

154



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
CAMPUS · IZTACALA

ASPECTOS COGNITIVOS Y CONDUCTUALES
RELACIONADOS A TRASTORNOS ALIMENTARIOS
EN UNA POBLACION DE DANZA

289963

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

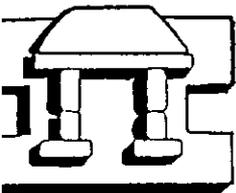
SANCHEZ CARMONA FRANCISCA

SINODALES:

DRA. ROSALIA VAZQUEZ AREVALO

DR. JUAN MANUEL MANCILLA DIAZ

MTRA. GEORGINA LETICIA ALVAREZ RAYON



IZTACALA

LOS REYES IZTACALA, EDO. DE MEXICO

2001



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

A mis hijos:

Alberto y Andrea

Porque son la mayor motivación de mi vida, el día de hoy les brindo
este logro.

A Miguel

Por su invaluable apoyo, su enorme paciencia y su gran amor.

A mis padres:

Aquilino y Gloria

A quienes respeto y amo les doy especialmente las gracias por todos sus esfuerzos y sacrificios que me permitieron iniciar una meta que el día de hoy se ve culminada.

A mis hermanos:

Diego

Eloy

Pilar

Gonzalo

Mary

Nanci

Por el cariño y el apoyo moral que siempre me han brindado

INDICE

Resumen	1
Introducción	2
Antecedentes Teóricos	5
1. Visión General de los Trastornos Alimentarios	5
1.1. <i>Definición de los Trastornos Alimentarios</i>	8
1.2. <i>Modelos Conceptuales</i>	11
2. Anorexia Nerviosa	20
2.1 <i>Historia</i>	20
2.1.1. <i>Definición y Características</i>	23
2.1.2. <i>Criterios Diagnósticos</i>	25
2.2. <i>Bulimia</i>	27
2.2.1. <i>Historia</i>	27
2.2.2. <i>Definición y Características</i>	28
2.2.3. <i>Criterios Diagnósticos</i>	31
3. Aspectos Cognitivos Asociados a los Trastornos Alimentarios	35
3.1. <i>Alteraciones de la Personalidad</i>	37
3.2. <i>Alteraciones Cognitivas</i>	39
3.2.1. <i>Insatisfacción Corporal</i>	46
3.2.2. <i>Perfeccionismo</i>	47
3.2.3. <i>Autoestima</i>	51
4. La danza como Profesión de Riesgo de Trastornos Alimentarios	54
4.1. <i>Breve Historia de la Danza</i>	54
4.2. <i>Danza y sus Expresiones</i>	56
4.3. <i>Aspectos considerados de Riesgo dentro de la Danza</i>	57
5. Objetivos	62
6. Método	63
7. Métodos Estadísticos	68
8. Resultados	71
9. Discusiones	85
10. Conclusiones	94
11. Bibliografía	95

RESUMEN

Se ha observado en las bailarinas de ballet la presencia de conductas alimentarias similares a las señaladas en personas que padecen trastornos alimentarios, sin establecerse con claridad los factores inherentes a la profesión que hacen a las estudiantes de danza más vulnerables de adquirir un trastorno alimentario. Por lo que en la presente investigación se evaluaron características cognitivo-conductuales relacionadas a trastornos alimentarios en estudiantes de danza clásica, a través de un estudio longitudinal; para lo cual se aplicaron a 72 adolescentes tres cuestionarios, uno sobre actitudes alimentarias (EAT), síntomas bulímicos (BULIT) y otro que permite evaluar aspectos cognitivo-conductuales (EDI). También se realizó una entrevista de diagnóstico (IDED). Los resultados indican una alta frecuencia de trastornos alimentarios en estudiantes de danza (18% Anorexia Nerviosa y 4% Bulimia Nerviosa); también sugieren como relevante el impacto del inicio de estudios en esta disciplina en la presencia de trastornos alimentarios, así como la influencia del ambiente dancístico en el mantenimiento de los mismos. Además se observó que los aspectos cognitivos Miedo a Madurar, Identificación Interoceptiva, Motivación para Adelgazar e Insatisfacción Corporal, pueden considerarse como indicadores de riesgo de psicopatología alimentaria dentro de esta muestra, siendo además los dos últimos importantes para el mantenimiento de dichos trastornos.

INTRODUCCIÓN

Es sorprendente como el hombre ha convertido una necesidad orgánica como el comer en una actividad social, sustituible y en ocasiones prescindible, dando lugar a alteraciones en la conducta alimentaria, tal es el caso de los trastornos alimentarios, que llaman la atención debido a su alta prevalencia entre mujeres jóvenes.

Los trastornos alimentarios son concebidos como alteraciones psicopatológicas en la conducta alimentaria, dentro de los cuales se pueden encontrar a la Anorexia y Bulimia Nerviosas. La Anorexia Nerviosa se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal, considerando la edad y la talla, miedo intenso a ganar peso, alteración de la percepción del peso corporal y la presencia de amenorrea. Mientras que la Bulimia Nerviosa se caracteriza por la presencia de recurrentes atracones de alimento, la practica repetida de conductas compensatorias (vómito autoinducido, uso de laxantes, diuréticos, ayuno y ejercicio excesivo) con el fin de no ganar peso, y una autoevaluación excesivamente influida por el peso y la figura corporales.

. Es claro que la figura corporal delgada es el aspecto central de estos trastornos, sin embargo, aunque el deseo de delgadez es experimentado por la población en general, se acentúa más en las personas que están involucradas dentro de un ambiente profesional que demanda un cuerpo delgado. Dentro de las profesiones que enfatizan la delgadez corporal se encuentra la danza, por lo que se ha señalado que puede entrañar riesgos para la adquisición de un trastorno alimentario, lo cual se confirma debido a que presenta una alta prevalencia de psicopatología alimentaria (Abraham, 1996; Garner y Garfinkel, 1985; y Vázquez, López, Alvarez, Ocampo y Mancilla, 2000).

El ideal corporal de delgadez prevaleciente en la profesión dancística es el resultado de los cambios que se han dado a través de su historia, que señalan el paso de la representación de temas terrenales, a los ilusorios, irreales y frágiles, para lo cual, las mujeres presentan grandes aptitudes. Sin embargo, en la actualidad esta fragilidad se traduce en términos de esbeltez, la que se ha asociado a una mejor ejecución. Por lo que la delgadez corporal dentro de la danza cobra dos sentidos, como sinónimo de máxima expresión corporal y como sinónimo de una ejecución perfecta. En un intento por conseguir un cuerpo delgado, las estudiantes de danza adoptan conductas alimentarias tales como el ayuno, dietas y la utilización de diuréticos y laxantes.

Aunque estas prácticas alimentarias aunadas al gran deseo de delgadez en las estudiantes de danza incrementan el riesgo de la adquisición de trastornos alimentarios, no son suficientes para su diagnóstico. Además, estas características son semejantes a las que se presentan en muestras comunitarias, por lo que es necesario identificar otros factores que brinden información acerca del origen y desarrollo de la psicopatología alimentaria en esta profesión; dentro de los que se pueden mencionar los aspectos cognitivo-conductuales.

Por lo que el objetivo de la presente investigación, fue evaluar las características cognitivo-conductuales relacionadas a los trastornos alimentarios en estudiantes de danza clásica a través de un estudio longitudinal.

Con este propósito, se presenta inicialmente un panorama general de los trastornos alimentarios definiéndolos y mencionando algunos modelos conceptuales explicativos de los mismos. Posteriormente se abordan los trastornos alimentarios específicos (Anorexia y Bulimia Nerviosas), haciendo una breve reseña de su historia y mencionando sus características, así como los criterios diagnósticos propuestos por el DSM-IV para estos trastornos. A

continuación se presentan los aspectos cognitivos asociados a la psicopatología alimentaria, para lo cual se abordan las alteraciones de la personalidad y cognitivas asociadas a los trastornos alimentarios, específicamente Insatisfacción Corporal, Inefectividad y Perfeccionismo; enseguida se menciona la relevancia de la danza dentro de los trastornos alimentarios, para lo cual se hace una reseña de la historia de esta disciplina; después se analizan las similitudes entre la sintomatología de esta muestra con la de muestras comunitarias y como consecuencia, cubrir la necesidad de identificar otros indicadores de riesgo de psicopatología alimentaria dentro de la danza, como pueden ser los aspectos cognitivo-conductuales, encontrando –a partir del análisis de los resultados- la relevancia de estos últimos en el origen y mantenimiento de psicopatología alimentaria dentro la danza.

*** TESIS URGENTES ***

Pedro Ahumada

TRATO DIRECTO

Rep. De Cuba No. 99 Desp. 23-A
Centro Histórico Tel 5-512-84-69

ANTECEDENTES TEÓRICOS

1. VISIÓN GENERAL DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Gracias a los avances científicos y tecnológicos, en la actualidad podemos apreciar y disfrutar de un contexto de "modernidad", que implica un mundo cambiante en el cual las exigencias y demandas se han multiplicado.

Es evidente que la relación del hombre con su alimentación¹ ha cambiado desde la época en que alimentarse representaba un problema, hasta la época actual caracterizada por la diversidad de platillos que traen consigo las diferentes formas de alimentarse. Tal como mencionan Corominas y De Gandarías (1979), anteriormente la alimentación dependía de las posibilidades de conseguir alimentos, de ahí que la alimentación de los pueblos prehistóricos se ha dividido en:

- Economía del recolector.
- Economía del cazador.
- Economía del agricultor.
- Economía del ganadero.
- Economía del metalúrgico.

En la actualidad, se considera que la alimentación depende de innumerables factores socioeconómicos y son los medios de comunicación los encargados de popularizar y defender un "modelo alimentario adecuado" que parece "ideal" en el contexto en el que vivimos.

¹ Entendiendo a la alimentación como una acción voluntaria mediante la cual se ingieren comestibles.

Aunado a esto, debemos considerar que para el hombre el comer es un acto social, de acuerdo con Cervera, Zapata, Gual, Quintanilla y Arce (1990), en las primeras etapas de vida se puede observar cuando se producen las vinculaciones entre la comida y el afecto, de tal forma que las vivencias tempranas de satisfacción o de frustración del hambre van modelando la futura expresión de conflictos emocionales que pueden estar relacionados con la inseguridad o el miedo.

No sólo en las primeras etapas de desarrollo se puede observar la relación entre la comida y el afecto, sino a través de toda la vida, prueba de ello es que para la mayoría de las personas, el comer en "solitario" suele ser una práctica incómoda revestida de una leve sensación de tristeza que acompaña la privación social; y por el contrario, en algunas otras situaciones, el alimento ingerido entraña un valor añadido que está determinado por las circunstancias personales y sociales en que se come, en consecuencia, también por las experiencias anteriores entre situaciones semejantes, por ejemplo, una gran parte de nuestras celebraciones sociales -de muy distinta índole- se concretan en comidas compartidas: banquetes de bodas, comidas de trabajo, aniversarios, etc., o bien, en las que la comida deja de ser simplemente alimento para convertirse en premio o castigo, aprobación o desaprobación social.

Se hace evidente que la alimentación adopta formas diferentes en cada una de las culturas y sociedades existentes, e inclusive tiene variaciones en un mismo sujeto de acuerdo a las situaciones en que se encuentre. Para Alvarez, Mancilla, Martínez y López (1998), esta variabilidad en las formas y estilos alimentarios puede observarse en diversos aspectos como son: el número de comidas al día, sus horarios, los alimentos más frecuentes en la dieta, o bien, los evitados y erradicados.

Existen una serie de usos y significados de los alimentos propuestos por Baas, Wakefield y Kolasa (1979), que en ocasiones se superponen o bien, cada acto de comer puede implicar varios de ellos a la vez:

1. Satisfacer el hambre y nutrir el cuerpo.
2. Iniciar y mantener relaciones personales y de negocios.
3. Demostrar la naturaleza y extensión de las relaciones sociales.
4. Proporcionar ocasiones para actividades comunitarias.
5. Expresar amor y cariño.
6. Expresar individualidad.
7. Proclamar la distintividad de un grupo.
8. Demostrar la pertenencia a un grupo.
9. Hacer frente al estrés psicológico o emocional.
10. Significar estatus social.
11. Recompensas o castigos.
12. Reforzar la autoestima y ganar reconocimiento.
13. Ejercer poder político y económico.
14. Prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades físicas.
15. Prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades mentales.
16. Simbolizar experiencias emocionales.
17. Manifestar piedad o devoción.
18. Representar seguridad.
19. Expresar sentimientos morales.
20. Significar riqueza.

Como podemos observar en este listado de usos, solamente en dos ocasiones se hace referencia a la alimentación como un requerimiento orgánico o nutritivo, mientras que en todos los demás usos la alimentación asume un carácter de tipo psicológico y social, dejando clara la relevancia de estos aspectos dentro de la alimentación.

No obstante, no se puede dejar de lado el aspecto biológico de la alimentación, dado que juega un papel importante en la nutrición², de ahí la importancia del equilibrio y balance de nutrientes en la dieta³ diaria.

1.1. DEFINICIÓN DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

No deja de sorprender la forma en la que el hombre ha convertido una necesidad orgánica en una actividad social, sustituible, y en ocasiones prescindible; ya que en el caso de los trastornos alimentarios la unidad mente-cuerpo -que comúnmente se establece- parece estar dissociada, dado que existe una "mente que pretende saber mejor que el cuerpo" lo que éste requiere o no, sin aparentemente hacer caso de su demanda que bajo estas condiciones puede ser sobrecolmada, ignorada, e incluso castigada, pareciera entonces que el individuo se enfrenta a una "encrucijada psicobiológica" (Alvarez, Mancilla, López, Vázquez, Ocampo y López, 1998), donde la motivación hambre-saciedad se enfrenta a la psicológica (compensación-autocontrol), con las demandas y motivaciones que éstas implican (Johnson y Maddi, 1988). Es precisamente esta consideración la que da pauta para poder definir a

² La nutrición es un fenómeno característico de los sistemas vivos que consiste en un intercambio de materia y de energía.

³ Se llama dieta a la cantidad de alimentos sólidos y líquidos que un individuo o grupo de población consume.

los trastornos alimentarios desde el punto de vista psicológico. Así, tenemos que un trastorno se define como "una confusión, una perturbación, un enredo", por tanto en los trastornos de la conducta alimentaria hay una perturbación en el "modo de alimentarse".

La American Psychiatric Association (1994) define a los trastornos alimentarios como aquéllos que se caracterizan por alteraciones graves en la conducta alimentaria. O bien podemos entender a los trastornos alimentarios como *"un trastorno psicológico que comporta graves anormalidades en el comportamiento de ingesta; es decir, la base y fundamento de dichos trastornos se halla en la alteración psicológica"* (pág. 20, Raich, 1994).

Encontramos en esta última definición dos aspectos importantes a considerar: prácticas alimentarias anómalas y alteración psicológica, sin embargo para Raich (1994) la alteración psicológica es la base de estos trastornos; ya que aclara que la alteración psicológica no simplemente matiza o caracteriza a los trastornos alimentarios, sino que es el origen y fundamento de los mismos.

Existen diversas causas en el origen de los trastornos alimentarios: fisiológicas (trastornos metabólicos), psicológicas (rasgos de personalidad), sociales (cultura de esbeltez), familiares (por ejemplo, las situaciones familiares conflictivas en el caso de bulimia y las conductas sobreprotectoras en los casos de anorexia), así como algunos determinantes relativos a la profesión u ocupación de la persona afectada, por ejemplo, las bailarinas (Holtz, 1992).

La variable sociocultural más importante en estos trastornos es el cuerpo y lo que éste involucra; es decir, la figura y el peso corporal, dado que las actitudes negativas hacia éstos son fundamentales en su relación con las alteraciones alimentarias;

además de que permiten diferenciar entre los trastornos alimentarios y otros trastornos psicológicos que implican pérdida de peso y otra sintomatología relacionada a la alimentación (Raich, Deus, Muñoz, Pérez y Reguera, 1991). Asimismo, la evaluación de la insatisfacción corporal y de los comportamientos asociados, permiten identificar los sentimientos, pensamientos y acciones que pueden derivar en los trastornos alimentarios (Raich, 1998). Por ejemplo, Gómez (1998) comprobó el papel mediador de la variable satisfacción/insatisfacción en la relación cuerpo percibido y preocupación por el peso y por la comida, en un estudio realizado con 162 mujeres adolescentes estudiantes de preparatoria.

En la sociedad, la preocupación por el peso corporal y la figura se exige más a las mujeres, quienes deben cumplir principalmente con cánones estéticos o "ideales de belleza" prescritos socialmente (Bruchon-Schweiteer, 1992). Sin embargo, la imagen corporal no es simplemente el resultado de una cuestión estética o un deseo de ir a la "moda", sino que forma parte de la expresión y de la definición que la gente tiene de sí misma.

Por otro lado, algunos estudios publicados en países desarrollados sobre trastornos alimentarios han asociado a estas enfermedades con una ascendencia caucásica y con la pertenencia a la clase media o alta (Escobar, 1982; Willi y Grossmann, 1983), sin embargo, Vázquez (1997) en una investigación realizada con 70 familias con un nivel socioeconómico medio o medio bajo, concluyó que las características demográficas de la muestra señalan una tendencia cada vez mayor a la presencia de psicopatología alimentaria en todos los niveles socioeconómicos.

En lo referente a la presencia de estos trastornos en países en vías de desarrollo como México, una investigación realizada con

estudiantes universitarias mexicanas encontró que el 8.3% presentó sintomatología de trastorno alimentario, esto implica que ahora se puede observar la presencia de estos trastornos en sociedades en las que no predomina necesariamente "el alto desarrollo económico", dejando atrás la consideración de que los trastornos alimentarios eran casi exclusivos de los países desarrollados (Mancilla, Alvarez, López, Mercado, Manríquez y Roman, 1998). Contrariamente, en la actualidad se podría suponer que los trastornos alimentarios se presentan en sociedades en las que el común denominador es "la cultura de la delgadez".

1.2. MODELOS CONCEPTUALES

Un modelo empieza siendo una clase de conjetura sobre cómo pueden ser las cosas, es decir, es una representación abstracta de la realidad y como tal, sintetiza los rasgos esenciales de la misma. En este sentido, los modelos conceptuales de los trastornos alimentarios encierran un conjunto de factores biológicos, psicológicos y sociales que se interrelacionan entre sí, para aportar una explicación del origen y proceso de la enfermedad. Así, encontramos los siguientes modelos:

➤ Modelo Conceptual de Williamson

Basado en investigaciones propias, Williamson (1990) propone la obesidad o "gordura" como una condición antecedente primaria a los trastornos alimentarios (Fig. 1).

Como resultado de ciertos factores predisponentes (genéticos, nutricionales, afectivos y familiares) se observa el desencadenamiento de los trastornos alimentarios, comenzando con

ÉNFASIS SOCIOCULTURAL EN LA DELGADEZ

FACTORES PREDISPONENTES

- Influencias genéticas
- Influencias nutricionales
- Trastornos afectivos
- Familia disfuncional.

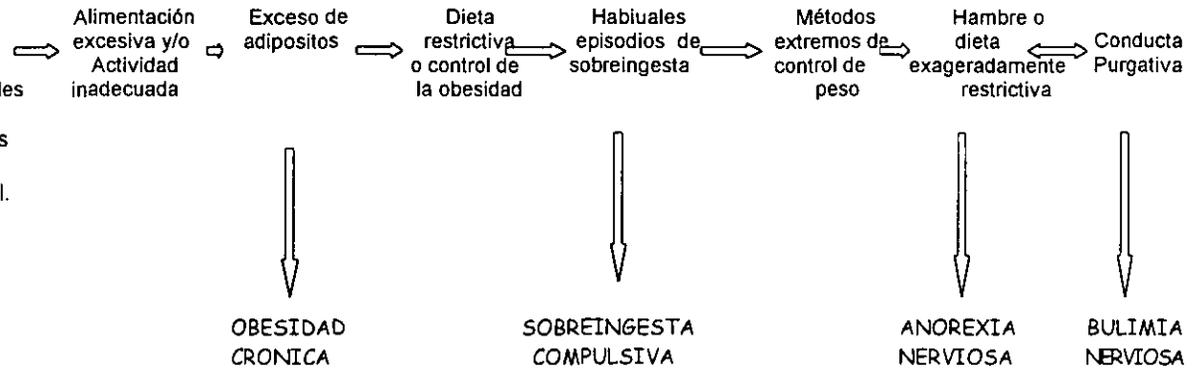


Fig. 1. Modelo Conceptual de los Trastornos Alimentarios (Williamson, 1990).

un exceso de alimentación (o ingesta calórica) respecto a la actividad (o gasto calórico). Sin embargo esto no sustenta que las personas obesas coman demasiado, por eso el modelo propone que el resultado de un balance positivo de energía se obtiene al consumir mayor energía de la que se gasta, a largo plazo el efecto de este balance positivo de energía es el desarrollo de exceso de adipositos o la "gordura".

Asimismo, la existencia de trastornos afectivos pueden asociarse con el desarrollo de bulimia nerviosa. Además, una familia disfuncional también se puede implicar en el desarrollo de anorexia y bulimia nerviosa.

Todo esto, en un clima sociocultural que enfatiza la delgadez -- especialmente en mujeres-, lleva a que muchas de ellas puedan desarrollar rígidas dietas restrictivas, que cuando se rompen (lo que es muy probable debido a que la dieta produce hambre y por preocupación por el alimento que produce un régimen muy estricto), la persona posiblemente coma en exceso. Si este tipo de dieta llega a ser habitual es probable que la sobreingesta también se convierta en costumbre.

Como sabemos, la dieta restrictiva es el método predominantemente adoptado para controlar el peso, pese a que puede ocasionar el desarrollo del clásico síndrome de anorexia nerviosa. Cuando la inanición es difícil de mantener, de acuerdo a muchas bulímicas, esto puede desarrollar hábitos purgativos como un método de control de peso, entonces se establece como un hábito el clásico ciclo sobreingesta-purga que usualmente desarrolla una bulimia nerviosa.

En este modelo, se marca el inicio del trastorno a través de factores predisponentes, como pueden ser influencias genéticas, influencias nutricionales, trastornos afectivos, o bien, una familia disfuncional. Algunos de estos factores pueden llevar a una alimentación excesiva que a su vez, nos lleva a una posible obesidad o exceso de adipositos (Obesidad crónica). Esto propicia en la persona un control a través de una dieta restrictiva, la cual, como se mencionó anteriormente, puede romperse llevando a habituales episodios de sobreingesta (sobreingesta compulsiva), que llevan a la persona a adoptar métodos extremos de control de peso, o a una dieta exageradamente restrictiva (Anorexia nerviosa), y ésta a su vez puede conducir a una conducta purgativa que nos llevaría de nuevo a una dieta exageradamente restrictiva (Bulimia nerviosa).

➤ **Modelo Evolutivo de Streigel-Moore**

Streigel-Moore (1993) desarrolla una teoría evolutiva de los trastornos alimentarios, tratando de contestar a las preguntas: ¿por qué mujeres? y ¿por qué adolescentes?. Cree que muy tempranamente las niñas se identifican con su género y están ligadas a las expectativas del "estereotipo" de su rol sexual, el cual implica el grado de las características de feminidad que posean; esto es, que las mujeres están más orientadas interpersonalmente que los hombres, es decir, parece que las mujeres consideran más relevante preocuparse de los sentimientos y el bienestar de los otros que los hombres. O bien, que la belleza es un aspecto central de la feminidad, dado que se ha visto que para que sean consideradas como atractivas, las mujeres más que los hombres, han de ser percibidas como bellas.

Sin embargo, enfrentarse a cambios corporales como el aumento de peso y grasa corporal -que es normal en la pubertad-,

sitúa a la mujer en el polo opuesto al modelo social. Aunado a esto, encontramos el mito de la *"supermujer"*, es decir, la mujer que es capaz de desempeñar los papeles tradicionales de atractivo y cuidado de la casa aunados al trabajo profesional, lo cual implica un alto grado de perfeccionismo y de necesidad de aprobación social, que al parecer contribuyen eficazmente a que se incremente el riesgo de que se presenten trastornos alimentarios (Raich, 1994).

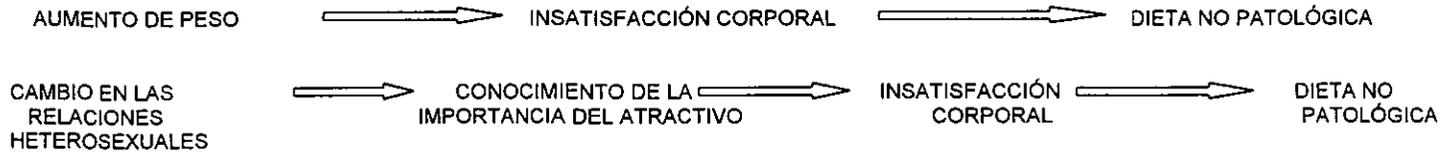
Encontramos aquí, que el conjunto de factores socioambientales, la interiorización del rol sexual, unido a la presión estresante de la adolescencia y la adopción del mito de la *"supermujer"*, podrían explicar el aumento en la ocurrencia de dichas psicopatologías alimentarias.

➤ **Modelo de Levine y Smolack**

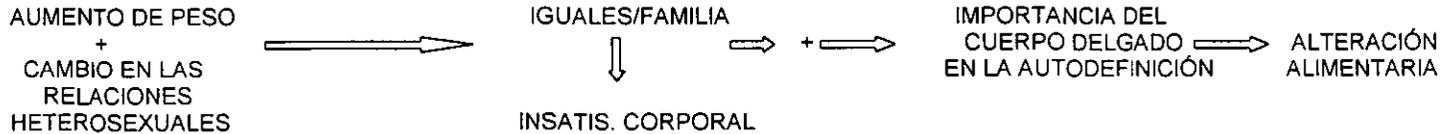
Estos autores proponen un modelo de interacción de factores en la aparición de los trastornos alimentarios (ver fig. 2). Defienden una continuidad entre lo que ellos denominan dieta no patológica, trastorno subclínico y trastorno alimentario, estos presentan creencias, actitudes y conductas similares y sólo son diferentes en cuanto a severidad, es decir, presentan discontinuidad en cuanto al grado de psicopatología y ajuste social. Al igual que Streigel-Moore, consideran determinante en la eclosión del trastorno al *"complejo de supermujer"*.

Lo que determina que se presente alguna de las tres modalidades antes descritas, son ciertos acontecimientos precipitantes que interactúan con las influencias familiares, de amigos y particularidades de personalidad.

DIETA NO PATOLÓGICA
 INTERES ENTRE IGUALES Y FAMILIA
 EN EL PESO, FIGURA Y DIETA.



TRASTORNO SUBCLÍNICO



TRASTORNO ALIMENTARIO

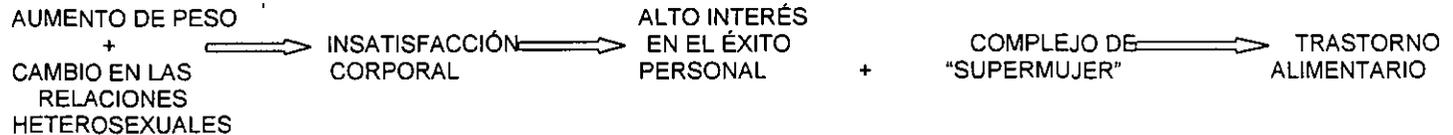


Fig. 2. Modelo Explicativo de los Trastornos Alimentarios de Levine y Smolak (1992).

De acuerdo al modelo, el aumento de peso puede asociarse con la insatisfacción corporal y esto puede conducir a una dieta no patológica. Similarmente, los cambios en las relaciones sociales que elevan la conciencia del atractivo físico, pueden estar positivamente relacionados a la dieta no patológica.

Si dos eventos como el aumento de peso + cambios en las relaciones sociales ocurren al mismo tiempo, o con poco tiempo de espaciamiento, su efecto podría ser acumulativo y aumentaría la probabilidad de hacer una dieta más restrictiva y con menor control sobre sus efectos. En este caso, el modelo asume que los trastornos subclínicos son más probables, cuando en una persona existe cierta vulnerabilidad, o cuando los eventos estresantes amenazan elementos que forman parte del autoconcepto (Vázquez, 1997).

➤ **Modelo propuesto por Raich**

Raich (1994) no niega la importancia de factores como la presión sociocultural respecto a la deseabilidad de la esbeltez junto a la estigmatización de la obesidad. Sin embargo, plantea la existencia de otros elementos que favorecen el desarrollo de trastornos alimentarios (Fig. 3). Estos elementos podrían ser:

- Un contexto educativo y un ambiente familiar que sobre-valore y particularice para la persona implicada estos modelos sociales.
- Una baja autoestima, que determina la necesidad de ser valorada externamente.
- Falta de capacidades de afrontamiento, de resolución de problemas y de auto-relajación, así como dificultades en el

PRESION SOCIOCULTURAL A LA ESBELTEZ / ESTIGMATIZACION DE LA OBESIDAD



FILTRO

Contexto educativo y familiar que particulariza el modelo estético corporal

Baja autoestima

Estilo de afrontamiento deficiente

Mito de la "supermujer"

ACONTECIMIENTOS ESTRESANTES

TRASTORNO ALIMENTARIO

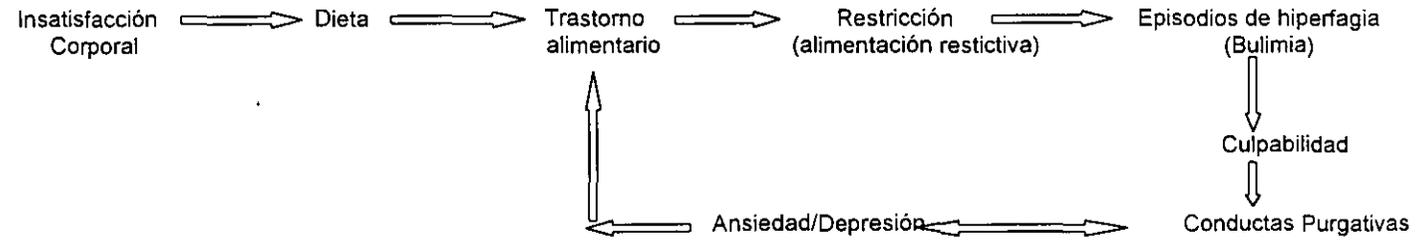


Fig. 3. Modelo Conceptual de los Trastornos Alimentarios propuesto por Raich (1994).

contacto social, etc., unidos a un peculiar estilo de pensamiento y a la adopción del "mito de supermujer".

Estos factores en mayor o menor medida actuarían como filtro de la presión sociocultural y llevarían en momentos de estrés a generar como respuesta un trastorno alimentario. Este, una vez instaurado, se mantendría por los factores descritos anteriormente.

Es importante considerar las propuestas conceptuales que tratan de dar un panorama y explicar los trastornos alimentarios, dado que si bien algunos contemplan más factores, cada uno permiten una percepción diferente que aproxima a un control y posible prevención de los trastornos alimentarios.

2. ANOREXIA NERVIOSA

2.1. HISTORIA

Los primeros antecedentes que se encuentran de la anorexia nerviosa, se remiten hasta antes del siglo XVI en la literatura teológica, donde se informa de casos de mujeres jóvenes que comenzaban a ayunar y llegaban al total rechazo del alimento. Estas prácticas las llevaban a presentar síntomas de desnutrición y algunas ocasionaron su muerte. Como ejemplo de ello, encontramos casos como el de la princesa Wilgefortis de Portugal, y el de Friderada en Baviera, quienes se dedicaron a realizar ayunos y privaciones de sueño, acompañadas de plegarias y oraciones diarias. Dichas prácticas fueron consideradas como una entrega total a Dios y recibieron el nombramiento de "santas".

Las normas dictadas por el papa Benedicto XIV trajeron como consecuencia que los ayunos pasaran a segundo plano, lo que ocasionó un descenso en el número de canonizaciones y de expectativas por alcanzar la santidad a través de las prácticas ascéticas. Como resultado, las doncellas "milagrosas" se convirtieron simplemente en "jóvenes ayunadoras", comenzándose a cuestionar el papel y los motivos por los que se buscaba esta abstinencia alimentaria, llegando a la conclusión de que muchas de ellas lo hacían por motivaciones personales (Vandereycken y Deth, 1994). Posteriormente, el conocimiento científico fue penetrando y limitando el terreno religioso, dando cuenta de los acontecimientos que regulaban estas acciones. A partir de este momento, Guillemont y Laxenaire (1994) diferencian tres periodos en la historia de la anorexia nerviosa:

I. La primera fase comienza a partir de la descripción, hecha por Laségue (1873) en Francia y Gull (1873) en Inglaterra, de casos de restricción alimentaria que sugieren a la anorexia nerviosa. Gull supone primero una causa orgánica, como un trastorno del aparato digestivo, dejándose convencer posteriormente por Laségue y su hipótesis "psicogenética". Los dos autores hacen referencia a la histeria entonces de moda, y denominan al síndrome "anorexia histérica" (Laségue) y "apepsia histérica" Gull, quien menciona que *"La carencia de apetito es dada por un estado mental mórbido. No he observado en estos casos ningún trastorno gástrico al cual se pueda relacionar la falta de apetito... podríamos llamar al estado histérico, sin alejarnos del sentido etimológico del término"*; posteriormente opta —ante la ausencia de déficit de pepsina gástrica— por el término de anorexia nerviosa *"ya que el padecimiento ocurre tanto en hombres como en mujeres y probablemente es más central que periférico"*, pues era notorio que ciertos estados mentales eran capaces de destruir el apetito, al mismo tiempo que admitía que las mujeres jóvenes eran especialmente dadas a esta perversidad mental (Thompson, 1991). En 1888, Gull denominó este padecimiento como anorexia nerviosa, describiendo sus características clínicas como: demacración, amenorrea, estreñimiento, bradicardia, baja temperatura corporal, además de cianosis periférica (Hsu y Lee, 1993).

II. El descubrimiento por parte de Simmonds en 1914 de la caquexia hipofisiaria abrió la segunda fase en la historia del concepto de la anorexia nerviosa. Simmonds reportó una glándula pituitaria destruida en una mujer que murió de extenuación. Así, la anorexia nerviosa fue erróneamente diagnosticada a principios del siglo como un problema endocrino llamada "enfermedad de Simmonds". Sin embargo, al final de los años treinta, Ryle (1939) y Richardson (1939), proporcionaron evidencia de que la anorexia nerviosa y la

enfermedad de Simmonds eran entidades separadas. Así, esta fase se distingue por la consideración de los trastornos endocrinos como causa de la anorexia, pese a que estos son más bien consecuencia de la desnutrición. Estas concepciones fueron rebatidas por la evidencia de la ineficacia de los tratamientos hormonales, dando lugar a otro período.

III. El tercer período lo marca el regreso de la concepción psicológica de la anorexia nerviosa, concepción que jamás había sido abandonada por los psiquiatras.

Dentro de estas explicaciones encontramos que a partir de 1940, la anorexia nerviosa adquirió una entidad propia asociada a factores psicológicos y biológicos (Guismero, 1976). En 1960, Morton describió por primera vez el cuadro de una "atrofia nerviosa", cuya base se encontraba en el centro del sistema nervioso central, aunada a estados de ansiedad y/o tristeza; identificando las principales características del trastorno: amenorrea, pérdida de apetito y constipación (Toro, 1996).

Por su parte, Thojma en 1963 describió a la anorexia nerviosa como un síndrome psiquiátrico claramente distinto de la anorexia o pérdida de peso secundaria a la ansiedad fóbica, depresión severa o esquizofrenia. En 1967, Crisp sugirió una fobia al peso y miedo al desarrollo corporal que ocurre en la pubertad como características de la forma primaria de la anorexia nerviosa. Más tarde, Russell (1969) planteó la posibilidad de que la actitud anormal hacia la alimentación y la imagen corporal podría ser engendrada por una alteración en la función neural, que interfiere simultáneamente con mecanismos que controlan el consumo de alimentos y la menstruación (Escobar, 1982).

A partir de los estudios realizados por Bruch (1973), se comienza a destacar la relevancia de factores psicológicos dentro de los trastornos alimentarios, ya que concluyó que para entender los trastornos de la conducta alimentaria, se deberían tomar en cuenta la imagen, la talla corporal y sensaciones corporales como es el hambre. Por lo que la característica primordial de esta fase reside en la gran diversidad de abordajes teóricos y terapéuticos de la anorexia, entre ellos, el psicoanálisis, análisis comportamentales, biológicos y sistémicos. Es así, que sólo en las últimas cuatro décadas comenzó a ser estudiada la anorexia nerviosa desde un punto de vista multidisciplinario, logrando con ello una mayor comprensión del padecimiento.

En resumen, se puede decir que dentro de los cambios más importantes que se pueden retomar de la historia de la anorexia son, por un lado, la justificación sociocultural que se le ha dado siempre, aunque con diferentes matices, recordemos que antiguamente era una justificación religiosa y ahora encontramos una justificación basada en el modelo prevaeciente de delgadez. Por otro lado, se encuentran mayores avances al observar y analizar a la anorexia nerviosa a través de una investigación científica.

2.1.1. DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS

La anorexia nerviosa es una enfermedad compleja, que a través del tiempo ha dado lugar a las más variadas interpretaciones, debido a que presenta alteraciones en las esferas biológica, psicológica y social; de ahí que encontremos variãs definiciones, como son:

1. Anorexia significa dejar de comer hasta la inanición (Várgas, 1998).

2. La anorexia es una enfermedad psicósomática caracterizada por la pérdida notable de peso que puede llegar a caquexia y a un trastorno perceptivo de la imagen corporal, que hace que la persona la visualice como horrible, con exceso de grasa en abdomen, caderas y muslos.

3. La anorexia es un trastorno psicobiosociocultural expresado por la disminución del consumo de alimentos y en consecuencia, por una pérdida progresiva de peso (Bruch, 1973).

Aunque las tres definiciones proporcionan un panorama de la anorexia nerviosa, en la segunda definición se contempla uno de los aspectos centrales del trastorno, que es la imagen corporal; mientras que la tercera retoma aspectos psico-bio-socioculturales, permitiendo de esta forma una conceptualización más amplia, señalada por la American Psychiatric Association (1994).

La edad promedio de inicio de la anorexia nerviosa es de 17 años y en mujeres mayores de 40 años es muy rara su aparición. Las personas que padecen anorexia nerviosa presentan patrones de conducta característicos que no cambian a corto plazo aunque aumenten de peso; además de presentar ansiedad, estrés, hostilidad, baja autoestima, somatización, necesidad extrema de ser aceptados e irritabilidad (Garfinkel, Kaplan, Garner y Darby, 1983; Holtz, 1992).

A este respecto, Fernández, Turón, Menchón, Vallejo y Pitarré (1996) en un estudio realizado con 30 pacientes con anorexia nerviosa, informaron que el desajuste interpersonal en pacientes con este trastorno se encuentra asociado al grado de depresión y baja autoestima existente. De ahí, que en algunas personas que padecen este trastorno se detecte aislamiento y deficiente conducta social, falta de madurez corporal expresada por escaso interés en el sexo

opuesto y temor a la menstruación, es decir, parecen querer negar todos aquellos signos característicos de la mujer (Vargas, 1998). Inclusive son meticulosas, inteligentes, compulsivas y fijan metas demasiado altas para sus potencialidades personales, causándoles frustración y angustia al no poderlas obtener (Toro y Villardel, 1987).

2.1.2. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Los criterios diagnósticos de la anorexia nerviosa son uno de los aspectos que nos permiten ver la evolución de su estudio, entre los más utilizados a nivel internacional encontramos los propuestos por la American Psychiatric Association (A.P.A., 1994):

a) Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable).

b) Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.

c) Alteración de la percepción del peso o la siluetas corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.

d) En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea, por ejemplo, ausencia de por lo menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea

cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p. ej., con la administración de estrógenos).

Existen dos subtipos de anorexia nerviosa que especifican la presencia o la ausencia de los atracones o purgas durante los episodios de anorexia nerviosa:

1. **TIPO RESTRICTIVO:** Describe cuadros clínicos en los que la pérdida de peso se consigue haciendo dieta, ayunando o realizando ejercicio intenso, es decir, el individuo no recurre a atracones o a purgas.

2. **TIPO COMPULSIVO / PURGATIVO:** Éste se aplica cuando el individuo recurre regularmente a atracones o a purgas, o bien, ambos. Involucra a los individuos que recurren a purgas provocándose el vómito o utilizando diuréticos, laxantes o enemas de una manera excesiva.

En comparación con los criterios anteriores del DSM-III-R, en el DSM-IV, se cambia el criterio concerniente al rechazo a mantener un peso corporal por debajo del nivel mínimo normal para su edad y talla del 25% al 15%, lo que trae consigo un aumento en el número de casos diagnósticos. En lo relativo a la alteración de la percepción del peso o la silueta corporales también se contempla la exageración de su importancia y la negación del peligro que comporta el bajo peso corporal. Además de especificar los dos subtipos de anorexia: restrictiva y compulsiva/purgativa.

2.2. BULIMIA

2.2.1. HISTORIA

Lo que conocemos hoy por bulimia nerviosa ha sido denominado de diferentes maneras a lo largo de la historia, como por ejemplo: bulimarexia, el síndrome caos-dietético, bulimia nerviosa (Rusell, 1979) y bulimia (American Psychiatric Association, 1985; Escobar, 1982).

La palabra bulimia proviene del griego, significando aquél que tiene mucha hambre. Los dos componentes del vocablo son: bous (buey) y limós (hambre), significa: hambre de buey o hambre canina (Vargas, 1998).

La principal característica de la bulimia nerviosa es el vómito autoinducido, del cual encontramos antecedentes históricos entre los romanos, quienes se preparaban grandes banquetes en los cuales los individuos engullían grandes cantidades de alimentos, para luego estimular la garganta con plumas o ingerir eméticos con el único fin de vomitar, vaciar sus estómagos y reiniciar su glotonería. Esto nos podría remitir a una conducta bulímica, sin embargo, estas prácticas no eran realizadas con el fin de compensar un posible aumento de peso como sucede en la bulimia nerviosa, y eran conductas socialmente aceptadas en las clases pudientes.

Es en 1907, que Pierre Janet publica el primer caso de bulimia, aunque posteriormente se encuentra el trabajo de Binswanger (1944, cit. en Holtz, 1995), que quizá sea el reporte más detallado sobre la conducta anoréxica que después se convierte en predominantemente bulímica. Binswanger describió el famoso caso de Ellen West, quien consumía grandes cantidades de alimento y no

engordaba. Tenía impulsos obsesivos de arrojarse a la comida y engullirla vorazmente como un animal y después ingería grandes cantidades de laxantes para eliminar la comida consumida.

Aunque existen otros reportes que describen casos de sobrealimentación seguida de vómito autoinducido, así como el abuso de laxantes y enemas, éstos seguían considerando a la bulimia como una variante entre las normas de alimentación y dietas de las pacientes anoréxicas y no como otro síndrome.

La bulimia nerviosa adquiere su nosología en 1979, cuando Rusell la describe y establece los primeros criterios diagnósticos para la misma:

1. El paciente sufre de una necesidad urgente e incontrolable de sobrealimentarse.
2. Se sobrealimenta, y para evitar los efectos engordantes de la comida, se autoinduce el vómito, utilizando sustancias purgantes, o los dos al mismo tiempo.
3. Padece un gran miedo a engordar.

2.2.2. DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS

Comúnmente la bulimia es considerada como un ejemplo de alimentación caótica que se acompaña por otros síntomas severos (Gordon, Ramsay y Treasure, 1997). Diferentes autores concuerdan en que la bulimia se caracteriza por una ingestión excesiva de alimento sin control en un lapso corto de tiempo, seguido de sentimientos de culpa ocasionados por la ingestión excesiva de alimento, lo que provoca la utilización de vómitos autoinducidos,

ayunos, uso de laxantes y diuréticos (Welch, 1998; Pyle, Mitchell y Eckert, 1981; Johnson y Berndt, 1983). A este respecto, Raich (1994) considera que el vómito (producido cada día y en forma autoinducida) va acompañado de un miedo enfermizo a engordar, es decir, se realiza con el fin de prevenir el aumento de peso; además los enfermos de bulimia tienen una preocupación permanente sobre su peso corporal y figura.

Tres elementos constituyen el centro de este síndrome: primero, la pérdida de control sobre la alimentación y los episodios de gula; segundo, el comportamiento utilizado para controlar el peso corporal; y por último, la preocupación extrema por el peso y la figura corporal.

Es precisamente la preocupación por el peso y la figura corporal lo que hace a mujeres, que previamente tenían sobrepeso y que son particularmente sensibles a las presiones sociales, más susceptibles a la imposición de una figura delgada, lo que conlleva la necesidad de hacer dietas exageradas, que generalmente conducen al desarrollo de conductas bulímicas. A este respecto, Alvarez, Román, Manríquez y Mancilla (1996) informan en un estudio realizado a estudiantes de sexo femenino de una universidad pública, que las participantes con sintomatología de trastorno alimentario mostraron significativamente mayor susceptibilidad a la influencia y a la presión social conforme al modelo de imagen corporal (delgadez), así como una mayor insatisfacción corporal a diferencia del grupo control.

Las enfermas que padecen bulimia nerviosa parecen ser amistosas y eficientes, sin embargo, por debajo de esta imagen pueden sentirse contrariadas y presentar sentimientos de haber sido lastimadas y de excesiva soledad interna. Oscilan entre épocas de

gran independencia y otras de gran necesidad de cercanía familiar; ya que se mantienen en períodos de soledad más o menos largos, manifestando problemas en sus relaciones interpersonales. Los pensamientos sobre la alimentación ocupan más espacio de tiempo en comparación con otras mujeres de su misma edad, además hay una alta tendencia a ser depresiva, impulsiva, al abuso de drogas, fármacos y alcohol (Vargas, 1998).

Aunque las personas que padecen bulimia nerviosa generalmente tienen conocimiento sobre el trastorno no pueden controlar el episodio de sobreingesta una vez que éste ha comenzado. La culpabilidad, la depresión y el pánico experimentados por los pacientes al concluir el episodio de sobreingesta se debe a la sensación de pérdida de control y el posible aumento no deseado de peso corporal. De ahí que el vómito autoinducido, abuso de laxantes o diuréticos, o las dietas prolongadas son utilizadas generalmente después del episodio de gula para así restaurar la sensación de control y aligerar el pánico ante un posible aumento de peso.

Generalmente las personas con bulimia se avergüenzan de sus problemas de alimentación e intentan ocultar sus síntomas, por lo que los atracones los realizan en privado y estos son disparados por estados de ánimo disfóricos, estrés y sensación de hambre consecuencia de las severas y recurrentes dietas restrictivas (Aizpuru de la Portil, 1995).

La bulimia afecta principalmente a mujeres adolescentes y jóvenes (del 5 al 10% de ellas), ya que normalmente empiezan entre los 17 y los 25 años. De ahí que como mencionan Gros y Rosen (1998), el hecho de que se presente un episodio de bulimia nerviosa

durante la adolescencia es un factor de riesgo para iniciar un caso crónico de trastorno alimentario.

La bulimia ha incrementado su prevalencia en las últimas décadas, de acuerdo con la American Psychiatric Association (1994), la prevalencia de la bulimia nerviosa entre las adolescentes y jóvenes adultas es aproximadamente del 1 - 3%, mientras que entre los varones es diez veces menor. Para Pasamontes, Fernández, Turón y Vallejo (1988), las tasas de prevalencia oscilan entre un 2 - 5% en el caso de mujeres; aunque en muestras de estudiantes, Pope, Hudson, Jonas y Yurgelon-Tood (1983), informaron que el 14% de las mujeres y un 5% de los hombres presentaban sintomatología de bulimia nerviosa.

Acerca de la prevalencia de trastornos alimentarios en México, en un estudio inicial cuya finalidad fue la de detectar sintomatología de anorexia y bulimia nerviosas en una muestra de estudiantes del sexo femenino, se informó que el 8.4% de la muestra presentó sintomatología de trastorno alimentario, dentro de la cual sólo el 3.4% presentó sintomatología de bulimia nerviosa (Mancilla, Manríquez, Mercado, Román y Alvarez, 1996).

2.2.3. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Los criterios diagnósticos de la bulimia nerviosa permiten hacer un diagnóstico diferenciado en forma específica y certera, a la vez que también reflejan los cambios que la concepción de la bulimia nerviosa ha tenido a través del tiempo.

Así, tenemos que los criterios diagnósticos de la bulimia nerviosa según el DSM-III-R (1987) son:

1. Episodios recurrentes de ingestión voraz (consumo rápido de grandes cantidades de comida en un período discreto de tiempo).
2. Sentimiento de falta de control sobre la conducta alimentaria durante los episodios de voracidad.
3. La persona se empeña regularmente en provocarse el vómito, usar fármacos, laxantes, diuréticos, practicar dietas restrictivas o ayunos, o hacer ejercicio excesivo para prevenir el aumento de peso.
4. Un promedio mínimo de dos episodios de voracidad a la semana durante por lo menos tres meses.
5. Preocupación persistente por la silueta y el peso.

En estos criterios diagnósticos no existe claramente la distinción entre los dos tipos de bulimia que evite la confusión diagnóstica que se estaba dando alrededor del término bulimia. Dicha distinción aparece en los criterios diagnósticos que presenta el DSM-IV (1994):

1. Presencia de atracones recurrentes, caracterizando al atracón por:
 - a) Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un período de dos horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias.
 - b) Sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).
2. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación de vómito, uso

excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno y ejercicio excesivo.

3. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de tres meses.

4. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.

5. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Existen dos tipos de bulimia nerviosa, que permiten determinar la presencia o ausencia del uso regular de métodos de purga con el fin de compensar la ingestión de alimento durante los atracones:

1.- **TIPO PURGATIVO:** Éste describe cuadros clínicos en los que el enfermo se ha provocado el vómito y ha hecho un mal uso de laxantes, diuréticos y enemas durante el episodio.

2.- **TIPO NO PURGATIVO:** Describe cuadros clínicos en los que el enfermo ha empleado otras técnicas compensatorias inapropiadas, como ayunos o practicar ejercicio intenso, pero no se ha provocado el vómito ni ha hecho un inadecuado uso de laxantes, diuréticos o enemas durante el episodio.

En estos criterios diagnósticos, se define lo que es un atracón, se da importancia a la autoevaluación (influida por el peso y la silueta corporal), además de aclarar que no necesariamente la bulimia puede presentarse en el transcurso de la anorexia nerviosa, ya que como mencionan Pyle, Mitchell y Eckert (1981), en algunas

ocasiones, personas bulímicas reportan más síntomas de los asociados con anorexia nerviosa.

A partir de lo anterior, es claro cómo a través del tiempo se han creado diferentes justificantes socioculturales que han permitido la existencia, mantenimiento e incremento de la prevalencia de la anorexia y bulimia nerviosa. Mientras que en el plano científico, las investigaciones han dado lugar a definiciones específicas y minuciosas globalizando tres aspectos importantes, como lo son los aspectos psicológicos, biológicos y socioculturales, permitiendo de ésta forma una intervención multidisciplinaria en los aspectos teóricos y prácticos de estos trastornos.

3. ASPECTOS COGNITIVOS ASOCIADOS A LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Se ha especulado que aproximadamente la mitad de las pacientes que presentan síntomas de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa tienen un riesgo de desarrollar síntomas psiquiátricos de otros trastornos. Lo anterior en medida que cuando una persona presenta un trastorno alimentario, éste puede acompañarse de alteraciones de la personalidad o bien, cuando una persona tiene una sicopatología, ciertos patrones alimentarios se pueden ver alterados. Debido a esto, resulta difícil separar los rasgos característicos de otras alteraciones de los que aparecen como resultado de la instauración de un trastorno alimentario. Esto propicia que algunos autores consideren a la personalidad no como un factor etiológico o predisponente de los trastornos alimentarios, sino como un elemento que matiza la forma en que se manifiesten (Crispo, Figueroa y Guelar, 1996; Rausch y Bay, 1990). Es por ello, que su diagnóstico se dificulta al encontrar similitudes con otros trastornos (Stern, Dixon, Nemzer, Lake, Sansone, Smeltzer, Lantz y Schrier, 1984), como por ejemplo: depresivos (Rivinus, Biederman, Herzog, Kemper, Harper, Harmantz y Houseworth, 1984), o bien con rasgos de conductas impulsivas y conductas adictivas tales como el abuso de fármacos, de drogas y alcohol (Vargas, 1998), o una baja autoestima (Fernández, Turón, Menchón, Vallejo y Pitarré, 1996).

Por lo anterior, se ha dado un incremento en el número de estudios que examinan la comorbilidad de los trastornos alimentarios. Estos estudios sugieren que cada vez más personas con psicopatología alimentaria conllevan por lo menos otro trastorno de personalidad y que una proporción sustancial (del 37% al 56%) cubre criterios para más de un trastorno de personalidad. Esta evidencia también sugiere que los trastornos alimentarios no específicos (TANE) muestran una

particular relación con un trastorno de la personalidad; y que la presencia de un trastorno de la personalidad concurrente es asociado con un nivel general de psicopatología (Crowther, Tennenbaum, Hobfoll y Stephens, 1992).

De acuerdo con Buendía (1996), existen cuatro posibles explicaciones para comprender la relación entre trastornos alimentarios y trastornos afectivos:

1. Asumir que una variedad de trastornos psiquiátricos o psicóticos son complicaciones del trastorno alimentario.
2. Contemplar a los trastornos alimentarios como variantes de estados afectivos, ansiosos o adictivos, en este sentido, las características de personalidad podrían estar atenuadas o ser formas subclínicas de otros trastornos psiquiátricos.
3. Existen factores de riesgo compartidos, que hacen al individuo vulnerable a más de un trastorno.
4. El impacto de la inanición y el caos nutricional magnifican las características de personalidad o los aspectos cognitivos, afectivos o sociales.

Si bien no es claro cuál sería la explicación más acertada, o si la explicación depende de la especificidad de cada caso, es necesario conocer y entender la comorbilidad de los trastornos alimentarios, para poder llevar a cabo un buen diagnóstico diferencial.

3.1. ALTERACIONES DE LA PERSONALIDAD

La importancia atribuida a los aspectos psicológicos dentro de los trastornos alimentarios se comienza a dar a partir de los estudios realizados por Bruch (1973). Ella describe a las anoréxicas como "niñas perfectas", complacientes y con apariencia de estar especialmente dotadas, quienes se vuelven expertas en lo que se refiere a observar y gratificar a los padres, nunca fueron preparadas para la experiencia de separación e individuación propia de la adolescencia, es decir, están "estancadas en la niñez", y tienen temor a crecer y a manejar la independencia que esto implica. Perciben claramente el temor de sus padres a que eso suceda y sufren en realidad por la falta de estímulos por parte de ellos para animarse a entrar en el mundo adulto, que implica tomar decisiones, responsabilidades, mayores exigencias, autocontrol, autonomía, entre otros. Es precisamente la incapacidad para cumplir con todas esas demandas lo que hace que surja el miedo a una etapa más demandante y con mayores responsabilidades (la adultez).

A este respecto, Crisp (1980) encontró que la psicopatología central de la anorexia está relacionada al miedo en cuanto a las experiencias psicológicas y biológicas asociadas con el peso corporal adulto, pues el no comer se vuelve un mecanismo para evadir la madurez psicobiológica que conlleva a un regreso a la apariencia prepuberal.

Las anoréxicas suelen adherirse con mucha firmeza a una serie de valores centrados en el trabajo arduo, el autocontrol la responsabilidad personal, altos niveles de logro, la gratificación diferida, y a no recibir recompensas que no hayan sido "ganadas a pulso". Además otorgan un gran valor al control, por ello, cuando se comportan de una manera controlada y controladora, se sienten bien

moralmente, aunque no soportan que las cosas no resulten como ellas quieren, teniendo una gran dificultad para ensayar alternativas de salida, porque suponen que "deberían saber" como hacer todo bien. Entonces, surge el área de la comida y el peso como un campo que si es posible controlar, con la ilusión de que al lograrlo tendrán la prueba de su capacidad para enfrentar las cosas en la vida, es decir, se sienten poderosas manipulando el peso corporal, pues es una forma de compensar sensaciones de impotencia que sufren ante otras situaciones que les son difíciles de manejar. De igual manera, aplican estos valores al trabajo, al aprovechamiento educativo, al éxito profesional, a las relaciones personales y a los deportes, no es coincidencia que sean particularmente buenas actrices, bailarinas, etc., ni que desempeñen sus papeles con tanto éxito; ya que la actuación les proporciona una máscara idónea para ocultar sentimientos reales, además de ser una manera de esforzarse por mantener felices a todos (Ducker y Slade, 1995).

Las personas que sufren estos trastornos son meticulosas inteligentes, compulsivas y se fijan metas demasiado altas para su potencial personal; causándoles frustración y angustia no poderlas obtener (Toro y Vilardell, 1987). Son descritas como más inestables emocionalmente, más condicionables y sensibles ante el castigo. Además de sentirse deprimidas, insatisfechas consigo mismas en cuanto a su apariencia física y en su manera de ser, son solitarias ya que se relacionan con dificultad, se sienten "condenadas" a mantener estos comportamientos y están preocupadas por el peso y la figura (Raich, 1994).

Las características de las pacientes bulímicas difieren de las observadas en las anoréxicas, especialmente en lo que concierne a sus pensamientos y actitudes relacionados con el peso, el cuerpo y la alimentación. La diferencia más notable radica en que las bulímicas suelen experimentar dificultades en el control de su alimentación (de

ahí la utilización de conductas compensatorias). En ocasiones, esta dificultad en el control general de sus impulsos lo generalizan a otras áreas, de ahí la frecuencia, del consumo de tóxicos, promiscuidad sexual, cambios de pareja o trabajo, e incluso robos y mentiras (Toro, 1996).

3.2. ALTERACIONES COGNITIVAS

Las alteraciones cognitivas originadas por los trastornos alimentarios son descritas por Garner y Bemis (1982), en seis características que ponen de manifiesto como todos los estímulos internos y externos son manipulados de tal manera que se traducen en términos de comida, peso y figura corporales, encontrando de esta manera en la esfera cognitiva un factor relevante de los trastornos alimentarios:

***Abstracción Selectiva:** consiste en basar una conclusión en detalles aislados, ignorando evidencia contradictoria, ("Si María volvió de viaje con exceso de peso, ese viaje no lo debo hacer").

***Sobregeneralización:** extraer una regla a partir de un solo hecho y su aplicación a situaciones disímiles, ("Si Juan perdió dos kilos por una diarrea, los laxantes deben ser un buen método para bajar de peso").

***Magnificación de los estímulos:** es notable que en estas pacientes las cosas suelen estar connotadas exageradamente, ("Una molestia abdominal era un dolor que la hacía volcar los ojos, llevarse la mano a la panza y hablar en tono de quejido").

***Razonamiento dicotómico:** pensar en términos extremos y absolutos, ("La perspectiva de tener 3 ó 4 Kgs. Más, equivale a volverse un elefante").

***Personalización y autorreferencia:** hacen una interpretación egocéntrica de hechos impersonales. ("La doctora me postergó la cita para que yo siga engordando dos días más").

***Pensamiento supersticioso:** creen en la relación causa-efecto de hechos no contingentes, ("Un día comí sola y baje más kilos de lo común, entonces el comer sola es más efectivo para bajar de peso").

Cuando el pensamiento se vuelve egocéntrico, concreto y dicotómico, en donde no hay cabida para los puntos intermedios, se torna difícil para la persona regular su ingesta de comida o su actividad física sin caer en extremos. Todas las anoréxicas coinciden en que la delgadez deviene fundamental para lograr una sensación de bienestar, dado que su autoestima comienza a ser regulada por un sistema de valores que tiene como eje el peso, es decir, se crea un círculo en el cual hay un refuerzo positivo en la pérdida de peso originada por la evitación de las comidas (Garner y Bemis, 1982).

Las anoréxicas presentan principalmente dos características subyacentes: su intensa moralidad, su sensibilidad extrema, en particular a las necesidades y los sentimientos de otros, que desencadenan un profundo sentido de poca valía. El gran sentido de moralidad de las enfermas significa que tienen firmes convicciones respecto a lo que deben o no hacer, cómo deben o no comportarse, y hasta cómo deberían o no sentirse. Por lo general estas personas aplican sus reglas morales a su conducta alimentaria, es decir a los alimentos, ingestión, ejercicios y la regulación corporal, y sólo en esta área pueden tomar decisiones (Ducker y Slade, 1995).

Aunque la enferma es inteligente, capaz de poner en acción procesos mentales altamente complejos, de imponerse al mundo exterior y gozar de un éxito aparente, los juicios morales tan severos e inflexibles que manifiesta para consigo misma la llevan a tener un profundo sentido de poca valía. Para ella no son nada sus logros, habilidades, experiencias y sentimientos, no reconoce sus propios méritos; la presencia de tristeza, depresión o desesperación suelen ser acompañadas por expresiones de autorreproche, vergüenza, culpabilidad, baja autoestima, vacío emocional, y por ello puede contemplar el suicidio (Katz, Kuperberg, Pollack, Walsh, Zumoft y Weiner, 1984). Todo esto acompañado de su exagerada sensibilidad hacen que sea completamente vulnerable al control externo, lo que se conoce como "locus de control externo". Tan deteriorado está su sentido de autoestima, que las necesidades, sentimientos y expectativas de otros automáticamente se infiltran en su ser, y se vuelven obligaciones para ella.

Uno de los aspectos que deriva de los pensamientos sobre la alimentación, son los métodos para adelgazar; dentro de los que se encuentra la dieta, que es considerada dentro de la etiología de los trastornos alimentarios, ya que es una de las formas más utilizadas para adelgazar, por lo que existe una alta frecuencia en toda la población, como lo señalan French y Jeffry (1994), en su revisión de las publicaciones sobre practicas restrictivas encaminadas a la reducción del peso a lo largo de 26 años (1967-1993) en las que encontraron que:

- ❖ De acuerdo a los estudios epidemiológicos revisados, el 40 % de las mujeres y el 23% de los hombres estaban intentando perder peso en el momento de la investigación, el 26% de las mujeres y el 14% de los hombres estaban haciendo régimen para adelgazar. Las prácticas más altas estaban entre estudiantes universitarias, que oscilaban entre el 50% y el 61%.

- ❖ La restricción no era exclusiva de las personas con sobrepeso. En Estados Unidos, estaban practicando dietas 22.6 millones de ciudadanos con sobrepeso y 34.1 millones de peso normal.
- ❖ Las personas que se consideraban delgadas y con bajo peso, que hacían régimen, pasaron del 0.7 al 4%.
- ❖ En 1989 un 20% de adolescentes con infrapeso estaban siguiendo dietas adelgazantes.

Uno de los aspectos importantes que proporcionan estos datos es el hecho de que la población en general (con sobrepeso y con peso normal), y especialmente mujeres durante ese período de tiempo estaban practicando dietas. Esto se puede explicar dado que la reducción de peso corporal encierra valores añadidos como seguridad, belleza, inteligencia, etc., por esto, toda la gente independientemente de su peso desea bajarlo. No obstante, es importante mencionar que la utilización de dietas no es suficiente para desencadenar un trastorno alimentario.

La importancia de las dietas, la figura corporal y el deseo de ser más delgada, cobra relevancia una vez que se ha instalado el trastorno alimentario, adquiriendo tres sentidos: como síntoma, factor mantenedor y como un aspecto importante para el diagnóstico de los mismos (Szekely, Raffled y Snodyrass, 1989; Strong y Huon, 1996). Ya que en algunos casos el sentido de las dietas y su utilización permiten diferenciar entre trastornos alimentarios y otros trastornos psicológicos, que ocasionalmente implican pérdida de peso y sintomatología relacionada con la alimentación (Raich, 1994). A este respecto, Hill y Pallin (1998) realizaron un estudio en el cual examinaron el valor predictivo del conocimiento de dietas sobre la autovaloración en adolescentes, encontrando que efectivamente en

las mujeres el control del peso conduce a un mejoramiento de la autovaloración.

Es verdad que las dietas exitosas producen una reducción de peso corporal, sin embargo, también crean alteraciones en la esfera fisiológica y psicológica. Uno de los estudios que ejemplifican las alteraciones psicológicas provocadas por una restricción alimentaria severa es el de Keys, Brozek, Henschel, Mickelsen y Taylor (1950), en el que participaron 36 jóvenes varones "objetores de conciencia". El experimento consistió en someter a un grupo de sujetos a una dieta de semi-inanición durante tres meses, en la cual la ingesta calórica consumida diariamente se restringió a 50%, por lo que el peso corporal de los sujetos bajó un 25%. Se observaron muchos cambios en el estado mental y emocional de los participantes, entre los que destacan:

- ❖ **Preocupación por la comida.** Los participantes indicaron que la comida se convirtió en su principal tema de conversación, que tendían a relacionar lecturas con la comida y que tenían sueños e imaginaciones sobre la misma.
- ❖ **Desarrollo de conductas de almacenamiento.** Varios sujetos comenzaron a acumular secretamente comida.
- ❖ **Cambios cognitivos.** La mayoría de los sujetos mostraron algunos cambios cognitivos tales como, una alteración de la concentración, atención, comprensión y juicio.
- ❖ **Cambios emocionales.** Algunas veces éstos se presentaban como un estado de ánimo depresivo; con menos frecuencia, como un humor exaltado, aunque el cambio de humor más frecuentemente observado fue la labilidad emocional, es decir, su estado de ánimo

era inestable, de tal manera que mostraban un aumento de irritabilidad, que derivaban en ataques de ira frecuentes.

- ❖ **Cambios sociales y sexuales.** Al igual que las anoréxicas, muchos de los hombres exhibieron una inhibición social, y aquellos que tenían una compañera sexual regular mostraron una disminución del interés y la conducta sexual.
- ❖ **Episodios bulímicos seguidos de auto-reproche.** Cuando se les permitió el libre acceso a la comida, indicaron que sufrían atracones que se asociaron con sentimientos de culpa; incluso algunos se provocaron el vómito como un modo de compensar el exceso en la ingesta.

Estos resultados permiten observar cómo personas "normales" ante una severa pérdida de peso pueden sufrir importantes alteraciones psicológicas.

Otra consecuencia de la dieta es un estado crónico de hambre, especialmente en aquellas personas que buscan un peso por debajo del requerido (Polivy y Herman, 1985). La malnutrición y el progresivo adentramiento en una situación cada vez más estresante provoca tristeza, irritabilidad, ideas de muerte y suicidio, dando como resultado una alteración en las relaciones interpersonales que provocan un aislamiento social, suprimiendo gratificaciones socioafectivas e incrementando la disforia (Toro, 1996). La persona mal nutrida también experimenta cierto deterioro de sus sentimientos y emociones. Cualquier cosa que sienta, sea ira, amor, odio, placer, tristeza, o celos, se experimenta con menos fuerza. A medida que la pérdida de peso continúa, las emociones intensas menguan, esto genera cierto sentido de aislamiento. Esta experiencia puede explicar en parte porque la persona anoréxica tiene una actitud tan distante,

que traduce a un sentido de superioridad e indiferencia (Ducker y Slade, 1995).

Paradójicamente, la inanición también induce cierto estado de regocijo o euforia. Esta experiencia de bienestar en ocasiones se denomina "elevación del ejercicio", se trata de un efecto psicotrópico o de cambio de estado de ánimo, que ocurre de manera predecible siempre que las personas reducen consistentemente la cantidad de alimentos que ingieren (Ducker y Slade, 1995).

Otros cambios que se pueden encontrar a partir de la inanición son el deterioro del funcionamiento intelectual, que reduce poco a poco la capacidad de pensamiento complejo, es decir, a medida que avanza la malnutrición y se pierde peso, las ideas se vuelven simples y disminuye la capacidad para concentrarse. Si se prolonga la restricción de alimentos y la enferma alcanza un severo infrapeso, otras funciones cerebrales también resienten los efectos. Por ejemplo, se reduce la memoria y la capacidad para controlar los movimientos corporales. Las anoréxicas de bajo peso se percatan de su propia torpeza y son propensas a los accidentes. Mientras más disminuyen de peso, las pacientes se sienten desorientadas y pierden mayor contacto con la realidad (Ducker y Slade, 1995).

Dentro de los cambios a nivel cognitivo que suelen estar presentes en los trastornos alimentarios, los más representativos son la Insatisfacción Corporal, Sensación de Inefectividad, Miedo a Madurar, Perfeccionismo y Deficiente autorregulación (Attie y Brooks-Gunn, 1989).

3.2.1. INSATISFACCIÓN CORPORAL

Muchas de las investigaciones sobre insatisfacción corporal se enfocan en mujeres, dado que se ha comprobado que los varones tienen cierta tendencia a estar y complacidos con su peso corporal y/o apariencia física (Furnham y Calnan, 1998). Esto se explica debido a que se ejerce una mayor presión social sobre las mujeres para cumplir con cánones estéticos o con "ideales" de belleza (Bruchon-Schweiteer, 1992), y ellas mismas se perciben en mayor medida con sobrepeso sin considerar su peso real, que usualmente es por debajo del requerido. Este malestar con la imagen corporal puede traer como resultado una alta insatisfacción corporal (Thompson, 1990), que a su vez puede provocar un nivel inferior de autoestima (Hoare y Cosgrove, 1998). Como se observa, cada vez cobran mayor relevancia los aspectos socioculturales en la explicación de la insatisfacción corporal que presentan una gran cantidad de mujeres adolescentes.

Algunos de los factores que contribuyen en la insatisfacción corporal son la exposición e internalización de imágenes idealizadas (Thompson, Coovert y Stormer, 1999). A este respecto, Richins (1991) realizó un estudio en el cual encontró que después de la exposición a imágenes televisivas de modelos femeninas, las mujeres se describen a sí mismas con menor satisfacción con su peso corporal y sus características psicológicas. En otro estudio realizado por Pinhas, Toner, Ali, Garfinkel y Stuckless (1999), se examinaron los cambios en mujeres expuestas a imágenes visuales y revistas actuales de modelaje, que representan el "ideal" de belleza femenina —extrema delgadez—, demostrando su efecto inmediato sobre las mujeres. Por su parte, Tiggeman y Pickering (1996) realizaron un estudio en el cual también encontraron relevante la cantidad de tiempo de exposición televisiva de programas tales como videos musicales, deportivos, o aquellos que expresan un contenido sexual

implícito, todo esto propicio un significativo incremento de la insatisfacción corporal en mujeres.

También se ha dicho que la insatisfacción corporal es más prevalente en clases sociales altas, sin embargo, diferentes investigaciones dentro de las que destacan la de Vázquez (1997), y la de Ogden y Thomas (1997), han puesto de manifiesto que factores como la insatisfacción corporal, distorsión corporal y conductas de dieta, no son necesariamente exclusivos de las clases altas.

La insatisfacción corporal es uno de los factores desencadenantes de los trastornos alimentarios, por lo que debe incluir más que una tarea perceptiva y debe ser reemplazada por un constructo más complejo de "experiencia corporal" dirigiéndola a la investigación y tratamiento (Probst, Vandereycken, Vanderlinden y Coppenolle, 1998). A este respecto Springer, Winzelberg, Perkins y Taylor (1999), evaluaron los efectos de un curso de imagen corporal sobre la disminución de la insatisfacción corporal en 24 mujeres universitarias, con el propósito de prevenir el desarrollo de trastornos alimentarios basándose en información acerca de la historia de la belleza, el desarrollo biológico, la anorexia y la bulimia, factores de riesgo, consecuencias, obesidad y diferencias culturales. Encontrando que a partir de éste curso los sujetos redujeron significativamente la frecuencia y severidad de su insatisfacción corporal.

3.2.2. PERFECCIONISMO

El perfeccionismo es una red de cogniciones que incluye expectativas, interpretación de eventos y evaluaciones de uno mismo y de los otros; caracterizadas por el establecimiento de metas no realistas, la adherencia rígida e indiscriminada a éstas y la

identificación entre valía personal y actos (Burns, 1980, cit. en Buendía, 1996).

En el caso de los trastornos alimentarios, Slade (1996) propone un modelo teórico para explicar el perfeccionismo (ver fig. 4), en la cual sugiere que hay algo que es heredado por la persona propensa a desarrollar un trastorno alimentario, esto es "una sensibilidad emocional general", y ésta es modelada por factores ambientales para producir rasgos de perfeccionismo positivo o negativo de intensidad variable.

El perfeccionismo positivo está caracterizado por pensamientos tales como: la necesidad de éxito, la búsqueda de perfección y el deseo de delgadez; en contraposición, el perfeccionismo negativo se caracteriza por: la evitación del fracaso, la evitación de la imperfección y la evitación de la obesidad. Como resultado de estos dos procesos las personas con trastornos alimentarios se pueden subdividir en tres subgrupos:

Tipo (1). Impulsados principalmente por el perfeccionismo positivo y responden concretamente a éste.

Tipo (2). Impulsados tanto por el perfeccionismo positivo como negativo y responden a ambos tipos de refuerzo.

Tipo (3). Principalmente motivados por el perfeccionismo negativo y responden concretamente a él.

Otra postura importante es la de Pliner y Haddock (1996), quienes contemplan al perfeccionismo como un constructo multidimensional constituido por tres componentes:

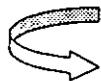
Base Genética

Sensibilidad Emocional General/
Capacidad de Respuesta.

Influencias
Ambientales

↓
Cultura: Sociedad.
Familia: Amigos.

Variables
Motivacionales



Perfeccionismo Positivo
Necesidad de éxito,
Perfección, Delgadez



Perfeccionismo Negativo
Evitación de Fracaso,
Imperfección, Obesidad.

Subgrupos
de Trastornos
Alimentarios

↓
T. A. (1)
Responder a
Refuerzo Positivo

↓
T. A. (2)
Responder a Refuerzos
Positivos y Negativos.

↓
T. A. (3)
Responder a Refuerzos
Negativos.

Figura 4. Teoría del Proceso Dual del Perfeccionismo en los Trastornos Alimentarios (Slade, 1996)

1. **Auto-orientación perfeccionista**, es. decir las propias exigencias y demandas que implican altos estándares de logro.
2. **Otra orientación perfeccionista**, implica la asimilación de las expectativas que otros tiene sobre ellas. Es decir, creen que las personas que conforman su medio social más cercano siempre esperan más, por lo que se hayan en conflicto entre sus propias expectativas y las de los demás.
3. **Perfeccionismo prescrito socialmente**, este punto refiere la manera en la que se internalizan estándares establecidos socialmente, tales como belleza —equivalente a delgadez—, seguridad, control, etc. Al luchar por alcanzar estas metas se espera gran aceptación social.

Esta lucha por vivir con estándares de ejecución y logro perfeccionistas, es característica de aquellas personas que desarrollan trastornos alimentarios, en especial la anoréxica, ya que para ellas el perfeccionismo y la rigidez suelen ser la norma de enjuiciamiento de la realidad personal y por consiguiente, de su comportamiento (Toro, 1996).

Esa búsqueda de perfección también se desplaza al peso corporal, de modo que para alcanzar la perfección es preciso mantener el cuerpo ideal, a cualquier costo. Terminan convenciéndose de que si logran transformar su silueta, también lograrán transformarse a sí mismas. De este modo, logran ser seguras y con la confianza suficiente para enfrentar los desafíos que se les presenten en la vida (Crispo, Figueroa y Guelar, 1996).

3.2.3. AUTOESTIMA

Paradójicamente el perfeccionismo refuerza la sensación de inseguridad, porque exige no fallar, en lugar de afirmar al individuo en sus recursos. El sufrimiento y la sensación de ineficacia hace a las anoréxicas excesivamente exigentes, a tal punto que piensan que si no van a poder hacer a la perfección lo que se proponen, directamente no lo intentan.

Esta inefectividad se relaciona conceptualmente con una baja autoestima o auto-evaluación negativa. En la mujer de nuestra sociedad, la autoestima está más conectada con factores como la imagen externa o apariencia, la aprobación del otro, cumplir con las expectativas y responder a las necesidades de los demás, etc., de tal forma que cuanto menos parecido a lo que la persona considere como "ideal" es el concepto que tiene de sí misma, más baja será su autoestima.

Esta sensación de baja autoestima que nace desde lo que los demás consideran valioso, hará que el peso y la figura cobren esencial importancia como formas para intentar elevarla; es decir, que debido a que en cualquier otro aspecto de su vida se sienten ineficientes, el control alimentario y corporal se vuelve para las anoréxicas su razón de ser, ya que es lo único que creen hacer bien, por lo que se convierte en una forma de adquirir algo de valía y de obtener cierto respeto que compensa sus sentimientos de baja autoestima. Cualquier emoción, cualquier sentido de sí misma que experimente, por lo general lo juzga en términos severos y negativos. Como sus sentimientos y emociones le resultan tan inaceptables, constantemente y con determinación trata de suprimirlos o rechazarlos (Ducker y Slade, 1995).

Tanto el perfeccionismo como la ineffectividad, son algunos de los aspectos cognitivos que se asocian a los trastornos alimentarios, una manera de evaluarlos es a través del EDI (Inventario de Trastornos Alimentarios), que fue creado con base a investigaciones realizadas con el fin de obtener información acerca de las ideas y comportamientos que se presentan con mayor frecuencia en los trastornos alimentarios.

El Eating Disorders Inventory (EDI) fue creado por Garner, Olmstead y Polivy (1983) y es uno de los pocos cuestionarios para anorexia y bulimia nerviosa que no solamente evalúan sus síntomas, sino también características psicológicas que se creen centrales de estos trastornos. Las investigaciones que se han realizado en torno al EDI, se ubican en dos sentidos, enfocadas a su validación, y encaminadas a la evaluación de síntomas o aspectos cognitivos.

Dentro de las investigaciones que utilizan el EDI para evaluar síntomas y/o aspectos cognitivos se encuentra la de Gleaves y Eberenz (1993), quienes examinaron en 150 mujeres con diagnóstico de trastorno alimentario la psicopatología de anorexia nerviosa en sus dos subtipos —anorexia restrictiva y anorexia purgativa—. Sus resultados describen que la subescala de Motivación para Adelgazar correlacionó con conductas alimentarias restrictivas, mientras que la Ineffectividad e Identificación de la Interocepción se relacionaron con Depresión, Ansiedad y conductas Obsesivas-Compulsivas. Además las subescalas de Bulimia e Identificación de la Interocepción discriminaron entre los subtipos de anorexia restrictiva y anorexia purgativa.

Por otro lado, Lee, Lee, Leung y Yu (1997) realizaron un estudio cuyos resultados sugieren que las subescalas de la Identificación de la Interocepción e Ineffectividad, se relacionan con la baja autoestima y la confusión somato-afectiva. Además las subescalas de Bulimia,

Miedo a Madurar, Insatisfacción Corporal presentaron diferencias entre hombres y mujeres.

A pesar de que el EDI es un instrumento con características potenciales para la investigación psicológica (cognitiva y conductual) de los trastornos alimentarios, se hace necesario validarlo de acuerdo a cada cultura, debido a que se han observado problemas en diferentes subescalas (Norrington y Sohlberg, 1988; Lee, Lee y Leung, 1998). Estos problemas reflejan la etnoespecífica construcción sobre la cual fue basado, por lo que deben considerarse variables socioculturales dada su relevancia en los trastornos alimentarios en países no occidentales.

Por ejemplo, Bodyadjieva y Steinhausen (1996), realizaron un estudio con el objetivo de hacer una validación del EDI en Bulgaria, los resultados sugieren que no hubo problemas en las escalas de Motivación por Adelgazar, Bulimia, Inefectividad e identificación de la Interocepción; en el caso de las escalas de Insatisfacción Corporal, Perfeccionismo, Miedo a Madurar y Desconfianza Interpersonal, los factores no se agruparon como se esperaba.

En México, Alvarez, Franco, Alvarez, Vázquez, López y Mancilla (2000), evaluaron la confiabilidad interna del EDI en 912 estudiantes con una edad promedio de 18.3 años, encontrándose que los ocho factores fueron estadísticamente relevantes. Las subescalas de Motivación para adelgazar, Insatisfacción corporal y Bulimia predijeron la presencia de sintomatología de algún trastorno alimentario en dicha muestra. Sin embargo se sugiere revisar la escala de Perfeccionismo ya que presentó problemas en esta población.

4. LA DANZA COMO PROFESIÓN DE RIESGO DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS

4.1. BREVE HISTORIA DE LA DANZA

En todas las sociedades el hombre desde sus orígenes, se ha manifestado o expresado con el cuerpo. De este modo, en las poblaciones primitivas, la danza era realizada con un sentido utilitario (se bailaba para obtener la curación de los enfermos, para pedir la lluvia, etc.), y también, como un medio esencial para participar en las manifestaciones emocionales de la tribu, por lo que se le puede considerar como un lenguaje social e incluso religioso; es decir, desde la prehistoria, la danza se ha utilizado como medio de comunicación, de evocación, de socialización y de expresión de sentimientos (Welch, 1998).

En la antigua Grecia y Roma, la danza formó parte de la educación, sin embargo, era exclusivamente para las clases altas, a las cuales pertenecían los jóvenes guerreros, quienes se entrenaban con las danzas pírricas, ya que las utilizaban como ejercicios militares; además, la danza fue utilizada como forma de entretenimiento y sus intérpretes tenían que entrenarse físicamente, con disciplina y constancia. Posteriormente, fue importada a Francia, país en donde quedó convertida en el arte que conocemos hoy en día como ballet y tuvo sus orígenes en la Academia Nacional de Danza, fundada por Luis XIV en 1661, institución que aún existe en la Opera de París (Welch, 1998).

A partir de la época denominada Romanticismo, en 1839 surgen dos cambios relevantes en el ballet:

1. Los temas terrenales o reales se substituyen por lo etéreo o ilusorio.

2. El papel del hombre es desplazado a un segundo nivel, ya que las mujeres presentan grandes aptitudes para bailar, además de su capacidad para usar las zapatillas de punta su actuación como seres irreales y frágiles no podía ser realizada por los hombres.

La importancia de estos cambios radica en otorgarle un amplio significado prioritario al cuerpo, al mismo tiempo que se empieza a sugerir esa "fragilidad" que en la actualidad es sinónimo de esbeltez.

En nuestro país, el desarrollo de la danza clásica y del arte en general, también tuvo sus particularidades según las necesidades e intereses de cada estado, además de las ideas estéticas y filosóficas del momento. Es hasta 1920 que José Vasconcelos —a la cabeza de la Secretaría de Educación Pública— promueve en el campo de las artes una línea nacionalista o popular, por lo que se añade a la danza el propósito de la creación de bailes folklóricos o típicos de las diferentes regiones del país, para resaltar las tradiciones o costumbres nacionales, todo ello sin descuidar la perfección técnica.

Posteriormente los grupos internacionales que venían a presentar funciones a nuestro país enriquecieron la disciplina al fundar escuelas de danza clásica. La primera de ellas llamada Escuela de Plástica Dinámica, intentó crear un ballet mexicano mezclando el baile autóctono o popular y las bases clásicas. Más tarde en 1932, dicho proyecto se consolidó al surgir por decreto la Escuela de Danza. En 1937, Nellie Campobello tomó el cargo de directora y cambió el nombre de la escuela por el de Escuela Nacional de Danza, modificándose su reglamento y plan de estudios. Para 1940, las norteamericanas Waldeen y Anna Sokolow, iniciarían la danza en la vida de México.

4.2. DANZA Y SUS EXPRESIONES

La danza es la producción y exposición de signos, basados en el comportamiento gestual del cuerpo humano en movimiento mediante técnicas, en un espacio y tiempo determinados históricamente, todo ello cargado de significación (Albelo, 1994; Dallal, 1989).

Como se observa la danza es un fenómeno estético muy amplio, determinado en su evolución por las condiciones histórico-sociales. De modo que cada época histórica y cada sociedad ha realizado la práctica dancística definiendo su contenido y su exposición (Bejarano, 1995).

La práctica misma del arte de la danza, según se produzca en cada comunidad o clase social, manifiesta ciertos rasgos cuyo análisis converge a la conformación de grupos característicos de obras y elementos. Aunque resulta difícil establecer los límites estéticos y sociales de cada expresión, sí es posible discernir determinados agrupamientos según modalidades, tipos de origen, alcances simbólicos o expresivos, objetivos narrativos y clases de estructuras de las obras, así tenemos diferentes tipos de danzas:

1. Danzas autóctonas.
2. Danzas populares:
 - a) Danzas folklóricas o regionales.
 - b) Danzas populares urbanas.
3. Danza clásica.
4. Danza moderna.
5. Danza contemporánea.

El término ballet se ha asociado durante tanto tiempo con la danza clásica teatral que ha llegado a significar también el tipo de

pasos, posiciones, actitudes y movimientos que se desarrollaron durante la historia de la danza teatral clásica; motivo por el cual el ballet es considerado como la danza más auténtica, además de que exige una intensa preparación física (Márquez, 1997).

La significación atribuida al cuerpo, junto con los cambios en la preparación física que se requiere para poder realizar posiciones, pasos y movimientos en la danza, así como una intensa disciplina, permean la posibilidad de una relación entre la danza, la delgadez extrema y los trastornos alimentarios.

4.3. ASPECTOS CONSIDERADOS DE RIESGO DENTRO DE LA DANZA

Los modelos estéticos prevalecientes han afectado de manera considerable a los atletas —donde se ha incluido a los bailarines—, aumentando la frecuencia de trastornos alimentarios entre éstos (Smolak, Murnen y Rublec, 2000), por lo que han recibido una mayor atención en las últimas décadas, en especial las mujeres, ya que existe evidencia de una mayor vulnerabilidad a los trastornos alimentarios que los hombres atletas (Johnson, Powers y Dick, 1999).

En el caso específico de la danza han surgido cambios a través de su historia que convergen actualmente con los modelos estéticos corporales que establecen un cuerpo "ideal delgado", siendo esta idea reforzada por su asociación a una mejor ejecución y expresión corporal, lo que conlleva a una alta exigencia de un cuerpo con poco tejido adiposo.

Los estudios en esta población señalan una alta prevalencia de trastornos alimentarios en esta disciplina, como ejemplo de ello

Garner y Garfinkel (1985) encontraron en estudiantes de danza de tres escuelas profesionales canadienses, que las bailarinas tenían siete veces más probabilidad de desarrollar anorexia nerviosa que otras estudiantes de la misma edad. En otro estudio realizado a bailarinas profesionales norteamericanas y europeas occidentales refieren que un 15% de las americanas y un 23% de las europeas occidentales reconocieron padecer o haber padecido anorexia nerviosa; en lo que a bulimia se refiere, aceptaron sufrirla o haberla sufrido el 19% de las norteamericanas y el 29% de las europeas (Hamilton *et al.*, 1985, cit. en Toro, 1996). Por su parte Abraham (1996^a), estudió a 60 bailarinas de ballet de 15 a 19 años comparándolas con 216 mujeres escolares (15-17 años). Los resultados mostraron que solo dos bailarinas presentaron sintomatología de trastornos alimentarios y una anorexia nerviosa, mientras que 3 estudiantes tenían síntomas de bulimia nerviosa.

En población mexicana, Unikel y Gómez (1996) realizaron un estudio con estudiantes de danza clásica, comparándolas con estudiantes de secundaria y preparatoria de escuelas privadas. Las estudiantes de ballet presentaron los mayores porcentajes de conductas anómalas al comer, principalmente seguimiento de dietas, episodios bulímicos y ejercicio excesivo. Otro estudio en México (Vázquez, López, Alvarez, Ocampo y Mancilla, 2000), encontró 13 casos de anorexia nerviosa, 3 de bulimia nerviosa y 13 de trastorno alimentario no especificado en una muestra de 72 estudiantes de danza en una de las escuelas más importantes del país en esta disciplina.

El alto índice en la prevalencia de trastornos alimentarios en la danza, es uno de los factores que convierten a esta disciplina en una de las profesiones con mayor riesgo, debido a que presenta una serie de características que pueden incluir una predisposición

psicológica hacia la anorexia nerviosa, dentro de las cuales merecen especial atención: a) aspectos cognitivos (especialmente perfeccionismo), b) deseo de estar más delgadas, c) conductas alimentarias restrictivas, d) estilo de vida que implica la profesión y e) amenorrea. Las cuales al ser exacerbadas por las demandas socioambientales, pueden llegar a tener dimensiones clínicas.

a) Uno de los instrumentos que ha dado buenos resultados para evaluar **aspectos cognitivos** asociados a los trastornos alimentarios en muestras comunitarias es el EDI, no obstante existen pocos estudios enfocados a poblaciones de riesgo como la danza, siendo sus resultados poco concordantes. Por un lado Archinard, Scherer, Reverdin, Rouget y Allaz (1994), no encontraron diferencias en aspectos cognitivos entre bailarinas y no bailarinas. Sin embargo, Archinard y Scherer (1995), al comparar aspectos cognitivos a través del EDI señalaron puntuaciones significativamente mayores en estudiantes con 6 años de practicar ballet en las subescalas de Perfeccionismo, Miedo a Madurar e Interocepción. Resultados similares son señalados por Vázquez, López, Alvarez, Ocampo y Mancilla (2000), al evaluar factores asociados a los trastornos alimentarios en 72 adolescentes estudiantes de danza, informaron de la existencia de diferencias significativas en las subescalas de Miedo a Madurar, Insatisfacción Corporal, Motivación para adelgazar, Inefectividad y Desconfianza Interpersonal.

Específicamente, el perfeccionismo llama la atención ya que es una de las características frecuentemente encontradas en pacientes con anorexia nerviosa y se haya inmerso dentro de la danza como sinónimo de una excelente ejecución, por lo que se demanda a las jóvenes bailarinas altos estándares de logro.

b) **El deseo de ser más delgada** es una característica inherente a las bailarinas, la que además se acentúa por la asimilación de los

modelos estéticos corporales. Esta idea se ve reforzada ya que las jóvenes aspirantes son seleccionadas en primera instancia por un cuerpo delgado que debe proceder de una estructura corporal genética, por lo que la prevalencia de bajo peso y la tendencia a sobre-estimarlos es común en la autoevaluación de las estudiantes de danza, que posteriormente se ven obsesionadas por controlar y de ser posible, conseguir una disminución de su peso corporal (Abraham, 1996^b; Puhl, Brown y Voy, 1988), ya que se encuentra asociado a la creencia de que un peso corporal inferior aumentará la perfección de la ejecución, lo cual a veces no parece marcar límites (Johnson, Powers y Dick, 1999).

c) Las conductas alimentarias restrictivas que las bailarinas de ballet poseen son similares a las que pacientes con anorexia nerviosa presentan, por ejemplo: ayuno, utilización de dietas de "moda", diuréticos y laxantes (Fulkerson, Keel, Leon y Dorr, 1999; Abraham, 1996^a). Estas conductas para controlar el peso y sus efectos se convierten en un estilo de vida para ellas (Ocampo, López, Alvarez y Mancilla, 1999).

d) El estilo de vida de la danza encierra un gran estrés físico y psíquico debido a la convivencia continua en un ambiente competitivo, que exige disciplina y control, en donde además existen comparaciones, observación de modelos, presión de coreógrafos, directores, enjuiciamiento público, etc. Así el rol que juegan los maestros parece ser un factor importante en el desarrollo de esta tendencia (Vaisman y Voet, 1996; Vázquez, López, Alvarez, Ocampo y Mancilla, 2000).

e) La amenorrea, que es uno de los síntomas clínicos más característicos de la anorexia nerviosa, es señalada hasta en un 44% de las poblaciones estudiadas de danza (Toro, 1996). Como

evidencia de esto, se realizó un estudio con bailarinas de ballet que presentaban disfunciones menstruales, sugiriendo que éstas pueden deberse a una mala alimentación o inadecuada nutrición (Rippon, Nash, Myburgh y Noakes 1988). Estas alteraciones nutritivas y fisiológicas parecen asociarse a ciertas estructuras cognitivas y emocionales que hacen a las bailarinas más susceptibles de adquirir un trastorno alimentario.

En México, son pocas las investigaciones que se han realizado en torno al estudio de poblaciones de riesgo como la danza, dentro de éstas se encuentran el estudio realizado por Vázquez, López, Alvarez, Ocampo y Mancilla (2000) y el realizado por Unikel y Gómez (1996); sin embargo son menos los estudios que se enfocan en los aspectos cognitivo-conductuales asociados a los trastornos alimentarios (Vázquez, López, Alvarez, Ocampo y Mancilla, 2000).

Considerando las similitudes de sintomatología entre pacientes con trastornos alimentarios provenientes de muestras comunitarias y la que presentan las estudiantes de danza, podría creerse que cualquier persona que estudie danza tarde o temprano presentará un trastorno alimentario o un trastorno alimentario no especificado, no obstante la presencia de estas conductas por sí solas no equivalen a un trastorno alimentario, pero sí nos alertan de la delicadeza del diagnóstico en poblaciones de riesgo como la danza. Por ello, cobra relevancia el análisis de otras características asociadas a los trastornos alimentarios como son los aspectos cognitivos y conductuales, dado que juegan un papel relevante en la forma en la que las estudiantes de danza visualizan e interiorizan todas las características y demandas de la profesión, convirtiéndose así en indicadores que ayudarían a detectar a los sujetos de mayor riesgo, con el fin de realizar programas preventivos y una detección temprana en esta población.

5. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Evaluar características cognitivo-conductuales relacionadas a la presencia de trastornos alimentarios en estudiantes de danza clásica, a través de un estudio longitudinal.

OBJETIVOS PARTICULARES:

- Analizar las características cognitivo-conductuales asociadas a la Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa en estudiantes de danza clásica.
- Debido a la relevancia del perfeccionismo en la literatura, se analizará en su relación con la sintomatología de trastornos alimentarios.

6. MÉTODO

SUJETOS: Participaron 70 adolescentes de sexo femenino, estudiantes de danza clásica con un promedio de cuatro años de preparación profesional, cuya edad oscilaba entre los 13 y los 18 años ($\bar{x} = 13.29$), pertenecientes a un nivel socioeconómico medio.

TIPO DE DISEÑO: El tipo de diseño que se empleó es *no experimental de tipo longitudinal de tendencia (trend)*. Se considera no experimental porque no se manipulan deliberadamente las variables ya que sólo se observan los fenómenos tal y como se dan dentro del contexto natural sin construcción de ninguna situación, para que después sea analizada. Se considera longitudinal de tendencia dado que se recolectan datos a través del tiempo en puntos o periodos específicos centrandó la atención en una sola población.

INSTRUMENTOS

1.- El Eating Attitudes Test (EAT-40), fue creado por Garner y Garfinkel (1979) y validado al español por Castro, Toro, Salamero y Guimerá (1991). Es un cuestionario que consta de 40 preguntas con seis posibles opciones de respuestas. De acuerdo con Garner, para su análisis contiene tres factores:

- a. Control Oral.
- b. Dieta.
- c. Bulimia y preocupación por la comida.

En México, Alvarez (2000) realizó su validación sugiriendo como punto de corte 28.

2.- Cuestionario Bulimia (BULIT), cuyas autoras son Smith y Thelen (1984), su validación al español la realizó Mora (1992). Este cuestionario permite detectar síntomas de Bulimia Nerviosa, originalmente estaba formado por 72 preguntas, sin embargo, posteriormente Smith y Thelen (1984) lo redujeron a 36; para su análisis consta de cinco factores:

- a. Sobreingesta.
- b. Sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta
- c. Vómito.
- d. Preferencias alimenticias durante la sobreingesta.
- e. Fluctuaciones en el peso.

En población mexicana, la validación de este cuestionario fue realizada por Alvarez (2000), sugiriendo como punto de corte 85, y considera tres factores:

- a. Sobreingesta y sensación de pérdida de control sobre la alimentación.
- b. Sentimientos negativos después de una sobreingesta.
- c. Conductas compensatorias.

3.- Eating Disorder Inventory (EDI), creado por Garner, Olmstead y Polivy (1983), fue validado en población española por Guimera y Torrubia (1987). Es un autoinforme diseñado para medir las características cognitivas y conductuales de la anorexia y bulimia nerviosas, consta de 64 preguntas con seis opciones de respuesta, agrupadas en ocho subescalas:

- **Miedo a Madurar:** Esta escala evalúa el deseo de permanecer en los años preadolescentes, dadas las excesivas demandas de la vida adulta.

- **Insatisfacción Corporal:** Esta escala evalúa la inconformidad con el aspecto físico en general o con algunas partes del cuerpo, por ejemplo caderas, muslos, glúteos, etc.
- **Bulimia:** Esta escala representa la tendencia a presentar episodios de sobreingesta incontrolada (es decir, comer en un periodo corto de tiempo una cantidad mayor de comida a la que la mayoría de las personas comería en circunstancias similares), que pueden ir seguidos de poderosos inductores de un vómito autoprovocado.
- **Motivación por Adelgazar:** Esta escala evalúa la excesiva preocupación por la dieta y el peso, es decir, evalúa la presencia de un gran deseo de perder peso y un desmesurado temor a ganarlo.
- **Identificación de la Interocepción:** Esta escala refleja la incapacidad para reconocer e identificar las sensaciones de hambre y saciedad.
- **Inefectividad:** Evalúa sentimientos generales de inadecuación, inseguridad, inutilidad y falta de control sobre la propia vida. Este concepto incluye además una autoevaluación negativa.
- **Perfeccionismo:** Evalúa expectativas exageradas sobre los posibles logros personales, énfasis excesivo sobre el éxito.
- **Desconfianza Interpersonal:** Esta escala evalúa la aversión generalizada hacia el establecimiento de relaciones interpersonales íntimas. Refleja una incapacidad para formar lazos de amistad o para expresar emociones a los demás.

En población mexicana, se realizó un análisis de la consistencia interna del inventario (EDI) por Alvarez, Franco, Mancilla, Alvarez y López (2000), confirmando la misma estructura factorial.

4.- Entrevista para el Diagnóstico de Trastornos Alimentarios (IDED, "Interview for Diagnostic of Eating Disorders"), fue diseñada por Kutlesic, Williamson, Gleaves, Barbin y Murphy-Eberenz (1998), basándose en los criterios diagnósticos del DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). Raich (1994), realizó su traducción al español. Es una entrevista semiestructurada especialmente diseñada para la detección y el diagnóstico de trastornos alimentarios, permitiendo la valoración específica de anorexia, bulimia, sobreingesta compulsiva y obesidad. Además de poseer carácter diagnóstico, aporta información sobre los aspectos relativos al control de peso, miedo a engordar, factores que empeoran o mejoran las conductas alimentarias desadaptativas, frecuencia y tipo de conductas purgativas.

Todos los instrumentos fueron adaptados para población mexicana por el Proyecto de Investigación en Nutrición de la ENEP - Iztacala (UNAM).

PROCEDIMIENTO

La investigación se llevó a cabo en dos fases, con un lapso de tiempo entre éstas de ocho meses:

1a Fase:

Se estableció contacto con una de las principales instituciones de enseñanza de danza del país, cuyo programa de estudios además de incluir información profesional en danza, incluye formación académica.

Se expusieron los principales objetivos de la investigación a las estudiantes y posteriormente se conformaron grupos de 12 a 15 adolescentes. A cada una de ellas se les repartieron cuadernillos

que contenían preguntas y respuestas correspondientes a los cuestionarios EAT, BULIT y EDI.

Una vez repartidos los instrumentos se dieron instrucciones de la forma para contestarlos, a la vez que se indicó que si surgía alguna duda ésta podía ser aclarada en el momento. Finalmente se procedió a realizar la Entrevista para el Diagnóstico de Trastornos Alimentarios (IDED) en forma individual.

2a Fase:

La segunda fase también se realizó dentro de las instalaciones de la misma institución, durante ésta nuevamente se procedió a aplicar los instrumentos para evaluar la sintomatología de trastornos alimentarios (EAT, BULIT), así como aspectos cognitivos y conductuales de los mismos (EDI), siguiendo la misma forma de trabajo que en la primer fase, es decir, se aplicaron los instrumentos en forma grupal. Cabe aclarar que en esta fase hubo muerte experimental, reduciéndose la población a 49 adolescentes.

7. MÉTODOS ESTADÍSTICOS

Los estadísticos descriptivos utilizados fueron:

- Porcentaje (%).

Medidas de Tendencia Central:

- Media (\bar{X}).
- Mediana (Me).

Medidas de Dispersión:

- Amplitud Intercuartílica (AI)
- Error Estándar (EE).

Los resultados se presentan de la siguiente manera:

- ◆ Con base a la Entrevista de Diagnóstico de Trastornos Alimentarios, se define el número de casos que presentaron Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa y Trastornos Alimentarios no Especificados, así como los casos que no presentaron ningún trastorno.

ANÁLISIS GENERAL CONSIDERANDO LAS VARIABLES EDAD Y TIEMPO DE ESTUDIAR DANZA

1ª Fase.

- ◆ Se analizó de manera global la relación entre las subescalas de cada cuestionario (EAT, BULIT y EDI) con las variables Edad y Tiempo de Estudiar Danza, a través de la correlación de Spearman, dado que los datos no se distribuyeron normalmente. Este análisis permitió determinar si la relación entre dos variables era estadísticamente significativa y en qué grado.

RELACIONES ENTRE LAS SUBESCALAS DE CADA UNO DE LOS CUESTIONARIOS DE LA 1ª Y 2ª FASE

- ◆ Se presenta un análisis de las relaciones de los valores obtenidos del inventario EDI con los cuestionarios EAT, BULIT y sus subescalas, en la primera fase y posteriormente en la segunda, a través de la correlación de Spearman.

Para un mejor entendimiento, en las matrices de correlaciones sólo se describen las relaciones más relevantes, considerando que el coeficiente del estadístico (r_s) sea igual o mayor a 39.

COMPARACIÓN ENTRE LOS GRUPOS CON TRASTORNO Y SIN TRASTORNO

1ª Fase

- ◆ Considerando el diagnóstico realizado, se formaron dos grupos, uno con trastorno (que incluyó los casos que presentaron Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa y Trastornos Alimentarios no Especificados) y otro sin trastorno. Analizándose sus diferencias en la primer fase en relación a las subescalas del inventario EDI. Dado que los datos no cumplieron con los criterios de normalidad se utilizó la U de Mann-Whitney, que permite determinar si la diferencia entre las medianas de una misma variable en dos grupos distintos era estadísticamente significativa.

1ª y 2ª Fase

- ◆ Se analizan diferencias entre los grupos con trastorno y sin trastornos de la primera y segunda fase, a través de un ANOVA de un factor, que permite evaluar si las diferencias entre las medias de una misma variable entre cuatro grupos eran estadísticamente significativas. Dado que los valores no cumplían con los criterios de normalidad y variabilidad, se estandarizaron a través de la "Z".

La prueba de corrección utilizada fue la Schefé, considerando que el tamaño de los grupos era desigual.

RESUMEN DE LA VARIABLE PERFECCIONISMO

- ♦ Por último se presenta un resumen de los resultados obtenidos en cuanto a la variable Perfeccionismo, dada su relevancia mencionada en la literatura internacional.

8. RESULTADOS

De acuerdo a la Entrevista de Diagnóstico de los Trastornos Alimentarios (IDED), que considera los criterios diagnósticos del DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) se encontró que del total de las participantes (n=70), el 22% presentó un trastorno alimentario, lo que indica una alta prevalencia de Trastornos Alimentarios entre las estudiantes de danza. Es importante señalar que la Anorexia Nerviosa fue el trastorno más frecuente (18%), coincidiendo con la frecuencia de los Trastornos Alimentarios No Especificados (ver tabla 1).

DIAGNÓSTICO	NO. DE CASOS	PORCENTAJE
SIN TRASTORNO	43	60 %
ANOREXIA NERVIOSA	13	18 %
BULIMIA NERVIOSA	3	4 %
*TANE.	13	18 %
TOTAL.	70	100%

*TANE: Trastornos Alimentarios No Específicos

Tabla 1. Clasificación de las participantes de acuerdo a la entrevista de diagnóstico IDIED.

ANÁLISIS GENERAL CONSIDERANDO LAS VARIABLES EDAD Y TIEMPO DE ESTUDIAR DANZA

1ª Fase

Dos variables que recibieron especial atención fueron la Edad y el Tiempo de Estudiar Danza, dado que la literatura las refiere como posibles indicadores de riesgo de adquirir un trastorno alimentario. Por ello se analizó su relación con cada uno de los totales de los

cuestionarios empleados, así como con sus factores, considerando la a todas las participantes.

Con respecto al Cuestionario de Actitudes Alimentarias (EAT), se puede observar que la *Edad* sólo se relacionó significativamente y en dirección negativa con el factor *Control Oral*, lo que implica que a menor *edad*, existe mayor *Control Oral* en las jóvenes. Por otro lado el *tiempo de estudiar danza* mostró una correlación poco relevante y negativa con el factor *Bulimia*, es decir, a menor tiempo de practicar danza, mayores síntomas bulímicos en las estudiantes (ver tabla 2).

	CUESTIONARIO DE ACTITUDES ALIMENTARIAS (EAT)			
	FACTORES			
	CONTROL ORAL	DIETA	BULIMIA	TOTAL EAT.
EDAD	$r_s = -0.38$ $p < 0.001$	$r_s = 0.01$ $p = 0.92$	$r_s = -0.001$ $p = 0.99$	$r_s = -0.10$ $p = 0.37$
TIEMPO DE ESTUDIAR DANZA	$r_s = -0.01$ $p = 0.90$	$r_s = -0.01$ $p = 0.90$	$r_s = -0.25$ $p < 0.05$	$r_s = -0.06$ $p = 0.57$

Tabla2. Correlación de Spearman entre las variables Edad y Tiempo de Estudiar Danza con la calificación total y cada uno de los factores del Cuestionario de Actitudes Alimentarias (EAT).

Los resultados de las correlaciones entre las variables *Edad* y *tiempo de estudiar Danza* con cada uno de los factores y la calificación total del cuestionario de Bulimia (BULIT) se presentan en la tabla 3, donde se señala que la variable *Edad* se relacionó significativa y positivamente con el Factor *Sentimientos Negativos después de una Sobreingesta*, así como con el total del cuestionario BULIT siendo los dos estadísticos relevantes. El *Tiempo de Estudiar Danza* también correlacionó significativa y positivamente con el factor *Sentimientos Negativos después de una Sobreingesta*, sin embargo el

estadístico es muy bajo. Así, tenemos que a mayor *Edad* y *Tiempo de Estudiar Danza*, mayores *Sentimientos Negativos después de una Sobreingesta*.

		CUESTIONARIO DE BULIMIA (BULIT)			
		FACTORES			
		Sobre Ingesta	Sentimientos Negativos	Conductas Compensatorias	TOTAL BULIT
EDAD		$r_s = 0.17$ $p = 0.17$	$r_s = 0.55$ $p < 0.001$	$r_s = 0.16$ $p = 0.18$	$r_s = 0.52$ $p < 0.001$
TIEMPO DE ESTUDIAR DANZA		$r_s = 0.10$ $p = 0.36$	$r_s = 0.23$ $p < 0.05$	$r_s = 0.10$ $p = 0.36$	$r_s = 0.20$ $p = 0.07$

Tabla 3. Correlación de Spearman entre las variables *Edad* y *Tiempo de Estudiar Danza* con la calificación total y cada uno de los factores del Cuestionario de Bulimia (BULIT).

Como se indica en la tabla 4, la variable *Edad* se relacionó positiva y significativamente con el factor *Bulimia* del Inventario de Trastornos Alimentarios (EDI) -aunque con un estadístico bajo-, mientras que con los factores *Miedo a Madurar*, *Inefectividad* y *Desconfianza Interpersonal* su correlación fue significativa pero en dirección negativa, es decir, a menor *Edad* en las estudiantes de danza, mayor *Miedo a Madurar*, *Inefectividad* y *Desconfianza Interpersonal*.

La variable *Tiempo de Estudiar Danza* correlacionó significativamente en dirección negativa con el factor *Miedo a Madurar* —siendo su estadístico no relevante—, así como con el factor *Desconfianza Interpersonal* del inventario EDI, lo que implica que a menor tiempo de estudiar danza, mayor *Miedo a Madurar* y *Desconfianza Interpersonal*.

Cabe señalar que los factores *Miedo a Madurar* y *Desconfianza Interpersonal* correlacionaron significativa y negativamente con las variables *Edad* y *Tiempo de estudiar Danza*, sin embargo, sólo el estadístico del factor *Desconfianza Interpersonal* en su relación con la *Edad* parece relevante.

	INVENTARIO DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS (EDI)							
	FACTORES							
	MM	IC	B	MA	II	I	P	DI
EDAD	$r_s = -0.34$ $p < 0.001$	$r_s = 0.20$ $p = 0.10$	$r_s = 0.28$ $p < 0.01$	$r_s = 0.13$ $p = 0.25$	$r_s = -0.15$ $p = 0.19$	$r_s = -0.27$ $p < 0.02$	$r_s = 0.17$ $p = 0.10$	$r_s = -0.48$ $p < .0001$
TIEMPO DE ESTUDIAR DANZA	$r_s = -0.28$ $p < 0.01$	$r_s = -0.05$ $p = 0.60$	$r_s = 0.10$ $p = 0.30$	$r_s = 0.05$ $p = 0.65$	$r_s = 0.01$ $p = 0.90$	$r_s = -0.21$ $p = 0.06$	$r_s = 0.18$ $p = 0.10$	$r_s = -0.31$ $p < 0.001$

Tabla 4. Correlación de Spearman entre las variables *Edad* y *Tiempo de Estudiar Danza* con cada uno de los factores del *Inventario de Trastornos Alimentarios (EDI)*.

MM= Miedo a Madurar.

IC= Insatisfacción Corporal.

B= Bulimia.

MA= Motivación para Adelgazar.

II= Identificación de la Interocepción

I= Inefectividad.

P= Perfeccionismo.

DI= Desconfianza Interpersonal.

RELACIONES ENTRE LAS SUBESCALAS DE CADA UNO DE LOS CUESTIONARIOS

1ª FASE

Los resultados obtenidos en la correlación de los factores del inventario EDI, con los totales y factores de los cuestionarios EAT y BULIT de la primer fase se señalan en la tabla 5. Como se puede apreciar sólo los factores de *Insatisfacción Corporal*, *Motivación para Adelgazar* y *Desconfianza Interpersonal* del inventario EDI, presentan correlaciones significativas y con estadísticos más relevantes:

- **Insatisfacción Corporal.** Esta subescala muestra una correlación significativa y positiva con el factor *Sentimientos Negativos después de una Sobreingesta* del cuestionario BULIT, siendo su estadístico relevante. Es decir, a mayor *Insatisfacción Corporal*, mayores *Sentimientos Negativos después de una Sobreingesta* en las jóvenes.
- **Motivación para Adelgazar.** Esta subescala muestra una correlación significativa y positiva con el factor *Dieta, Bulimia* y el *total del cuestionario EAT* y sólo en el caso de el factor *Dieta* y el *total del EAT* los estadísticos fueron relevantes. También presentaron correlaciones significativas y positivas con el factor *Sentimientos Negativos* y el *total del BULIT*, con estadísticos útiles para predecir. Dichas relaciones marcan que a mayor *Motivación por Adelgazar*, mayor frecuencia de dietas, síntomas bulímicos y *Sentimientos Negativos después de una Sobreingesta*.
- **Desconfianza Interpersonal.** Esta subescala muestra una relación significativa y positiva con el factor *Control Oral* del *EAT*, siendo su estadístico relevante, por lo que a mayor *Desconfianza Interpersonal*, mayor restricción alimentaria en las jóvenes.

Por otro lado, sólo el factor *Motivación para Adelgazar* tuvo mayor número de correlaciones estadísticamente significativas con los cuestionarios EAT y BULIT, mientras que el factor *Insatisfacción Corporal* correlacionó sólo con el cuestionario BULIT, y el factor *Desconfianza Interpersonal* correlacionó significativamente con el cuestionario EAT.

	INVENTARIO DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS EDI (1º FASE)							
	M.M.	I.C.	B.	M.A.	I.I.	I.	P.	D.I.
EAT TOTAL	$r_s = 0.25$ $p < 0.03$	$r_s = 0.27$ $p < 0.02$	$r_s = 0.17$ $p = 0.14$	$r_s = 0.63$ $p < 0.001$	$r_s = 0.21$ $p = 0.08$	$r_s = 0.18$ $p = 0.13$	$r_s = 0.26$ $p < 0.05$	$r_s = 0.16$ $p = 0.17$
CONTROL ORAL	$r_s = 0.28$ $p < 0.02$	$r_s = 0.10$ $p = 0.39$	$r_s = 0.02$ $p = 0.84$	$r_s = 0.22$ $p = 0.06$	$r_s = 0.12$ $p = 0.30$	$r_s = 0.14$ $p = 0.23$	$r_s = 0.19$ $p = 0.10$	$r_s = 0.52$ $p < 0.001$
DIETA	$r_s = 0.26$ $p < 0.02$	$r_s = 0.29$ $p < 0.01$	$r_s = 0.24$ $p < 0.05$	$r_s = 0.65$ $p < 0.001$	$r_s = 0.22$ $p = 0.06$	$r_s = 0.20$ $p = 0.09$	$r_s = 0.20$ $p = 0.09$	$r_s = -0.02$ $p = 0.88$
BULIMIA	$r_s = 0.20$ $p = 0.08$	$r_s = -0.06$ $p = 0.63$	$r_s = 0.15$ $p = 0.21$	$r_s = 0.36$ $p < 0.001$	$r_s = 0.14$ $p = 0.23$	$r_s = 0.05$ $p = 0.65$	$r_s = 0.17$ $p = 0.15$	$r_s = -0.03$ $p = 0.81$
BULIT TOTAL	$r_s = -0.12$ $p = 0.29$	$r_s = 0.36$ $p < 0.001$	$r_s = 0.36$ $p < 0.001$	$r_s = 0.39$ $p < 0.001$	$r_s = 0.10$ $p = 0.40$	$r_s = 0.04$ $p = 0.74$	$r_s = 0.13$ $p = 0.29$	$r_s = -0.30$ $p < 0.01$
SOB. INGESTA	$r_s = 0.08$ $p = 0.48$	$r_s = 0.25$ $p < 0.05$	$r_s = 0.36$ $p < 0.001$	$r_s = 0.23$ $p < 0.05$	$r_s = 0.29$ $p < 0.01$	$r_s = 0.21$ $p = 0.08$	$r_s = 0.23$ $p < 0.05$	$r_s = -0.02$ $p = 0.89$
SEN. NEG.	$r_s = -0.17$ $p = 0.15$	$r_s = 0.41$ $p < 0.001$	$r_s = 0.36$ $p < 0.001$	$r_s = 0.46$ $p < 0.001$	$r_s = 0.07$ $p = 0.55$	$r_s = 0.04$ $p = 0.74$	$r_s = 0.08$ $p = 0.52$	$r_s = -0.31$ $p < 0.001$
CON. COM.	$r_s = 0.05$ $p = 0.65$	$r_s = 0.16$ $p = 0.17$	$r_s = 0.21$ $p = 0.08$	$r_s = 0.11$ $p = 0.34$	$r_s = 0.13$ $p = 0.28$	$r_s = 0.22$ $p = 0.06$	$r_s = 0.21$ $p = 0.07$	$r_s = 0.004$ $p = 0.98$

Tabla5. Correlación de las subescalas del Inventario de Trastornos Alimentarios (EDI), con los factores y totales del BULIT y EAT en la primer fase.

2ª FASE

Los resultados obtenidos en la correlación entre los cuestionarios EAT, BULIT y EDI de la segunda fase, se presentan en la tabla 6, en ésta se puede apreciar que sólo las subescalas de *Insatisfacción Corporal*, *Motivación para Adelgazar* e *Identificación de la Interocepción* tienen correlaciones relevantes, de esta manera se observa que:

- **Insatisfacción Corporal.** Esta subescala correlaciona de manera significativa y positiva con el factor *Dieta y el total del EAT*. En lo que respecta al cuestionario BULIT, presentó correlaciones significativas y positivas con los factores *Sobreingesta* y *Sentimientos Negativos después de una Sobreingesta*, así como con el total. Es decir, a mayor *Insatisfacción Corporal*, mayor frecuencia de *Dietas*, a la vez que aumenta el número de episodios de *sobreingesta* y los *Sentimientos Negativos* posteriores a éstos, así como síntomas bulímicos en las estudiantes de danza. La subescala de *Insatisfacción Corporal* presentó mayor relación con el cuestionario BULIT.
- **Motivación para Adelgazar.** Esta subescala presentó correlaciones relevantes y en dirección positiva con los factores *Control Oral*, *Dieta* y el total del EAT, mientras que con el cuestionario BULIT, sólo correlacionó significativa y positivamente con su total y con el factor *Sentimientos Negativos después de una Sobreingesta*. Lo que sugiere que a mayor *Motivación para Adelgazar*, mayor *Control Oral*, frecuencia de *Dietas*, *Sentimientos Negativos después de una Sobreingesta* y síntomas bulímicos en las jóvenes.
- **Identificación Interoceptiva.** Como se puede observar, esta subescala sólo correlacionó significativamente y en dirección positiva con el factor *Dieta* del EAT. Por lo que a mayor

Identificación Interoceptiva, mayor frecuencia de dietas en las participantes.

Como se puede apreciar, en esta fase, se observaron relaciones con estadísticos muy altos que no se presentaron durante la primera fase. Las subescalas *Insatisfacción Corporal* con el factor *Dieta*, el total del EAT, el factor *Sobreingesta* y el total del BULIT, *Motivación para Adelgazar* con el factor *Control Oral* del EAT; e *Identificación Interoceptiva* con el factor *Dieta* del EAT. Mientras que dos relaciones desaparecen: *Motivación para Adelgazar* en su relación con el factor *Bulimia* del EAT y *Desconfianza Interpersonal* con el factor *Control Oral* del EAT.

Es importante señalar que en la segunda fase, además de aumentar el número de correlaciones significativas, los estadísticos fueron considerablemente más altos, por lo que se puede considerar que a mayor tiempo se acentúan ciertas relaciones, especialmente en las subescalas de *Insatisfacción Corporal* y *Motivación para Adelgazar*, siendo esta última la más relevante en las dos fases, por lo que se podría considerar como indicador de riesgo y/o factor mantenedor de trastornos alimentarios.

INVENTARIO DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS EDI (2° FASE)								
	M.M.	I.C.	B.	M.A.	I.I.	I.	P.	D.I.
EAT TOTAL	$r_s = 0.28$ $p < 0.05$	$r_s = 0.59$ $p < 0.001$	$r_s = 0.28$ $p = 0.053$	$r_s = 0.79$ $p < 0.001$	$r_s = 0.31$ $p < 0.05$	$r_s = 0.17$ $p = 0.29$	$r_s = 0.27$ $p = 0.056$	$r_s = 0.16$ $p = 0.28$
CONTROL ORAL	$r_s = -0.05$ $p = 0.71$	$r_s = 0.01$ $p = 0.95$	$r_s = -0.16$ $p = 0.28$	$r_s = 0.39$ $p < 0.001$	$r_s = 0.05$ $p = 0.97$	$r_s = -0.11$ $p = 0.45$	$r_s = 0.02$ $p = 0.87$	$r_s = 0.02$ $p = 0.87$
DIETA	$r_s = 0.26$ $p = 0.07$	$r_s = 0.75$ $p < 0.001$	$r_s = 0.16$ $p = 0.28$	$r_s = 0.89$ $p < 0.001$	$r_s = 0.39$ $p < 0.001$	$r_s = 0.27$ $p = 0.06$	$r_s = 0.25$ $p = 0.09$	$r_s = 0.04$ $p = 0.77$
BULIMIA	$r_s = -0.18$ $p = 0.21$	$r_s = 0.04$ $p = 0.79$	$r_s = 0.05$ $p = 0.72$	$r_s = 0.09$ $p = 0.53$	$r_s = 0.03$ $p = 0.83$	$r_s = 0.04$ $p = 0.79$	$r_s = -0.09$ $p = 0.53$	$r_s = -0.23$ $p = 0.10$
BULITOTAL	$r_s = 0.18$ $p = 0.20$	$r_s = 0.64$ $p < 0.001$	$r_s = 0.34$ $p < 0.01$	$r_s = 0.57$ $p < 0.001$	$r_s = 0.29$ $p < 0.05$	$r_s = 0.33$ $p < 0.01$	$r_s = 0.19$ $p = 0.19$	$r_s = 0.14$ $p = 0.32$
SOBINGESTA	$r_s = 0.15$ $p = 0.30$	$r_s = 0.51$ $p < 0.001$	$r_s = 0.25$ $p = 0.08$	$r_s = 0.33$ $p < 0.01$	$r_s = 0.03$ $p = 0.81$	$r_s = 0.20$ $p = 0.17$	$r_s = 0.04$ $p = 0.78$	$r_s = 0.28$ $p < 0.05$
SENTIMIENTO SNEG	$r_s = 0.03$ $p = 0.84$	$r_s = 0.49$ $p < 0.001$	$r_s = 0.32$ $p < 0.05$	$r_s = 0.52$ $p < 0.001$	$r_s = 0.29$ $p < 0.05$	$r_s = 0.31$ $p < 0.05$	$r_s = 0.19$ $p = 0.18$	$r_s = 0.02$ $p = 0.87$
CON COMPENSATORIAS	$r_s = 0.30$ $p < 0.05$	$r_s = 0.16$ $p = 0.27$	$r_s = 0.02$ $p = 0.89$	$r_s = 0.13$ $p = 0.39$	$r_s = 0.01$ $p = 0.93$	$r_s = 0.04$ $p = 0.80$	$r_s = -0.06$ $p = 0.70$	$r_s = -0.10$ $p = 0.49$

Tabla 6. Correlación de las subescalas del Inventario de Trastornos Alimentarios (EDI), con los factores y totales del BULIT y EAT en la segunda fase.

ESTA TESIS NO SALE
 DE LA BIBLIOTECA

COMPARACIÓN ENTRE LOS GRUPOS CON TRASTORNO Y SIN TRASTORNO DE LA 1ª Y 2ª FASE.

El análisis correspondiente a las diferencias entre los grupos con trastorno y sin trastorno de la primera y segunda fase con respecto a los factores del EDI, se presenta en la tabla 8.

Como se puede observar, las subescalas de *Miedo a Madurar*, *Insatisfacción Corporal*, *Motivación para Adelgazar*, *Identificación de la Interocepción e Inefectividad*, presentaron diferencias estadísticamente significativas.

- **Miedo a Madurar.** Esta subescala mostró diferencias entre los grupos *con trastorno* de la primera fase y el grupo *sin trastorno* de la segunda fase, además los promedios disminuyeron en los grupos *con trastorno* y *sin trastorno* de la segunda fase, siendo el grupo *con trastorno* de la primera fase es más alto.
- **Insatisfacción Corporal.** Presentó diferencias significativas entre el grupo *sin trastorno* de la primera fase y el grupo *con trastorno* de la segunda fase. También se observó que las puntuaciones de todos los grupos aumentaron con el paso del tiempo, siendo más altas las puntuaciones del grupo *con trastorno* de la segunda fase.
- **Motivación para Adelgazar.** Como se observa, en esta subescala los grupos *con trastorno* y *sin trastorno* de cada fase se diferencian entre sí, además de que la tendencia de los datos indica un aumento en los cuatro grupos.
- **Identificación de la Interocepción.** En esta subescala se aprecian diferencias entre los grupos *sin trastorno* y *con trastorno* de la segunda fase, por otra parte, los datos de los grupos *sin trastorno* disminuyen, mientras que en el caso de los grupos *con trastorno* aumentan.

- **Inefectividad.** Esta subescala mostró diferencias entre los grupos *con trastorno* de la primera fase y *sin trastorno* de la segunda fase, además, los datos de los grupos *sin trastorno* y *con trastorno* disminuyeron.

Cabe señalar que la subescala de *Desconfianza Interpersonal* mostró diferencias significativas, sin embargo, al aplicar la prueba de corrección, no mostró ninguna diferencia entre los grupos.

Es importante señalar que en la subescala de *Motivación para Adelgazar* los grupos con trastorno y sin trastorno de la primera y segunda fase se diferencian entre sí, es decir, esta subescala se presenta tanto en la primera como en la segunda fase, aumentando con el paso del tiempo.

ANÁLISIS DE LA VARIABLE PERFECCIONISMO

Dada la importancia que la literatura atribuye al *Perfeccionismo*, se presenta un resumen de los resultados obtenidos respecto a esta variable en la tabla 9. En ésta se observa que ante el aumento de perfeccionismo, también aumentaron los síntomas de trastornos alimentarios en las estudiantes de danza, así como se presentaron un mayor número de conductas de sobreingesta seguidas de sentimientos negativos, aumentando la practica de conductas compensatorias.

Por otro lado, los resultados de la comparación entre los grupos en relación al Perfeccionismo, no indicaron diferencias significativas, y la tendencia de estos datos indican una estabilidad.

P E R F E C C I O N I S M O	CUESTIONARIO DE ACTITUDES ALIMENTARIAS (EAT)						
	Control oral		Dieta		Bulimia	Total.	
	$r_s = 0.19$ $p = 0.10$		$r_s = 0.20$ $p = 0.09$		$r_s = 0.17$ $p = 0.15$	$r_s = 0.26$ $p < 0.05$	
	CUESTIONARIO DE BULIMIA (BULIT)						
	Sobreingesta		Sent.Negativos		Cond.Comp.	Total.	
	$r_s = 0.23$ $P < 0.05$		$r_s = 0.08$ $P = 0.52$		$r_s = .21$ $P = 0.07$	$r_s = 0.13$ $p = 0.29$	
	COMPARACIÓN ENTRE GRUPOS ANOVA						
	Primera Fase			Segunda Fase			
	Sin Trastorno		Con Trastorno		Sin Trastorno	Con Trastorno	Valor de F
	$\bar{X} = 7.81$ EE = 0.75		$\bar{X} = 8.86$ EE = 0.68		$\bar{X} = 6.30$ EE = 0.63	$\bar{X} = 6.95$ EE = 0.83	F = 2.03 p = 0.11
	\bar{X} = Mediana						
	EE = Error Estándar						

Tabla 9. Análisis de la variable Perfeccionismo con las subescalas y totales de los cuestionarios EAT y BULIT así como con los grupos con trastorno y sin trastorno de la primera y segunda fase.

9. DISCUSIÓN

De acuerdo al diagnóstico realizado con base a la entrevista (IDED), podemos afirmar la presencia de trastornos alimentarios en estudiantes de danza. El trastorno más frecuente fue la Anorexia Nerviosa (18%), porcentaje similar al observado para el caso de los Trastornos Alimentarios No Especificados, siendo la Bulimia Nerviosa el trastorno de menor frecuencia (4%).

En otros países se ha señalado una alta frecuencia de trastornos alimentarios en estudiantes de danza 6.8% (Garner y Garfinkel, 1985) y 5% (Abraham, 1996), a diferencia de muestras comunitarias; no obstante, en el presente estudio el porcentaje de casos con psicopatología alimentaria fue mayor (22%); de hecho la presencia de sintomatología de trastorno alimentario en muestras comunitarias en México (8.3%) (Mancilla, Alvarez, López, Mercado, Manríquez y Roman, 1998) supera el porcentaje señalado por Garner y Garfinkel (1985) y Abraham (1996a). Una posible explicación a esto es considerar que la detección de trastornos alimentarios en México es muy reciente, por lo que no existen programas de prevención para dichos trastornos, los cuales se han comenzado a implementar en otros países.

Lo cierto es que la alta presencia de trastornos alimentarios en estudiantes mexicanas de danza hace inminente el requerimiento de las labores de prevención y detección en dicha población, ya que además, otro estudio realizado en México con estudiantes de danza obtuvo una frecuencia similar a la del presente estudio (Vázquez, Alvarez, Ocampo y Mancilla 2000).

La consideración de las variables Edad y Tiempo de Estudiar Danza en su relación con los cuestionarios de actitudes alimentarias

(EAT) y de sintomatología bulímica (BULIT) fue relevante en la presente investigación al confirmar su relación con factores de riesgo de psicopatología alimentaria, como lo señalan Garner y Garfinkel (1980).

Los resultados de este análisis pueden parecer contradictorios, si comparamos lo obtenido con los cuestionarios EAT y BULIT. Por una parte el cuestionario EAT señala que a menor *Edad*, mayor restricción alimentaria y a menor *Tiempo de Estudiar Danza* mayor puntuación en la subescala bulimia. Por otra parte, cuando analizamos la relación del cuestionario BULIT con estas dos variables -*Edad y Tiempo de Estudiar Danza*-, encontramos una relación inversa; a mayor *Edad*, mayores Sentimientos Negativos después de una *Sobreingesta* y mayor número de síntomas bulímicos; a mayor *Tiempo de Estudiar Danza* mayores Sentimientos Negativos después de una *Sobreingesta*.

Considerando los resultados del cuestionario EAT, serían opuestos a lo que señala la literatura con respecto a que los síntomas bulímicos se presentan con mayor frecuencia de los 17 años en adelante (Vargas, 1998), en tanto que los estudios en bailarinas señalan esta misma dirección (Abraham, 1996a; Abraham, 1996b), lo cual coincide con nuestros datos si analizamos el cuestionario BULIT. Por lo que los resultados obtenidos en el cuestionario EAT, podrían reflejar el impacto del comienzo de los estudios en esta disciplina que implican cambios en la esfera alimentaria e incluso en las relaciones sociales, como lo confirman los resultados del cuestionario EDI, que señalan mayor Miedo a Madurar, Inefectividad y Desconfianza Interpersonal en las estudiantes de menor edad, lo cual refleja sentimientos de inseguridad, dificultad para establecer relaciones de amistad y el deseo de estas jóvenes de permanecer en los años preadolescentes, en los que las exigencias y demandas parecieran no ser tan apremiantes.

Por otra parte, los resultados indicaron una alta frecuencia de episodios de sobreingesta seguidos de sentimientos de culpa, sin embargo, podría no tratarse de la sobreingesta asociada a la sintomatología bulímica, sino de la sensación de haber comido demasiado —sin que esto suponga en realidad la ingesta de grandes cantidades de alimento—, es decir, la sobreingesta reflejaría que las estudiantes parecen percibir que ingieren más alimentos de los quisieran para cumplir con la delgadez exigida por la profesión, lo cual se confirma por el bajo peso que presentan las estudiantes, por la baja frecuencia de conductas compensatorias y el gran deseo de ser más delgadas —información recabada en la entrevista de diagnóstico—.

Dentro de los objetivos del presente estudio se encuentra el análisis de los aspectos cognitivo-conductuales (Miedo a Madurar, Insatisfacción Corporal, Motivación por Adelgazar e Identificación de la Interocepción, comportamiento bulímico, Inefectividad, Perfeccionismo y Desconfianza Interpersonal) —que fueron contempladas a través del cuestionario EDI—, por su vinculación como posibles indicadores de riesgo y mantenimiento de estos trastornos. De acuerdo a los resultados del presente estudio, se observó que la *Motivación para Adelgazar* destacó principalmente —ya que se presentó de manera constante a lo largo del tiempo—, la *Insatisfacción Corporal* cobró importancia debido a que su frecuencia aumentó a media que pasaba el tiempo permitiendo una mejor diferenciación entre los grupos con y sin trastorno; en menor medida fueron relevantes *Miedo a Madurar e Identificación Interoceptiva* —por sus diferencias entre los grupos—. Mientras que el aspecto referente a la *Inefectividad* solo mostró relevancia en la medida en que diferenció a los grupos.

Para un mejor análisis, a continuación se presentan de manera particular cada uno de los aspectos cognitivo-conductuales que fueron relevantes en el presente estudio.

La importancia de la **Motivación por Adelgazar** ha sido señalada en estudios internacionales (Attie y Brooks-Gunn, 1989) por su asociación con conductas alimentarias restrictivas (Gleaves y Eberenz (1993), lo cual coincide con lo señalado en el presente estudio, que indica una asociación de esta subescala —del EDI— con el factor Dieta del cuestionario EAT. Además, los resultados también sugieren que a mayor Motivación por Adelgazar, mayores síntomas bulímicos y sentimientos negativos después de una sobreingesta, lo cual podría indicar que para lograr la delgadez que las estudiantes desean, el método más factible y frecuentemente empleado es la práctica de dietas, lo que va iniciando un ciclo en el que la restricción alimentaria podría llegar a no tener un límite, favoreciendo el desarrollo y mantenimiento de trastornos alimentarios, específicamente de anorexia nerviosa (trastorno de mayor frecuencia entre las estudiantes de danza), prueba de esto es que se presentó de manera más acentuada y constante a lo largo del tiempo en el grupo con trastorno alimentario. Por lo que el deseo de delgadez inherente en las estudiantes de danza es muy relevante y podría considerarse como un indicador de riesgo de psicopatología alimentaria.

La **Insatisfacción Corporal** es un factor cognitivo que está presente con frecuencia dentro de los trastornos alimentarios (Thompson, 1990), reflejando la susceptibilidad que presentan las mujeres al modelo de imagen corporal de delgadez. En el caso de la danza, el cuerpo delgado que presentan las bailarinas es demandado por la profesión —sin marcar límites—, provocando una inconformidad entre estas jóvenes respecto a su aspecto físico, lo cual se confirma por la asociación del factor Insatisfacción Corporal con las subescalas sentimientos negativos después de una sobreingesta —del BULIT— y

conductas alimentarias restrictivas —del EAT—, es decir, al percibirse con más volumen en alguna parte de su cuerpo, las estudiantes se someten a restricciones alimentarias con el propósito de obtener la figura corporal que desean, sin embargo, al no tener los resultados deseados, incrementan la frecuencia de episodios de sobreingestas seguidos de sentimientos negativos. No obstante, en las estudiantes aumenta la inconformidad con su aspecto físico en la medida en que perciben no obtener la figura corporal que desean, a pesar de la alta frecuencia de conductas alimentarias encaminadas hacia la delgadez, lo que parece ilógico, por lo que estos resultados sugieren una posible alteración en la autopercepción corporal, que hace a las estudiantes de danza más susceptibles de adquirir un trastorno alimentario, específicamente anorexia nerviosa, lo que se confirma debido a que la Insatisfacción Corporal estuvo presente de manera más acentuada en el grupo con trastorno. También puede considerarse como un posible factor mantenedor de anorexia nerviosa, debido a que su frecuencia aumentó en el grupo con trastorno permitiendo diferenciarlo del grupo sin trastorno a través del tiempo.

La importancia atribuida a las cogniciones que reflejan el deseo de permanecer en los años preadolescentes —contemplado dentro de la subescala **Miedo a Madurar** del EDI—, ha sido señalada por su asociación con la sintomatología de la anorexia nerviosa, en estudios con muestras comunitarias (Crisp, 1980). En México, resultados semejantes se han obtenido en estudiantes de danza (Vázquez, López, Álvarez, Ocampo y Mancilla, 2000).

En el presente estudio, el Miedo a Madurar cobró relevancia en la medida en que estuvo significativamente más presente en las jóvenes del grupo con trastorno alimentario; sin embargo esta característica fue disminuyendo con el paso del tiempo. Dichos resultados sugieren quizás, el temor a ganar peso corporal como resultado de los cambios del desarrollo biológico normal, lo cual fue

señalado en la entrevista, donde las estudiantes más jóvenes marcaban un temor a la menarca y a los cambios corporales inherentes a ésta. No obstante, pareciera que en la medida en que el desarrollo biológico se fue presentando —inevitablemente—, las estudiantes superan el temor hacia el peso corporal adulto.

A pesar de que el Miedo a Madurar en las estudiantes con trastorno alimentario disminuye con el tiempo, se hace importante trabajar con estas cogniciones de manera preventiva, con el propósito de evitar una posible asociación con otros factores, que puedan aumentar el riesgo de una psicopatología alimentaria, tales como Motivación para Adelgazar e Insatisfacción Corporal, señalados con anterioridad en el presente estudio.

La **Identificación Interoceptiva** refleja la incapacidad para reconocer sensaciones de hambre y saciedad, se observa principalmente en las mujeres que presentan anorexia nerviosa (Vargas, 1998), sin embargo, en el presente estudio, este aspecto llama la atención porque solo se encontró una diferencia significativa entre los grupos en la segunda fase.

La falta de identificación interoceptiva en el grupo con trastorno alimentario, sugiere que las constantes restricciones alimentarias a las que se someten las jóvenes, propician que dejen de responder a las necesidades del organismo, por lo que con el paso del tiempo la capacidad para reconocer e identificar sensaciones de hambre y saciedad disminuye en estas estudiantes —lo cual es claro por la relación de esta subescala con la escala dieta del cuestionario EAT—. Estos resultados señalan que el tiempo de estudiar danza juega un papel importante en el surgimiento de síntomas de trastornos alimentarios, por lo que se sugiere su consideración en otros estudios longitudinales que permitan confirmar su relevancia en la perpetuación de estos trastornos.

Por otra parte, la **baja autoestima** (Fernández, Turón, Menchón, Vallejo y Pitarré, 1996) y otorgar un gran valor al autocontrol (Ducker y Slade, 1995) son características de las personas que presentan anorexia nerviosa, siendo observadas en el presente estudio en las estudiantes del grupo con trastorno, no obstante, su frecuencia disminuyó con el paso del tiempo. Estos resultados indican que ante la idea de que un cuerpo delgado es sinónimo de una mejor ejecución y expresión corporal, se les exige a las estudiantes una severa disciplina encaminada principalmente hacia el peso corporal, por lo que en la medida en que las jóvenes comienzan a controlar su peso corporal se sienten más capaces, es decir, su autoestima comienza a ser regulada por el peso corporal demandado en su ambiente profesional, el cual seguramente refuerza la disminución del peso.

Por otra parte, la literatura otorga gran importancia al **Perfeccionismo** dentro de la disciplina dancística por su asociación a la anorexia nerviosa (Toro y Vilardell, 1998; Ducker y Slade, 1995), en la medida en que encierra altos estándares de logro y ejecución, por lo que su análisis en el presente estudio fue relevante.

Considerando que el Perfeccionismo está caracterizado por el establecimiento de metas y expectativas no realistas, que pueden estar orientadas en dos sentidos: hacia la necesidad de éxito, la búsqueda de perfeccionismo y el deseo de delgadez (perfeccionismo positivo), o bien, hacia la evitación del fracaso, la evitación de la imperfección y la evitación de la obesidad (perfeccionismo negativo), (Burns, cit. en Buendía, 1996). Con base a esto, las personas pueden ser consideradas dentro de tres subgrupos: 1) los impulsados por el perfeccionamiento positivo; 2) las motivadas por el perfeccionismo negativo y 3) aquellas motivadas por una combinación de ambos.

Los resultados del análisis de la variable Perfeccionismo, señalan por un lado, que ésta no diferenció a los grupos con

trastorno y sin trastorno alimentario en ninguna de las dos fases, lo cual indica que posiblemente el perfeccionismo sea una característica inherente a la profesión, coincidiendo con lo señalado por Toro (1996) y Crispo, Figueroa y Guelar (1996); por otro lado, se observó una relación con los síntomas de trastornos alimentarios evaluados a través del cuestionario EAT, así como con síntomas bulímicos y uso de conductas compensatorias evaluadas a través del BULIT, por lo que no se puede decir si las estudiantes de danza están motivadas y responden concretamente al perfeccionismo positivo encaminado hacia la necesidad de éxito y el deseo de delgadez. Esto señala la importancia de una reconceptualización teórica del perfeccionismo dentro del cuestionario EDI, lo cual se confirma debido a que en muestras comunitarias han surgido problemas al analizar esta variable (Alvarez, Franco, Alvarez, Vázquez, López y Mancilla, 2000), ya que es contemplado sólo como el planteamiento de altos estándares de logro, sin embargo, con base a estos resultados se sugiere su consideración como un constructo multidimensional que contemple la influencia de expectativas individuales y grupales, así como el sentido de éstas.

Los resultados de la presente investigación brindan la posibilidad de establecer la relevancia de los factores cognitivos y conductuales en el inicio y mantenimiento de los trastornos alimentarios en este tipo de población, sin embargo es necesario realizar más estudios longitudinales que consideren:

- El medio social de la Danza, incluyendo a los profesores.
- Un grupo control externo,
- Comparar la sintomatología entre estudiantes de Danza con trastornos alimentario y estudiantes con trastorno alimentario de muestras comunitarias.
- Debido a la relevancia observada en el impacto que tiene el inicio de los estudios de danza en las jóvenes, se sugiere la

realización de estudios que brinden información acerca de otros factores que contribuyan a desencadenar los trastornos alimentarios en esta disciplina.

10. CONCLUSIONES

- ✓ Se observó una alta frecuencia de trastornos alimentarios en estudiantes mexicanas de danza (22%), siendo la Anorexia Nerviosa, el trastorno con mayor ocurrencia (18%).
- ✓ La Edad fue más relevante que el Tiempo de Estudiar Danza en el presente estudio; presentó una asociación positiva con la sintomatología de Bulimia y negativa con la Inefectividad.
- ✓ Al parecer el inicio de los estudios de danza provoca en las jóvenes un impacto que puede ser relevante en el origen de trastornos alimentarios en esta muestra, aspecto que debe ser más estudiado.
- ✓ Dentro de los factores que se pueden considerar como indicadores de riesgo de psicopatología alimentaria se encuentran los aspectos Miedo a Madurar, Motivación por Adelgazar e Insatisfacción Corporal, así como Inefectividad.
- ✓ Los aspectos cognitivo-conductuales Motivación para Adelgazar, Insatisfacción Corporal e Identificación Interoceptiva, pueden considerarse como factores mantenedores de trastornos alimentarios en las estudiantes mexicanas de danza.
- ✓ En lo referente al cuestionario EDI, se puede mencionar que la información brindada fue satisfactoria para cumplir con los objetivos planteados, con excepción de la información obtenido en la escala de Perfeccionismo, por lo que sugiere una reconceptualización teórica de esta subescala.

11. BIBLIOGRAFIA

- Abraham, S. (1996a). Characteristics of eating disorders among young ballet dancers. Psychopatology, 29 (4) 223-229.
- Abraham, S. (1996b). Eating and weight controlling behaviours of young ballet dancers. Psychopatology, 29 (4)
- Aizpuru de la Portil, A. (1995). Los trastornos de la alimentación y las adicciones: Una perspectiva ecléctica. Psicología Iberoamericana, 3 (2).
- Albelo, I. (1994). La danza del 2000. Revista Teatral Escena. 47-51.
- Alvarez, R.; Franco, D.; Alvarez, R., G.; Vázquez, A.; López, X. y Mancilla, J (2000). Factores predictores de sintomatología de los trastornos alimentarios en población estudiantil mexicana. Psicología Contemporánea, 7 (1).
- Alvarez, R. G. (2000). Validación en México de dos instrumentos para detectar trastornos alimentarios: EAT y BULIT. Tesis de Maestría, UNAM.
- Alvarez, R. G.; Mancilla, J.; López, X.; Vázquez, R.; Ocampo, M. y López, A. (1998). Trastornos alimentarios y obesidad: Avances de investigación en una población mexicana. Revista de Psicología Contemporánea, 5 (1).
- Alvarez, R. G.; Mancilla, D. J. M.; Martínez, M. M. y López, A. X. (1998). Aspectos psicosociales de la alimentación. Psicología y Ciencia Social, 2 (1).
- Alvarez, R. G.; Mancilla, D. J. M. y Vázquez, A. (2000). Propiedades psicométricas del test de bulimia (BULIT). Revista de Psicología Contemporánea, 7 (1), 74-85.
- Alvarez, R. G.; Roman, F. M.; Manríquez, R. E. y Mancilla, D. J. M. (1996). Imagen corporal y trastornos alimentarios en una muestra de universitarias mexicanas. Psicología Social en México, 6, 536-541.
- American Psychiatric Association, (1987). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3° ed.) American Psychiatric Association: Washington.

- American Psychiatric Association, (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4° ed.) American Psychiatric Association: Washington.
- Attie, I. y Brooks-Gunn, J. (1989). Development of eating problems in adolescent girls: a longitudinal study. Developmental Psychology, 26, 70-79.
- Baas, M. A.; Wakefield, L. M. y Kolasa, K. M. (1979). Community nutrition and individual food behavior. Minnessota: Burgess.
- Bejarano, G. (1995). La gestualidad en la danza: Lenguaje no verbal. Revista Teatral Escena, 17-18 (36-37), 37-40.
- Bodyadjieva, S. y Steinhausen, H. (1996). The eating attitudes test and eating disorders inventory in four bulgarian clinical and nonclinical samples. International Journal of Eating Disorders, 19 (1), 93-98
- Bruch, H. (1973). Eating disorders. New York: Basics Books.
- Bruchon-Schweiteer, M. (1992). Psicología del cuerpo. Barcelona: Herder.
- Buendía, J. (1996). Psicopatología en niños y adolescentes. Madrid: Pirámide.
- Castro, J.; Toro, J.; Salmero, M. y Guimerá, E. (1991). The eating attitudes test: validation of the spanish version. Psychological Assessment, 2, 175-190.
- Cervera, S.; Zapata, R.; Gual, P.; Quintanilla, B. y Arce, G. (1990). No te rindas ante los trastornos del peso. Madrid: Rialp.
- Corominas, A. y De Gandarias, J. M. (1979). Elementos de nutrición. España: Universidad de Barcelona.
- Crisp, A. (1980). Anorexia nervosa. Nueva York: Gruney Stratton.
- Crispo, R.; Figueroa, E. y Guelar, D. (1996). Anorexia y bulimia, lo que hay que saber. Barcelona: Gedisa.
- Dallal, A. (1989). La danza en México. México: UNAM, Instituto de Investigaciones Estéticas.
- Ducker, M. y Slade, R. (1995). Anorexia nerviosa y bulimia. México: Noriega.
- Escobar, I. M. (1982). 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. Universidad Iberoamericana.

- Fernández, F.; Turón, J. V.; Menchón, J. M.; Vallejo, J. y Pitarré, J. (1996). Ansiedad social y dificultades interpersonales en la anorexia nerviosa. Consideraciones terapéuticas. Revista de Psiquiatría, 23 (1).
- Ferran, A. M. (1996). SPSS para windows: Programación y análisis estadístico. Madrid: McGraw-Hill.
- French, S. y Jeffry, R. (1994). The consequences of dieting to lose weight: effects on physical and mental health. Health Psychology, 13, 195-212.
- Fulkerson, J.; Keel, P.; Leon, G. y Dorr, T. (1999). Eating disordered behaviours and personality characteristics of high school athletes and nonathletes. International Journal of Eating Disorder, 26, 73-79.
- Furnham, A. y Calnan, A. (1998). Eating disturbance, self-esteem, reasons for exercising and body weight dissatisfaction in adolescent males. European Eating Disorders Review, 6 (1), 58-72.
- Garfinkel, P.; Kaplan, A.; Garner, D. y Darby, P. (1983). The differentiation of vomiting/weight loss as a conversion disorder from anorexia nervosa. American Journal of Psychiatry, 140 (8), 1019-1022.
- Garner, D. M. y Bemis, K. (1982). A cognitive behavioral approach to anorexia nervosa. Cognitive Therapy and Research, 6, 1-27.
- Garner, D. M. y Garfinkel, P. E. (1979). The eating attitudes test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. Psychological Medicine, 9, 273-279.
- Garner, D. M. y Garfinkel, P. E. (1985). Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia. USA: Guilford Press.
- Garner, D.; Olmstead, M.; Bohr, Y. y Garfinkel, P. (1982). The eating attitudes test: psychosometric features and clinical correlates. Psychological Medicine, 12, 871-878.
- Garner, D. M.; Olmstead, M. P. y Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorders inventory for anorexia nervosa and bulimia. International Journal of Eating Disorder, 2.
- Garner, D.; Rosen, L. y Barry, D. (1998). Eating disorders among athletes: Research and recommendations. Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 7 (4).

- Gleaves, H. y Eberenz, K. (1993). The psychopathology of anorexia nervosa: A factor analytic investigation. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 15 (2), 141-152.
- Gómez, G. (1998). Imagen corporal ¿Qué es más importante, sentirse atractivo o ser atractivo?. Psicología y Ciencia Social, 2 (1), 27-33.
- Gordon, J.; Ramsay, R. y Treasure, J. (1997). Use of aspirin to facilitate vomiting in a young woman with bulimia nervosa: A case report. International Journal of Eating Disorder, 21 (2), 201-208.
- Gros, J. y Rosen, J. C. (1998). Bulimia in adolescents: Prevalencia and psychosocial correlates. International Journal of Eating Disorders, 7 (1), 51-61.
- Guillemont, A. y Laxenaire, M. (1994). Anorexia nerviosa y bulimia: El peso de la cultura. Barcelona:Masson.
- Guimera, E. y Torrubia, R. (1987). Adaptación española del Eating Disorder Inventory (EDI) en una muestra de pacientes anoréxicas. Anales de Psiquiatría, 3 (5), 185-190.
- Guismero, G. E. (1976). Habilidades sociales y anorexia nerviosa. Madrid: Union Pontificia Comillas.
- Hernández, S.; Fernández, C. y Baptista, L. (2000). Metodología de la investigación. México: McGraw Hill.
- Hill, A. y Pallin, V. (1998). Dieting awareness and low self-worth: Related issues in 8-year-old girls. International Journal of Eating Disorder, 24, 405-413.
- Hoare, P. y Cosgrove, L. (1998). Eating habits, body-esteem and self-esteem in scottish children and adolescents. Journal of Psychosomatic Research, 45 (5), 425-431.
- Holtz, V. (1992). Factores psico-bio-sociales de los desórdenes de la alimentación: un estudio piloto en una preparatoria. Tesis de Licenciatura. Universidad Iberoamericana.
- Holtz, V. (1995). Antecedentes, historia de la anorexia nerviosa. Psicología Iberoamericana, 3(2).
- Hsu, G. L. K. y Lee, S. M. R. C. (1993). Is weight phobia always necessary for a diagnosis of anorexia nervosa?. American Journal Psychiatry, 150 (10).
- Johnson, C. y Berndt, D. (1983). Preliminary investigation of bulimia and life adjustment. American Journal Psychiatry, 140 (6), 774-777.

- Johnson, C. y Maddi, K. (1988). Etiología de la bulimia: Trastornos alimentarios perspectivas biopsicosociales. En Feinstein, C. y Sorosky, E. (Eds.). Trastornos de la alimentación. Argentina: Nueva Visión.
- Johnson, C., Powers, S. y Dick, R. (1999). Athletes an eating disorders: the national collegiate athletic association study. International Journal Eat Disorder, 26, 179-188.
- Katz, J.; Kuperberg, A.; Pollack, C.; Walsh, T.; Zumoff, B. Y Weiner, H. (1984). Is there an relationship between eating disorder an affective disorder?. New evidence from sleep recordings. American Journal of Psychiatry, 141 (6), 753-758.
- Keys, A.; Brozek, J.; Henschel, A.; Mickelsen, O. Y Taylor, H. (1950). The biology of human starvation. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Lee, S.; Lee, A. y Leung, T. (1996). Cross-cultural validity of the eating disorder inventory: A study of chinese patients with eating disorders in Hong Kong. International Journal of Eating Disorders, 23, 177-188.
- Lee, S; Lee, A.; Leung, T. y Yu, H. (1997). Psychometric properties of the eating disorders inventory (EDI-1) in a nonclinical chinese population in Hong Kong. International Journal of Eating Disorders, 21 (2), 187-194.
- MacRae, S. (1994). Modelos y métodos para las ciencias del comportamiento. Barcelona: Ariel.
- Mancilla, M.; Alvarez, R.; López, A.; Mercado, L.; Manríquez, R. y Roman, F. (1998). Trastornos alimentarios y factores asociados en universitarias mexicanas. Psicología y Ciencia Social, 2 (1), 34-42.
- Mancilla, D. J. M.; Manríquez, R. E.; Mercado, L.; Román, F. M. y Alvarez, R., G. (1996). Valoración de la ocurrencia de trastornos alimentarios en universitarias. Memorias de la II conferencia Latinoamericana de promoción de la Salud y Educación para la Salud. Santiago, Chile.
- Márquez, R. (1997). La influencia de la danza clásica en el autoconcepto de un grupo de adolescentes de sexo femenino de nivel socioeconómico medio bajo. Tesis. Universidad Iberoamericana.
- Mora, M. (1992). Modelo causal explicativo del comportamiento bulímico en una muestra universitaria. Tesis Doctoral. Universidad Autonoma de Barcelona.

- Norring, C. y Sohlberg, S. (1988). Eating Disorder Inventory in swenden: description, cross-cultural comparison, and clinical utility. Acta Psychiatr Scand, 78, 567-575.
- Ocampo, T.; López, A.; Alvarez, R. y Mancilla, D. (1999). Percepción de la imagen corporal en estudiantes de danza clásica, con y sin trastorno alimentario. Estudios de Antropología Biológica, 9, 521-531.
- Ogden, J. y Thomas, D. (1997). The role of familial values in understanding the impact of social class on weight concern. International Journal of Eating Disorders, 25, 273-279.
- Pasamontes, M., Fernández, A. F., Turon, G. V. y Vallejo, R. J. (1988). Bulimia nerviosa y modelo adictivo. Una revisión teórica. Anales de Psiquiatría, 14 (5).
- Pinhas, L.; Toner, B.; Ali, A.; Garfinkel, P. y Stuckless, N. (1999). The effects of the ideal of female beauty on mood and body satisfaction. International Journal of Eating Disorders, 25, 223-226.
- Pliner P. y Haddock, G. (1996). Perfectionism in weight concerned and unconcerned woman: And experimental approach. International journal of Eating Disorders, 19 (4), 381-389.
- Polivi, J. y Herman, P. (1985). Dieting and binging: A causal analysis. American Psychologist, 40 (2), 193-201.
- Pope, H.; Hudson, J.; Jonas, J. y Yurgelon-T, D. (1983). Bulimia treated with Imipramine: A placebo-controlled, double-blind study. American Journal Psychiatry, 140 (5), 554-559.
- Probst, M.; Vandereyken, W.; Vanderlinden, J. y Coppenolle, H. (1998). The significance of body size estimation in eating disorders: Its relationships with clinical and psychological variables. International Journal of Eating Disorders, 24, 167-174.
- Puhl, J., Brown, H. y Voy, R. (1988). Sport science perspectives for woman. Champaign, Illinois: Human kinetics Books.
- Pyle, R.; Mitchell, J. y Eckert, E. (1981). Bulimia a report of 34 cases. Journal of Clinical Psychiatry, 42 (2), 60-64.
- Raich, R. M. (1994). Anorexia y bulimia: Trastornos alimentarios. Madrid: Pirámide.
- Raich, R. (1998). Definición, evolución del concepto y evaluación del trastorno de la imagen corporal. Psicología y Ciencia, 2 (1), 15-26.

- Raich, R.; Deus, J.; Muñoz, M.; Pérez, O. y Reguera, A. (1991). Evaluación de la preocupación por la figura en una muestra de adolescentes catalanas. Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona, 18, 210-220.
- Rausch, H. y Bay, L. (1990). Anorexia nerviosa y bulimia. México: Paidós.
- Richins, M. (1991). Social comparison and the idealised images of advertising. Journal of Consumer Research, 18, 71-83.
- Rippon, C.; Nash, J.; Myburgh, K. y Noakes, T. (1988). Abnormal eating attitudes test scores predict menstrual dysfunction in lean females. International Journal of Eating Disorders, 7 (5), 617-624.
- Rivinus, T.; Biederman, J.; Herzog, D.; Kemper, K.; Harper, G.; Harmatz, J. y Houseworth, S. (1984). Anorexia nervosa and affective disorders: A controlled family history study. American Journal Psychiatry, 141 (11), 1414-1418.
- Russell, G. (1979). Bulimia nervosa: An ominous variant of anorexia nervosa. Psychological Medicine, 9, 429-448
- Slade, P. (1996). Modelo explicativo causal para la anorexia y bulimia nerviosa. Cap. 19. En Buendía (Ed.). Psicopatología en niños y adolescentes. Madrid: Pirámide.
- Smith, C. y Telen, M. (1984). Development and validation of a test for bulimia. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52 (5), 863-872.
- Smolak, L.; Murnen, S. y Ruble, A. (2000). Famele athletes and eating problems: A metanalysis. International Journal of Eating Disorders, 27 (4), 371-380.
- Springer, E.; Winzelberg, A.; Perkins, R. y Taylor, B. (1999). Effects of a body image curriculum for college students on improved body image. International Journal of Eating Disorders. Vol. 26, p.p. 13-20.
- Stern, S.; Dixon, k.; Nemzer, E.; Lake, M.; Sansone, R.; Smeltzer, D.; Lantz, S. y Schrier, S. (1984). Affective disorder in the families of women with normal weight bulimia. American Journal Psychiatry. Vol. 141 (10), p.p. 1224-1227.
- Strong, K. y Huon, G. (1996). An evaluation of a structural model for studies of the initiation of dieting among adolescent girls. Journal of Psychosomatic Research, 44 (3/4), 315-326.

- Szekely, C., Raffled, C. y Snodyrass, G. (1989). Psychological Reports, (65), p.p. 795-800.
- Thompson, C. (1991). Los orígenes de la psiquiatría moderna. Barcelona: Ancora. Cap.13
- Thompson, J. (1990). Body image, disturbance: Assessment and treatment. N.Y.: Pergamon Press.
- Thompson, K.;Covert, M. y Stormer, S. (1999). Body image, social comparison, and eating disturbance: A covariance structure modeling investigation. International Journal of Eating Disorder, 23, 43-51.
- Tiggeman, M. y Pickering, A. (1996).Role of television in adolescent women's body dissatisfaction and drive for thinness. International Journal of Eating Disorders, 20 (2), 199-203
- Toro, J. y Vilardell, E. (1987). Anorexia Nerviosa. Madrid: Martínez.Roca.
- Toro, J. (1996). El cuerpo como delito: anorexia, bulimia, cultura y sociedad. Barcelona: Ariel.
- Unikel, S y Gómez, P. (1996). Trastornos de la conducta alimentaria en muestras de mujeres adolescentes estudiantes de danza, secundaria y preparatoria. Psicopatología, 16, 121-126.
- Vaisman, N. y Voet, H. (1996). Weight perception of adolescent dancing school students. Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 150.
- Vargas, A. E. (1998). Desarrollo de una investigación de mercado sobre los desórdenes de la alimentación con estudiantes y consideraciones al respecto. Tesis de Licenciatura. Universidad Iberoamericana.
- Vázquez, A. R. (1997). Aspectos familiares en la bulimia y anorexia nerviosa. Tesis Doctoral. Barcelona.
- Vázquez, A.; López, A.; Alvarez, R.; Ocampo, T. y Mancilla, D. (2000). Trastornos alimentarios y factores asociados en universitarias mexicanas de danza: Un estudio preliminar. Psicología Contemporánea, 7 (1).
- Welch, P. (1998). Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en secundarias y preparatorias laicas y religiosas de la ciudad de México. Tesis de Licenciatura. Universidad Iberoamericana, México.

Willi, J. y Grossmann, S. (1983). Epidemiology of anorexia nervosa in a defined region of switzerland. American Journal Psychiatry, 140 (5), 564-567.

Williamson, D. A. (1990). Assessment of eating disorders: Obesity, anorexia and bulimia nervosa. U.S.A.: Pergamon Press.