carreras por el matrimonio y su vida familiar, y luego se vuelven desilusionadas y deprimidas. Algunas de estas mujeres proyectan su vida hacia sus hijas. El padre por otro lado se siente alejado de la vida de su hija.

-Antecedentes familiares caóticos, como el abuso de sustancias por parte de uno o ambos padres, el abuso físico o emocional, frecuentes discusiones, así como cambios de trabajo o de residencia.

De acuerdo a Gleaves, Williamson y Barker (1993) la bulimia no puede ser descrita por un factor general, sino a partir de un constructo multidimensional. Las conductas de parranda y purga representan una dimensión del trastorno, además de los síntomas asociados como la preocupación corporal y los desórdenes del estado de ánimo.

2.2.4 CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES BULÍMICOS

Investigaciones que han evaluado las características de personalidad de los bulímicos han sugerido la presencia de varios tipos de psicopatología y problemas interpersonales. Las bulímicas reportan en comparación con obesas y normales más conductas depresivas, más ansiosas y generalmente más neuróticas e impulsivas. En resumen, las bulímicas experimentan un nivel significativo de deterioros psicológicos y presentan alta frecuencia de cogniciones distorsionadas y trastornos del estado de ánimo (Williamson, et al., 1985).

Algunas de sus características de personalidad las menciona Tannenhaus (1995) a continuación:

- Tergiversación de emociones y estados internos como el hambre. Muchas pacientes afirman que no pueden decir cuando están hambrientas o ahítas; otras tergiversan sus sentimientos como ansiedad, cólera o excitación por hambre.
- Miedo a la madurez emocional y biológica. La paciente parece temer a la madurez y a la independencia. No obstante algunas bulímicas mantienen un buen trabajo y una vida social hasta que su enfermedad está más avanzada.
- Una vida emocional bastante activa. El robo, abuso de sustancias y el deseo de gratificación inmediata puede reflejar su vida interior como bulímica.
- Antecedentes personales de obesidad o frecuentes periodos de dieta. Siendo obesas durante un tiempo hacen uso de la dieta, después se cansaron de ponerse a dieta y empezaron a atracarse y a purgarse.
- Preocupación por todas las facetas del aspecto. Las bulímicas compiten con otras mujeres en ámbito del aspecto.
- Actividades en que la imagen corporal es crucial para el éxito, como lo son bailarinas de ballet, ejecutantes de danza, actrices, modelos o atletas.

La frecuencia de síntomas depresivos en las personas con bulimia nerviosa es alta por ejemplo: baja autoestima, al igual que los trastornos del estado de ánimo (trastorno depresivo mayor). En muchos individuos la alteración del estado de ánimo se inicia al mismo tiempo que la bulimia nerviosa o durante su curso, y los sujetos manifiestan a menudo que el trastorno del estado de ánimo es debido a la bulimia nerviosa. Sin embargo, en ocasiones el trastorno del estado de ánimo precede a la bulimia nerviosa. Hay así mismo una elevada incidencia de síntomas

de ansiedad (miedo a las situaciones sociales) o de trastornos de ansiedad. Todos estos síntomas de ansiedad y depresión desaparecen cuando se trata la bulimia nerviosa. Se ha observado dependencia y abuso de sustancias (alcohol y estimulantes) en aproximadamente un tercio de los sujetos. El consumo de sustancias estimulantes suele empezar como un intento por controlar el apetito y el peso. Probablemente entre un tercio y la mitad de los individuos con bulimia nerviosa tienen rasgos de personalidad que cumplen los criterios diagnósticos para uno o más trastornos de la personalidad, la mayoría de las veces trastorno límite de la personalidad. Datos preliminares sugieren que en el caso del tipo purgativo hay más síntomas depresivos y una mayor preocupación por el peso y la silueta corporal que en los casos de tipo no purgativo (Crispo, Figueroa & Guelar, 1994).

Las bulímicas han sido reportadas con una tendencia a la conducta impulsiva, así como una tendencia al abuso de alcohol, drogas y al robo. Su sentido de identidad no está consolidado, se deprimen muy frecuentemente, además tienen baja tolerancia a la frustración y a la ansiedad.

2.3 POBLACIONES IDENTIFICADAS COMO DE ALTO RIESGO

Los trastornos alimentarios se han reportado en un 4% de adolescentes y jóvenes adultos estudiantes. La AN se ha reportado más frecuentemente en las décadas pasadas, aumentando los reportes del trastorno en niñas pre-puberales y en hombres. Las edades más comunes para el surgimiento de la AN son los años de la adolescencia, aunque un 5% presenta el trastorno en sus primeros 20 años. Este trastorno ocurre de forma predominante en mujeres jóvenes en profesiones que requieren delgadez como en aquellas ligadas al ámbito de la danza y modelaje, de ahí que se les identifique como población de alto riesgo. Se reporta con más frecuencia en las clases altas, lo cual se corrobora con estudios actuales que mencionan que se observa en las ciudades desarrolladas y más entre mujeres jóvenes (Kaplan & Sadock, 1994; Guillemot & Laxanaire, 1994)).

En lo concerniente al nivel social de los pacientes la anorexia nerviosa aparece esencialmente en las clases altas y medias superiores. Esto parece menos

cierto para el caso de la bulimia pues según Pyle (1985 citado en: Guillemot & Laxenaire, 1994) es más frecuente en las clases medias.

Por otra parte parecen existir verdaderas "profesiones de riesgo" para la aparición de los trastornos de la conducta alimentaria, de tal manera que Garner & Garfinkel (1983) aplicaron el Eating Attitude Test (EAT) a una población de bailarines y estudiantes de modelaje y comprobaron que la anorexia nerviosa y las preocupaciones relativas a la forma corporal y a la alimentación están altamente representadas (6.5% casos de AN); esta predisposición parece más evidente en el subgrupo para el que las presiones derivadas de la competición son más intensas.

Los trastornos alimentarios y los problemas relacionados con los atletas han recibido considerable atención en años recientes. Aunque la prevalencia de los trastornos alimentarios por sí (bulimia nerviosa y anorexia nerviosa) entre atletas es comúnmente conocida, esto ha sido generalizado hacia todas aquellas atletas que participan en deportes y por lo tanto corren el riesgo de desarrollar trastornos alimentarios. O'Connor, Lewis & Kirchner (1995) realizaron una investigación acerca de los síntomas de trastornos alimentarios en una población de jóvenes gimnastas utilizando el Inventario 2 de Trastornos Alimentario (EDI-2). Las gimnastas, forman parte de una subcultura, dentro de la cual existe una gran sobrevaloración de la delgadez. En la investigación no se exhibieron medidas extremas sobre las medidas estandarizadas de los constructos psicológicos con relevancia en los trastornos alimentarios. Las gimnastas tuvieron una alta frecuencia de irregularidad menstrual, comparada con el grupo control. Por lo que la depresión, considerada como uno de los factores para desarrollar algún trastorno alimentario ha sido relacionada con la amenorrea atlética que comúnmente presentan las gimnastas, mientras que estudios que utilizaron cuestionarios estandarizados, no encontraron diferencias significativas entre la amenorrea y las atletas.

Las bailarinas son otra población identificada como de alto riesgo para desarrollar un trastorno alimentario. Los factores observados en esta población de bailarinas es que se esfuerzan constantemente por permanecer delgadas, debido a lo cual tienen más probabilidad de desarrollar un trastorno alimentario, que la población en general. Porque la delgadez es más requerida como suceso en este mundo profesional del baile, particularmente en el ballet. Tanto los bailarines

como los atletas poseen una línea de patrones semejantes de psicopatología, es decir las anormalidades en el comportamiento de ingesta, incluyendo los puntos físicos como la amenorrea y el bajo peso (Holderness, Brooks-Gunn & Warren, 1994).

Se compararon grupos de bailarines de la Compañía Nacional de Ballet de la ciudad de Nueva York con no bailarines de Colegios y Universidades privadas para encontrar si los factores ambientales pueden ser causa de trastornos alimentarios. Los sujetos fueron 50 bailarinas quienes formaban parte de compañías de ballet nacional y regional, y 56 mujeres jóvenes no-bailarinas reclutadas de colegios y escuelas privadas. Todas participaron en el estudio longitudinal de factores que afectan la densidad del cuerpo. Los sujetos estaban entre un rango de 13 y 31 años de edad. A todos los sujetos se les hizo un examen físico, para determinar el peso y la talla, así como elaborar una historia menstrual. Todas las mujeres respondieron el EAT-26 (una versión abreviada del EAT-40). Se hizo una entrevista clínica semiestructurada usada para obtener información sobre las conductas requeridas por el DSM-III y DSM-III-R para considerar el diagnóstico de AN y BN. También se utilizó el HSCL (Hopkins Symptom Checklist) que fue usado para medir el nivel emocional y los síntomas depresivos. Consta de 64 ítems que conforman 5 factores principales: somatización, conductas obsesivas compulsivas, sensibilidad personal, depresión y ansiedad. Los resultados muestran que las bailarinas con bajo peso, están lejos de tener un peso ideal, y tienen un radio disminuido de peso-talla en relación a las no-bailarinas. Pero por otro lado no existieron diferencias significativas entre bailarinas y no-bailarinas en los datos arrojados por el EAT-26 o en sus subescalas. Un 16% de las bailarinas y 20% de las no bailarinas recibieron un puntaje de 20 o más en el EAT-26. En las entrevistas tampoco encontraron datos de diferencia significativa entre los dos grupos, para el diagnóstico de AN y BN. No hubo asociación significativa entre los trastornos alimentarios y el uso de drogas en las bailarinas y no-bailarinas. El HSCL no encontró diferencias significativas entre los grupos (Holderness, Brooks-Gunn & Warren, 1994).

Brownell (1995) afirma que actualmente se ha incrementado el interés por los atletas como un grupo específico de alto riesgo para desarrollar trastornos alimentarios; existen reponsabilidades y presiones en las carreras atléticas, por lo que se presenta una lista de esas presiones a continuación:

- 1)Ejecución: Contratos lucrativos, relaciones escolares y la aprobación familiar son los determinantes en una carrera competitiva.
- 2)Relación con el entrenador: La experiencia del propio entrenador es transmitida por las presiones del mismo en los atletas, a través del excesivo entrenamiento y esfuerzo físico y psicológico.
- 3)Valores incongruentes: Los atletas aprenden sus valores en la necesidad de vencer a sus oponentes.
- 4)Visibilidad de participación: Todas las acciones que el sujeto puede hacer para la competencia y el éxito de la misma.
- 5)Demanda de tiempo y aislamiento social.
- 6)Estrés como resultado de un entrenamiento excesivo; ansiedad por la ejecución e incremento por la demanda de competición.
- 7)Presiones académicas: Intituciones académicas demandan una excelente ejecución tanto en lo físico como en los estudios.
- 8)Estereotipos: Así como la discriminación por el sexo y la raza.

Cruz (1991) menciona que en los deportes resulta más relevante considerar los aspectos psicológicos de la alimentación del deportista, sobre todo en aquéllos en los que existe presión por perder peso o por mantener un peso bajo, ya que es en los deportes donde han surgido más comportamientos alimenticios patológicos (citado en: Rubio & Lubin, 1993).

Los deportes en los que han surgido estos comportamientos se pueden considerar en 4 grupos, en los que por motivos diferentes un peso corporal bajo es importante :

- 1) Deportes que establecen categorías por peso: boxeo y lucha.
- 2) Deportes en los que el bajo peso resulta beneficioso para el desarrollo de los movimientos (gimnasia) o para mejorar el rendimiento en la competición (remeros y jockeys).
- 3) Deportes que requieren de una buena presentación (figura delgada y atractiva), ante los jueces: gimnasia y patinaje artístico.
- 4) Deportes de resistencia: de fondo, medio fondo y maratón.

Los deportes con mayor incidencia de desórdenes alimenticios son la gimnasia y el atletismo femenino de medio fondo (Harris y Greco, 1990; Rosen y

Hough, 1988; Rosen, McKeag, Hough y Curley, 1986, citados en: Rubio & Lubin, 1993).

Las gimnastas se enfrentan al dilema de estar, a la vez, más fuertes y más delgadas que las adolescentes de su edad. El recurso más utilizado es el recurrir a dietas restrictivas, pero que intentan ser completas, estas dietas implican un régimen estricto que se debe seguir durante periodos prolongados de tiempo y requieren, por tanto, una gran disciplina y un autocontrol por parte de la deportista, pues restringe notablemente la elección de alimentos. También se ha observado que en atletas de todas las edades se ha iniciado la enfermedad debido a problemas familiares y/o sentimentales, lo que le lleva a no comer posiblemente por la preocupación. Más adelante, la satisfacción que les causa el estar delgadas hace que comiencen una dieta estricta favoreciendo así el inicio de la enfermedad (Rubio & Lubin, 1993). Pero aún hace falta ahondar, más en lo que motiva y ocasiona los trastornos y aunque en realidad son escasas las investigaciones con población denominada como de alto riesgo, se han encontrado resultados relevantes con población estudiantil a nivel bachillerato y licenciatura consideradas también como de alto riesgo para desarrollar trastornos alimentarios.

De esta forma Mumford, Whitehouse y Platts (1991) realizaron un estudio con estudiantes asiáticas en Bradford, una ciudad al norte de Inglaterra. Los sujetos se encontraban entre los 15 y 16 años de edad. El estudio se hizo con el objetivo de encontrar factores de análisis a través de los cuestionario EAT y BSQ (Cuestionario de Imagen Corporal). Los hallazgos sugieren que las chicas asiáticas han desarrollado el mismo complejo de actitudes alimentarias, conducta de dieta restrictiva e insatisfacción por la figura del cuerpo como las mujeres caucásicas. El uso del idioma inglés y el consumo de comida occidental es una relación entre los puntajes de los cuestionarios. Otro factor importante es la rigidez familiar la cual tradicionalmente se sabe es generadora de conflictos.

Escobar (1992) investigó la prevalencia de conductas generalmente presentes en pacientes con anorexia o bulimia nerviosa en estudiantes del sexo femenino de secundaria, preparatoria y universidad en la ciudad de México. Su muestra estuvo conformada por 1000 alumnas de secundarias, preparatorias y universidades privadas y públicas, cuyas edades estuvieron entre los 12 y 23

años. El cuestionario que se aplicó se basó en varias encuestas de estudios previos, con preguntas abiertas y cerradas. En los resultados se observó una mayor prevalencia de síntomas de trastornos alimentarios en las alumnas de instituciones privadas en comparación con las de colegios públicos, algunos específicamente fueron:

-En el grupo de fobias y obsesiones alimentarias se observó una prevalencia más alta en estudiantes de escuelas privadas, principalmente en cuanto a si se pesaban un mínimo de una vez por semana y si realizaban muy a menudo una actividad física de forma excesiva.

- Se encontró una diferencia considerable en la prevalencia de conductas que indicaban el consumo de alimentos dietéticos y a la presencia de episodios de gula. Las estudiantes de escuelas particulares realizaban dietas hipocalóricas en comparación con las públicas.

- Existió una menor diferencia entre las universidades privadas y públicas, en la presencia de conductas de pacientes anoréxicos o bulímicos.

Gómez (1993) realizó un estudio con el objetivo de detectar tendencias o indicadores relacionados con anomalías de trastornos alimentarios. La investigación tomó una muestra de la población estudiantil de la Universidad Nacional Autónoma de México (Colegio de Ciencias y Humanidades, Escuela Nacional de Estudios Profesionales Acatlán, y la Facultad de Psicología de Ciudad Universitaria). La muestra quedó conformada por un 51% de hombres y 49% de mujeres, distribuidos en un rango de edad de 15 a 49 años, solteros en su gran mayoría (93%). El 85% vivía con su familia nuclear y sólo el 37% trabajaba además de estudiar.

El instrumento que se aplicó era un cuestionario de formato mixto y las áreas exploradas fueron :

I. El peso.

- a) Se preguntó por peso y estatura y para los que no lo conocían podía ser aproximado.
- b) Se incluyeron variables cognitivas y actitudinales relacionadas con el peso; reactivos que exploraban autopercepción del peso, peso deseado, satisfacción por la imagen corporal y la relación al tener un peso mayor del declarado.

II. La conducta alimentaria y prácticas de control de peso. Las primeras exploran sentimientos o emociones asociados con las formas de comer, así como el cuidado o interés para tener o seguir conductas alimentarias adecuadas.

III. Conocimiento dirigido a conocer si los sujetos tenían información sobre algunos aspectos de la conducta alimentaria y sus anomalías.

De acuerdo con los resultados obtenidos, puede afirmarse que en la muestra investigada prácticamente no existe el problema de la obesidad, ya que sólo el 2% de los sujetos que conocía su peso y estatura entró en esta categoría. Pero si se encontró una tendencia de sobrepeso en un 41%, encontrándose también un mínimo conocimiento sobre algunos de los conceptos relacionados con las anomalías de la conducta alimentaria y sólo una quinta parte de los estudiantes conocía lo que era bulimia y anorexia, en cambio una gran mayoría sabía lo que era una dieta balanceada y lo que define a la obesidad, aunque se desconocía que ésta fuera una enfermedad .

Mancilla, Manríquez, Mercado, Román y Alvarez (1996) realizaron un estudio en una población mexicana, con el objetivo de valorar la ocurrencia de trastornos alimentarios en una población universitaria, así la muestra constó de 524 estudiantes del sexo femenino, de la UNAM-Campus Iztacala. Se les aplicó el Test de Actitudes Alimentarias (EAT) y el Test de Bulimia (BULIT). Los instrumentos aplicados reportaron los siguientes resultados:

- a) 44 casos de trastorno alimentario, que representa el 8.36% de la población total.
- b) 26 casos de anorexia, que constituye el 4.95% de la población total y el 59.1% respecto a la población con trastorno alimentario.
- c) 17 casos de bulimia, es decir el 3.23% de la población total y el 59.1% respecto al grupo con trastorno.
- d) 1 caso de anorexia-bulimia, que representa el .18% de la población total y el 2.3% respecto al grupo con trastorno.

Con estos resultados se concluye que los trastornos alimentarios son una realidad en México y de amplio interés para la investigación con miras a la prevención y tratamiento de estas patologías. Con lo que también se observa que la prevalencia de los trastornos alimentarios ha incrementado su incidencia en diferentes sectores de la población, por lo que es necesario el reconocimiento de

los factores que ayudan a detectar anomalías de la conducta alimentaria, como un primer paso, para considerar las posibles soluciones del problema a través de los profesionales de la salud.

De esta forma el objetivo del presente trabajo es evaluar la ocurrencia de Trastornos Alimentarios específicamente Anorexia y Bulimia Nerviosa; así como los factores asociados que se presentan en una población de estudiantes de escuelas públicas y particulares a nivel Bachillerato y Licenciatura.

3. METODO

MUESTRA

La muestra fue no probabilística de tipo intencional, la cual estuvo conformada por 960 jóvenes con las siguientes características: de sexo femenino con un rango de edad de 15 a 26 años ($\bar{X} = 18.6$), que pertenecieran a instituciones educativas estatales (420 a nivel profesional y 185 a nivel bachillerato) e instituciones educativas privadas (191 a nivel profesional y 164 de bachillerato).

SUBMUESTRAS

Una vez calificados los instrumentos EAT y BULIT se valoró la ocurrencia de Trastornos Alimentarios de la siguiente manera:

- a) Las personas cuyo puntaje fue alto en cualquiera de los dos instrumentos se clasificaron como personas con trastornos alimentarios conformándose así el grupo experimental o Con Trastorno (C/T n=169), con un rango de edad de 16 a 20 años.
- b) Posteriormente, este grupo se subdividió en anoréxicas (n=51) y bulímicas (n=107) según su puntaje obtenido en el EAT y en el BULIT respectivamente, y en anoréxicas-bulímicas (n=11) si en ambos instrumentos sus puntajes rebasaban los respectivos puntos de corte.
- c) Del resto de la población sin trastorno se eligieron sujetos de forma aleatoria y proporcional a la submuestra con trastorno, para formar el grupo control o sin trastorno (S/T n=263).

ESCENARIO

La aplicación de los cuestionarios se llevó a cabo en los lugares donde las jóvenes llevan a cabo sus actividades escolares.

DISEÑO

El diseño utilizado fue el no experimental denominado transeccional correlacional/causal, el cual tiene como objetivo describir relaciones entre dos o más variables en un momento determinado. Los diseños correlacionales/causales pueden limitarse a establecer relaciones entre variables sin precisar el sentido de causalidad o pueden pretender analizar relaciones de causalidad.

Estos diseños se fundamentan en hipótesis correlacionales y de diferencia de grupos sin atribuir causalidad (cuando se limitan a relaciones entre variables) y en hipótesis causales o de diferencia de grupos con atribución de causalidad (cuando se pretenden establecer relaciones causales). Asimismo, los diseños (en ocasiones), describen las relaciones en uno o más grupos o subgrupos y suelen describir primero las variables incluidas en la investigación, para luego establecer relaciones entre éstas (en primer lugar son descriptivos de variables individuales, pero luego van más allá: establecen relaciones). Las descripciones se realizan en su ambiente natural y en un momento en el tiempo (Hernández, Fernández & Baptista, 1991).

MATERIALES

Hojas, lápices, gomas, engrapadora, papel para computadora y tinta para impresión.

INSTRUMENTOS

Inventario de Desórdenes Alimenticios (EDI).

Test de Actitudes hacia la Alimentación (EAT).

Test de Bulit - Smith - Thelen (BULIT).

Traducidos y adaptados en la Universidad Autónoma de Barcelona.

El EDI (Inventario de Desórdenes Alimentarios) desarrollado y validado por Garner, Olmstead y Polivy (1983); es un autoinforme de 64 ítems diseñado para medir las características cognitivas y conductuales de la anorexia y la bulimia nerviosa. Tiene ocho subescalas que están relacionadas positivamente: motivación para adelgazar, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, desconfianza interpersonal, preferencia por la delgadez, conocimiento interoceptivo y miedo a la madurez (Raich, 1994). Guimerá & Torrubia (1987) definen las ocho subescalas, las cuales se enuncian a continuación:

1. Motivación para adelgazar (MA): Excesiva preocupación por la dieta y por el peso. Existe un gran deseo de perder peso, y un desmesurado temor a ganarlo.

2. Identificación de la Interocepción (IDIN): Refleja la incapacidad para reconocer e identificar las sensaciones de hambre y saciedad.

3. Bulimia (B): Tendencia a presentar episodios de sobreingesta incontrolada, que pueden ir seguidos de poderosos impulsos inductores de un vómito autoprovocado.

4. Insatisfacción corporal (IC): Refleja la creencia de que aquellas partes del cuerpo femenino asociadas al cambio producido en la pubertad (caderas, muslos y nalgas) son excesivamente gruesas.

5. Inefectividad (IN): Sentimientos generales de inadecuación, inseguridad, inutilidad y falta de control de la propia vida. Este concepto incluye además una autoevaluación negativa.

6. Miedo a madurar (MM): Deseo de permanecer en la seguridad de los años preadolescentes, dadas las excesivas demandas de la vida adulta.

7. Perfeccionismo (P): Expectativas exageradas sobre los posibles logros personales, énfasis excesivo sobre el éxito.

8. Desconfianza interpersonal (DI): Aversión generalizada hacia la formación de relaciones interpersonales íntimas. Refleja una incapacidad para formar lazos de amistad o para expresar emociones a los demás.

El Test de Actitudes Alimenticias (EAT) de Garner y Garfinkel (1979) fue desarrollado y validado para diferenciar a los anoréxicos de las personas normales. Contiene un núcleo de ítems concernientes al "deseo por la delgadez", relacionado con el miedo a ganar peso o a tener un pequeño sobrepeso. "Las reacciones fisiológicas" incluyeron tres ítems, los cuales comprendieron reacciones corporales de la alimentación tales como el vomitar y sensaciones de estreñimiento. El tercer factor fue la "Presión social", respecto a las percepciones de la talla del cuerpo y de los modelos alimentarios. Se diferenciaron tres factores para las mujeres que son: "Precaución en la alimentación", relacionado con la evitación de las comidas que puedan engordar; "Preocupación en la alimentación", centrados en los pensamientos sobre la comida y el control de la ingesta; y "Control de la alimentación", describe las formas de alimentación. Para los hombres los factores específicos son: sobrealimentación, el control personal y la preocupación por la comida y la alimentación (Smead & Richert, 1990).

El EAT consta de 40 ítems, sobre diferentes síntomas relacionados con anorexia nerviosa, que se contestan en una escala de seis puntos (desde nunca, hasta siempre). Analiza tres factores: control oral, dieta y bulimia. También tiene la capacidad de discriminar el trastorno bulímico (Raich, 1994). El cuestionario ha

sido traducido y validado en su versión al español por Castro, Toro, Salamero y Guimerá (1991)

El BULIT (Test de Bulimia) de Smith y Thelen (1984) consta de 36 ítems, es un instrumento de escala bajo una elección múltiple, desarrollado para detectar este síndrome. El BULIT fue construido por la comparación de respuestas de mujeres clínicamente identificadas como bulímicas y de mujeres normales; este test preliminarmente constaba de 75 ítems y se basaba en el criterio del DSM-III (1987), para la Bulimia, del cual se han derivado 6 factores: vomitar, episodios de sobreingesta, sentimientos negativos acerca de estos, problemas de menstruación, preferencia por alimentos altamente calóricos y de rápida ingestión, así como fluctuaciones de peso. El BULIT puede ser efectivamente empleado para identificar casos de Bulimia antes que los patrones de comportamiento lleguen a ser crónicos. Este cuestionario ha sido traducido y adaptado en su versión española por Mora y Raich (1993).

Cabe señalar que en cada uno de los instrumentos aplicados se hizo una adaptación para la población de jóvenes mexicanas por parte del Proyecto de Investigación en Nutrición de la UNAM Campus Iztacala.

APARATOS

Se utilizó una computadora Delta con procesador 486, pantalla VGA cromática y una impresora de inyección de tinta Canon BJ - 200e. Se emplearon los paquetes Excell y SPSS para el análisis estadístico.

PROCEDIMIENTO

Se asistió a cada una de las escuelas y centros de reunión de la población seleccionada, presentando en cada uno de éstos una carta de presentación con la explicación detallada del objetivo de la presente investigación, pidiendo su cooperación y autorización para la aplicación de los instrumentos de evaluación EDI, EAT y BULIT. El primero sirvió para identificar los factores de riesgo, el segundo para identificar Anorexia y el último Bulimia Nerviosa.

Una vez reunidos los sujetos, los investigadores se presentaron y dieron la siguiente explicación:

" A continuación se les entregarán las hojas de respuesta de cada uno de los cuestionarios que contestarán en una hora aproximadamente, por lo que necesitamos que atiendan a cada una de las preguntas y respondan con sinceridad, y si tienen alguna duda dirijanse a cualquiera de las investigadoras, recordando que deben responder individualmente y que toda la información que nos proporcionen es confidencial".

La aplicación de los instrumentos se llevó a cabo en las aulas asignadas para esta actividad, se repartió individualmente un cuadernillo de preguntas y de hojas de respuestas correspondientes al primer instrumento, indicándoles el momento en que podrían comenzar a contestar, aclarándoles las dudas que surgieron, para así no afectar los resultados. Al terminar de contestar el primer instrumento, se procedió a recogerlo y a entregar el segundo instrumento en el que se dieron las instrucciones ya mencionadas anteriormente, siguiendo los mismos pasos con el último de los instrumentos. Finalmente se agradeció al grupo su colaboración.

4. RESULTADOS

El análisis de resultados se realizó de la siguiente manera:

1) Se presentan la ocurrencia y porcentajes de casos que presentaron algún trastorno alimentario en cada uno de los grupos (Licenciatura, Bachillerato, Público y Privado).

2) Se comparó las medias de los puntajes entre los sujetos con trastorno (C/T) y sin trastorno (S/T), de los ocho factores del EDI los cuales son: Motivación para Adelgazar (MA), Bulimia (B), Insatisfacción Corporal (IC), Ineficacia (IN), Desconfianza Interpersonal (DI), Identificación Interoceptiva (IDIN), Miedo a la Madurez (MM) y Perfeccionismo (P).

Se utilizó la Prueba *t* de Student de muestras independientes, para comparar las medias de los factores entre los grupos (C /T y S/T).

3) Se utilizó un ANOVA de una sola entrada, para comparar las diferencias entre los grupos (S/T, Anoréxicas, Bulímicas y Anoréxicas-Bulímicas), posteriormente a éste, se hizo la prueba de DUNCAN para determinar las diferencias por pares.

En la tabla 1 se muestran las medias de edad de la población por nivel educativo (Bachillerato y Licenciatura), y por sector (Privado y Público), siendo la edad promedio de la población total (N=960) de 18.6 años. Además de las medias de edad de los grupos Sin Trastorno y Con Trastorno, y específicamente cada uno de los trastornos.

TABLA 1

| NIVEL | EDAD | | NIVEL | EDAD | |
|---------------------------|-----------|-------|----------------------------|-----------|-------|
| | \bar{X} | \pm | | \bar{X} | \pm |
| UNIVERSIDAD (n = 611) | 19.7 | 0.1 | SIN TRASTORNO (n = 263) | 18.8 | 0.1 |
| BACHILLERATO (n = 349) | 17.3 | 0.1 | CON TRASTORNO (n = 169) | 19.2 | 0.2 |
| PRIVADA (n = 355) | 18.2 | 0.1 | ANOREXICAS (n = 51) | 18.1 | 0.1 |
| PUBLICA (n = 605) | 18.9 | 0.1 | BULIMICAS (n = 107) | 19.3 | 0.2 |
| | | | A-B (n = 11) | 19.1 | 0.1 |

Tabla 1. Promedios de edad por nivel y por sector de la muestra.

En la tabla 2 se presentan los porcentajes de ocurrencia en la población general, en donde el 17.5% presentó un trastorno alimentario, siendo el 5.3% anoréxicas, el 11.1% bulímicas y el 1.1% anoréxicas-bulímicas.

TABLA 2

| GRUPOS | C/T | ANOREXIA | BULIMIA | A - B |
|---------------------------------|--------------------|-------------------|---------------------|-------------------|
| POBLACION TOTAL (N = 960) | 7.5 % (n = 169) | 5.3 % (n = 51) | 11.1 % (n = 107) | 1.1 % (n = 11) |

Tabla 2.- Presenta la ocurrencia y su porcentaje de las muestras con trastorno y sin trastorno, y en específico para los subtipos, anorexia, bulimia y anorexia-bulímica (A-B).

En la tabla 3 se muestra la ocurrencia de trastornos alimentarios y los porcentajes de la población total, la cual se dividió en Licenciatura y Bachillerato, la mayor ocurrencia del trastorno presentado fue la Bulimia tanto a nivel Licenciatura como Bachillerato, y aunque fue menor la ocurrencia de Anorexia, ésta se presentó más en la población de Bachillerato, por lo que se podría decir,

que la Bulimia no está asociada a una edad específica, si no que puede presentarse desde la adolescencia hasta el comienzo de la vida adulta.

Entre los tipos de instituciones educativas de acuerdo al nivel socioeconómico, Privado y Público, se presentó una mayor ocurrencia de trastornos en las Instituciones Privadas; específicamente en lo que se refiere a la Bulimia, esto debido tal vez a que en el nivel socioeconómico alto, las jóvenes tienen un mayor número de posibilidades para adquirir cualquier cantidad de alimentos, así como las posibles soluciones para mantenerse delgadas (diuréticos y/o laxantes).

TABLA 3

| <i>NIVEL</i> | <i>C/T</i> | <i>ANOREXIA</i> | <i>BULIMIA</i> | <i>A - B</i> |
|--------------------|-------------------|------------------|------------------|----------------|
| LIC. (n = 611) | 18 % (n = 107) | 4 % (n = 25) | 12 % (n = 74) | 1 % (n = 8) |
| BACH. (n = 349) | 18 % (n = 62) | 7 % (n = 26) | 9 % (n = 33) | 1 % (n = 3) |
| PRIV. (n = 355) | 30 % (n = 106) | 5 % (n = 108) | 23 % (n = 82) | 2 % (n = 6) |
| PUB. (n = 605) | 10 % (n = 63) | 5 % (n = 33) | 4 % (n = 25) | 1 % (n = 5) |

Tabla 3. Porcentaje por niveles divididos en Bachillerato y Licenciatura, así como por sectores Privado y Público.

La tabla 4 presenta los porcentajes de ocurrencia en las cuatro condiciones (Licenciatura Privada y Pública, Bachillerato Privado y Público). la mayor ocurrencia de trastornos se presentó en Licenciatura Privada en comparación con la Pública, y asimismo se encontró que a nivel Bachillerato Privado se encontró un mayor porcentaje de trastornos a diferencia del Bachillerato Público. En la Licenciatura Privada se presentó la Bulimia con mayor porcentaje de ocurrencia en comparación con la Pública. Y en los Bachilleratos se encontró una mayor ocurrencia de la Bulimia en el Privado, mientras que en el Público fué la Anorexia la que sobresalió. Se observan notables diferencias en la ocurrencia de trastornos

alimentarios encontrada entre los niveles socioeconómicos, siendo que Licenciatura y Bachillerato Privados tienen más altos porcentajes de ocurrencia de trastornos alimentarios, específicamente la Bulimia.

TABLA 4

| NIVEL | C/T | ANOREXIA | BULIMIA | A - B |
|--------------------------|--------------------|-------------------|--------------------|------------------|
| LIC. PRIV. (n = 191) | 38.2 % (n = 73) | 4.2 % (n = 8) | 32.5 % (n = 3) | 2 % (n = 3) |
| LIC. PUB. (n = 420) | 8.1 % (n = 34) | 4 % (n = 17) | 2.9 % (n = 12) | 1.2 % (n = 5) |
| BACH. PRIV. (n = 164) | 20.1 % (n = 33) | 6.1% (n = 10) | 12.2 % (n = 20) | 1.8 % (n = 3) |
| BACH. PUB. (n = 185) | 15.7 % (n = 29) | 8.6 % (n = 16) | 7 % (n = 13) | 0 % (n = 0) |

Tabla 4. Ocurrencia y Porcentajes de la población en general (n=960).

En la tabla 5, se observa en cuanto al "EDI" que los grupos C/T y S/T mostraron diferencias estadísticamente significativas. De esta manera, en lo que respecta a los factores el grupo C/T muestra diferencia en todos los factores, excepto el factor P, con lo que podría decirse que el perfeccionismo para ambos grupos tienen la misma importancia y que tal vez sólo se diferencian cualitativamente. Las personas C/T mostraron tener excesiva preocupación por la dieta y el peso, es decir, tienen un gran deseo de perder peso y un desmesurado temor a ganarlo, por lo que presentaron en mayor medida rasgos de Bulimia, sienten una mayor insatisfacción con su cuerpo y tienden a tener sentimientos más profundos de inseguridad, inutilidad y falta de control sobre su propia vida, muestran cierta tendencia a enfrentarse con mayores dificultades al intentar establecer relaciones interpersonales íntimas, ya sean de tipo social, amistoso o de pareja, también tienen gran dificultad para identificar sensaciones de hambre y saciedad, y muestran temor a enfrentar las demandas de la vida adulta.

TABLA 5

| | EDI | MA | B | IC | IN | DI | IDIN | MM | P |
|------------------|---------------|-------------|-------------|--------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| C/T (n = 169) | 47.9 ±1.46 | 7.0 ±0.4 | 2.5 ±0.1 | 10.3 ±0.4 | 5.7 ±0.3 | 5.0 ±0.2 | 5.8 ±0.2 | 5.7 ±0.3 | 6.5 ±0.2 |
| S/T (n = 263) | 28.4 ±0.90 | 3.7 ±0.2 | 0.7 ±0.9 | 5.3 ±0.2 | 2.0 ±0.1 | 3.4 ±0.1 | 3.0 ±0.1 | 4.2 ±0.2 | 6.3 ±0.2 |
| <i>t</i> | 11.98 ** | 8.44 ** | 9.70 ** | 9.41 ** | 10.10 ** | 5.10 ** | 8.78 ** | 4.12 ** | 0.64 |

Tabla 5. Medias obtenidas de los grupos con trastorno y sin trastorno, a través de la *t* de Student que muestra las diferencias significativas en los factores del EDI. Así como los valores de *t* de acuerdo a cada uno de los factores. ** $p < .0001$

En la tabla 6, se observa en cuanto al "EDI" que los niveles educativos como un índice de edad, no mostraron diferencias estadísticamente significativas.

En cuanto a los factores se mostraron las siguientes diferencias: En Licenciatura se presentó una mayor incidencia del factor Bulimia, por lo que presentan sentimientos de inadecuación, inseguridad, inutilidad y falta de control sobre la propia vida.

La media del factor de Inefectividad fue más alta en Licenciatura, con lo que se puede decir que existen sentimientos de inadecuación, inseguridad e inutilidad y falta de control en la vida, esto debido a que se presentó una mayor ocurrencia de Bulimia.

En cuanto al factor Miedo a Madurar se observa la media más alta a nivel Bachillerato donde se presentó una mayor incidencia de bulimia, por lo que tienen mayor dificultad para enfrentar las responsabilidades de la vida adulta, y sienten todavía la necesidad de sentirse cuidadas y protegidas por sus padres.

El Perfeccionismo también obtuvo una media más alta en Bachillerato, teniendo expectativas exageradas sobre posibles logros personales, y un énfasis excesivo sobre el éxito, lo cual también se relaciona con la Anorexia, la cual se presentó con mayor frecuencia en este nivel.

TABLA 6

| | EDI | MA | B | IC | IN | DI | IDIN | MM | P |
|--------------------|--------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| LIC. (n = 267) | 35.3 ±1.1 | 4.8 ±0.2 | 1.6 ±0.1 | 7.4 ±0.3 | 3.9 ±0.2 | 3.8 ±0.1 | 3.9 ±0.2 | 4.3 ±0.2 | 6.0 ±0.2 |
| BACH. (n = 165) | 37.1 ±1.5 | 5.3 ±0.3 | 1.0 ±0.1 | 7.1 ±0.4 | 2.7 ±0.3 | 4.3 ±0.2 | 4.4 ±0.2 | 5.5 ±0.3 | 6.9 ±0.2 |
| <i>t</i> | -0.97 | -1.08 | 3.07 * | 0.48 | 2.92 * | -1.43 | -1.62 | -3.08 * | -2.09 * |

Tabla 6. Medias obtenidas de los grupos Licenciatura y Bachillerato, a través de la *t* de Student que muestra las diferencias significativas en los factores del EDI. Así como los valores de *t* de acuerdo a cada uno de los factores. * $p < .01$

Debido a que el perfeccionismo no fue un factor constante entre los datos obtenidos de la *t* en los grupos C/T y S/T, así como en Licenciatura y Bachillerato, surgió la duda si existía correlación entre la edad y el factor de perfeccionismo, por lo que se realizó una *r* de Pearson ($r = -0.085$, $p = 0.078$), y se comprobó que no existió relación entre la edad y el perfeccionismo como factor asociado a los trastornos alimentarios.

En la tabla 7, en cuanto al "EDI" el nivel socioeconómico no mostró diferencia estadísticamente significativa con lo cual se observa que en los dos niveles se pueden presentar factores asociados a los trastornos alimentarios.

En cuanto a los factores se encuentran las siguientes diferencias: en las instituciones Públicas debido tal vez a que existió un mayor número de anoréxicas existe una mayor preocupación por la dieta y por el peso, por lo que también muestran temor a enfrentar las demandas de la vida adulta, siendo también más fuerte las expectativas de los posibles logros personales. Por otra parte, las personas de las instituciones Privadas se sienten más identificadas con el sentimiento de ineficacia cada vez que pierden el control sobre su ingesta, quizá porque existió una mayor incidencia de bulímicas.

TABLA 7

| | EDI | MA | B | IC | IN | DI | IDIN | MM | P |
|--------------------|---------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| PRIV. (n = 256) | 34.5 ±1.09 | 4.5 ±0.2 | 1.5 ±0.1 | 7.1 ±0.3 | 4.0 ±0.2 | 3.8 ±0.1 | 3.8 ±0.2 | 4.2 ±0.1 | 5.6 ±0.2 |
| PUB. (n = 165) | 38.2 ±1.58 | 5.8 ±0.3 | 1.2 ±0.1 | 7.5 ±0.4 | 2.6 ±0.3 | 4.2 ±0.2 | 4.5 ±0.2 | 5.6 ±0.3 | 7.4 ±0.2 |
| t | -2.02 | -3.09 * | 1.60 | -0.68 | 3.39 * | -1.25 | -1.85 | -3.71 ** | -5.69 ** |

Tabla 7. Medias obtenidas de los grupos Privados y Públicos, a través de la *t* de Student que muestra las diferencias significativas en los factores del EDI. * $p < .01$; ** $p < .0001$.

Como se ve en la tabla 8 se reporta que hubo diferencias significativas en todos los factores analizados, pues respecto al puntaje total de EDI; pudimos observar que la media de los grupos con trastorno (G1, G2 y G3) es más alta en comparación con la que presentó el grupo sin trastorno (G4), cabe mencionar que el G3 es el que obtuvo la media más alta, al realizar la prueba de Duncan se ven las diferencias entre los grupos, en donde G1, G2 y G3 tienen diferencias con el G4, porque los primeros 3 grupos que están conformados por sujetos que presentan algún trastorno; también hay diferencias entre G1 y G2 con el G3, ya que éste tiene una puntuación mucho más alto, quizás porque estos sujetos tienen características tanto de anorexia como de bulimia, recordemos que fueron las identificadas como anoréxicas-bulímicas.

En el factor de MA también se puede apreciar que la media del G3 es más alta que la del G4; existiendo diferencias obviamente de este grupo (G4) respecto al G1, G2 y G3, ya que la motivación para adelgazar es más fuerte en los grupos con trastorno alimentario que en aquellos sujetos que no tienen desórdenes; también hay diferencias entre el G1 y G2 porque son las anoréxicas (en específico las restrictivas) las que están más preocupadas por la alimentación que las bulímicas, pero a su vez estos dos grupos (G1 y G2) tienen diferencias con el G3 pues en éstos es todavía más fuerte la necesidad de adelgazar.

En lo que se refiere al factor B la media de G3 está muy por arriba a la media obtenida por G4, en cuanto a las diferencias entre grupos se reportan las de G1 y G4 con el G2, ya que este grupo está conformado por bulímicas y éste es un criterio determinante para su identificación, pero a su vez existen diferencias

entre los grupos G1, G2 y G4 con respecto al G3 porque éste también cuenta con rasgos de bulímicas y tal vez en ellas es más marcado este factor, pues como se mencionó anteriormente son éstas las que tienen la media más alta.

En el factor IC también la media de G3 fue la más alta, le siguen la del G2 y después la del G1 a diferencia de la del G4 que es el grupo sin trastorno; las diferencias se encontraron entre los G1, G2 y G3 con el G4, y ésta se da porque los sujetos que no presentan trastornos no manifiestan tener serios problemas o inconformidad con su cuerpo. Pero también existen diferencias entre G2 y G3 con respecto al G1 pues éstas (las anoréxicas) muestran una mayor insatisfacción consigo mismas.

En lo que respecta al factor IN se aprecia que son las bulímicas las que obtienen la media más alta al compararlas con el grupo control (G4) y que las diferencias se encuentran entre G2 contra los grupos G1, G3 y G4, porque se sabe que son las bulímicas las que tienen un sentimiento de mayor inadecuación con respecto a su vida; la otra diferencia se encuentra entre el G1 y G4 pues aunque sea en menor grado las anoréxicas también se sienten incapaces de tomar las riendas de su vida .

En el factor DI la media más alta fue la del G2, en este factor es importante mencionar que la media del G3 está ligeramente por debajo de la del G4, esto nos indica que para las anoréxicas-bulímicas no es ningún problema entablar amistad o relacionarse con otras personas, incluso les es más fácil que a las que no presentan ningún trastorno (grupo control).

Para el factor IDIN la media más alta fue presentada por el grupo de las anoréxicas-bulímicas (G3) después le siguen el G1 y G2, ya que como se observa el G4 tiene la media más baja. Las diferencias se encuentran entre el G1, G2 y G4 con el G3 pues parece ser que para las anoréxicas-bulímicas es más difícil identificar entre sus sensaciones de hambre y saciedad; otra diferencia se da entre el G4 con los G1 y G2 posiblemente porque los sujetos que no tienen desórdenes alimentarios no tienen problemas para identificar si tienen hambre o no, a diferencia de los sujetos que si desarrollan estos tipos de problemas pues les es muy difícil identificar sus sensaciones.

En cuanto al factor MM la media más alta fué la del G2 (bulímicas), después la del G3 y G1 en comparación con lo que respecta al G4; y la única diferencia se da entre G2 y G4 ya que son la bulímicas las que manifiestan más miedo a las responsabilidades de ser adulto, y ésto se vuelve un mecanismo para no crecer y quedarse en la seguridad de la infancia.

Por último en el factor P la media más alta fue reportada por el G1 (anoréxicas) y con muy poca diferencia le siguen el G3, en este factor también se puede observar que el G2 (bulímicas) con una media más baja que la del G4 (grupo control). Las diferencias se encuentran entre el G4 con G1, G2 y G3 porque para los sujetos que desarrollan algún desorden alimentario tienen una mayor obsesión por ser perfectos; la otra diferencia se da entre el G1 y G3 contra el G2 porque para los dos primeros es mucho más importante lograr un perfeccionismo en todas sus actividades pues también desarrollan características tanto de Anorexia como de Bulimia, a diferencia de las bulímicas.

TABLA 8

| | EDI | MA | B | IC | IN | DI | IDI | MM | E |
|----------------------------|------------------|------------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|-----------------|------------------|
| GRUPO 1 | 44.3 ±2.69 | 9.1 ±0.72 | 1.2 ±0.25 | 7.8 ±0.91 | 3.2 ±0.64 | 3.9 ±0.55 | 6.2 ±0.6 | | 8.5 ±0.7 |
| GRUPO 2 | 48.3 ±1.76 | 5.4 ±0.34 | 3.8 ±0.21 | 11.2 ±0.52 | 7.1 ±0.41 | 5.7 ±0.28 | 5.3 ±0.2 | | |
| GRUPO 3 | 59.1 ±6.37 | 12.9 ±1.31 | 5.1 ±1.15 | 12.6 ±2.40 | 3.6 ±1.29 | 3.2 ±0.77 | 9 ±1.48 | ±1.55 | |
| GRUPO 4 | 28.4 ±0.90 | 3.7 ±0.21 | 0.6 ±0.09 | 5.3 ±0.29 | 2 ±0.17 | 3.4 ±0.17 | 3 ±0.17 | 4.2 ±0.21 | 6.3 ±0.19 |
| D U N C A N | G1,2,3 vs.G4 | G1,2,3 vs.G4 | G1,4 vs.G2 | G1,2,3 vs.G4 | G1,3,4 vs.G2 | G1,3,4 vs.G2 | G1,2,4 vs.G3 | G2 vs. G4 | G1,2,3 vs.G4 |
| | G1,2 vs.G3 | G1,2 vs.G3 G1 vs.G2 | G1,2,4 vs.G3 | G2,3 vs.G1 | G1 vs. G4 | | G1,2 vs.G4 | G4 | G1,3 vs.G2 |
| | F= 50.5 ** | F= 46.6 ** | F= 52.5 ** | F= 36.3 ** | F= 52.3 ** | F= 14.4 ** | F= 31.0 ** | F= 6.4 * | F= 14.0 ** |

Tabla 8. Muestra las medias \pm el error promedio de la muestra, de los puntajes obtenidos en los ocho factores; las diferencias obtenidas en los grupos de anorexia (G1), bulimia (G2), anorexia-bulímica (G3), y sin trastorno (G4), a través de la prueba DUNCAN, así como los valores de F y su probabilidad. * $p < .01$; ** $p < .0001$.

5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

A lo largo de esta investigación se puede comprender que existe actualmente un problema en lo que se refiere al diagnóstico y prevención de los trastornos alimentarios como los son la Anorexia y Bulimia Nerviosa; y el que se cuente con instrumentos que ayuden a detectar dichos trastornos, sobre todo en una población mexicana son invaluable. Los instrumentos que se utilizaron (EAT, BULIT y EDI) fueron de gran utilidad en la investigación, siendo un primer paso en la detección de los trastornos alimentarios en una población de alto riesgo, como son: Universidades y Preparatorias.

En la presente investigación, en donde se manejó una población de 960 alumnas ubicadas en preparatorias y universidades de la ciudad de México se encontró un porcentaje de 17.5% de personas que presentan factores asociados a un trastorno alimentario. Siendo éste un porcentaje alto en comparación con lo que mencionan otros trabajos, como el de Victoria Holtz (1992) en donde refiere un porcentaje promedio de los trastornos alimentarios hallados en estudiantes de universidades y preparatorias alrededor del mundo oscilando entre un 4 y 13%. En un estudio reciente realizado por Manríquez y Mercado (1997) en una población Universitaria Mexicana encontraron 44 casos de chicas con algún trastorno alimentario de una población de 524 (8.3%) y a diferencia del presente se encontraron más casos de anorexia que de bulimia. Confirmando que la prevalencia de los trastornos alimentarios va en ascendencia aceleradamente cobrando una mayor importancia día a día. Cabe mencionar que aunque es una población subclínica, los resultados obtenidos son importantes pues hasta ahora son pocas las investigaciones de este tipo realizadas con población mexicana

En lo referente a los dos niveles Licenciatura y Bachillerato se puede observar que la ocurrencia de los trastornos alimentarios fue igual en los dos (18%). La Bulimia se presentó con un porcentaje más alto en Licenciatura (12%), mientras que en Bachillerato se presentó con un 9%. Mientras que la Anorexia-Bulímica se presentó igualmente en ambos niveles (1%). Con lo que podemos decir que no existe una edad específica que se relacione con los trastornos, pues éstos (Bulimia y Anorexia), se presentaron desde la adolescencia hasta el inicio de la vida adulta.

Cuando se hizo el análisis de acuerdo al nivel socioeconómico (relacionado con el tipo de Institución Privado y Público) se observó que en el sector Privado fue más alta la incidencia de trastornos (30%) que en el sector Público (10%), y que los casos de Anorexia fueron los mismos para ambos sectores (5%), en cambio la Bulimia se presentó más a nivel Privado (23%) al igual que la Anorexia-Bulimia (2%).

Después de analizar los resultados, se pudo observar que la mayor incidencia de trastornos alimentarios se presentó en instituciones Privadas tal y como lo ha comprobado Sorosky (1988), quien afirma que el ideal de la delgadez nace en las clases favorecidas a través de la restricción voluntaria convirtiéndose en un lujo complementario, lo cual las lleva a desarrollar alguno de los trastornos.

También se corrobora lo afirmado por Beck (1976, citado en: Guillemot & Laxenaire, 1994), en cuanto a que el ideal de delgadez se impone más en mujeres con un nivel cultural más elevado y mayor ambición profesional pues en los resultados se encontró que en Licenciatura Privada hay una mayor incidencia de trastornos alimentarios. De la misma manera que Escobar (1992) realizó un estudio de características presentes en pacientes anoréxicas y bulímicas en Instituciones Públicas y Privadas desde Secundaria hasta nivel Licenciatura, encontrando una mayor prevalencia de estas conductas en los colegios privados, específicamente en secundaria y preparatoria. Se podría hablar de que el nivel socioeconómico es un factor de influencia en las muestras estudiadas.

Específicamente en lo que se refiere a cada uno de los trastornos alimentarios, se observó que la ocurrencia de la bulimia fue mayor a nivel de Licenciatura Privada, mientras que la anorexia lo fue a nivel de Bachillerato Público, lo cual difiere de lo afirmado por Pyle (1985, citado en: Guillemot & Laxenaire, 1994), quien reporta que la Anorexia Nerviosa aparece esencialmente en las clases altas y medias superiores, siendo la bulimia más frecuente en las clases medias. Debido a que la población de jóvenes mexicanas pertenecientes a instituciones privadas tienen más posibilidades para adquirir los alimentos que deseen, así como las diferentes alternativas para mantenerse delgadas, (diuréticos y/o laxantes).

Por otra parte, se confirma que el índice de la ocurrencia de la Bulimia en el presente trabajo con población subclínica, es más alta que la prevalencia de la anorexia la cual se sitúa en una persona por cada 100 (Garner & Garfinkel, 1982; Guillemot & Laxenaire, 1994). Fairburn y Beglin (1992) reportan que la bulimia se estima en 9 de cada 100 mujeres. Crowther, Wolf y Sherwood (1992) presentaron la prevalencia de bulimia entre estudiantes universitarias con un rango variable de 0.79 al 19%. Y de acuerdo a estudios longitudinales en el DSM III-R la prevalencia es de 1 al 3.8% en estudiantes universitarias. Garfinkel, Lin, Spegg, Goldbloom, Kennedy, Kaplan y Woodside (1995) reportan el trastorno de bulimia nerviosa en un rango de 1% a 3% en mujeres jóvenes.

En cuanto a la Anorexia Nerviosa aunque fue menor en incidencia, fue más predominante en Bachillerato Público, ya que como lo mencionan algunos autores para la Anorexia Nerviosa la edad de comienzo se sitúa entre el principio y el final de la adolescencia, pues parece ser una reacción ante las demandas del adolescente por una mayor independencia e incremento del funcionamiento social y sexual (Herscovici & Bay, 1990; Kaplan & Sadock, 1994). En las últimas décadas las investigaciones epidemiológicas informan que la anorexia se sitúa de 0.5% al 1% principalmente en mujeres adolescentes y jóvenes, observándose más frecuentemente en mujeres jóvenes que requieren de delgadez, como el modelaje y el ballet (Kaplan & Sadock, 1994).

Posteriormente se analizaron las diferencias de los factores entre los grupos C/T y S/T, concluyéndose que en 7 de los 8 factores difieren ambos grupos, excepto en el factor P (Perfeccionismo). De esta manera podemos inferir que aunque no existió una diferencia estadística entre los grupos C/T y S/T, si puede existir una diferencia cualitativa.

En un estudio realizado por Fernández, Turón, Menchón, Vidal, Vallejo y Pifarré (1996) a 30 anoréxicas divididas en dos grupos (Con Desconfianza Interpersonal y Sin Desconfianza) se les aplicó el EDI para analizar los rasgos psicológicos diferenciales, en función de la presencia o no de ansiedad social. Encontrando que el factor de perfeccionismo tenía una media más alta en el grupo sin Desconfianza Interpersonal en comparación con el otro. Con esto se puede sugerir que existen diferencias entre los propios grupos de personas con un

mismo trastorno en cuanto a los factores ya identificados, como parte de un trastorno.

Según Slade (citado en Buendía, 1996), existen 2 tipos de perfeccionismo:

1) Perfeccionismo positivo: Bajo el cual pueden catalogarse las personas que obtienen un placer real del esfuerzo de un trabajo concienzudo y que se sienten libres para ser precisas como la situación lo permite lo cual les produce satisfacción.

2) Perfeccionismo negativo: Dentro del cual las personas cuyos esfuerzos, incluso los mejores nunca parecen lo bastante buenos, al menos ante sus ojos y no se sienten satisfechos.

Por lo que podríamos relacionar el perfeccionismo positivo con el grupo Sin Trastorno y el negativo con el grupo Con Trastorno. Además debemos tomar en cuenta que el dato obtenido es en una población de estudiantes mexicana.

En cuanto a las diferencias encontradas entre Licenciatura y Bachillerato, los factores que mostraron una diferencia significativamente baja, fueron el factor B (Bulimia), el cual fue más alto en el nivel de Licenciatura, donde se presentó una mayor incidencia de este trastorno, un segundo factor fue IN (Inefectividad) que de igual manera fue más alto en Licenciatura y que es característico de la bulimia, y finalmente el factor P (Perfeccionismo), fue más alto en Bachillerato donde se encontró una incidencia mayor de Anorexia Nerviosa, la cual tiene como característica a este factor.

Por otra parte se observaron también diferencias entre los sectores Privado y Público, una diferencia significativamente baja en MA (Motivación para Adelgazar) y una diferencia significativamente alta en MM (Miedo a Madurar) y P (Perfeccionismo), siendo mayores en el sector Público, en el que se observaron más casos de Anorexia Nerviosa, la cual toma a estos factores como características de quienes presentan dicho trastorno, finalmente hubo una diferencia significativa en el factor IN (Inefectividad) que fue mayor en el sector Privado, donde se presentaron más casos de bulimia.

A continuación se presenta una Interpretación de los factores del EDI:

a) Motivación para Adelgazar

Entre todos los grupos se encontraron diferencias en la motivación para adelgazar, pero fue el grupo de anoréxicas-bulímicas las más preocupadas por esta búsqueda frenética, lo cual es confirmado por Rusell (1979, citado en: Feinstein & Sorosky, 1988), al definir el impulso hacia la delgadez como un miedo mórbido a la gordura después descrito como fobia a la gordura convirtiéndose en el núcleo de la psicopatología de la AN y la BN, pero existiendo diferencias entre ellas; son las anoréxicas las que tienen una búsqueda obsesiva por la delgadez hasta el punto de la inanición o realizan una excesiva actividad física para quemar calorías (Shangold & Mirking, 1988; Kaplan & Sadock, 1994; Herscovici & Bay, 1990) en tanto que las bulímicas también tienen como fin el mantenerse delgadas, pero en menor grado, mientras que para el grupo control esto no es tan importante.

b) Bulimia

Se observa que la media del grupo de anoréxicas-bulímicas fue la más alta y posteriormente le sigue el grupo de bulímicas, porque es una característica que evalúa las tendencias a comer excesivamente en episodios incontrolables, siendo uno de los criterios principales para detectar a las bulímicas, también Rusell (1979; citado en Feinstein & Sorosky, 1988), afirma que lo que la denomina, son los episodios frecuentes de laxantes y diuréticos para prevenir el aumento de peso. Así las anoréxicas y el grupo control no presentan relación con este factor.

c) Insatisfacción de la Imagen Corporal

Fueron las A-B y las BN, quienes mostraron una media más alta, siguiendo las AN y finalmente el grupo control, ya que las personas con trastornos alimentarios no se encuentran satisfechas con la figura de sus cuerpos, para quienes las regiones corporales específicas que se mencionan les preocupan más como son el estómago, las caderas, los muslos y los glúteos. Y según Berscheid y Walster (citados en: Tolman & Debold, 1994), la imagen corporal negativa entre las mujeres, es decir, la percepción de sus cuerpos no son ideales, se comprende en parte al esfuerzo por tener la seguridad de una imagen ideal que destaque en la cultura. En esta investigación al igual que la realizada por Roman (1997) encontró que el factor de Insatisfacción corporal fue más característico tanto en

anoréxicas como en bulímicas en comparación con su grupo control, debido a que tienen una mayor insatisfacción de su cuerpo, que las personas que no presentan algún trastorno alimentario. Socialmente se tiene la creencia de que lo ideal es un cuerpo que acentúe lo delgado, esbelto, además de tener una simetría adecuada para ser bello (Vírveda, 1995).

d) Ineficacia

En este factor todos los grupos presentaron diferencias con el grupo control. La media de las bulímicas fue la más alta debido a que después de los episodios de voracidad, a menudo experimentan un ánimo deprimido y sentimientos de auto desprecio e ineficacia al no poder controlarse (Herscovici & Bay, 1990), teniendo también un sentimiento de vacío y una devaluación de la propia persona (Bruch, 1982), de esta manera se sienten menos eficaces, en comparación con los demás grupos, como el de anoréxicas y anoréxicas-bulímicas donde no hay tanta diferencia, a pesar de que también se presenta.

e) Desconfianza Interpersonal

Son las bulímicas las que presentan más diferencias con los otros tres grupos, debido a que las bulímicas esconden con más frecuencia sus conductas delictivas y llevan a cabo sus episodios de voracidad en secreto, y por lo mismo no tienden a tener muchas relaciones de amistad con otras personas. Así es como autores como Tolman y Debold (1994), Polivy y Herman (1987), afirman que las personas que padecen trastornos alimentarios son solitarias y se relacionan con dificultad, y usan este aislamiento como defensa ante las críticas de los demás. Cabe mencionar que en este factor la media del grupo de anoréxicas-bulímicas está por debajo de la media obtenida por el grupo control, esto indica que para estos sujetos a pesar de que tienen tanto características de anoréxicas como de las bulímicas, no es mayor problema para ellas relacionarse con otras personas, incluso parece ser más fácil que para las que no presentan trastornos alimentarios.

f) Identificación Interoceptiva

Aquí los tres grupos tienen diferencias con el grupo control, debido a que los tres grupos con trastorno no saben identificar sus emociones del hambre y la saciedad y por lo tanto no saben distinguir cuando tienen hambre o alguna otra emoción. Esto se corrobora con lo que declara Bruch (1980, citado en: Speier, 1986), al decir que en los casos con trastornos alimentarios la percepción

inadecuada de los estímulos internos y externos son un antecedente a éstos. En este caso fueron las anoréxicas-bulímicas en las que se encontró más marcado éste problema, a lo que también Tannenhaus (1995) y Katz (citado en: Shangold & Mirking, 1988), mencionan como característica de la bulimia la tergiversación de emociones y estados internos como el hambre, es decir, las pacientes afirman que no pueden decir cuando están hambrientas o ahítas.

g) Miedo a Madurar

Es un factor que se asocia más con las bulímicas en esta investigación, y de acuerdo a Tannenhaus (1995), este grupo parece temer a la madurez y a la independencia, no obstante algunos mantienen un buen trabajo y una vida social hasta que su enfermedad está más avanzada, en segundo lugar el grupo de las A-B y las AN, se asocian con este factor por que las anoréxicas también tienen dificultades para el funcionamiento autónomo para establecer su propia identidad y acceder a la separación (Herscovici & Bay, 1990); por lo que para ellas la autoiniciación puede ser un esfuerzo por tratar de desarrollar un sentimiento de autonomía e independencia (Kaplan & Sadock, 1994), en comparación con el grupo control en el que no se encuentra este problema.

h) Perfeccionismo

Este factor fue de mayor relevancia para los grupos de AN y A-B, debido a que la anorexia está asociada con algún estrés, y estas personas han sido descritas como extraordinariamente perfeccionistas o "niñas modelo" en todo lo que hacen (American Psychiatric Association, 1987), y de igual forma Schur (1984), afirma que las mujeres llegan a preocuparse tanto de su apariencia, que se vuelven obsesivas con las deficiencias, y se ven así mismas como objetos y responden a otras mujeres como objetos de competencia, tengan o no un trastorno. En este factor también se observó algo importante, y es que la media de las bulímicas estuvo por debajo de lo reportado por los sujetos sin trastorno, y aunque para las bulímicas también es importante el perfeccionismo pues por ello desarrollan trastornos alimentarios es todavía más importante ser perfeccionista para el grupo control que para las mismas bulímicas.

A lo largo del estudio se hizo notar la presencia del grupo denominado anoréxicas-bulímicas debido a su importancia en relación con los factores y sus diferencias significativas encontradas con los otros grupos (anoréxicas, bulímicas

y control). Estos hallazgos reportados dan pie, para seguir investigando sobre las diferencias encontradas y resolver nuevas dudas que puedan surgir, respecto a lo aquí encontrado. En lo que respecta a los datos ya presentados se puede concluir que se cumplió con el objetivo planteado al inicio de la investigación, de esta manera se observó:

- El trastorno alimentario con mayor ocurrencia fue la Bulimia.
- En cuanto al índice de edad, se observó que la Bulimia se presentó a partir de la adolescencia hasta el comienzo de la vida adulta.
- La Anorexia se presentó con mayor ocurrencia a nivel Bachillerato.
- En lo que se refiere al nivel socioeconómico, también fue la Bulimia la que presentó una mayor incidencia en instituciones Privadas.
- Mientras que la Anorexia presentó el mismo porcentaje de ocurrencia en ambos niveles.
- La A-B se presentó con la misma ocurrencia tanto a nivel Licenciatura como Bachillerato, presentándose levemente más alto en el nivel Privado, como índice socioeconómico alto.

Cuando se utilizó la prueba *t* de Student para observar la asociación de los factores entre los grupos, se encontró lo siguiente:

- El factor Perfeccionismo fue el único que no se asoció a la presencia de algún trastorno alimentario.
- En los niveles educativos como un índice de edad, se relacionaron a nivel Licenciatura los factores de Bulimia e Ineficacia, mientras que para Bachillerato fueron Miedo a Madurar y Perfeccionismo.
- En cuanto al nivel socioeconómico las instituciones Privadas estuvieron asociadas con el factor Ineficacia; en tanto que los factores Motivación para Adelgazar, Miedo a Madurar y Perfeccionismo se asociaron a las instituciones Públicas.

Posteriormente en la comparación hecha entre los grupos (Anoréxicas, Bulímicas, A-B y S/T), a través de la prueba de DUNCAN, se encontró:

- El grupo de A-B, obtuvo una media más baja que la reportada por el grupo S/T, en el factor Desconfianza Interpersonal, esto indica que las A-B, no tienen problemas para entablar amistad o relacionarse con otras personas.

- El grupo de Bulímicas obtuvo una media más baja que la del grupo S/T, en el factor de Perfeccionismo, lo cual demuestra que las Bulímicas no están preocupadas por lograr un perfeccionismo en las actividades que realizan.

Finalmente se debe mencionar que como en toda investigación también se encontraron ciertas limitantes entre las cuales pueden mencionarse que fue un poco difícil que las instituciones otorgaran el permiso para la aplicación de los instrumentos, debido a la falta de tiempo por parte de los alumnos para quedarse después de clase o bien para tomar parte del tiempo que éstos dedican a su educación. También fue relevante el hecho de que para algunas personas fue algo difícil comprender las preguntas hechas en algunos instrumentos, por lo que se les tenía que explicar aquéllo que no entendían. De esta manera se cree recomendable trabajar con cuadernillos y sus respectivas hojas de respuesta para cada persona, lo cual agilizaría la aplicación haciéndose más breve.

Por otra parte el dato que se tomó para identificar el nivel socioeconómico como alto, medio y bajo fue el ingreso económico de la familia a quien se le aplicó los cuestionarios, pero debido a que no lo conocían exactamente y dada la situación económica actual en México, no puede diferenciarse con seguridad un tipo determinado de clase social, por lo que se dió por hecho que el asistir a escuelas privadas denota un nivel alto y el asistir a escuelas públicas un nivel medio y/o bajo, aún con las limitantes que se reconocen en esta categorización.

Así puede mencionarse que la importancia de esta investigación radica en el hecho de que los trastornos alimentarios están cobrando relevancia en México, ya que hasta ahora existen muy pocas investigaciones acerca de esto, por lo que es necesario comenzar a recabar información acerca de los trastornos alimentarios en nuestro país, para no seguir basándonos en datos que tal vez no concuerden con rasgos y características de la población mexicana. (Por lo que los datos que arrojó esta investigación son interesantes ya que la incidencia que se presentó a pesar de ser una población subclínica fue alta, lo cual sería un indicador de que los Trastornos Alimentarios ya no son exclusivos de sociedades desarrolladas y que se les debe poner gran atención para poderlos detectar en un futuro con anticipación, evitando así que exista un incremento.

Se considera que esto es sólo el principio de una nueva línea de investigación, en donde es importante abarcar una población más numerosa, que se contemplen a otro tipo de población de alto riesgo como son: bailarinas, edecanes, modelos, actrices, deportistas, etc., tomando también en cuenta un rango de edad más amplio que abarque edades más tempranas. De igual manera sería importante considerar a la población masculina ya que se sabe que los trastornos no se presentan únicamente en mujeres, porque si bien estos trastornos son difíciles de detectar en sus fases tempranas, en donde una intervención a tiempo haría la diferencia entre la vida y la muerte. De ahí la importancia de la investigación no sólo en México, sino en todo el mundo para la construcción de programas multidisciplinarios dirigidos a la prevención, especialmente en grupos de alto riesgo.

6. BIBLIOGRAFIA

- Aizpuru, A. (1995). Los trastornos de la alimentación y las adicciones; una perspectiva ecléctica. Revista de Psicología Iberoamericana, 3 (2), 40-46.
- American Psychiatric Association. (1987). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSMIII-R). Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statical manual of mental disorders (DSM-IV). Washington, DC.
- Avila, H. (1982). Nutrición y salud: conceptos inseparables. Cuadernos de Nutrición, 5 (4), 17-32.
- Barber, S., Bolaños-Cacho, P., López-Jensen, Ch. & Ostrosky, A. (1995). Los extremos en los trastornos alimenticios: anorexia y obesidad. Revista de Psicología Iberoamericana, 3 (2), 20-34.
- Beal, V. (1983). Nutrición en el ciclo de vida. México: Limusa.
- Bell, R. (1985). Holy anorexia. Chicago: The University Chicago Press.
- Bemporad, J. (1996). Self-Starvation through the ages: reflections on the pre-history of anorexia nervosa. International Journal of Eating Disorders, 19 (3), 217-237.
- Beumont, P. (1995). The clinical presentation of anorexia and bulimia nervosa. En: Brownell, K. & Fairburn, C. Eating disorders and obesity. New York: The Guilford Press.
- Blinder, B. & Cadenhead, K. (1988). Bulimia: una reseña historica. En: Feinstein, S. & Sorosky, A. Trastornos de la alimentación. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Blinder, B., Freeman, D. & Stunkard, A. (1970). Behavior terypy of anorexia nervosa: effectiveness of activity as a einforcer of weight gain. American Journal Psychiatry, 126 (93), 987-997.
- Bourges, H. (1987). Guías para la orientación alimentaria. Cuadernos de Nutrición, 5 (4), 17-32
- Brownell, K. (1995). Eating disorders in athletes. En: Brownell, K. & Fairburn, C. Eating disorders and obesity. New York: The Guilford Press.

- Brownmiller, S. (1984). Feminity. New York: Fawcett Columbine.
- Buendía, J. (1996). Psicopatología en niños y adolescentes: desarrollos actuales. Madrid: Pirámide.
- Bruch, H. (1982). Anorexia nervosa: therapy and theory. The American Journal of Psychiatry, 139 (12), 1531-1538.
- Castro, J., Toro, J., Salamero, M. & Guimerá, E. (1991). The Eating Attitudes Test: validation on the spanish version. Psychological Assessment, 2, 175-190.
- Cooper, Z. (1995). The development and maintenance of eating disorders. En: Brownell, K. & Fairburn, C. Eating disorders and obesity. New York: The Guilford Press.
- Crispo, R., Figueroa, E. & Guelar, D. (1994). Trastornos del comer. Terapia estratégica e intervenciones para el cambio. Barcelona: Herder.
- Crispo, R., Figueroa, E. & Guelar, D. (1996). Anorexia y bulimia: lo que hay que saber. España: Gedisa.
- Crowther, J., Wolf, E. & Sherwood, N. (1992). Epidemiology of bulimia nervosa. En: Crowther, J., Tennenbaum, D., Hobfoll, S. & Stephens, E. (Eds.). The etiology of bulimia nervosa. USA: Hemisphere Publishing Corporation.
- Escobar, G. M. (1992). Prevalencia de conductas generalmente presentes en pacientes que padecen anorexia o bulimia nerviosa en estudiantes de secundaria, preparatoria y universidad en la ciudad de México. Tesis Lic. en Nutrición y Ciencia de los Alimentos. Universidad Iberoamericana.
- Ewen, S. (1988). All consuming images: the politics of style in contemporary culture. New York: Basic Books.
- Fairburn, C. & Beglin, S. (1992). Studies of the epidemiology of bulimia nervosa. American Journal of Psychiatry, 147, 401-408.
- Feinstein, S. & Sorosky, A. (1988). Trastornos de la alimentación. Buenos Aires: Nueva Visión.

- Fernández, F., Turón, J., Mechón, M., Vidal, S., Vallejo, J. & Pifarré, J. (1996). Ansiedad Social y dificultades interpersonales en la anorexia nerviosa. Consideraciones terapéuticas. Rev. Psiquiatría Fac. Med. Barna., 23 (1), 30-35.
- Garner, M. & Garfinkel, E. (1979). The Eating Atitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. Psychological Medicine, 9, 273-279.
- Garner, M. & Garfinkel, E. (1982). Anorexia nervosa: a multidimensional perspective. New York: Bruner-Mazel.
- Garner, M. & Garfinkel, E. (1983). Handbook of psychoterapy for anorexia nervosa and bulimia. New York: The Guilford Press.
- Garner, M., Olmstead, M. & Polivy, I. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorders inventory for anorexia nervosa and bulimia. International Journal of Eating Disorders, 2, 15-34.
- Garfinkel, E., Lin, E., Goering, P., Spegg, C., Goldbloom, D., Kennedy, S., Kaplan, A. & Woodside, B. (1995). Bulimia nervosa in a canadian community sample: prevalence and comparison of subgroups. American Journal of Psychiatry, 152 (7), 1052-1058.
- Gleaves, H., Williamson, A. & Barker, E. (1993). Confirmatory factor analysis of a multidimensional model of bulimia nervosa. Journal of Abnormal Psychology, 102 (1), 173-176.
- Gómez, G. (1993). Detección de anomalías de la conducta alimentarias en estudiantes: obesidad, bulimia y anorexia nerviosa. Revista Mexicana de Psicología, 10 (1), 17-26.
- Guillemot, A. & Laxenaire, M. (1994). Anorexia nerviosa y bulimia. España: Masson.
- Guimerá, Q. & Torrubia, B. (1987). Adaptación española del eating disorder inventory (EDI) en una muestra de pacientes anoréxicas. Anales de Psiquiatría, 3, 185-190.
- Hare, W. (1987). Endocrinología clínica. México: Interamericana.
- Hernández, S., Fernández, C. & Baptista, L. (1991). Metodología de la Investigación. México: Mc Graw Hill.

- Herscovici, C. & Bay, L. (1990). Anorexia nerviosa y bulimia: amenazas a la autonomía. México: Paidós.
- Holderness, C., Brooks-Gunn, J. & Warren, P. (1994). Eating disorders and substance use: a dancing vs. a nondancing population. Medicine and Science in Sports and Exercise, 26 (3-4), 297-302.
- Holtz, V. (1992). Factores biopsicosociales de los desórdenes de la alimentación: Estudio piloto en una preparatoria. Tesis de Lic. en Psicología. Universidad Iberoamericana
- Holtz, V. (1995). Antecedentes históricos de la anorexia nerviosa. Revista de Psicología Iberoamericana, 3 (2), 5-13.
- Johnson, C. & Flach, A. (1985). Family characteristics of 105 patients with bulimia. American Journal of Psychiatry, 142, 1321-1324.
- Johnson, C., Lewis, C. & Hagman, R. (1984). The syndrome of bulimia review and synthesis. Psychiatry Clínica, 7 (2), 247-256.
- Johnson, C. & Maddi, K. (1988). Etiología de la bulimia: perspectivas biopsicosociales. En: Feinstein, S. & Sorosky, A. Trastornos de la alimentación. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Kaplan, A. & Sadock, D. (1994). Synopsis of psychiatric. USA: Williams and Wilkins.
- Kaufer, M. (1990). Dietas falaces para bajar de peso. Cuadernos de Nutrición, 13 (1), 5-11.
- Kenny, E. & Hart, K. (1992). Relationship between parental attachment and eating disorders in an inpatient and a college sample. Journal of Counseling Psychology, 34 (4), 521-525.
- Lolas, F. (1992). Obesidad y conducta alimentaria. Aspectos diagnósticos y psicométricos. Acta Psiquiátrica Psicológica de América Latina, 38 (2), 113-118.
- Mancilla, D.J.M., Manríquez, E., Mercado, L., Roman, M. & Alvarez, G. (1996). Valoración de ocurrencia de trastornos alimentarios. Memorias de la Conferencia Latinoamericana de Promoción de la Salud y Educación para la Salud. Santiago, Chile, 239.

- Manríquez, E. & Mercado, L. (1997). Factores de riesgo en los trastornos alimentarios. Tesis de Lic. en Psicología. UNAM-Iztacala.
- Minuchin, S., Rosman, B. & Baker, L. (1978). Psychosomatic families. USA: Harvard University Press.
- Mora, M. & Raich, R. (1993). Adaptació del Bulimia test i Body Shape Questionnaire en una mostra universitària. Comunicació presentada en la VIII Jornada de Teràpia del Comportament i Medicina Conductual en la Pràctica Clínica. Barcelona.
- Mumford, D., Whitehouse, A. & Platts, M. (1991). Sociocultural correlates of eating disorders among asian schoolgirl in Bradford. British Journal of Psychiatry, 158, 222-228.
- Neal, E., Shisslak, M., Crago, M. & Swain, B. (1987). Primary prevention of eating disorders. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55 (5), 660-667
- O'Connor, J., Lewis, D. & Kirchner, E. (1995). Eating disorder symptoms in female college gymnasts. Medicine and Science in Sports and Exercise, 27 (4), 550-554.
- Odorman, A. & Kirschenbaum, D. (1986). Bulimia: assessment of eating, psychological adjustment and familial characteristics. International Journal of Eating Disorders, 5 (5), 865-878.
- O'kearney, R. (1996). Attachment disruption in anorexia nervosa and bulimia nervosa: a review of theory and empirical research. International Journal of Eating Disorders, 20 (2), 115-127.
- Polivy, J. & Herman, C. (1987). Diagnosis and treatment of normal eating. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55 (5), 635-634.
- Polivy, J. & Herman, C. (1995). Dieting and its relation to eating disorders. En: Brownell, K. & Fairburn, C. Eating disorders and obesity. New York: The Guilford Press.
- Pyle, R. & Mitchell, J. (1988). Frecuencia de la bulimia en muestras seleccionadas de la población. En: Feinstein, S. & Sorosky, A. Trastornos de la alimentación. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Raich, R. M. (1994). Anorexia y bulimia: trastornos alimentarios. Madrid: Pirámide.

- Rambault, G. & Eliacheff, C. (1991). Las indomables figuras de la anorexia. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Rodin, J., Silberstein, L. & Streigel-Moore, R. (1984). Women and weight: a normative discontent. En: Sonderegger, T.B. (Ed.) Psychology and gender: Nebraska symposium on motivation. Lincoln: University of Nebraska Press. Discussion of the social pressures to be slim and of gender roles, 207,305.
- Román, M. (1997). Evaluación de la imagen corporal como predictor del trastorno alimentario. Tesis de Lic. Psicología. UNAM-Iztacala.
- Rosen, J. & Leitenberg, H. (1982). Bulimia nervosa: treatment with exposure and response prevention. Journal of Consulting and Clinical psychology, 56, 535-541.
- Rothblum, E. (1994). "I'll die for the revolution but don't ask me not to diet": feminist and the continuing stigmatization of obesity. En: Fallon, P., Katzman, M. & Wooley, S. Feminist perspectives on eating disorders. USA: The Guilford Press.
- Rubio, P. & Lubin, P. (1993). La anorexia en el atletismo. Revista de Psicología General y Aplicada, 46 (4), 459-464.
- Sánchez, G. (1985). Algunos factores que afectan la selección de alimentos. Tesis de Lic. Psicología. UNAM-Iztacala, 6-18.
- Schur, E. (1984). Labelling women deviant: gender, stigma and social control. New York: Random House.
- Seid, R. (1994). "Too close to the bone": the historical context for women's obsession with slenderness. En: Fallon, P., Katzman, M. & Wooley, S. Feminist perspectives on eating disorders. USA: The Guilford Press.
- Shangold, M. & Mirkin, G. (1988). Woman and exercise. Psychopathology and sports medicine. Philadelphia: Davis Company.
- Sheinin, J. (1988). Aspectos médicos de los trastornos en la alimentación. En: Feinstein, C. & Sorosky. Trastornos de la alimentación. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Smead, V. & Richert, A. J. (1990). Eating attitude test factors in an unselected undergraduate population. International Journal of Eating Disorders, 9 (2), 211-215

- Smith, C. & Thelen, H. (1984). Development and validation of a test for bulimia. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52 (5), 863-872.
- Sorosky, A. (1988). Introducción: un panorama de los trastornos en la alimentación. En: Feinstein, S. & Sorosky, A. Trastornos de la alimentación. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Speier, A. (1986). Silvia: psicoterapia familiar en un caso de anorexia nerviosa. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Striegel-Moore, R. (1995). A feminist perspective on the etiology of eating disorders. En: Brownell, K. & Fairburn, C. Eating disorders and obesity. New York: The Guilford Press.
- Strober, M. & Humphrey, L. (1987). Familial contributions to the etiology and course of anorexia nervosa and bulimia. American Psychological Association, 3 (5), 654-659.
- Strober, M. (1995). Family-genetic perspectives on anorexia nervosa and bulimia nervosa. En: Brownell, K. & Fairburn, C. Eating disorders and obesity. New York: The Guilford Press.
- Tannenhaus, N. (1995). Anorexia y bulimia. Barcelona: Plaza & Janes.
- Tolman, D. & Debold, E. (1994). Conflicts of body and image: female adolescents, desire, and the no-body body. En: Fallon, P., Katzman, M. & Wooley, S. Feminist perspectives on eating disorders. USA: The Guilford Press.
- Toro, J., Salamero, M. & Martínez, E. (1994). Assessment of sociocultural influences on the aesthetic body shape model in anorexia nervosa. Acta Psychiatrica Scandinava, 89, 147-151.
- Vázquez, R. (1996). El papel de la familia en los trastornos alimentarios. Tesina de Doctorado de Psicología. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Virseda, J. (1995). Autoimagen y alimentación. Un estudio preliminar. Revista de Psicología Iberoamericana, 3 (2), 35-39.
- Wilfley, D. & Rodin, J. (1995). Cultural influences on eating disorders. En: Brownell, K. & Fairburn, C. Eating disorders and obesity. New York: The Guilford Press.

- Williamson, D., Kelley, M., Davis, C., Ruggiero, L. & Blouin, C. (1985). psychopathology of eating disorders: a controlled comparison of bulimic, obese and normal subjects. Journal of Consulting and Clinical Psychopatology, 53 (2), 161-166.
- Wilson, G. (1995). The controversy over dieting. En: Brownell, K. & Fairburn, C. Eating disorders and obesity. New York: The Guilford Press.