

# **UNIVERSIDAD DEL TEPEYAC**

ESCUELA DE PSICOLOGÍA.

CON ESTUDIOS RECONOCIDOS OFICIALMENTE POR  
ACUERDO NO. 3213-25 CON FECHA 13-VI-1997.  
DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MÉXICO.

## **INCIDENCIA DE LA ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSA EN UN GRUPO DE BAILARINAS DE BALLET**

**TESIS**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA

**LAURA MARÍA ISABEL RUIZ OCÁDIZ**

MÉXICO D.F.

2007



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.

# **UNIVERSIDAD DEL TEPEYAC**

**ESCUELA DE PSICOLOGÍA.**

**CON ESTUDIOS RECONOCIDOS OFICIALMENTE POR  
ACUERDO NO. 3213-25 CON FECHA 13-VI-1997.  
DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MÉXICO.**

## **INCIDENCIA DE LA ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSA EN UN GRUPO DE BAILARINAS DE BALLET**

**TESIS**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA**

**LAURA MARÍA ISABEL RUIZ OCÁDIZ**

**ASESOR DE TESIS:**

**LIC. EN PSICOLOGÍA. BERTILA CHAROLET HERNÁNDEZ  
CÉDULA PROFESIONAL No. 2693265**

**MÉXICO D.F.**

**2007**

## AGRADECIMIENTOS

A mi mamá Graciela Ocádiz Amézaga

Por el milagro de ser mi madre, quien dedicó su vida para encontrar mi felicidad y me motiva para ser una excelente persona y psicóloga.

"Lo más increíble de los milagros es que ocurren"

(Gilberth Keith Chesterton).

A mi papá Enrique Ruiz de la Torre

Por enseñarme a luchar por lo que deseo y apoyarme en todos los acontecimientos durante mi carrera profesional.

A Jesucristo Misericordioso

Gracias por todo, pero principalmente por enfocar mi vida al altruismo. "Busqué a Jesucristo y me escuchó y me libró de todos mis temores" Salmo 34,5

En Memoria de mi tío Ricardo Ocádiz Amézaga †

Por crear con su cariño música para mi vida, por la fe que siempre me enseñó que me hizo culminar mi carrera profesional y ahora me hace pensar que algún día lo volveré a ver.

“La música puede dar nombre a lo innombrable y comunicar lo desconocido” (Leonard Bernstein, director de orquesta).

En este apartado de mi Tesis menciono a las personas que estuvieron conmigo desde el inicio hasta el final de mi carrera profesional.

A mi familia: con respeto y admiración

A mi abuelita Celia Amézaga Franco † por su comprensión, amor y grandeza humana que siempre llevé conmigo y me dio valor para continuar en mi vida y finalizar mis estudios. Te extraño.

A mi abuelito Luís Ocádiz López † por darme la noción más exacta sobre la causa de las cosas, por motivarme en cada uno de mis logros y mis sueños. No importa lo que haya sucedido, sólo importa el cariño que nos tenemos hoy y siempre.

A mi tío Bek, siempre en buenas y malas, con mucho cariño. Gracias por ser parte de mi familia.

Detrás de este Sueño Profesional.

A mi Asesora:

Lic. Bertila Charolet Hernández, gracias por todo el tiempo que dedicaste a este sueño, tu fuiste importante en mi vida profesional por que me has mostrado que puedo conseguir lo que deseo. Valoro mucho que hayas compartido tus conocimientos conmigo.

Para la Lic. Edith Castañeda, agradezco por enseñarme los pasos para terminar mi carrera y principalmente por alentarme a conseguir más.

A mis Maestros:

Lic. Alfonso Martínez, gracias por creer en mí durante la carrera profesional y por ayudarme en todo momento.

Lic. Patricia Rosas, gracias a ti pude confiar en mis conocimientos y entender que los tropiezos que la vida me depara solo causa que crezca como profesional y persona.

"Créditos exclusivos a la Institución de Ballet, donde se realizó este estudio, por abrirme las puertas y confiar en mis conocimientos".

A mi consejera:

Marina, gracias por guiarme en esta carrera y por tu amistad incondicional, te admiro mucho.

A mis rescatadores:

Ulises Romero Medina y Matiana Menchaca de Romero, por estar ahí cuando más necesitaba apoyo moral, igualmente por contribuir en cada paso "fuerte" de mi carrera profesional.

En la excursión de mis estudios, a mi mejor amiga Verónica Arroyo por estar conmigo a través del tiempo y mostrarme que los sueños profesionales se pueden cumplir, gracias por el apoyo para la búsqueda de libros especializados.

A mi amiga y colega, que me acompañó en la odisea de la carrera de psicología: Alma Verduzco, por ser mi compañera de profesión y

confidente en alegrías, lagrimas, triunfos y fracasos, gracias por jamás fallarme.

### Para Finalizar con Estima

A la Biblioteca de la Sabiduría:

Caro, Diana, Lulú y Susi, agradezco la amistad y hospitalidad que me brindaron durante toda mi carrera y principalmente por preocuparse de esta tesis refiriéndome material valioso.

|  |      |
|--|------|
| RESUMEN  | Pág. |
| INTRODUCCIÓN   | II   |
| CAPÍTULO 1 TRASTORNOS ALIMENTICIOS                               |      |
| 1.1 Alimentación   | 2    |
| 1.1.1 Nutrición  | 5    |
| 1.1.2 Grupos Nutricionales                                       | 9    |
| 1.1.3 Digestión  | 17   |
| 2.1. Ingesta de sólidos  | 20   |
| 2.1.1 Ingesta de líquidos  | 29   |
| 3.1 Trastornos Alimenticios                                      | 33   |
| 3.1.1 Clasificación de los Trastornos Alimenticios               | 35   |
| 3.1.2 Síntomas Generales   | 38   |
| 3.1.3 Características Emocionales de los Trastornos Alimenticios | 41   |
|  |      |
| CAPÍTULO 2 ANOREXIA Y BULIMIA                                    |      |
| 2.1 Definición de Anorexia                                       | 44   |
| 2.1.1 Clasificación de la Anorexia Nerviosa                      | 46   |
| 2.1.2 Síntomas de la Anorexia Nerviosa                           | 51   |
| 2.1.3 Alteraciones Fisiológicas del organismo                    | 55   |
| 2.1.4 Consecuencias de la Anorexia Nerviosa                      | 62   |
| 2.1.5 Aspectos emocionales                                       | 64   |
| 2.2 Definición de Bulimia  | 67   |
| 2.2.1 Clasificación de la Bulimia Nerviosa                       | 69   |
| 2.2.2 Síntomas de la Bulimia Nerviosa                            | 72   |
| 2.2.3 Alteraciones Fisiológicas del organismo                    | 77   |
| 2.2.4 Consecuencias de la Bulimia Nerviosa                       | 81   |

|  |     |
|--|-----|
| 2.2.5 Aspectos Emocionales   | 84  |
| 2.3 Aspectos Sociales que propician la aparición de Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa |     |
| 2.3.1 Influencia Social  | 88  |
| 2.3.2 Influencia Social en los medios de comunicación                                    | 92  |
| 2.3.3 Influencia cultural hacia la delgadez  | 96  |
| 2.3.4 Interacción social   | 101 |
| 2.3.5 Roles Sociales   | 104 |
| <br>   |     |
| CAPÍTULO 3 LA DANZA CLÁSICA  |     |
| 3.1 Danza Clásica  | 113 |
| 3.2 El cuerpo humano en la danza clásica   | 114 |
| 3.3 Características de las bailarinas de danza clásica                                   | 117 |
| 3.4 Relación de la danza clásica con la Anorexia Nerviosa Y Bulimia Nerviosa             | 122 |
| <br>   |     |
| CAPÍTULO 4 METODOLOGÍA   |     |
| 4.1 Paradigma de Investigación   | 126 |
| 4.2 Tipo de Investigación  | 127 |
| 4.3 Pregunta de Investigación  | 129 |
| 4.4 Objetivos  | 129 |
| 4.5 Hipótesis  | 130 |
| 4.6 Variables  | 130 |
| 4.7 Instrumento  | 130 |
| 4.8 Población y muestra  | 138 |
| <br>   |     |
| CAPÍTULO 5 RESULTADOS  |     |

|                                  |     |
|----------------------------------|-----|
| 5.1 Descripción de la aplicación | 140 |
| 5.2 Descripción de resultados    | 141 |
| 5.3 Análisis de resultados       | 145 |
| <br>                             |     |
| CONCLUSIONES                     | 150 |
| <br>                             |     |
| BIBLIOGRAFÍA                     | 155 |
| <br>                             |     |
| ANEXOS                           | 162 |

## RESUMEN

## RESUMEN

La presente investigación se trata de un estudio de tipo descriptivo, prospectivo, transversal y no experimental, el cual tuvo como objetivo identificar el índice de anorexia y bulimia en un grupo de adolescentes de bailarinas de ballet. La investigación se realizó a través de la aplicación del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2) que se aplicó a una muestra de 49 sujetos tipo. Los resultados arrojaron que la hipótesis planteada se rechaza, ya que el índice de anorexia y bulimia nerviosas fue inferior al 10%. Sin embargo en el análisis por indicador se obtuvieron datos significativos que hacen evidente la posibilidad de que estos trastornos se presenten en estas adolescentes. Se sugiere complementar el estudio con otras herramientas psicológicas.

# INTRODUCCIÓN

Los Trastornos Alimenticios se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria, existen dos trastornos importantes los cuales serán objeto de esta investigación: Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa.

La Danza Clásica modifica la relación del adolescente con su cuerpo y con el mundo, por ello se estudia en relación a la obsesión de mantener el peso ideal para un buen desempeño como bailarinas de Ballet, igualmente esto se puede relacionar con el interés que tiene la Bailarina de Ballet para mantener un peso adecuado; convirtiéndolo en una obsesión (DSM-IV, 1994).

Como consecuencia a los estilizados movimientos del Ballet y al progresivo ideal de la mujer en la actualidad, la Danza Clásica es una habilidad que muchas adolescentes desean desarrollar para expresar sus emociones y adelgazar su cuerpo.

Así mismo desde los años 20's hasta nuestros días, la libertad en el movimiento corporal fue el detonante de un cambio en la actitud de la mujer hacia su cuerpo, lo que causó una preocupación por el cuerpo y su peso, debido a que en la actualidad las figuras del Ballet son totalmente estéticas.

En efecto este trabajo tiene como objetivo encontrar la incidencia de la Anorexia y Bulimia Nerviosa en una muestra de Bailarinas de Ballet, por lo que planteamos la pregunta:

¿Cuál es la incidencia de la Anorexia y la Bulimia Nerviosa en adolescentes que son bailarinas de ballet en la Escuela Nacional de Danza Clásica y Contemporánea del Instituto Nacional de las Bellas Artes?

Es importante mencionar que los medios masivos de comunicación, la presión social entre otros ha sido la causa de que la mujer se perciba exitosa en su ámbito profesional, familiar, social y de pareja mientras esté delgada o estética.

Es por todo lo anterior que las adolescentes con habilidades o intereses en la Danza Clásica podrían ser una población en riesgo de presentar los trastornos alimenticios como son Anorexia y Bulimia Nerviosa, los que se estudiarán en el presente trabajo de investigación.

La hipótesis de trabajo pretende afirmar que la incidencia de la anorexia y bulimia nerviosa en un grupo de bailarinas de ballet es superior al 10%, que se tomó como base de investigaciones previas, para la obtención de resultados.

Así nuestro capítulo 1 aborda los procesos biológicos del hambre y la saciedad, así como la mención de algunos alimentos básicos que contienen nutrientes, porque los trastornos de la alimentación se pueden desarrollar por problemas en los centros del hambre, igualmente la anorexia nerviosa conlleva a la desnutrición.

En el capítulo 2 se abordan los trastornos de la alimentación, para profundizar en causas y desarrollo de anorexia y bulimia nerviosa, igualmente este apartado contiene la influencia social, que determina un papel importante en la permanencia de los trastornos alimenticios.

El capítulo 3 aborda la Danza Clásica en su relación con los trastornos alimenticios, con el fin de explicar la importancia de la estructura ósea en el desempeño del ballet.

En el capítulo 4 se aborda la metodología del trabajo de tesis, donde se explica el paradigma de investigación, clasificación en tiempo, número de veces, tipo de diseño, técnicas de investigación y las características del Inventario (EDI-2), que se utilizó para la muestra poblacional. Es importante aludir la pregunta de investigación, objetivos e hipótesis en este apartado.

El capítulo 5, describe y analiza los resultados obtenidos con base a un tratamiento estadístico, para la explicación de los datos desde la psicología.

## CAPÍTULO 1

### TRASTORNOS ALIMENTICIOS

# **CAPÍTULO 1. TRASTORNOS ALIMENTICIOS**

La alimentación es el consumo de nutrientes que necesita el cuerpo para proveerse de energía y llegar a un estado saludable, por eso una alimentación incorrecta también tiene relación con enfermedades comunes que en la actualidad toman importancia, tales como la diabetes, anemia, trastornos cardiacos, caries dentales y trastornos alimenticios, que es precisamente el tema a abordar durante este trabajo.

## **1.1 Alimentación**

Los alimentos que consumimos tienen la finalidad de “desarrollar trabajo muscular, mantener la vitalidad y ayudar a la formación y renovación de tejidos del cuerpo además, de consumir algunos alimentos con el único propósito de proporcionarnos placer, agregamos una cuarta categoría: la del gusto” (Fisher, 1993, p. 15).

Por este motivo el hambre y la saciedad son dos procesos importantes en la experiencia del ser humano, somos dependientes de la comida para obtener energía, desarrollar y mantener nuestro cuerpo sano, ya que el hambre es considerada un motivo primario y los sabores un reforzador en la conducta alimenticia.

La necesidad de comer parte de lo que conocemos como ciclos circadianos (como horarios de ingesta y de sueño), así podemos decir que la

dependencia a la comida y la búsqueda de la obtención de la energía es algo que compartimos con los animales aunque nuestra implicación con la comida también presenta aspectos culturales.

En efecto el hambre nos induce al consumo de alimentos, los cuales “son sustancias químicas en estado natural o simplemente modificadas por la industria, que se emplean para satisfacer el hambre o la sed, por la acción que tienen sus componentes específicos sobre la digestión, el metabolismo y la excreción” (Quintin Olascoaga, 1963, p.19).

Los alimentos se han clasificado por sus componentes químicos en proteicos, hidrocarbonados y grasos; por los caracteres físicos en los alimentos sólidos, semisólidos, blandos y líquidos. Al respecto Quintin Olascoaga (1963) señala que:

“por las funciones fisiológicas que desempeñan se clasifican como alimentos protectores de salud, los que tienen grandes proporciones de aminoácidos esenciales, vitaminas, minerales, y alimentos poco o nada protectores, los que son pobres en proteínas, minerales y vitaminas, como los aceites comestibles, las harinas refinadas y el azúcar” (p.19).

También se han dividido en alimentos con alta proporción de proteínas y grasas, los que no producen calorías pero son indispensables para la salud, como el agua y la sal.

Los alimentos tienen tres orígenes distintos:

1) Alimento de origen animal: leches, cremas, mantequillas, carnes, huevo, grasas derivadas de tejidos animales y lactosa.

2) Alimentos de origen vegetal: frutas frescas, vegetales frescos, frutas grasosas, cereales y derivados, leguminosas, azúcares, aceites y bebidas estimulantes: te, café, cerveza, pulque, aguardiente, vinos y licores.

3) Alimentos de origen mineral: agua natural, aguas gasificadas, agua, minerales, hielo, hidróxidos de calcio y cloruro de sodio.

Todos los alimentos llevan a una acción directa sobre las funciones de la alimentación, digestión, metabolismo y excreción, llamados nutrientes.

En efecto los alimentos son esenciales para la salud y el crecimiento durante toda nuestra vida, sin embargo es durante la adolescencia que toman un papel importante debido al “crecimiento repentino que se manifiesta en el aumento de la estatura y el fortalecimiento de los huesos y músculos.” (Fisher, 1993, p.117). Este crecimiento se manifiesta entre los 12 y 19 años de edad, originando necesidades calóricas elevadas, mayores a las del adulto.

“El adolescente de uno y otro sexo pasa por un periodo de crecimiento rápido que depende más de la etapa de maduración que la edad cronológica” (Mclaren, 1998, p.137). En esta etapa la maduración sexual se encuentra ligada a las necesidades de los nutrientes.

El buen apetito que las adolescentes tienen debido al repentino crecimiento, asegura el consumo de proteínas, pero también de calorías vacías tales como “dulces, paletas heladas, y los refrescos.” (Fisher, 1993, p. 117), por ello conviene que se consuman alimentos de buena calidad nutritiva, para garantizar un buen desarrollo físico y mental. Aunque sus

hábitos alimenticios son irregulares y los refrigerios constituyen parte importante de su ingestión total, particularmente aquellos alimentos ricos en fosfato, sal y carbohidratos simples, por lo que es importante balancear los alimentos que se consumen.

### **1.1.1 Nutrición**

La nutrición es “la adquisición de sustancias asimilables por parte de los seres vivos para transformarlas en materia propia y como fuente de energía” (Biggs, Kapicka y Lundgren, 1999, p. 651).

En la nutrición se involucra términos como metabolismo, calorías y dieta en el consumo y adquisición de la energía para nuestro cuerpo.

Además de reacciones químicas que participan en el metabolismo las cuales degradan materiales y los convierten en ácidos grasos.

Para la obtención y el consumo de energía de los alimentos que necesita nuestro cuerpo, Rosenzweig y Leiman (1999) dicen que “el cuerpo consume energía continuamente, de manera que debe haber un suministro continuamente disponible” (p. 524).

La energía disponible en el cuerpo se utiliza así:

a) Una porción de la energía que tenemos se usa para procesar la comida recién ingerida, tanto la tasa metabólica como la producción de calor se elevan después de una comida, esto ha sido interpretado como reflejo de la energía empleada en el momento en que nos alimentamos.

b) Aproximadamente el 55% de la energía se emplea en mantener el calor corporal y otras funciones de reposo como los potenciales neurales.

c) Alrededor del 13% de energía es utilizada en procesos conductuales activos.

Las personas y animales ajustan sus gastos de energía en respuesta a la infra o sobrenutrición, lo que explica la dificultad de muchas personas para perder o ganar peso. Kessey y Corbett (1984), citado por Rosenzweig y Leiman (1999, p. 526), dicen que “la relación entre la tasa metabólica y peso corporal puede también proporcionar un modo de hallar cuándo se encuentra un individuo en su peso fisiológico adecuado”

Entendemos por tasa metabólica basal al número de calorías que utiliza el cuerpo cuando está en reposo y representa la mayor cantidad de consumo de calorías en una persona, la tasa depende de las funciones del cuerpo como la digestión, respiración, ritmo cardíaco y funciones cerebrales (Medline, 2004).

La tasa metabólica en los seres humanos es significativa porque depende de muchos factores como el peso corporal, la relación entre masa de tejido magro y graso, la superficie externa del cuerpo y el tipo de piel. La tasa metabólica es más baja en las mujeres que en los hombres, por lo tanto si nos sometemos a una dieta pobre en calorías o a un ayuno prolongado, el organismo hace descender notablemente la energía consumida en reposo para que duren más tiempo las reservas energéticas disponibles en el cuerpo.

En efecto “la energía contenida en el alimento se mide en unidades de calor llamadas calorías, cada una de las cuales representa una kilocaloría o 1000 calorías” (Biggs, Kapicka y Lundgren, 1999, p.667). Una caloría es la cantidad de calor necesaria para elevar la temperatura de 1ml de agua en 1°C, en general 1 g de grasa contiene 9 calorías, mientras que 1 g de carbohidratos o de proteínas contiene 4 calorías.

Entonces las exigencias de nutrientes durante esta etapa son grandes, aunque proporcionales al peso corporal, donde las proteínas exógenas son utilizables para el crecimiento. Solo si se ingieren bastantes calorías en forma de carbohidratos y grasa se obtendrá el desarrollo adecuado. “A fin de atender tales exigencias, el adolescente físicamente activo y sano comerá tanto que quienes lo alimentan pensarán que consume demasiado” (Maclaren, 1998, p.138).

Las raciones diarias recomendadas para los adolescentes no se fijan principalmente en estudios metabólicos científicos; más bien, se establecieron por la deducción de los datos concernientes a la nutrición del adulto, cuyo aporte nutricional tiene probabilidades de ser bajo, con una carencia de hierro y calcio. “La ración diaria recomendada tiene presente estas circunstancias al fijar el ingreso diario de hierro en 18mg para varones y mujeres cuya edad oscila entre 10 y 18 años y el calcio (también el fósforo) en 1200mg” (Maclaren, 1998, p.138)

También los aminoácidos y vitaminas deben consumirse en las porciones de alimento diario en los adolescentes.

Según la enciclopedia Salvat (1980) otro concepto importante es el de dieta que representa un régimen alimenticio general, se manda a sujetos sanos o enfermos, donde se consumen alimentos específicos y con proporciones razonables, con el fin de llevar un tratamiento.

Gómez Pérez-Mitre (2002) sostiene la existencia de presión social, individual y emocional, que causa el deseo de una figura esbelta en las mujeres, por lo que un número creciente de jóvenes adopta dietas de reducción a los 15 y 17 años de edad o antes, el deseo de ser delgado es una respuesta a la moda, pero no se excluye la posibilidad de que represente una muestra de la liberación social de la mujer. Se han desarrollado ideologías en relación a la sobrevaloración de la apariencia física, el culto a la delgadez, entre otras.

Con lo anterior se dice que las dietas nutricionales asociadas a la figura corporal pueden conducir "...finalmente al desarrollo de un trastorno de alimentación (anorexia y/o bulimia.)" (Gómez Pérez-Mitre, 2001, p. 314).

Según Gómez Pérez-Mitre (2001) el término dieta hace referencia al programa alimentario que incluye cualquier tipo de alimento y en cualquier cantidad, por lo que puede ser nutritiva o no, esto puede ser administrado por una especialista o autoadministrado por el adolescente. Lo que nos muestra un contexto social donde:

“los habitantes del D.F. hemos visto y escuchado recientemente un mensaje publicitario (de una importante firma comercial) en la que una chica afirma que prefiere “decir su edad que su talla”, contenido inaudito en la boca de una mujer y literalmente

sintomático, si no de los trastornos de alimentación de nuestros tiempos (de final e inicio de milenio), sí de los factores de riesgo que conducen a ellos” (p.216).

Las razones de la popularidad en las dietas son los estereotipos sociales sobre la delgadez y obesidad en relación con la salud, belleza autocontrol, así como la relación con la autoindulgencia (facilidad para perdonar tus culpas), glotonería y pereza.

Por lo tanto, las conductas y actitudes de las adolescentes con respecto a adoptar una dieta se encuentra expuesta a los contenidos de los mensajes presentes en los medios masivos de comunicación.

### **1.1.1 Grupos Nutricionales**

Debido a la relevancia de los alimentos en la vida humana, es necesario conocer su valor nutritivo.

“Comemos muchos alimentos diferentes, para todos ellos, solo contienen 5 clases de nutrientes: carbohidratos, grasas, proteínas, minerales y vitaminas” (Fisher, 1993, p.17).

a) Los carbohidratos proporcionan la mayor parte de energía en los alimentos, están compuestos por carbono, hidrógeno y oxígeno, el grupo de los carbohidratos lo comprenden azúcares, almidón, celulosa y glucógeno.

Principalmente los carbohidratos son fuentes de energía para las células del cuerpo; porque en la “digestión, los carbohidratos complejos se

descomponen en azúcares simples, como glucosa, fructosa y galactosa”, que son indispensables para proporcionar energía al cuerpo (Biggs, Kapicka y Lundgren, 1999, p. 664).

El azúcar es un carbohidrato simple que los músculos usan directamente y se encuentra en las frutas, todos los carbohidratos que comemos se convierten en glucosa que circula por el torrente sanguíneo. El azúcar simple recibe el nombre de monosacárido “...se deriva de la caña de azúcar o de la remolacha azucarera, y por lo general, no se considera un nutrimento esencial” (Biggs, Kapicka y Lundgren, 1999, p. 664).

El almidón es un carbohidrato complejo que está compuesto de gran número de unidades de glucosa entre sí, las cuales se separan durante la digestión formando dos grupos: unidades de glucosa llamado dextrina y glucosa, que se encuentran en alimentos como el trigo y otros cereales.

Un complejo importante de la glucosa es el glucógeno, el cual almacena la glucosa en el hígado y los músculos, a diferencia de la celulosa que los seres humanos no pueden digerir y pasa intacta a través del organismo.

Sin embargo ésta es indispensable “para estimular el movimiento del estómago y del intestino, para regular la excreción intestinal, se encuentra solamente en los alimentos de origen vegetal.” (Quintin Olascoaga, 1963, p. 57). Fundamentalmente la celulosa se encuentra en todas las paredes celulares de los vegetales y tiene la función de suministrar fibra al cuerpo.

Existen otros carbohidratos que no son fuente de energía pero tienen uso culinario como el helado y la jalea. Las moléculas de azúcar se absorben

en el torrente sanguíneo por medio de las vellosidades del intestino delgado permitiendo que circulen en el cuerpo para desempeñar funciones vitales.

b) Las grasas proveen energía al cuerpo, participan en la construcción de bloques de la membrana celular, intervienen en la síntesis de hormonas, protegen a los órganos del cuerpo contra los golpes y aíslan al cuerpo del frío. “Aunque para muchas personas comer grasas significa engordar, las grasas son un nutrimento esencial” (Biggs, Kapicka y Lundgren, 1999, p. 664).

En efecto; todo sobrante de alimento en cualquier forma que se ingiera se almacena como grasa, formando una capa debajo de la piel. Cuando las grasas llegan al sistema digestivo, se descomponen en ácidos grasos y glicerol, que se absorben a través de las vellosidades del intestino delgado, para llegar al hígado, el cual las convierte en glucogeno.

“Los alimentos más ricos en grasas de composición son: la leche, las carnes de cerdo, de guajolote y de pato, los aguacates, las nueces, las pepitas de calabaza, el ajonjolí y los cacahuates” (Quintín Olascoaga, 1963, p.77).

Es importante comentar que las mujeres tienen aproximadamente 0.7 gramos a 1 gramos de grasa por kilo de su peso corporal, mientras que en los hombres es 1.5 gramos a 2.5 gramos de grasa por kilo en su cuerpo.

En el proceso digestivo las proteínas se descomponen en aminoácidos, que son absorbidos por el intestino delgado, penetran en el torrente sanguíneo y son transportados al hígado, este último las convierte en grasa o glucosa.

Cuando las fuentes de energía se agotan en el cuerpo, se utilizan aminoácidos que son indispensables en la síntesis de proteínas. “El cuerpo humano necesita 20 aminoácidos diferentes para llevar a cabo la síntesis de proteínas, pero sólo puede fabricar 12 de ellos” (Biggs, Kapicka y Lundgren, 1999, p. 665).

Los principales aminoácidos incluyen carnes, frijoles secos, granos enteros, huevos y productos lácteos. Es importante mencionar que “...la cantidad de proteína necesaria para reemplazar la pérdida continua de tejido es de 45 a 50 g al día” (Fisher, 1993, p.73).

d) Los minerales son sustancias “...inorgánicas que sirven como material de construcción o que parte de una reacción química dentro de un cuerpo” (Biggs, Kapicka y Lundgren, 1999, p. 665). Gran parte del contenido mineral se encuentra en el esqueleto, por lo que forma un 4% del peso total de nuestro cuerpo.

Los seres humanos necesitan minerales debido a la importante función que cada uno desempeña en el cuerpo, a continuación se mencionarán los más relevantes:

Calcio: ayuda a la formación de los huesos y dientes, coagulación de la sangre, actividad normal de músculos y nervios, este mineral se encuentra en: leche, huevos, nueces y granos enteros.

Fósforo: ayuda a la formación de huesos y dientes, regulación del PH de la sangre, contracción muscular y actividad nerviosa, así como es componente de enzimas ADN, ARN y ATP. Este mineral se encuentra en: leche, cereales de grano entero, carne y vegetales.

Hierro: es el componente de la hemoglobina, transporta oxígeno a las células del cuerpo y forma el ATP, este mineral se encuentra en: hígado, yema de huevo, lentejas, cereales enriquecidos, granos enteros, carne, uva pasa y vegetales de hoja.

Yodo: es necesario para la glándula tiroides, este mineral se encuentra en: mariscos, huevo, leche y sal de mesa con yodo.

Sodio: interviene en la regulación de PH de los líquidos corporales y en la transmisión de los impulsos nerviosos, se encuentra en: tocino, mantequilla, sal de mesa y vegetales.

Potasio: colabora en la transmisión de impulsos nerviosos y contracción muscular, el potasio se encuentra en: vegetales, plátanos y salsa de tomate.

Magnesio: contribuye a la función muscular y nerviosa, a la formación de huesos y función enzimática, se encuentran en alimentos como: papas, frutas, cereales de grano entero y vegetales.

Flúor: interviene en un buen mantenimiento de los dientes, y solo se localiza en el agua con flúor.

Manganeso: es un activador de las enzimas para el metabolismo de los carbohidratos, las proteínas y las grasas; de gran importancia en el crecimiento de cartílago y hueso.

Cobre: es el ingrediente de varias enzimas respiratorias y es necesario para el desarrollo de glóbulos rojos, el cobre está en alimentos como: riñón, hígado, frijoles, harina entera y lentejas.

Azufre: es un componente de la insulina, ayuda al cabello, las uñas y la piel, se encuentra en: nueces, frutas deshidratadas, cebada, harina de avena, huevo, fríjol y queso.

e) Las vitaminas a diferencia de los minerales, son un nutriente orgánico que se requiere en mínimas cantidades para mantener el crecimiento, pero tienen un papel importante en la absorción de nutrientes y funciones vitales del cuerpo, como la coagulación de la sangre y la producción de glóbulos blancos y rojos.

Existen dos grupos de vitaminas, las vitaminas solubles en grasas y las vitaminas solubles en agua, las primeras deben disolverse en grasa antes de que se absorban y se almacenan en el hígado, las segundas se disuelven con velocidad en agua y no se almacenan en el cuerpo.

A continuación se mencionarán las vitaminas esenciales para nuestro cuerpo y su función.

## *Vitaminas solubles en grasas*

a) A (Beta-Caroteno): mantiene saludables las células epiteliales, forma el pigmento en la piel, e interviene para el crecimiento de huesos y dientes, se localiza en alimentos como: hígado, brócoli, vegetales verdes y amarillos, tomates, mantequilla y yema de huevo.

b) D (Calciferol): ayuda a la absorción de calcio y fósforo en el tracto digestivo, se encuentra en: yema de huevo, camarones, levadura, hígado, leche fortificada, también parte de la vitamina D se localiza en los rayos UV.

c) E (Tocoferol): interviene en la formación de ADN, ARN y glóbulos rojos, se encuentra en alimentos como: vegetales de hoja verde, mantequilla y leche.

d) K (Filoquinona): contribuye para la coagulación de la sangre y está en: vegetales verdes y tomates.

## *Vitaminas solubles en agua*

a) B1 (Tiamina): interviene en el metabolismo del azúcar para la síntesis de neurotransmisores, se encuentra en: jamón, huevos, vegetales verdes, pollo, uva pasa, mariscos, soya y leche.

b) B2 (Riboflavina): contribuye en el metabolismo del azúcar y las proteínas en las células de los ojos, piel, intestinos y la sangre, está en alimentos como: vegetales verdes, carnes, levadura, leche y huevo

c) B3 (Niacina): ayuda a la liberación de energía por medio del metabolismo de las grasas, y lo podemos encontrar en: levaduras, carnes, hígado, pescado, cereales de grano entero y nueces.

d) B6 (Piridoxina): interviene en el funcionamiento del metabolismo de las grasas, está en alimentos como: salmón, levadura, tomates, maíz, espinaca, hígado, yogurt, salvado de trigo, cereales de grano entero y panes.

e) B12 (Cianocobalamina): contribuye a la formación de glóbulos rojos y en el metabolismo de los aminoácidos, esta vitamina se localiza en: hígado, leche, huevos, carnes y leche.

f) Ácido pantoténico: ayuda a la respiración aerobia y a la síntesis de hormonas, se encuentra en: leche, hígado, levadura, vegetales verdes, cereales de grano entero y panes.

g) Ácido fólico: contribuye a la síntesis de ADN y ARN, así como en la producción de glóbulos rojos y blancos, lo podemos encontrar en: hígado, vegetales de hojas verdes, nueces y jugo de naranja.

h) Biotina: ayuda a la respiración aerobia y se localiza en alimentos como: levaduras, hígado, y yema de huevo.

i) C (Acido Ascorbico): interviene en el metabolismo de proteínas y en la curación de heridas, la vitamina C está en: frutas cítricas, tomates, vegetales de hoja verde, brócoli, papas y pimientos.

Así como nuestro cuerpo necesita de nutrientes que se derivan de la comida, es indispensable el agua, que forma aproximadamente el 70% del peso total de nuestro cuerpo. Ésta se encuentra dividida en dos compartimientos llamados fluido intracelular y fluido extracelular, el primero constituye el 50% del peso del cuerpo y el segundo constituye un 20% en nuestro cuerpo.

Dentro de la misma división, “el compartimiento extracelular se divide en fluido intersticial (15% del peso del cuerpo) y fluido intravascular (5%)”. (Ardila, 1994, p.177). Por lo tanto, nuestro cuerpo necesita del agua y se

manifiesta mediante el proceso de sed para regular la cantidad de agua necesaria en cada compartimento. Existen dos tipos de sed hipovolemica y osmótica.

Cabe destacar que “la falta de agua no siempre lleva al consumo de la misma” (Ardila, 1994, p.174), y en consecuencia no es un índice confiable para detectar la falta de agua en el cuerpo del ser humano. “El agua forma el 60% de los glóbulos rojos y el 75% de las células musculares” (Biggs, Kapicka y Lundgren, 1999, p. 667). Otra función del agua es absorber y liberar calor de forma lenta, regulando la temperatura del cuerpo. Por lo tanto se necesita de una gran cantidad de calor para elevar la temperatura del agua, ayudando a mantener una temperatura constante.

Para Rosenzweig y Leiman (1999) los seres humanos somos criaturas húmedas por lo que el agua es un componente primordial en la sangre al momento de transportar oxígeno y nutrientes, igualmente muchos iones atraviesan las membranas celulares ligados a moléculas de agua.

El agua tiene diversas acciones, una de ellas es eliminar los residuos del cuerpo, se ha comprobado que un adulto en clima normal elimina alrededor de 2.500ml de agua al día, existen tres formas para esto, por medio de la orina, heces, por el sudor y por la evaporación al momento de respirar, (esta última denominada pérdida insensible de agua.)

### 1.1.1 Digestión

Al comer el organismo suministra energía que proporciona el alimento, para esto se lleva a cabo el proceso digestivo. “La digestión es el proceso gastrointestinal de descomposición de la comida y de absorción de sus constituyentes por el organismo” (Pinel, 2004, p. 286).

El primer paso en la línea digestiva comienza en la boca, la lengua mueve la comida en todas direcciones “...y ayuda a localizarla entre los dientes a medida que masticas” (Biggs, Kapicka y Lundgren, 1998, p. 653).

Masticar es parte de la digestión mecánica, porque rompe el alimento en trozos más pequeños y las glándulas salivales que hay en la boca, ayudan. “La saliva es una solución ligeramente alcalina que agrega agua y una enzima digestiva al alimento, esta enzima es llamada amilasa” (Biggs, Kapicka y Lundgren, 1998, p. 653).

Aunque se coma rápido, la amilasa se traga junto con el alimento y ayuda a digerir los almidones que se ingieren. Después de tragar el alimento o la bebida estos bajan por el esófago, los procesos digestivos más intensos surgen aquí, el esófago es un tubo que conecta a la boca y al estómago, donde ondas de movimiento impulsan la comida hacia el estómago en el acto de tragar, cuando la comida logra su rumbo, es manipulada por unas ondas de movimiento que la mantienen mezclada, mientras que las enzimas escinden las sustancias.

En consecuencia el estómago actúa como un almacén para la comida que está siendo digerida (se espera que la presencia y cantidad de comida en el estómago influya para volver a comer), estos contenidos son enviados a

sacudidas al intestino delgado, donde se prosigue la acción enzimática por ejemplo las enzimas del páncreas actúan sobre proteínas, carbohidratos y grasas. El hígado fabrica la bilis que guarda la vesícula, para vaciar los jugos pancreáticos en el conducto biliar.

El estómago vacía gradualmente su contenido por medio del esfínter pilórico hacia el duodeno, que es la parte del intestino donde se realiza la mayor absorción del alimento. A lo largo del intestino delgado se da la absorción de los productos finales de la digestión, los cuales pasan a los capilares y entran al torrente sanguíneo rumbo al hígado, para que las sustancias indigeribles pasen al intestino grueso para formar heces.

Luego de 18 a 24 horas en las que el alimento permanece en el intestino grueso, lo que no se digiere, se va al recto y se elimina por el ano.

Como consecuencia de la digestión, la energía se reparte en el organismo en forma de grasas, proteínas y glucosa. De este modo se logra almacenar energía en forma de grasa, "...si se almacena en las calorías de las grasas en forma de glucógeno el peso corporal sobrepasaría los 275 kilos" (Pinel, 2004, p. 288).

Existen tres fases en el metabolismo energético: fase cefálica, fase de absorción y fase de ayuno.

La fase cefálica es la fase preparatoria que comienza con la vista, el olfato, o el pensamiento hacia la comida y termina cuando el alimento empieza a ser absorbido por el torrente sanguíneo.

La fase de absorción “...es aquella durante la cual la energía proveniente de la comida absorbida por el torrente sanguíneo, suple las necesidades energéticas inmediatas del organismo” (Pinel, 2004, p. 288).

La fase de ayuno es aquella donde se extrae energía de los alimentos que aún se encuentran en el proceso digestivo, para suplir las necesidades inmediatas del organismo. Esta fase termina con el inicio de la fase cefálica. El flujo energético durante estas tres fases está regulado por dos hormonas pancreáticas: la insulina y el glucagón.

Durante la fase cefálica y de absorción, el páncreas libera gran cantidad de insulina al torrente sanguíneo, la cual tiene tres funciones:

- a) estimular el uso de la glucosa como fundamental fuente de energía
- b) estimula la conversión de los recursos energéticos como la glucosa en glucógeno así como las grasas y aminoácidos en energía
- c) estimular el almacenamiento de glucógeno en el hígado y músculos, las grasas en tejido adiposo y las proteínas en los músculos.

En la fase de ayuno se presentan niveles elevados de glucagón que es reservado para el cerebro, también estimula la liberación de ácidos grasos y los transforma en cetonas que son utilizadas para los músculos.

Al no comer, el cerebro emplea cetonas para mantener los niveles de glucosa en el cuerpo. Estas sustancias son producto de la digestión, la cual es una serie de procesos mecánicos y químicos que se presentan en el tubo digestivo. La “...revisión de algunos procesos principales de la digestión sentará las bases para nuestra consideración del control de la conducta

alimentaria” (Rosenzweig y Leiman, 1999 p. 524). Por lo tanto ante varios días de inanición, el cuerpo no encuentra nutrientes que absorber, lo que causa ausencia de cetonas, falta de oxigenación e irrigación al cerebro, que en casos clínicos graves, existe un riesgo de muerte cerebral.

## **2.1 Ingesta de sólidos**

Los Trastornos Alimenticios presentan un cuadro patológico que altera el funcionamiento de control de la ingesta, por lo que es importante explicar la ingesta y como ésta interfiere en la actividad de los procesos del cuerpo humano. Para la ingesta de sólidos existe una teoría que intenta explicar este proceso, esta es la teoría de punto de ajuste, de la cual se derivan dos subteorías, la glucoestática y lipostática.

Pinel (1994) sostiene que:

“la mayoría de las personas atribuye la sensación de hambre (la motivación para comer) a un déficit energético, y contempla el hecho de comer como el medio por el cual los recursos energéticos vuelven a su nivel óptimo, es decir a su punto de ajuste energético” (p. 290).

A esta postura se le denomina teoría del punto de ajuste.

El punto de ajuste energético disminuye cuando el organismo utiliza la energía para llevar a cabo los procesos fisiológicos. Entonces la ingesta continúa hasta que el nivel energético llega al punto de ajuste normal y por lo tanto la persona tiene la sensación de saciedad.

Ante este comportamiento se desarrollan tres componentes:

- 1) Mecanismo de ajuste: establece el punto de ajuste y se determina la cantidad necesaria de energía.
- 2) Mecanismo detector: detecta las desviaciones del punto de ajuste.
- 3) Mecanismo de acción: elimina las desviaciones del punto de ajuste.

Por lo tanto, los sistemas de punto de ajuste energético se presentan como procesos de retroalimentación negativa ya que actúan para mantener la homeostasis en el cuerpo humano.

Durante los años 40 y 50 “varios investigadores sugirieron que la ingesta está regulada por un sistema diseñado para mantener un punto de ajuste del nivel de glucosa en la sangre” (Pinel, 2004, p.291). En consecuencia, en esta primera postura la sensación de hambre viene cuando los niveles de glucosa están por debajo del punto de ajuste energético, a esta teoría se le conoce como glucostática.

La segunda es la teoría lipostática, la cual dice que cada individuo tiene un punto de ajuste para las grasas y sus desviaciones por lo que causan ajustes compensatorios en la ingesta que equilibran el ajuste de las grasas en el cuerpo.

De estas dos importantes teorías se derivan las siguientes problemáticas:

- 1) Una falta de regularidad y la imprevisibilidad de aporte de nutrientes, supone un sistema de hambre y de ingesta que previene de déficit de energía.

2) El interés de producir el alimento consumido por medio de ingerir una bebida con altos niveles calóricos antes de la comida, no tiene ningún efecto.

3) No se considera la influencia social del hombre, sabor, aprendizaje y olor.

“La incapacidad de las teorías del punto de ajuste para explicar el fenómeno básico de comer y del hambre, ha llevado al desarrollo de una teoría alternativa.” (Pinel, 2004, p.292). Esta nueva perspectiva teórica llamada teoría del incentivo positivo.

La teoría del incentivo positivo afirma que la motivación de los humanos y animales para comer, está basada en el placer anticipado hacia la comida, y toma el nombre de valor al incentivo positivo.

El comportamiento sexual surge porque ha evolucionado en su placer, de manera similar ocurre cuando sentimos placer al comer.

Para la teoría del incentivo positivo, debe existir la presencia de buena comida que nos produzca el hambre. La sensación de los niveles del hambre en cualquier momento del día depende de el sabor, el aprendizaje, el tiempo desde la última vez que se comió, la cantidad de comida que tiene el estómago y el grado de glucosa en la sangre.

Existen factores que determinan lo que comemos y presentan valores elevados del incentivo positivo para la ingesta como el sabor. Las tendencias para aceptar o rechazar los sabores seguido de la necesidad de comer, son innatas las respuestas al sabor provienen del Sistema Nervioso. El rechazo y el gusto por sabores específicos se basa en el circuito del tronco encefálico,

también el consumo de alimentos con un sabor atractivo puede aumentar de manera considerable aunque fisiológicamente no es necesario comerlo.

En consecuencia se desarrollan hambres específicas que se basan en un déficit nutricional que cada organismo puede presentar, aunque el hambre responde con mayor frecuencia a alimentos nuevos.

Para el hambre específica existen factores primordiales como son las preferencias innatas hacia algunas sustancias, como el sodio, (el cual se ha estudiado a fondo), la búsqueda de alimentos nuevos, consumir alimentos que contengan nutrientes que nuestro cuerpo necesita y la significativa preferencia hacia los alimentos con sabores atractivos.

En efecto entendemos que:

“las preferencias por la comida cambian, en parte debido a los cambios en las necesidades corporales y en parte por el aprendizaje, las personas y los animales aprenden (al menos parte del tiempo) a comer alimentos que mejoran su salud y a evitar alimentos que los perjudican” (Rosenzweig y Leiman, 1999 p. 544).

El Hambre es también un sistema de aprendizaje porque algunas sustancias que son importantes para la salud no están conectadas al hambre específica, pero los individuos aprenden a elegir la comida que contiene lo que necesita el organismo.

Según Pinel (2004) el estado de motivación que hace que dejemos de comer cuando todavía tenemos comida es la saciedad. La comida en el estómago y la entrada de glucosa en la sangre, pueden producir señales de

saciedad, estas señales dependen del volumen y de la densidad nutricional (calorías por unidad de volumen).

El número de veces que los seres humanos comen se ve influido "...por normas culturales, horario de trabajo, rutinas familiares, referencias personales, riqueza y una gran variedad de otros factores" (Pinel, 2004, p. 294).

Así cuando se pierde una comida programada, muchas personas experimentan dolor de cabeza, náusea e incapacidad de concentración.

Dentro de la saciedad existe algo que se denomina el efecto aperitivo, donde se explica que el consumo de alimentos en pequeñas cantidades antes de la comida, aumentan el hambre en vez de reducirla, provocando respuestas de la fase cefálica.

Redd y de Castro (1992), citado por Pinel (2004, p. 296) dice que "las sensaciones de saciedad dependen de que se esté comiendo en solitario o en compañía". En uno de los experimentos descubrieron que los seres humanos comen un 60% más cuando están en compañía de otros.

Los factores sociales tienen gran influencia en la saciedad, ya que muchas personas comen menos de los que les gustaría para alcanzar los ideales de delgadez dentro de la sociedad y otros reprimen el comer demasiado para no parecer glotones, lo que responde a los trastornos alimenticios.

Cuando las personas han llegado a la saciedad y se les ofrece un alimento nuevo, comen olvidando la ausencia del hambre, a este efecto se le

denomina saciedad sensorial, que puede tener explicación por una saturación del gusto.

De la ingesta y la saciedad se derivan varios niveles

- 1) Hiperfagia: comer en exceso
- 2) Afagia: cese total de comer
- 3) Adipsia: cese total de beber
- 4) Hipogénesis: producción de grasa corporal
- 5) Lipólisis: descomposición de grasa en forma energética utilizable.

El comportamiento de comer está controlado por dos regiones hipotalámicas "...la saciedad que el hipotálamo ventromedial (HVM) y el hambre por el hipotálamo lateral (HL)" (Pinel, 2004, p. 298).

El hipotálamo ventromedial, trabaja a partir de las siguientes fases: fase dinámica, que comienza a partir de varias semanas de comida en exceso y la rápida ganancia de peso, que desciende para mantener un nivel estable de obesidad.

Otra fase del hipotálamo ventromedial es la estática, donde se conserva el peso corporal recuperando el peso perdido al alimentarse y tiene la función de regular la energía en el cuerpo.

Estudios sobre ratas comprobaron que las lesiones bilaterales del hipotálamo ventromedial aumentan niveles de insulina que repercuten en elevar la lipogénesis (producción de grasa corporal) y disminuye la lipólisis (descomposición de la grasa en forma energética).

Pinel (2004) cita a dos importantes autores, Anand y Brobeck (1951), que informaron que las lesiones electrolíticas bilaterales del hipotálamo lateral producían afagia, (el cese total de comer), que se acompaña de adipsia, (cese de beber).

Algunos estudios mostraron que las lesiones en el hipotálamo lateral producen "...trastornos motores graves y una ausencia generalizada de respuestas a estímulos entrantes (entre los que se encuentran la comida y la bebida) (Pinel, 2004, p.284).

Se creía que la saciedad está relacionada con funciones del aparato gastrointestinal, así Cannon y Washburn (1934), llevaron la teoría de que el hambre se produce por una serie de contradicciones del estómago vacío, mientras que la saciedad consiste en una sensación de dilatación en el estómago.

Esta idea se vino abajo cuando se experimentó con algunos humanos que se les había extirpado el estómago y su esófago estaba conectado con sensaciones de hambre y de saciedad.

Se descubrió que el estómago y otras partes del aparato gastrointestinal liberan compuestos químicos llamados péptidos, se encontró que los péptidos tienen una importante función en la saciedad al participar como hormonas.

Pinel (2004) sostiene que dichas hormonas desencadenan una reacción química permitiendo la saciedad, dando una estimulación a los órganos periféricos. Entre estas sustancias está el neuropéptido y la galanina, ambas reducen el metabolismo energético y aumentan la producción de grasa.

Sobre la producción de grasa en el cuerpo Booth, Fuller y Lewis (1981) citado por Pinel (2004), argumentan que el peso corporal gira en torno a un punto de ajuste natural, a medida que aumentan los niveles de grasa en el cuerpo, se producen cambios que limitan dicho aumento hasta que alcanza un equilibrio entre los factores que estimulan ganancia de peso y los que la frenan.

En consecuencia viene un trastorno de la ingesta, llamado obesidad. El Consenso de la Sociedad Española para el estudio de la Obesidad (SEEDO) (1995), citado por Chinchilla Moreno (2003) define a la obesidad como una enfermedad crónica, caracterizada por un aumento de grasa, que provoca un aumento de peso, aunque no todo aumento de peso se traduce a un aumento en el tejido adiposo.

Chinchilla Moreno (2003) Afirma que se puede clasificar la obesidad en:

- a) Obesidad de distribución homogénea: existe un exceso de grasa corporal, sin que predomine una región del cuerpo.
- b) Obesidad gluteofemoral o ginoide: exceso de grasa en cadera, glúteos y muslos.
- c) Obesidad abdominal, central o androide: acumulación excesiva de grasa en la región abdominal.

Estos tipos de obesidad pueden llevar casos graves tales como "...inmovilización de la mandíbula, que obliga a comer solo líquidos, grapas en el estómago, seccionamiento del duodeno provocando menor volumen de alimento, sin embargo causa problemas como diarrea, flatulencia, carencia

de minerales, vitaminas y nimiedad (sensación excesiva de plenitud)” (Pinel, 2004, p. 322).

Existen factores Psicológicos detonantes de la obesidad como la carencia de control de impulsos, capacidad deficiente para retrasar la gratificación y estilos alimenticios maladaptativos (comer muy rápido).

Rudin, Snack y Striegel-Moore (1989) citados por Carlson (1996) refieren que la infelicidad y la depresión son efectos de la obesidad.

También es importante mencionar que en la obesidad intervienen factores físicos “una razón por la que muchas personas tienen tanta dificultad para perder peso es que los factores metabólicos parecen desempeñar un papel importante en la obesidad” (Carison, 1996, p. 368).

Existen experimentos hechos por Rose y Williams (1961) donde comprobaron que las personas con un metabolismo eficiente tenían un sobrante de calorías que depositaban en la reserva de nutrientes a largo plazo, por lo que no podían evitar que esta reserva creciera, mientras que las personas con un metabolismo ineficiente podían comer en exceso sin engordar.

En la obesidad también existen factores sociales que están relacionados según Chinchilla Moreno (2003) con factores socioculturales, sexo, nivel educativo y nivel económico. La obesidad es más frecuente en mujeres con bajo nivel educativo, mientras que en varones se presenta por consumo de alcohol y sedentarismo.

Así mismo la obesidad en adolescentes es frecuente en aquellos que viven con un solo progenitor, cuyas madres tienen nivel educativo más bajo y en los que pertenecen a una clase social baja.

### **2.1.1 Ingesta de líquidos**

Después de la explicación sobre ingesta de sólidos, continuaremos con la de ingesta de líquidos, también llamada biopsicología de la sed. La mayoría de las investigaciones se basan en que el beber está motivado por un déficit de recursos hídricos, sostuvo Pinel (2004).

Por lo que afirman Rosenzweig y Leiman (1999) que la ingesta de líquidos forma consigo la sed, la cual se considera un impulso fisiológico de los organismos y crea una sensación de sequedad en la boca, lo que refleja la pérdida de agua en tejidos del cuerpo.

Ante esta afirmación surge la duda sobre la definición de sed, por lo tanto Grossman (1967), citado por Ardila (1994, p.178) definió a la Sed como "...el producto final de la operación de diversos mecanismos fisiológicos que contribuyen a la regulación del balance de fluidos del organismo".

Los fluidos del organismo tienen la función de transportar fluidos al cuerpo humano, para entenderlo explicaremos el control del fluido intracelular y extracelular.

El control de fluido intracelular contiene membranas celulares que son permeables a algunas sustancias y menos permeables a otras como a los iones de sodio ( $\text{Na}^+$ ), las proteínas se retienen en las células y no pasan a través de las membranas, a diferencia de las moléculas de agua que pasan

fácilmente. El fluido intersticial y el plasma sanguíneo contienen 0.9% de sal (ClNa), una concentración mayor se denomina hipertónica. Si se bebe una solución hipertónica aumenta la concentración de iones salinos en la sangre y en el fluido intersticial.

“Los iones de sodio no entran fácilmente en las células, por lo que hay una mayor concentración en partículas en el fluido extracelular que en el intracelular” (Rosenzweig y Leiman, 1999 p. 519), cuando existe una concentración distinta en los dos lados de la membrana semipermeable, el fluido se desplaza hacia el lugar con mayor concentración, este proceso se denomina ósmosis.

Dado que los iones de  $\text{Na}^+$  no pueden entrar en las células, el agua abandona las células para igualar sus concentraciones, cuando el líquido decrece las células se hacen más pequeñas, una forma en que estos iones entren a las células es consumiendo glucosa o que se viertan al torrente sanguíneo, entonces al ingresar a las células, ya no provoca un cambio en el agua.

Existen tres hipótesis acerca de la acción de beber o la sed, sostiene Andersson (1978), citado por Rosenzweig y Leiman, (1999, p. 510) “una hipótesis es que el estímulo efectivo es la concentración de iones de sodio en el fluido intersticial”, la segunda es que la concentración de partículas de todas las clases del fluido intersticial es un estímulo efectivo para que provocar sed.

La tercera hipótesis la sostuvo Gilman (1973), citada por Rosenzweig y Leiman, (1999, p.510), y seguramente la más efectiva es que la deshidratación celular provoca el estímulo efectivo de beber.

En base a distintos experimentos que se han hecho en la actualidad, se descubre que la sed es causada por la respuesta a una disminución del fluido celular, llamada sed osmótica.

El control de fluido extracelular contiene una respuesta en su volumen, llamada sed hipovolémica. Es relevante mencionar que el corazón puede funcionar correctamente si la cantidad de fluido en el sistema vascular se encuentra dentro de los límites estrictos del mismo. Una respuesta a la hipovolemia es cuando hay alguna hemorragia que reduce los fluidos en el corazón, provocando un descenso en la presión sanguínea que es atacada por los reflejos neurales, causando la liberación de la hormona antidiurética por parte de la hipófisis posterior, esta hormona actúa inhibiendo la eliminación de agua a través de los riñones, manteniendo el agua en el cuerpo, afirman Rosenzweig y Leiman (1999).

Otra respuesta a la hipovolemia es “la disminución del flujo sanguíneo a los riñones, produce la liberación de una sustancia llamada renina desde las paredes de las arteriolas renales” (Rosenzweig y Leiman, 1999 p. 511), la renina reacciona con una sustancia de la sangre llamada angiotensina que después se convertirá en angiotensina dos.

Refiere Pinel (2004) que la angiotensina dos, produce un aumento compensatorio en la presión sanguínea, al producir una contracción de los

vasos sanguíneos periféricos estimulando la liberación de la aldosterona desde la corteza adrenal.

La aldosterona tiene la función de absorber el sodio en el riñón, parte que se perdería con la orina, en caso de la ausencia de aldosterona.

También el individuo tiene momentos donde deja de beber, esto es por que puede controlar la cantidad de agua que ha ingerido y la ingesta hídrica prosigue hasta que la carencia se cubre. “Existen claramente dos fases en el control de la terminación: primero, se producen señales de que ha sido ingerida una cantidad suficiente de fluidos, segundo, el fluido alcanza los compartimientos corporales y elimina así las señales de déficit que ayudaron a iniciar la bebida”. (Rosenzweig y Leiman, 1999 p. 514).

El proceso de rehidratación se desarrolla de la siguiente forma:

“en los primeros dos y medio minutos, el comienzo de la dilución de las concentraciones plasmáticas no se inician hasta cinco minutos después, y durante los siguientes diez a 15 minutos los cambios en los comportamientos celular y extracelular empiezan a ser importantes en la limitación del beber futuro” (p. 514).

Similar a la ingesta, en la sed, el sabor de un líquido determina la cantidad que se va a beber y el estado de hidratación o deshidratación influye en lo bien que sabe un fluido, cuando se ofrecen diversos sabores apetitosos en sucesión, es probable que se consuma mayor cantidad, que solo una bebida dulce. Las personas cambian el gusto de lo sabroso del agua en función a la saciedad.

### 3.1 Trastornos Alimenticios

De acuerdo con el DSM-IV (1994) “los trastornos alimentarios se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria” (p. 663), así se comenzarán a definir los trastornos de la conducta alimenticia con base a este libro de gran importancia en el área de la Psicología.

Después de la explicación acerca de la alimentación, nutrición, e ingesta se puede hablar de los trastornos alimenticios. Suele haber una amplia gama de problemas que tienen que ver con la ingestión y la alimentación, como ingestión selectiva, comer poco, comer mucho, problemas con la masticación y tragar, hábitos extraños de alimentación, comportamiento molesto a la hora de comer y retraso en la capacidad de comer por uno mismo. Esto fue referido por Wicks-Nelson y Allen (1997), quienes también definen a los trastornos alimentarios como “...el método utilizado para controlar el propio peso” (p. 340).

Las personas que presentan un trastorno de la ingestión alimenticia, cuyo peso corporal está por debajo de los niveles que podrían esperarse son mujeres que presentan un “...impulso para conseguir una delgadez extrema y el miedo a ganar peso” (p. 341). Lo cual puede tener complicaciones médicas como: anemia, problemas cardiovasculares y dentales.

La American Psychiatric Association (1994) informa que más del 10% de los casos con trastornos alimentarios, terminan en muerte. Citado por (Wicks-Nelson y Allen, 1997, p. 341).

Para Bruch (1973) los trastornos alimenticios son aquellos que involucran distorsiones de la imagen corporal y están acompañados de una sensación de ineffectividad (rasgo de desconfianza en relaciones interpersonales).

También Kirszman y Salgueiro (2002) sostuvieron que:

“...un trastorno alimentario es un conjunto complejo de cogniciones y actitudes hacia la comida, el peso y la forma corporal enlazado con conductas, hábitos alimentarios y prácticas de control de peso que se vuelven desórdenes y generan un gran número y tipo de consecuencias en diversas áreas del funcionamiento individual, incluyendo desajustes fisiológicos” (p.45).

Ante esta definición destacan elementos como signos y síntomas, tanto psicológicos como sociales, las cogniciones y actitudes en relación al valor nutritivo, el peso y la figura.

Otra definición sobre el Trastornos del comportamiento alimenticio basado en la nutrición en situaciones patológicas, es la siguiente: los trastornos alimentarios son un cuadro de trastornos psicológicos que presentan graves anormalidades que alteran la conducta. Lo cual es referido por Mataix y Linares (2002).

En el 2002 esta definición que se le da al trastorno de la conducta alimenticia fue apoyada por la Organización Mundial de la Salud, que también definen la Anorexia y Bulimia Nerviosa, temas que se abordarán más adelante.

Por último se citará una definición de los trastornos de la conducta alimenticia hecha por García (2003) la cual se basa en un modelo biopsicosocial:

“El aumento de la incidencia de dichos trastornos y la aparición en edades cada vez más tempranas podrían deberse a la mayor penetración de los fenómenos culturales relacionados con el cuerpo y la alimentación, que conllevan la creación de un culto a la esbeltez y a las dietas sin una adecuada educación sanitaria al respecto” (García, 2003, p. 21).

### **3.1.1 Clasificación de los Trastornos Alimenticios**

El DSM-V (1994) clasifica a los trastornos de la conducta alimenticios en tres categorías: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastornos de la conducta alimenticia no especificada.

“La anorexia se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales. La bulimia nerviosa se caracteriza por episodios recurrentes de voracidad seguidos por conductas compensatorias inapropiadas, como el vómito provocado, el abuso de fármacos, laxantes y diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo” (DSM-IV, 1994, p 653).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (1994), menciona algunos trastornos alimenticios no especificados como:

a) Se cumple con criterios para diagnosticar anorexia nerviosa, solo que su peso se encuentra dentro de los parámetros normales.

b) Se cumple con criterios para diagnosticar bulimia nerviosa, solo que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen dos veces por semana o durante menos de tres meses.

c) Conductas compensatorias inapropiadas después de haber ingerido mínimas cantidades de comida.

d) Masticar, expulsar, pero no tragar cantidades importantes de comida.

e) Trastorno por atracón, atracones de comida en ausencia de conductas compensatorias inapropiadas.

Kirszman y Salgueiro (2002) propusieron una conceptualización diagnóstica de los trastornos alimentarios, a los que divide en cinco categorías, para explicar la psicología acerca de la clasificación de los fenómenos, estas categorías son:

- 1) Anorexia Nerviosa
- 2) Bulimia Nerviosa
- 3) Trastorno por atracón
- 4) Obesidad

Y una categoría aislada, los trastornos alimentarios no especificados.

Definen como anorexia nerviosa, al miedo intenso de ganar peso o a convertirse en obeso aún cuando esté por debajo del peso normal.

“Con respecto a la bulimia nerviosa, ésta era considerada al principio como un trastorno secundario a la anorexia, pero las fuertes diferencias encontradas entre anoréxicas y bulímicas, hicieron que estas últimas pacientes fueran consideradas como perteneciendo a

### 3.1.1 Síntomas Generales

El DSM-IV (1994) refiere que los síntomas físicos de la anorexia nerviosa son atribuidos a la inanición (dejar de comer, para evitar subir de peso) y se puede presentar amenorrea, estreñimiento, dolor abdominal, intolerancia al frío, letargia, vitalidad excesiva, hipotermia, sequedad de la piel, lánugo (vello fino en la piel), edemas periféricos, y bradicardias (disminución de la frecuencia del ritmo cardiaco).

Estudios hechos en Minnesota, por Keys (1950), mostraron las alteraciones físicas de la anorexia nerviosa como sintomatología, los cuales son:

- 1) Trastornos del sueño
- 2) Debilidad gastrointestinal
- 3) Aumento de la sensibilidad al ruido y a la luz
- 4) Disminución del interés sexual
- 5) Edemas
- 6) Hipotermia
- 7) Parestesias
- 8) Alteración de la función tiroidea
- 9) Alteración del metabolismo de glucosa y de la hormona liberadora de corticotropina.

También Feighner (1972) citado por Kirszman y Salgueiro (2002) refieren seis síntomas de la anorexia nerviosa, amenorrea, lánugo, bradicardia, periodos de hiperactividad, episodios de bulimia, vómitos (pueden ser autoinducidos).

Es importante mencionar las alteraciones a nivel funcional en el cuerpo humano. Afirman Mataix y Linares (2002) que la anorexia nerviosa afecta el sistema cardiovascular, sistema gastrointestinal, sistema endocrino, el metabolismo, sistema renal, hematología (anemia de la médula ósea), sistema muscular, piel y sistema inmune. Por último cabe destacar que con lo anterior se marca una “...evolución de la enfermedad y van apareciendo una serie de cambios de estilo de vida” (p.1377).

El DSM-IV (1994) refiere que la bulimia nerviosa presenta síntomas como recurrir al vómito, lo que provoca una pérdida permanente del esmalte en los dientes, en algunos individuos se ensanchan las glándulas salivales, irregularidad menstrual y amenorrea. Para estimular la motilidad intestinal, las personas con este trastorno ingieren laxantes, de los cuales después se vuelven dependientes.

Según Chinchilla Moreno (2003) la bulimia nerviosa presenta síntomas de plenitud abdominal, fatiga, cefaleas, debilidad, hinchazón, náuseas, tumefacción en manos y pies, así como en la cara y puede desarrollar complicaciones como hipertrofia de glándulas salivales, amilasa aumentada, perforación esofágica, rotura gástrica, pancreatitis, hipoglucemia y arritmias cardíacas.

En efecto la bulimia nerviosa altera los sistemas del cuerpo humano como son: sistema cardiovascular, sistema renal, sistema gastrointestinal, sistema pulmonar, sistema endocrino, aspectos metabólicos, sistema muscular y piel. Explicado por Mataix y Linares (2002)

Estos mismos autores nombran la sintomatología de las personas que adquieren bulimia nerviosa y estos síntomas son:

- 1) Pérdida de potasio a través de los vómitos o el abuso de laxantes
- 2) Intoxicación por sustancia que utilizan para provocarse el vómito
- 3) Insuficiencia cardiaca
- 4) Nitrógeno bajo o alto en la sangre
- 5) Hipertrofia de las glándulas parótidas o salivales
- 6) Rotura gástrica
- 7) Rotura esofágica
- 8) Úlcera péptica o duodenal (ver figura 1)
- 9) Amilasa elevada
- 10) Daño al esmalte de los dientes como consecuencia de los vómitos
- 11) Neumonía por aspiración como consecuencia de los vómitos
- 12) Irregularidad menstrual
- 13) Bajos niveles de estradiol y progesterona
- 14) Deshidratación
- 15) Alteración en los niveles de sodio, potasio, cloro y bicarbonato
- 16) Debilidad muscular
- 17) Callosidades en el dorso de la mano dominante producida por la inducción del vómito.

Finalmente la bulimia nerviosa, según Lowe (1996), tiene como característica cognitiva la idea del continuo, la cual argumenta que las mujeres con bulimia se preocupan demasiado por la comida y el peso corporal.

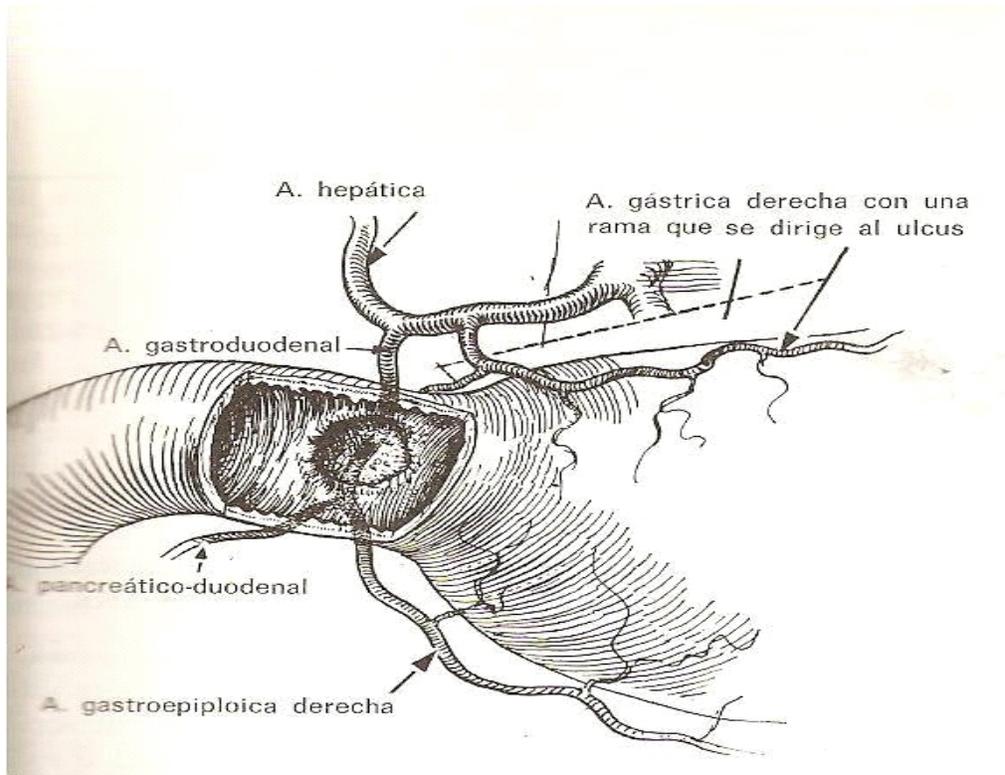


Fig.1. Alrededor de la mitad de todas las hemorragias masivas de la parte proximal del tubo digestivo se deben a una úlcera de la pared posterior del duodeno. Consecuencia de Bulimia Nerviosa.

### 3.1.1 Características emocionales de los trastornos alimenticios

En los trastornos alimenticios existen características emocionales específicas en las mujeres que sufren de estas enfermedades, las emociones juegan un papel en su conducta, afectando su vida cotidiana y las relaciones con la gente que las rodea.

Así; en el 2002 Mataix y Linares refieren síntomas emocionales para la anorexia nerviosa, los cuales son: deseo de no dormir, irritabilidad,

agresividad, se muestran manipuladoras y obstinadas con las personas, aislamiento social, desinterés sexual e hiperactividad.

En efecto la bulimia nerviosa difiere en las emociones que los individuos presentan en la que existe un gran deseo por la actividad física, desinterés escolar o laboral, evitación de compartir vida familiar, salidas sin límite, intensa vida social pasando por periodos de aislamiento, ansiedad, conducta autodestructiva, automutilación e intentos suicidas.

Dos criterios importantes en las emociones de las anoréxicas, los postulados por Fighner (1972) que son una negación de la enfermedad y el sentimiento de placer con la pérdida de peso.

Los trastornos alimenticios, según Chinchilla Moreno (2002), desencadenan los siguientes síntomas emocionales que se desarrollan en la anorexia nerviosa: gustos raros, caprichos, dificultad para tomar decisiones, preocupación disimulada por las enfermedades, se sienten dueñas de sí mismas, optimismo al adelgazar, potencia autodestructora y susceptibilidad con respecto a la imagen.

Para terminar el DSM-IV (1994) refiere como síntomas de los trastornos alimenticios, la emocionalidad que se desarrolle en la fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno dismórfico.

En consecuencia las personas que padecen trastornos de la conducta alimenticia suelen tener rasgos de personalidad específicos, que pudieran convertirse en patologías de la personalidad, lo cual sería interesante investigar en otro tipo de estudio.

CAPÍTULO 2  
ANOREXIA Y BULIMIA

## **CAPÍTULO 2. ANOREXIA Y BULIMIA**

En este capítulo se abordarán la anorexia y bulimia nerviosas, su definición, síntomas, alteraciones y consecuencias que se desarrollan en la etapa adolescente de la mujer.

### **2.1 Definición de Anorexia**

La anorexia tiene una definición basada en la historia antigua, se les llamó anoréxicas santas a aquellas mujeres que manifestaban una protesta contra su familia, porque solamente se preocupaban por la imagen corporal, por lo que las mujeres de épocas antiguas sentían angustia ante su imagen.

“El recelo del clero masculino era enorme frente a la radical abstinencia de aquellas mujeres, por lo que su rechazo a la comida, que pareciera ser una táctica, fue revestido de abnegación mística” (Serrato, 2000, p.20).

Este mismo autor menciona un fenómeno en los estudios de los trastornos alimenticios llamado “los artistas del hambre”, el cual surgió en el siglo XIX, donde se practicaba un ejercicio extremo de autocontrol que era un espectáculo público, el cual se interpretaba como anorexia contemporánea en una búsqueda narcisista de la perfección mediante el dominio del apetito.

Así en la historia de la inanición voluntaria están las huelgas de hambre y aquellas precursoras sufragistas (feministas) anónimas que antecedieron a

Gandhi. “Ellas, que estaban motivadas por sentimientos de conflicto personales, hicieron de esa abstinencia un instrumento de protesta pública” (Serrato, 2000, p.21).

En una definición clínica la misma autora sostiene que la anorexia nerviosa es una grave afección (amor) a la pérdida autoinducida de peso, causada por una preocupación patológica sobre la imagen corporal.

Autores importantes que hacen relevantes investigaciones sobre los trastornos alimenticios en 1870, definen a la anorexia nerviosa como un resultado del estado mental relativo a la tuberculosis y a la histeria. (Gull y Lasegue).

Ante esto Buckroyd (1997), señala otra definición clínica para la anorexia nerviosa, a la cual determina como un trastorno psiquiátrico que no tiene ninguna causa orgánica, metabólica o genética, pero resulta aterradora por su negativa a mantener el peso corporal por encima de un peso normal.

En su deseo por encontrar la relación psiquiátrica entre la anorexia y el peso, Halmi (1975) define a la anorexia como un conjunto de factores hacia una pérdida de peso necesaria para que el paciente se sienta bien y se le diagnostique anorexia nerviosa. (citado por Fernández y Turón,1998).

Duker y Slade (1995) relacionan a la anorexia con otro trastorno psiquiátrico y sostienen que ésta se compara con el alcoholismo, ya que ejerce efectos psicotrópicos (conciencia alterada) que experimentan bienestar, y así como el alcohol, la inanición puede cerrar a la conciencia los problemas cotidianos e inducir a un sentimiento de confianza.

En efecto “la anorexia nerviosa es un peligroso trastorno alimentario que puede provocar daño mental y físico a sus víctimas, las cuales se abstienen de comer a fin de llegar a tener una silueta delgada. Anorexia significa “pérdida del apetito”, pero esta definición puede resultar engañosa: quienes padecen este trastorno casi siempre están con hambre, la que niegan y reprimen con la fuerza de su voluntad. En ocasiones incluso presentan este hecho como una prueba de su capacidad y autocontrol” (Kolodny, 2000, p. 49).

Mataix (2002) define a la anorexia nerviosa como un trastorno caracterizado por un deseo intenso de perder peso, con un miedo irracional a la obesidad que altere su imagen corporal, así como conductas de restricción alimenticia, ejercicio físico y conductas purgativas.

“Aparece con más frecuencia en muchachas adolescentes y mujeres jóvenes, aunque también pueden verse afectados en menor frecuencia varones de las mismas edades, niñas y niños prepúberes e incluso mujeres maduras” (Mataix, 2002, p.1374).

Actualmente la anorexia nerviosa es una herramienta social para lograr la aceptación de los grupos donde nos desenvolvemos, es un trastorno psiquiátrico que se justifica por una serie de alteraciones a nivel emocional, por lo cual se convierte en un trastorno afectivo que perjudica a mujeres adolescentes por los cambios fisiológicos y emocionales que se desarrollan en esta etapa, es importante mencionar un factor determinante “*el deseo por ser socialmente aceptada*”.

### **2.1.1 Clasificación de la Anorexia Nerviosa**

Para clasificar la anorexia nerviosa Duker y Slade (1995) refieren que es importante partir de las respuestas que tienen las personas frente a esta enfermedad que puede ser física o de acción deliberada (acto personal), dentro de esta última se desarrollan ideas sobre la responsabilidad y la culpa. Entonces la anorexia nerviosa se clasifica como enfermedad física y acción deliberada.

Refiere Serrato (2000) la clasificación oficial de los trastornos alimenticios que incluyen la anorexia nerviosa, dicha clasificación se divide en cuatro grupos:

- a) CIE (Clasificación Internacional de las enfermedades)
- b) OMS (Organización Mundial de la Salud)
- c) DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Diseases)
- d) APA (American Psychiatric Association)

Los anteriores describen categorías diagnósticas que amplían la información sobre anorexia nerviosa y sus consecuencias.

Lask y Bryant-Waugh (1997) citado por Chinchilla Moreno (2003) divide a la anorexia nerviosa en anorexia puberal, trastorno del rechazo a la comida de causa emocional y síndrome de rechazo persistente absoluto.

a) Anorexia puberal: se presenta una distorsión de la imagen corporal y miedo a engordar.

b) Trastorno de rechazo a la comida de causa emocional: se caracteriza por síntomas afectivos como ansiedad, fobias, evitación de la escuela, obsesiones y depresión.

c) Síndrome de rechazo persistente absoluto: desprecio a la comida, bebida, marcha, habla, o cualquier otra forma de autocuidado, que suele asociarse con una forma extrema de trastorno por estrés postraumático.

En efecto la percepción en las adolescentes con anorexia nerviosa es determinante para su clasificación, por lo que Duker y Slade (1995) sostuvieron que la identidad en pacientes anoréxicas está formada por un desequilibrio en el control de la vida misma y el autoestima, por lo tanto, su identidad se establece con pensamientos de autodestrucción respecto a su imagen corporal.

Otra forma de llamar a esta clasificación según Serrato (2000) es “trastornos del esquema corporal” donde se desarrolla una alteración relacionada con los trastornos afectivos, como la depresión y el trastorno obsesivo compulsivo. Esto provoca que todas las situaciones en la vida de una adolescente anoréxica sean hostiles, lo cual sugiere una autoimagen negativa.

Una característica fundamental de la persona anoréxica es la alteración perceptual de la corporalidad sin reconocer su delgadez. En la anorexia nerviosa progresiva se ha comprobado que, aunque reconocen su delgadez y critican sus propios pensamientos, la conducta permanece, entonces asocian la presencia de una figura esbelta con personas inteligentes y triunfadoras (Mataix, 2002).

Con respecto a la alteración perceptual que se manifiesta en la anorexia nerviosa, la APA afirma que la mencionada alteración es una “preocupación por algún defecto imaginado del aspecto físico que provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social. La preocupación no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental, por ejemplo insatisfacción corporal en la anorexia nerviosa” (Kirszman y Salgueiro, 2000, p. 301).

Una interesante aportación es la realizada por Rosen (1992) referido por Kirszman y Salgueiro (2002) quien sostiene que el progreso de los trastornos alimenticios en la actualidad es causa del desorden de la imagen corporal.

En la problemática de la distorsión de la imagen corporal Fernández (1992) citado por Kirszman y Salgueiro (2002) explica las categorías en que se divide la imagen corporal, las cuales son:

a) La constitución: cada adolescente elabora una imagen de su cuerpo en relación a la proporción y tamaño, lo cual se deriva de patrones culturales.

b) El funcionamiento: corresponde a la preparación funcional del cuerpo para sus acciones vitales.

En efecto las percepciones con respecto a la imagen provocan malestar o bienestar en función a características intrínsecas del cuerpo y la afectividad, esto se evalúa con base en ciertas características que son:

1) Actividad: ritmo y frecuencia con que puede llevarse a cabo un despliegue de potencialidades.

- 2) Persistencia: sostener un nivel de actividades consecutivamente.
- 3) Potencia: despliegue y rendimiento en las capacidades.
- 4) Control: capacidad de cambiar los movimientos del cuerpo.
- 5) Flexibilidad: capacidad para doblar fácilmente el cuerpo.
- 6) Asertividad: sentimiento de que el comportamiento puede imponerse al medio ambiente.
- 7) Atracción: capacidad de impresionar a las personas que nos rodean, a favor o en contra.

“Con respecto a los trastornos alimenticios y el compromiso de la imagen corporal en esta patología podemos observar como cada una de estas características sufre alteraciones coincidiendo a un rechazo del propio cuerpo” (Kirszman y Salgueiro, 2002, p.302). Así también mencionan que la imagen corporal es “el sentimiento y actitud hacia el propio cuerpo” (p.303).

Por su contenido Harper y Giufre (1992) identifican la imagen corporal dentro de los siguientes planos:

- a) Cognitivo: pensamientos y creencias sobre el cuerpo.
- b) Perceptual: sentimientos y sensaciones internas.
- c) Afectivo: sentimiento sobre el propio cuerpo.
- d) Evolutivo: juicios morales acerca de la propia imagen.
- e) Sociales: sensibilidad y aguda conciencia de los sentimientos de otros, actitudes y creencias, sentimientos de vulnerabilidad frente a expectativas de otros.
- f) Kinestésicas: sensación de fluidez y movimiento interno.
- g) Táctiles: sensación de permeabilidad y solidez.

Finalmente, estos autores explican que la insatisfacción corporal es el modo en que uno experimenta su cuerpo, mientras que la distorsión de la imagen corporal es una alteración perceptual del cuerpo. Es importante destacar que ambos se pueden presentar en la anorexia nerviosa, juntos o separados, lo que puede señalar el punto importante para una acelerada intervención terapéutica.

En conclusión podemos decir que las principales clasificaciones de la anorexia nerviosa toman en cuenta la imagen corporal y la percepción del cuerpo.

### **2.1.1 Síntomas de la Anorexia Nerviosa**

El DSM IV (2001) plantea que la anorexia nerviosa presenta síntomas del estado de ánimo deprimido, retraimiento social, irritabilidad, insomnio y pérdida de interés por el sexo. También tienen pensamientos relacionados con la comida y algunas adolescentes coleccionan recetas de comida o almacenan alimento.

Existen otras características que se asocian al trastorno por anorexia nerviosa, como es la preocupación por comer en público, sentimiento de incompetencia, necesidad de controlar el entorno, pensamiento inflexible, poca espontaneidad social, perfeccionismo y restricción de la expresividad emocional e iniciativa (DSM IV, 2001).

Así el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales especifica la presencia de atracones o purgas que se incluyen en los

síntomas y trastornos asociados, estos episodios que se desarrollan en la anorexia nerviosa son:

1) Tipo restrictivo: cuadro clínico en el que la pérdida de peso se consigue haciendo dieta o ejercicio, en este episodio no se recurre a atracones o purgas.

2) Tipo compulsivo-purgativo: en este episodio se recurre a atracones y purgas, provocando el vómito o utilizando diuréticos, laxantes o enemas de manera excesiva para perder peso aunque se consuman mínimas cantidades de comida (2001).

Respecto a la sintomatología, las adolescentes con anorexia nerviosa en el tipo compulsivo-purgativo "... tienen más probabilidades de presentar problemas de control de impulsos, de abusar del alcohol, o de otras drogas, de manifestar más labilidad emocional, de ser activos sexualmente, de presentar mayor frecuencia de intentos de suicidio en su historial y de padecer una alteración de la personalidad que cumpla criterios de trastorno límite de la personalidad" (DSM IV, 2001, p. 656).

En el 2003 Chinchilla Moreno detalla la sintomatología de la anorexia nerviosa, este importante autor habla también acerca de sus síntomas, la relación con el adolescente y sus reacciones corporales y emocionales, que a continuación se indican:

El diagnóstico de la anorexia nerviosa se basa en definirla como un síndrome con síntomas primarios y secundarios.

En efecto menciona como síntomas primarios la preocupación excesiva, selección y restricción alimenticia voluntaria. Por lo tanto, adolescentes con anorexia buscan adelgazar con lo que experimentan placer y control en el cuerpo.

Al inicio de la sintomatología las adolescentes con anorexia manifiestan un cuadro depresivo mitigado (moderado). La amenorrea no se presenta en el inicio, sino posterior a la conducta alimenticia.

Entonces las adolescentes con el trastorno que tienen un biotipo (caracteres físicos y psíquicos de un individuo) obeso comienza con fobias y aversión hacia el propio cuerpo.

Es importante decir que con poca cantidad de alimento se ven saciadas, lo que intentan corregir con ejercicio y obligaciones, por lo que empiezan engaños y mentiras para evitar acudir a la mesa y comer.

Conforme se va perdiendo peso decrece la hiperactividad y más adelante se puede desarrollar la bulimia (Chinchilla Moreno, 2003). Ante esto argumentan pánico, angustia y miedo irracional de estar gordas o perder el control de peso.

“La primera vivencia penosa de su corporalidad tiene ciertas connotaciones fóbico-obsesivas y son básicamente involuntarias, aumentando su falta de autocrítica con la desnutrición creciente y las consecuencias psicológicas de ésta” (p. 64).

Dentro de la conducta alimenticia existen rasgos patológicos, de evitación, ocultación, manipulación alimenticia y excusas para evitar comer, además se refuerza la hiperactividad para perder peso por el ejercicio.

Por los rasgos de psicopatología que presenta la anorexia nerviosa debido a la desnutrición progresiva y la posible vulnerabilidad biológica, las adolescentes ya no son conscientes, voluntarias, libres del control, de su cuerpo, por lo que se desconoce la causa que orienta la angustia al control alimenticio.

Los síntomas en la anorexia nerviosa también presentan alteraciones cognitivo-conductuales graves que conllevan a un ánimo depresivo, dificultades cognitivas y obsesivas por estar delgadas. La angustia sigue permanente y desarrolla un cuadro de Cotard (nihilismo del cuerpo, que significa el deseo por desaparecer físicamente), negando la evidencia de delgadez creciente.

En efecto este trastorno de la conducta alimenticia presenta síntomas de mayor importancia como la ansiedad que está siempre presente en el curso de la enfermedad como mecanismo de defensa "...derivada del rechazo fóbico-obsesivo de la posibilidad de estar gorda y la búsqueda de la delgadez genera y alimentan en círculo vicioso dicha ansiedad" (p.67).

Los factores que causan la permanencia de la ansiedad son el miedo a perder el control de su vida, ganancias parciales de peso, placer por el control, baja autoestima, retraimiento psicopatológico, que aumenta el síntoma ansioso en las adolescentes que padecen anorexia nerviosa.

En la sintomatología existe una progresiva disminución de los campos de interés social, por lo que van perdiendo relación con amigos y familiares, aún así socialmente se ven distintas, mejores, perfectas y más espirituales que los demás, según su percepción, además desarrollan conductas de autodomínio y autocontrol absurdo que es la base de una serie de confusiones y es una limitante a la libertad personal, otro síntoma relevante es la depresión moderada que desarrollan las adolescentes con anorexia la cuál aumenta con incremento mínimo en su peso, por la sensación de falta de control en los alimentos.

Finalmente las obsesiones irracionales dentro de este grupo de síntomas desencadenan un síndrome llamado Bordelini, representado por la obsesión de adelgazar y las preocupaciones irracionales sobre la ingesta y la desnutrición del cuerpo y las fantasías.

“Hasta los síntomas marcados de desnutrición propios de la anorexia nerviosa, se interpretan positivamente” (Duker y Slade, 1995, p.185). La hiperactividad sugiere a una adolescente trabajadora, dedicada, persistente y exitosa, y como consecuencia el ejercicio excesivo hace olvidar la inquietud que invade a la adolescente anoréxica por no comer. Sin embargo no hay que olvidar que éste es un trastorno que puede causar problemas psiquiátricos y hasta la muerte.

Igualmente podemos mencionar que la vigorexia acompaña a la anorexia nerviosa y se caracteriza por una adicción al ejercicio, donde las personas se encuentran influenciadas por modelos actuales que propone la sociedad para tener una figura perfecta o simplemente son deportistas con

deseos de ser los mejores en su disciplina. Es importante referir que también en la vigorexia se carece de autovaloración (Alburg, 2006).

### **2.1.1 Alteraciones fisiológicas del organismo**

En las alteraciones fisiológicas surgen problemas serios en el metabolismo, Serrato (2000) menciona que investigaciones recientes demuestran la importancia de la distribución de la grasa, debido a que este tejido influye en las funciones metabólicas.

Las adolescentes desean perder peso y mantener una figura esbelta por lo que harán dietas que alteren su metabolismo, algunas dietas que practican las adolescentes con anorexia son:

1) Dieta alta en proteínas y baja en hidratos de carbono: esto causa un aumento en los triglicéridos, promueve niveles elevados de cetonas en la sangre, aumenta el ritmo cardiaco y causa un desgaste masivo de hidratos de carbono. Todo esto causa desmayos y depresión. En esta dieta se puede ingerir un 90% de carnes blancas y rojas, pero solo se podrán consumir el 10% de verduras y frutas.

2) Dieta a base de plátanos, huevos y otros pocos variables: debido a que no tienen todos los nutrientes necesarios para el organismo, se elevarán peligrosamente los niveles de colesterol.

3) Dietas hiperprotéicas (en polvo o líquidas): productos ahorradores de energía provocan arritmias cardiacas e incluso la muerte súbita.

4) Combinación de lecitinas, algas y vitamina B6: estas sustancias no son causa de pérdida de peso, pero se adelgaza debido a la dieta baja en calorías, que va a provocar hipotermia. (Serrato,2000).

Duker y Slade (1995) explican las alteraciones fisiológicas que aparecen en el curso de la anorexia nerviosa que comienzan con una intensa demacración y amenorrea (cese de periodos menstruales).

El cuadro fisiológico que presenta es muy parecido al que surge cuando hay una disminución de calorías en el cuerpo provocada por cualquier causa.

Es importante resaltar que estos autores, sostienen que la osteoporosis solo se desarrolla en la anorexia crónica y en mujeres que llevan muchos años sin menstruar.

En la opinión de Halmi (1995) existen alteraciones neurológicas en la anorexia nerviosa, relacionada con los neurotransmisores como la noradrenalina, serotonina y dopamina; se explican a continuación:

a) Noradrenalina: la ausencia de este neurotransmisor en el hipotálamo potencia la ingesta de alimentos durante los atracones en el episodio compulsivo-purgativo, ausencia causada por desnutrición, exceso de ejercicio y estado de ánimo desequilibrado (Halmi, 1995 citado por Chinchilla Moreno, 2003).

b) Serotonina: tiene la función de regular los ritmos circadianos de la alimentación y sus disminuciones están relacionadas con el estado agudo de la anorexia, el cual se regula conforme se recupera el peso. Otra relación del neurotransmisor está en la aparición de depresión, al bajar sus niveles de manera significativa, (Hassaneyeh y Marshall, 1991 citado por Chinchilla Moreno, 2003).

c) Dopamina: la disfunción de este neurotransmisor explica la alteración a la respuesta de la ingesta. En el episodio restrictivo de la anorexia nerviosa,

los niveles de dopamina son muy bajos y plantea una nula satisfacción después de la ingesta. (Halmi, 1995, citado por el mismo autor).

Además existen alteraciones a nivel hormonal, como amenorrea; uno de los síntomas principales de la enfermedad pero “...en ocasiones puede ser anterior o simultánea al inicio de la conducta anoréxica. En otros casos persiste durante meses o años después de la recuperación del peso” (Mataix 2002, p. 1377).

Las hormonas que comúnmente se alteran en presencia de la anorexia nerviosa son: corticotropina (CRH), luteinizante (LH), gonadotropina (GnRH), y hormona del crecimiento (GH).

1) Corticotropina (CRH): su exceso causa disminución de la actividad sexual, disminución de ingesta y la hiperactividad. También se encuentra una relación proporcional entre CRH y los síntomas depresivos en la anorexia nerviosa, aunque al igual el aumento de CRH se debe a una depresión concomitante (actúa simultáneamente a la anorexia nerviosa) y puede ser anterior a la pérdida de peso.

2) Luteinizante (LH): existe una disminución mayor en esta hormona, a diferencia de otras, se comprobó que esto provoca ausencia de menstruación.

3) Gonadotropina (GnRH): hormona que libera la LH que provoca hipogonadismo (insuficiencia de la función endócrina de las gónadas, glándulas sexuales que producen gametos y secretan hormonas sexuales), lo que disminuye el deseo sexual en las anoréxicas.

4) Hormona de crecimiento (GH): en la anorexia nerviosa existe una ausencia de somatomedina C (factor de crecimiento), que provoca disfunción de la dopamina y una hiposensibilización de adrenalina (Halmi 1995, citado

por Chinchilla Moreno, 2003). Se debe recordar que las hormonas trabajan en conjunto, lo que sugiere que si existe una modificación en una lo habrá en todas las demás.

Para terminar con las alteraciones neurobiológicas se explicará cómo se encuentran los neuropéptidos en la anorexia nerviosa. Los neuropéptidos controlan la saciedad, el humor, el apetito y algunas funciones endocrinas.

Los neuropéptidos son: opoides, colecistocinina (CCK), neuropéptido Y y péptido YY, vasopresina, oxitocina, galanina (GAL) y ácido gamma aminobutírico (GABA) (Chinchilla Moreno, 2003).

a) Opoides: la producción de opoides en exceso es una respuesta fisiológica para aumentar la ingesta, se ha encontrado una baja concentración en las personas con anorexia, lo que explicaría el rechazo a la alimentación. Cuando existe un aumento de opoides en el LCR (líquido cefalorraquídeo) y en consecuencia una disminución de endorfinas, existe una correlación con la depresión mayor que se desarrolla en la anorexia.

b) Colecistocinina (CCK): esta sustancia es secretada por el aparato digestivo y mediada por el nervio vago y contribuye a la sensación de saciedad. En las personas con anorexia, se encuentra en los niveles normales, sin embargo, hay un aumento en su secreción y el polipéptido pancreático en respuesta a las grasas, lo que se relaciona con el rechazo a los alimentos ricos en grasa. (Fujimoto, 1997 referido por Chinchilla Moreno, 2003).

c) Neuropéptido (NPY) Y y Péptido (PYY) YY: son dos estimulantes importantes para la ingesta, en la anorexia nerviosa se encontraron concentraciones normales de PYY y elevadas concentraciones de NPY, lo

que es responsable del rechazo a la comida, en especial a los dulces (Kaye,1990, citado por el mismo autor en el 2003).

d) Vasopresina y Oxitocina: ambas participan en los procesos cognitivos y de aprendizaje, se encontraron niveles elevados de vasopresina y niveles bajos de oxitocina que provocan distorsiones cognitivas en la anorexia (Demitrack, 1990).

e) Galanina (GAL) y acido gamma aminobutirico (GABA): son neuropéptidos que contribuyen a la evolución de la anorexia nerviosa, si estos se encuentran significativamente en niveles bajos causan un deseo por la restricción de la ingesta y evitar el consumo de alimentos con grasa (Frank, 2001).

Además de las alteraciones ya mencionadas también existen hallazgos de exploración física y enfermedades médicas asociadas a la anorexia nerviosa que clasifica el DSM IV en 1994 como alteraciones al organismo y son las siguientes:

a) Amenorrea: resultado de la disminución en la pulsatilidad de la hormona estimulante de la gonadotropina, lo que provoca bajos niveles de estradiol, que evita la menstruación, así mismo sus razones pueden ser emocionales por el estrés excesivo o por una nutrición insuficiente.

b) Estreñimiento: consiste en un trastorno de defecación con pausas de más de 48 horas, entre las deposiciones y evacuación de pequeñas cantidades de heces muy duras y de peso inferior a los 200 gramos por día, en consecuencia las heces permanecen días en el colon.

c) Dolor Abdominal: es producido por la falta de alimento, con sensación dolorosa y una alteración emocional ocasionada por neurosis,

ansiedad, obsesiones, ideas fijas y sentimientos de irrealidad por un temor a “verse gordos”.

d) Intolerancia al frío: depende de la edad, nutrición, riqueza en tejidos adiposos, sin embargo en la anorexia se presenta altos niveles de frío, por su bajo metabolismo.

e) Letargia: es un estado de sueño morbosos profundo y continuado por disminución en los reflejos, ocasionando una pérdida de la voluntad.

f) Vitalidad excesiva: las anoréxicas tienen una percepción exagerada de las cosas, como estudiar, leer en exceso, correr para evitar comer, dietas, lo cual se manifiesta en una hiperactividad con actitudes brillantes y alertas.

g) Hipotensión: presión baja en la sangre. Es importante mencionar que el 85% de pacientes presentan ortostatismo (presión del 20-30 Mm. Hg.) de la presión arterial sistólica o 10-15 Mm. Hg. de la diastólica.

h) Hipotermia: bajas temperaturas en el cuerpo causado por alteraciones neuroendocrinas.

i) Sequedad en la piel: piel seca, pérdida de grasa subcutánea, a causa de desnutrición.

j) Lanugo: vello muy fino que tienen los fetos al nacer, esto es provocado por el adelgazamiento y caída excesiva del cabello, el lanugo se presenta en cara y cuerpo como protección de una desnutrición grave.

k) Bradicardia: su frecuencia cardíaca presenta un descenso de la tasa metabólica como una adaptación a la desnutrición.

l) Petequias en extremidades: son manchas violáceas que aparecen sobre la piel, ocasionadas por hemorragias minúsculas de la dermis por la desnutrición.

m) Hemorragias: alteración hematológica y renal que causan derrames de la sangre.

n) Piel amarilla: debido a la desnutrición sufren alteraciones renales y electrolíticas.

Todo lo anterior ha sido explicado por Mascaru y Porcar en 1983.

### **2.1.1 Consecuencias de la Anorexia Nerviosa**

Como se ha referido, la anorexia nerviosa trae consigo severas consecuencias físicas, emocionales y psicológicas en las personas que la adquieren.

Así Honbacher (1973) citado por Serrato (2000), menciona que la anorexia nerviosa deja como consecuencia el sistema inmunológico debilitado que trae consigo, infecciones, catarros y esguinces. También los ovarios dejan de cumplir su función y se puede llegar a la esterilidad.

La anorexia nerviosa produce pesadillas nocturnas relacionadas con la inanición, el ahogo y el abandono afectivo, acompañadas por sudoraciones frías.

Después de que una persona con anorexia nerviosa se recupera y su peso vuelve a la normalidad, afirma Serrato (2000), se han descubierto la permanencia de secuelas como: anomalías en el ciclo menstrual, osteoporosis, anomalías sexuales y reproductivas, así como tendencias hacia el alcoholismo y tabaquismo.

También quedan secuelas cognitivas ante la anorexia nerviosa, entre las que se encuentran “...pensamientos persistentes en cuanto a la comida, el peso y el aspecto físico. “Estoy muy gorda”, se convierte en un pensamiento

exclusivo que produce un aumento continuo de ansiedad” (Serrato, 2000, p. 74).

En este trastorno la conducta alimenticia, argumenta Chinchilla Moreno en el 2003, la comorbilidad se presenta como consecuencia de la vulnerabilidad de la paciente ante un trastorno de la personalidad el cual puede incrementar el riesgo de adquirir otro tipo de trastorno. Dentro de los trastornos de la personalidad que la anorexia puede desencadenar están el obsesivo compulsivo, histérico y límite. También como consecuencia puede desatarse el trastorno por ansiedad y un trastorno perceptivo-cognitivo.

Finalmente Duker y Slade en 1995 refieren los efectos psicológicos de la inanición que son consecuencia de este trastorno. Existen cambios intelectuales causados por la inanición, la cual reduce la capacidad para razonar reduciendo el pensamiento complejo, abstracto numérico y creativo.

Otro efecto importante es la disminución del interés sexual, reflejando un cambio hormonal donde existe una inhibición en la secreción de hormonas reproductoras.

Por último, los cambios en el estado de ánimo y sentimientos como resultado de la anorexia nerviosa, reflejan que cualquier emoción que la persona experimente será con menor fuerza. La joven continuamente tiende a aislarse para así sustentar sus sentimientos de superioridad e inferioridad.

Algo relevante en sus sentimientos es que a causa del ayuno, la persona con este trastorno alimenticio va a presentar estados de regocijo

(alegría) y sensaciones de ensueño (sensación de flotar), lo que se compara con los efectos psicotrópicos de la droga.

### **2.1.1 Aspectos Emocionales**

La anorexia nerviosa tiene aspectos emocionales que se desarrollan durante el curso de este trastorno, una de las primeras emociones que se presentan según Chinchilla Moreno (2003), es la vergüenza ante la imagen de su cuerpo y las confusiones mentales a causa de la falta de autocrítica. Ante la emoción de vergüenza por los comentarios de las personas que le rodean con respecto a su imagen, se desencadena continuamente angustia orientada al control de la comida.

A consecuencia de esto “se les pueden presentar crisis afectivo-emocionales ante comentarios sobre su cuerpo que para ellas son motivo de escándalo o vergüenza, ante los que adoptan los primeros pasos de control de peso, evitando al inicio los carbohidratos y las grasas” (Chinchilla Moreno, 2003, p. 66).

Las adolescentes con este trastorno presentan una ambivalencia emocional hacia la familia, pero sobre todo a su madre. La ambivalencia que se muestra a la madre en el curso de la anorexia nerviosa, según Serrato (2000), fundamenta que en periodos prenatales, la hija no es deseada y debido a la emocionalidad que la madre pasa al bebé, se pueden desarrollar trastornos alimenticios.

También se habla sobre la adolescencia y las etapas de actividad-apatía, cercanía-desapego, responsabilidad-irresponsabilidad, que la madre

no sabe manejar adecuadamente. Así es como las actitudes de los padres afectan al comportamiento.

Entonces uno de los aspectos emocionales más importantes es la ambivalencia de sentimientos de la adolescente hacia su madre. Al mismo tiempo la ambivalencia puede ser desplazada hacia las personas que le rodean.

Debido a las emociones negativas que la adolescente puede tener, se crea la ambivalencia hacia la madre en relación a que intenta controlar su alimentación y en la enseñanza de que la imagen es lo más importante.

Las adolescentes, según Chinchilla 2003, tienden al victimismo y a tener emociones fuertes de culpabilidad que conllevan a mentiras o conflictos con sus padres. Estos conflictos los contrarrestan con histerismos, llantos y chantajes, para conseguir la inanición.

En efecto “cualquier comentario no mal intencionado sobre su cuerpo en el sentido de estar más o menos gorda o mejor, les desagrada y desencadena y potencia su aversión hacia los alimentos o estimula la hiperactividad de desgaste” (Chinchilla Moreno, 2003, p.67).

En su emocionalidad presentan imposibilidad para expresar lo que están sintiendo, a lo cual tienen una actitud defensiva con una sensación de desamparo en relación con las personas que ama.

Existe una alteración en estos aspectos, por lo que se sentirá mejor cuando los comentarios hacia su cuerpo sean negativos debido a que no

pueden soportar comentarios como “te ves saludable”, porque su alteración sensoperceptual la lleva a pensar “me veo gorda” (Duker y Slade, 1995).

“La anorexia presenta tres características subyacentes principales, son su intensa moralidad, su sensibilidad extrema, en particular a necesidades y sentimientos de otros, y su profundo sentido de poca valía” (Duker y Slade, 1995, p.133).

1) Moralidad: se tienen firmes convicciones con respecto a lo que se debe y no hacer, aplicando sus reglas morales a su alimentación y a todos los aspectos de su vida, para la persona con anorexia estos actos constituyen una gran virtud.

2) Sensación de carecer de valor: aunque las adolescentes con anorexia nerviosa aparentan imponerse al mundo y gozar de un éxito aparente, tienen emociones de poca valía y no reconocen sus propias habilidades, experiencias, logros y sentimientos. De esta característica se desarrolla el autodesprecio, el cual se explica a continuación:

Autodesprecio: tiene sentimientos y emociones de que no vale nada como ser humano, trata a sus emociones como desagradables y las reprime, “como sus sentimientos y emociones le resultan tan inaceptables , constantemente y con determinación trata de suprimirlos o rechazarlos. Así que acaba separándose de ellos, y en consecuencia separándose de sí misma” (Duker y Slade, 1995, p.138).

de manejar situaciones que se les presentan, sin embargo perciben y responden a obligaciones, prohibiciones, expectativas y exigencias. Con esta sensibilidad surge lo siguiente:

Respuestas y responsabilidad: presenta una baja autoestima que apoya la idea de que los demás, son más importantes que ella, sus necesidades y preferencias, por lo que la persona es más sensible a lo que desean los demás, (responde a necesidades emocionales de otros) (Duker y Slade, 1995).

4) Control externo: en la adolescente con este trastorno, este punto es importante porque abarca algunos de los ya mencionados. Debido a los juicios morales severos, baja autoestima e hipersensibilidad, la persona “siente que es presionada y controlada por toda persona con quien entra en contacto. Tan deteriorado está su sentido de sí misma, que las necesidades, sentimientos y expectativas automáticamente se infiltran en su ser y se vuelven obligaciones para ellas.” (Duker y Slade, 1995, p.142).

5) Sentimientos ocultos: cuando la anoréxica recupera peso, igualmente recupera la conciencia en sus emociones, pero hará todo lo posible por ocultar todo lo que siente ya que mientras más reservada sea, hay menos posibilidades de que los demás descubran sus deficiencias y fracasos, con esto trata de no lastimar a los demás.

## **2.1 Definición de Bulimia**

Serrato (2000) define a la bulimia nerviosa como una pérdida de control sobre la ingesta, que se encuentra asociada con mecanismos de compensación para evitar el sobrepeso con la inducción de vómitos. Entonces se presentan

episodios de sobrealimentación, varias veces al día, sin saborear los alimentos; es importante mencionar que la mayoría de las personas con bulimia nerviosa se encuentran dentro del peso normal.

Los síntomas de la bulimia nerviosa se desarrollaron en tiempos antiguos de la sociedad romana a lo que llamaban “*vomunt et edant, edunt et vomant*” que significaba personas que vomitaban para comer y comían para vomitar. Este término no toma importancia, así que durante el siglo XVIII en Francia utilizan el término “*bulimie*”, para definir un patrón de comida excesiva.

En el siglo XIX la historia de la medicina describe a la bulimia nerviosa como síntoma de la anorexia. Hacia el siglo XX los especialistas en medicina afirman que la bulimia nerviosa es un fenómeno moderno que llega a ser un trastorno independiente.

En 1976 Boskind-Loalh citado por Serrato (2000), escribe el primer artículo sobre la bulimia nerviosa titulado “*Cinderella’s stepsisters: a feminist interpretation of anorexia nervosa and bulimia*”, en el que se analiza principalmente la bulimia y establece el término bulimarexia que relaciona los atracones con las purgas y la anorexia nerviosa, lo que Bruch en 1980 lo describe como error de significado y sus variaciones.

En 1980 comienzan a reconocer un gran número de pacientes con bulimia nerviosa que surgen en Estados Unidos y en el Reino Unido, por lo tanto el psiquiatra Gerald Rusell publica su libro llamado “Bulimia Nerviosa” con lo que surgen definiciones a dicho trastorno como: síndrome de caos diabético, bulimarexia nerviosa y bulimia (Serrato, 2000).

Para 1987 el DSM IV define a la bulimia nerviosa como una serie de atracones y métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso.

Finalmente Guillemot y Laxenaire (1999, citado por Serrato 2000), define a la bulimia nerviosa como "...la realización de un objetivo de éxito social, pasando por la delgadez, el atolladero psicobiológico así alcanzado y los estados de ánimo, como la pérdida de autoestima, la frustración y el estrés" (p. 27).

### **2.1.1 Clasificación de la Bulimia Nerviosa**

El DSM IV en el 2001 clasifica a la bulimia nerviosa en dos subtipos que se encuentran relacionados con la ingesta de alimentos, los cuales son:

a) Tipo purgativo: donde la joven presenta vómito provocado, uso excesivo de laxantes y diuréticos de forma no medicada y enemas.

b) Tipo no purgativo: en este subtipo la joven emplea diferentes técnicas compensatorias inapropiadas como hacer ejercicio en exceso y ayunar.

Existen una serie de estudios realizados por Willmuth, Leteitenberg, Rosen y Cado (1988, citados por Bolloch, Sandin y Ramos, 1995), donde la bulimia de tipo purgativo desarrolla mayores grados en la distorsión de la imagen corporal, alimentación anormal, depresión y obsesiones. También comprobaron que en la bulimia de tipo no purgativo, las cantidades de comida que se ingieren son significativamente menores a las raciones de comida de las personas sanas.

El subtipo purgativo de la Bulimia Nerviosa se manifiesta en un vómito después de haber comido en exceso, sin embargo la purga no es suficiente para producir un mejor estado de ánimo en la adolescente (Sarason y Sarason,1996).

Otra clasificación de la Bulimia nerviosa es el trastorno por ingesta excesiva mejor conocido en las adolescentes como “comedoras compulsivas”, esta clasificación también se encuentra en el DSM IV en el 2001, en los trastornos alimenticios no especificados.

Elkin (2000) sostiene que la ingesta excesiva se caracteriza por episodios recurrentes de comer en exceso “que ocurren por lo menos dos veces por semana durante seis meses, estos episodios van acompañados de una sensación de falta de control o sufrimiento subjetivo” (p. 218). Sin embargo a diferencia de la bulimia nerviosa los “comedores compulsivos” no emplean comportamientos compensatorios como el vómito autoinducido para control de peso, por lo tanto las personas con este trastorno suelen ser obesas.

No obstante, investigaciones recientes han agrupado a individuos que experimentan una gran ansiedad debido al temor de comer en exceso y no recurrir a conductas purgativas, como personas con trastornos de voracidad alimenticia (TVA) el cual también es conocido como ingesta excesiva y comedores compulsivos, solo que este trastorno aparece en el apéndice del DSM IV por lo que investigadores han llegado a la conclusión de que este trastorno debería agregarse a las próximas ediciones del DSM IV (Barlo y Durand, 2001).

Castongua y colaboradores, refieren:

“...la bulimia y el trastorno de voracidad alimenticia podrían combinarse, porque la comilona es una característica destacada de ambos trastornos; a los individuos podrían subtipificárseles después en cuanto a sí se purgan o no y si están obesos o no “(p.27).

Las personas con este trastorno experimentan baja autoestima, problemas en el trabajo en sus relaciones interpersonales, a diferencia de la anorexia y bulimia nerviosa, nunca tienen la sensación de logro y control de su cuerpo (Elkin,2000).

En consecuencia de las purgas existe otra división para las adolescentes con este trastorno a las cuales se les llama bulímicas. Las bulímicas logran mantener en secreto su enfermedad debido a que tienen un peso normal y un ajuste superficial (al efectuar una evaluación profunda se encuentran problemas en las áreas de vida de ajuste) en el ámbito laboral y relaciones interpersonales.

También Carol y León en 1981 (citados por G. Sarason y R. Sarason en 1996) informan que los excesos del comer se producen por el contacto con personas importantes en la vida de una bulímica como la madre, el novio, amigas, hermanas y el padre. En uno de los episodios de la comilona la adolescente puede consumir alrededor de 2,000 a 5,000 calorías, lo que equivale al doble de las calorías que ingiere una persona sana en un día.

Es importante explicar que las bulímicas presentan una tendencia a comer en exceso, sin embargo, en ocasiones prefieren estar en inanición (G. Sarason y R. Sarason,1996).

Finalmente se va a describir la última clasificación de la bulimia nerviosa, conocida como bulimia con sentimientos de culpa. En el deseo por mantener una figura esbelta, las adolescentes desarrollan dietas mal dirigidas y en momentos de tristeza o angustia recurren a la comilona o atracón (ingesta excesiva por falta de autocontrol). Al violar sus estrictos e irreales estándares de dieta, las adolescentes desarrollan una fuerte culpabilidad que las lleva al mal uso de purgantes (G. Sarason y R. Sarason,1996).

La culpa se encuentra asociada con la reducida habilidad para enfrentar sentimientos como tristeza y angustia con respecto a la imagen corporal.

En efecto la culpa se acrecenta por una vulnerabilidad emocional a causa de las dietas obsesivas de las adolescentes con este trastorno. Cuando la paciente se encuentra en inanición, se le presenta un lapso de desinhibición en donde come de forma exagerada, todo esto le provoca un sentimiento de culpa, difícil de controlar debido a que se convierte en un círculo vicioso (Mcanarney, Kreipe, Orr y Comercci,1997).

También la culpa causa un desequilibrio cognitivo y emocional, provocando pensamientos e intentos suicidas (Elkin, 2000).

Criterios del DSM IV (2001) explican que la culpa en la bulimia se manifiesta por sensaciones de no dejar de comer o no controlar la cantidad de comida que se ingiere en un par de horas. Por lo tanto la bulimia con sentimientos de culpa podría presentarse como rasgo en la bulimia nerviosa.

Resumiendo, debemos reconocer dos tipos de bulimia que son: purgativo y no purgativo (DSM IV, 1994).

### **2.1.1 Síntomas de la Bulimia Nerviosa**

Las adolescentes con bulimia se encuentran en un peso normal, aunque algunas presentan ligeras desviaciones por encima o por debajo de la normalidad. Uno de los síntomas descriptivos más importantes en la bulimia nerviosa es el sobrepeso (DSM IV, 2001).

El atracón es uno de los síntomas que determina la bulimia nerviosa, el cual se define como "...el consumo a lo largo de un periodo corto de tiempo de una cantidad de comida muy superior a la que la mayoría de los individuos comerían" (DSM IV, 200, p. 660). Un periodo de tiempo corto significa un lapso inferior a dos horas.

El mismo libro sostiene que en los atracones las personas con bulimia nerviosa consumen alimentos con alto contenido calórico, pero la proporción de calorías derivadas de proteínas, ácidos grasos e hidratos de carbono es similar. Los atracones pueden durar hasta que sientan dolor por la plenitud. Ante este trastorno los individuos experimentan vergüenza por lo que tratan de esconder los síntomas.

En la bulimia nerviosa también existen las conductas compensatorias inapropiadas para evitar el aumento de peso, una de las conductas más significativas es el vómito, que cumple con disminuir el miedo a subir de peso y con la desaparición del malestar físico. Sin embargo algunas bulímicas

tienen atracones con el fin de vomitar y con el tiempo al consumir pequeñas cantidades de comida también se presenta el vómito (DSM IV, 2001).

Durante la manifestación de los síntomas la bulímica experimenta un deseo incontenible por ir de compras y algunas veces imaginar que se le antoja para su siguiente atracón, sin embargo es tanta su excitación o ansiedad por engordar que algunas suelen abandonar la cesta de la compra con severo pánico (French, 1999).

En efecto hay otros trucos para impedir la ganancia de peso durante un atracón; Gómez (2002) sostiene que después de un atracón se ingieren dosis peligrosas de laxantes con un aproximado de 40 a 100 pastillas a la vez. Los purgantes que se utilizan son estimulantes no aconsejables por los médicos, “...los que contienen fenofaleina y bisacodyl están entre aquellos que tienen efectos colaterales nocivos si se usan frecuentemente” (p. 24).

El ejercicio físico es otro truco para el control de peso, las chicas con bulimia acuden regularmente al gimnasio, clases de natación o aeróbicos, pero se encuentran realmente avergonzadas porque temen que las demás personas descubran su gordura, aunque en realidad su cuerpo sea esbelto (Gómez, 2002).

Las adolescentes con bulimia nerviosa recurren al ejercicio físico excesivo para compensar sus atracones, por lo que el DSM IV en el 2001 menciona que:

“se puede considerar excesivo el ejercicio que interfiere de manera significativa las actividades importantes, cuando se produce a horas poco no habituales, en lugares poco apropiados, o cuando el

individuo continua realizándolo a pesar de estar lesionado o presentar alguna enfermedad” (p.661)

Las chicas preocupadas por una figura esbelta suelen simular otras enfermedades para que el doctor les recete laxantes o bien pueden ir a clínicas fraudulentas que existen en la actualidad, donde les proporcionan las llamadas píldoras mágicas, las cuales suelen ser diuréticos, tabletas para la tiroides, efedrina y anfetaminas (Gómez,2002).

Cuando se ha perdido el control de la ingesta de alimentos, las chicas con bulimia acuden a la cocina para revisar alacenas y botes de basura para ver si encuentran algo comestible o se preparan alimentos extraños con numerosos ingredientes para continuar con el atracón.

Durante el atracón o el término del mismo la bulímica bebe grandes cantidades de líquido para que se mezcle con el contenido del estomago y facilite el vómito, ya que también aumenta la sensación de distensión (lesión producida por la tensión violenta de algún músculo) y la náusea, por lo que ellas se sienten seguras de provocarse el vómito con dos dedos de la mano o con el mango del cepillo de dientes que introducen hasta el fondo de su garganta (French,1999).

A continuación se mostrará un listado expuesto por French en 1999, el cual menciona alimentos consumidos durante un atracón típico:

Durante la Noche

- 2 bocadillos de queso
- 2 barras integrales
- 4 bolsas de palomitas

- 1 paquete de galletas rellenas de crema
- 3 donas con mermelada
- 2 barras de chocolate
- 1 paquete de galletas de chocolate
- 1 paquete de caramelos de fruta
- 1 litro de refresco
- $\frac{3}{4}$  de paquete de cereal con leche y azúcar.

Con un total de 6,899 calorías.

Con 6 vómitos después del atracón.

Durante el Mediodía

- 1 rebanada de pan
- $\frac{3}{4}$  de bote de mermelada
- 100 gr. de mantequilla
- 1 barra de pan integral untada con crema de queso.
- 1 pastel de chocolate
- 8 salchichas
- 1 jarra de cerveza
- 2 tazas de café
- 200 gr. de natilla
- 2 tazas de arroz con leche

Con un total de 8,013 calorías.

Con 8 vómitos después del atracón.

Los atracones suelen ser por las noches o los fines de semana y terminan cuando alguien entra a la habitación de la adolescente, se les acaba la comida, la distensión abdominal es intolerable por lo que se recurre al

vómito, la víctima se siente demasiado exhausta emocionalmente o débil físicamente para continuar.

Es importante destacar que las personas con bulimia nerviosa pueden suprimir o disminuir dosis de insulina para reducir el metabolismo de los alimentos consumidos durante el atracón. Esto a la larga puede ocasionar un coma diabético grave (DSM IV, 2001).

Finalmente Mcanarney (1997) explica que dentro de la sintomatología de la bulimia nerviosa interfiere la imagen corporal, aunque ésta sea normal, característica que induce a una pérdida de restricción lo cual provoca alteraciones, purga y exceso de ejercicio.

### **2.1.1 Alteraciones fisiológicas del organismo**

Entre las alteraciones fisiológicas del organismo se encuentran los vómitos recurrentes en las adolescentes con bulimia nerviosa. El DSM IV (2001) explica que el vómito da lugar a una pérdida del esmalte dental en la superficie de los incisivos y algunas veces pueden quebrarse o presentar cavidades en el exterior.

En consecuencia el ácido del vómito ataca la superficie de los dientes produciendo tal desgaste que la pulpa y las terminaciones nerviosas quedan expuestas ante esto, los odontólogos recurren a empastar los dientes y se esfuerzan por mejorar la dentadura del paciente con bulimia, esto será inútil mientras recurran al vómito para bajar de peso (French ,1999).

Las chicas con bulimia se provocan el vómito con los dedos de la mano los cuales presentan traumatismos provocados por la dentadura, de igual manera también suelen tener lesiones en el dorso de la mano (DSM IV,2001).

Así mismo Rusell (1979) citado por Fernández y Turon (1998), nombra a las bulímicas como pacientes regurgitadoras (expulsión de materias alimenticias sin esfuerzo). Las cuales poseen lesiones en el dorso de las manos sin llegar a sanar por el contacto con el ácido clorhídrico en el vómito.

En algunas pacientes con bulimia nerviosa, las glándulas salivales presentan alteraciones tales como un severo aumento de tamaño en la glándula parótida. (DSM IV,2001). Igualmente existe una inflamación en la parte submandibular y úlceras en el interior y exterior de la boca (French,1999).

La hinchazón de las glándulas parótidas tienen síntomas clínicos como sequedad de la boca, dolor y náuseas, sin embargo no existen alteraciones estructurales solo un alargamiento de los conductos, lo cual se debe a las conductas de vómito y deshidratación (Dawson,1977, referido por Fernández y Turón,1998).

Los vómitos autoinducidos pueden ser lo bastante traumáticos para "...la formación de ampollas, desgarres y hemorragias en la garganta y esófago. En casos de traumatismo muy importantes se ha descrito la rotura del esófago que precisa un tratamiento quirúrgico reparador". (French,1999, p. 87).

Las bulímicas tienen una fase de inanición que puede permanecer hasta un día, en el proceso de ayuno el estómago se encoge y necesita de tiempo para extenderse, sin embargo las chicas hacen un atracón como primera comida lo cual provoca dolores intensos, rigidez e hinchazón abdominal o aún más peligroso puede quedar el sistema digestivo paralizado y reventar el estómago con resultados fatales (Gómez, 2002).

El hinchazón provoca flatulencias (distensión del abdomen causada por gases intestinales) y estreñimiento, lo que origina una digestión lenta, dispepsia (trastornos digestivos), hiperclorhidria (mucosa estomacal hipersensible por estreñimiento) y ocasionalmente, diarrea (Fernández y Turón,1998).

“El estreñimiento alterado con la diarrea es comprensible si la chica come enormemente y luego pasa hambre, come grandes cantidades de frutas y verduras, o puede ser debido al efecto en dos fases de la mayoría de laxantes” (Gómez,2002, p. 39). Como resultado del estreñimiento, las personas con bulimia nerviosa recurren al uso de laxantes, por lo regular las bulímicas no pueden controlar su consumo, así que comienza cansancio excesivo con sensación de vacío, mientras en el exterior del cuerpo se estimula la musculatura intestinal provocando calambres abdominales. Como secuelas del abuso e laxantes se crea colon atónico donde el mecanismo de vaciado deja de funcionar.

Después del abuso de laxantes se logra evacuar con una diarrea crónica que causa deshidratación, pérdida de sales minerales, pérdida de fuerza muscular y arritmias cardiacas, que incluso pueden llevar a una hospitalización. (French,1999).

Otra alteración en el organismo se desarrolla en el sistema hormonal, el cual necesita del suministro de alimentos para mantener todas las partes del cuerpo trabajando. El sistema hormonal está preparado para responder suavemente a los cambios "...pero se pone en tensión cuando, en un minuto, hay un exceso de nutrición en el cuerpo y en el siguiente todo se ha perdido, junto con valiosos líquidos corporales a través del vómito o de una purga violenta" (Gómez,2002, p. 38).

La glándula tiroides funciona con calor durante la conducta compensatoria y con frío al término de la misma. Así ante la disminución de hormonas tiroideas hay un aumento en el colesterol. Igualmente los estrógenos fallan y se derivan fuertes deseos sexuales que en la acción se vuelven insatisfactorias.

Por otra parte se observa un aumento en los glucocorticoides, hormonas que frenan la formación ósea y pueden desarrollar la osteoporosis (French, 1999).

En las bulímicas denominadas no purgativas suelen desarrollar anemia y disminución en la concentración plasmática de folatos, lo que explica el cansancio excesivo en las pacientes.

Tanto el vómito como el abuso de laxantes roban el potasio que debe existir en el plasma para el funcionamiento de los tejidos corporales, a estos se le denomina hipocalemia donde hay síntomas como dolores en la espalda, punzadas y cosquilleos abdominales, ausencia del reflejo de la rodilla, sed, deseos continuos por orinar, somnolencia, letargo y espasmos musculares.

La ausencia del potasio puede conducir a la falta de magnesio, el cual tiene efectos directos sobre el cerebro y puede desarrollar convulsiones parecidas a la epilepsia (Gómez, 2002).

También existe un defecto en la absorción de la vitamina A que causa un color amarillo en la piel, así como una disminución de la vitamina D que podría debilitar los huesos.

Lo que también se ve afectado por el consumo de tabletas para la tiroides que impide la absorción de grasas, eliminando la vitamina D, E y el calcio.

Otras alteraciones fisiológicas importantes son:

1) Miopatías cardíacas: hipopotasemia (disminución del potasio), que provoca muerte súbita producida por arritmias (alteración del ritmo cardíaco), fallos cardíacos congestivos que se producen en el atracón.

2) Fluctuaciones de peso: variaciones de peso que se deben principalmente a ejercicio físico, laxantes, diuréticos, atracones y vómitos, la teoría del SET POINT (características del peso están determinadas genéticamente).

3) Estrés emocional: se da por las situaciones interpersonales, hambre intensa y dietas, pueden desarrollar sentimientos de angustia que lleven al estrés.

4) Dependencia de laxantes: se presenta acidosis metabólica debido al uso frecuente de laxantes, causando también adicción a los mismos, los medicamentos más comunes son: dulcolax, normax, senokot, petrolagar, dulcolayo, dulcolan y evacuol.

5) Desequilibrio electrolítico: alteración de los líquidos del organismo provocado por los vómitos y rotura gástrica.

2) Prolapso rectal: caída, salida del recto o de la mucosa por el ano, esto se debe al abuso de laxantes.

Todas estas alteraciones mencionadas por Mascaru y Porcar (1983).

### **2.1.1 Consecuencias de la Bulimia Nerviosa**

Como consecuencia de la bulimia nerviosa se desarrolla una adicción al alcohol que al paso del tiempo puede convertirse en alcoholismo, las chicas con bulimia beben para controlar su peso y evadir las presiones en su vida. El abuso del alcohol produce una sensación momentánea de bienestar con la que evaden su realidad aunque al final del efecto la paciente entrará en el estado depresivo (French,1999).

Duker y Slade (1995) sostienen que si la bulímica abusa del consumo del alcohol el trastorno alimenticio se complica aún más, debido a que esta sustancia produce cambios de ánimo súbitos y atemorizantes, que agravan su confusión cognitiva y su autodesprecio.

En el 2002 Gómez explicó que las bulímicas se vuelven alcohólicas y descubren que es uno de los caminos más fáciles para vomitar, sin tener que provocarlo, a lo que suma los peligros orgánicos en la bulimia.

Las anfetaminas son medicamentos que suprimen el hambre y varias adolescentes con bulimia nerviosa suelen consumirlas causando dependencia y actuando como una droga en el organismo.

“los efectos a largo plazo incluyen una dependencia física que se caracteriza por el hecho de que, para producir el ánimo eufórico deseado, se requieren dosis cada vez más altas, así como por la presencia de alucinaciones y la sensación de que alguien los persigue (manía persecutoria)” (French,1999,p. 89).

Las chicas con este trastorno están expuestas a severas consecuencias, porque se ven afectadas por tormentos emocionales que las lleva a tomar cualquier medicamento con tal de bajar de peso, sin pensar en que se podrían convertir en adictas (Gómez, 2002).

Una de las consecuencias más peligrosas es el intento de suicidio, como una forma de resolver los conflictos con su cuerpo, la angustia se concentra “...en torno a una posible pérdida de control de apetito”. La forma en que intentan el suicidio es con una sobredosis de medicamentos que se pueden conseguir en la farmacia, sin receta médica, como los analgésicos (Duker y Slade,1995, p. 280).

Otra forma de intento suicida es cuando las personas con bulimia recurren a hacerse daño ellas mismas, cortándose las venas de las muñecas, debido a sentimientos reprimidos por temor al rechazo y verse obligadas a sonreír (Gómez, 2002).

Para Duker y Slade en 1995, la bulimia nerviosa conlleva al robo de alimentos en un supermercado, antes de un ciclo de comilona y vómito, ya que varias bulímicas carecen del sentido de culpabilidad por las alteraciones bioquímicas en el organismo.

La culpa comienza a invadirla después de ser descubierta, debido a que hace conciente la acción de tomar algo que paga. Igualmente van al supermercado ensimismadas y cuando suelen preguntarle si lo tenía planeado, la bulímica responde que no supo cuando entró a la tienda.

Así mismo para algunas mujeres ir de compras es terapéutico, porque obtener algo nuevo da seguridad y eleva el autoestima, rasgo que puede convertir a la bulímica en cleptómana.

Esto es tan excitante que mejora su estado de ánimo, no solo robando alimentos, también puede hurtar ropa, vino o bisutería, “esto tiene el mismo carácter de automatismo, de una acción por la cual la persona no siente responsabilidad en el momento como sucede cuando está comprando alimentos prohibidos” (Gómez, 2002, p. 33).

Como podemos observar, la bulimia nerviosa puede desencadenar una serie de trastornos que no necesariamente tienen que ser con los alimentos, pero que de forma indirecta alteran el equilibrio psicológico y emocional de los enfermos.

### **2.1.1 Aspectos emocionales**

La depresión es uno de los aspectos emocionales más importantes porque son propensas a oscilaciones insoportables del humor, en especial cuando el deseo de comer es intenso. Una de las fuentes hacia la depresión es la amenorrea o el exceso de menstruación durante los periodos que pueden provocar, además de estados depresivos, estrés, tensión e irritabilidad. (French, 1999).

La experiencia de atracón y purga causa sentimientos de culpa que conllevan a la depresión. Algunas veces después de una fuerte tristeza las bulímicas recurren a la comilona. En consecuencia el trastorno depresivo se convierte en depresión episódica (Mcanarney et al.,1997).

También las adolescentes con bulimia nerviosa suelen mostrarse inflexibles con otras personas, sentimiento que puede aumentar su culpa. Todo tipo de emoción que se pueda mezclar con la culpa desencadena depresión, inseguridad y en personas sanas puede desarrollar bulimia nerviosa. (French,1999).

En efecto las emociones de una chica con bulimia suelen ser intensas, otro sentimiento en su personalidad es la agresividad, que termina con sus relaciones interpersonales y aumentan su sentido de soledad y desesperación.

La sensación de abandono e infelicidad hace que recurran a gastar dinero en supermercados para seguir con un atracón, acontecimiento que les genera problemas con las personas que la rodean.

Ante todas estas emociones Duker y Slade en 1999, sostienen que las jóvenes con bulimia nerviosa son mujeres que desean ser amadas y atendidas, debido a que en su vida suelen sentirse “vacías” porque nadie las comprende.

En efecto las pacientes tienden a presentar dificultades en el control de impulsos “...que no se limitan al comer y los alimentos, sino que también

comprenden las relaciones interpersonales y la conducta sexual” (Mcanarney et al.,1997).

En relación al poco control de impulsos se encuentra la conducta suicida en las bulímicas, es importante mencionar que entre menos atracones, existe más control de los impulsos.

Las experiencias que ha tenido una adolescente con bulimia nerviosa pueden desencadenar emociones que produzcan o sostengan el trastorno alimenticio. Gómez en el 2002 menciona algunos sentimientos ante ciertas experiencias que suelen ser cómplices de la bulimia.

1) Culpabilidad y minusvalía ante la desunión afectiva de sus progenitores.

2) Inseguridad personal, fundada por sus padres ante cualquier situación

3) Abandono y depresión ante la muerte del abuelo muy querido, lo cual genera negatividad a falta de esperanza porque el abuelo nunca volverá.

4) Tener una madre negativa, triste o enferma, la cual genera que la chica no cuente a nadie sus temores y la culpa aumente.

5) Emoción de insuficiencia, pesimismo y desconfianza para triunfar, provocado por un padre crítico.

6) Sentirse inútil ante la conciencia de que sus progenitores querían a un hijo y no a una hija.

7) Vergüenza por los gastos que generará su familia en una mala situación económica.

8) Ser gorda provoca sentimientos de imperfección y contrapuestos acerca de la comida.

9) Rechazo en casa, escuela o en la sociedad por su proporción corporal.

10) Experiencias sexuales indeseadas.

Todas las emociones que se han explicado sostienen y generan una conducta bulímica, esto solo puede desarrollarse cuando la paciente es vulnerable y el ambiente es rígido, lo cual se piensa puede ser superado con el apoyo de amigos, pero esta creencia es falsa, ya que la chica desconfía de sí misma y de su entorno.

Un rasgo emocional relevante en este trastorno es la necesidad de tener una pareja que inhiba sus sentimientos de tristeza y relaciones marginales. Algunos tipos de hombre pueden ayudar a mantener y desencadenar la bulimia, por las emociones que le transmiten a la chica:

a) Sentimiento de inseguridad causado por el deseo del hombre por cambiar el modo de ser de su pareja

b) Una pareja alcohólica que fundamenta los deseos y la facilidad para que la bulímica vomite.

c) Un hombre sexualmente audaz con deseos de sexo oral, que no sea sensible con la chica ante el coito, fomenta más su desagrado ante el sexo.

El conflicto está en que la adolescente "...desea expresar amor y encontrar decepcionante el proceso que refleja en engullir la comida y luego tratar de liberarse de ella" (Gómez, 2002, p. 79).

d) Sentimiento de duda sobre sí misma que la llevan al atracón, por enamorarse de un hombre infiel.

e) Baja autoestima porque su pareja dedica todo su tiempo al trabajo

f) Sentimiento de fragilidad y minusvalía porque el hombre tiene una madre “perfecta” en su imagen y autoestima (Gómez, 2002).

Finalmente los aspectos emocionales en la bulimia nerviosa se ven caracterizados por los sentimientos que los padres transmiten a sus hijas. Una madre que reemplaza su cariño, comprensión y apoyo por una severa exigencia, una actitud de no intervención enmascarada como libertad y la falta de interés, fomenta todas las emociones que la llevan al atracón.

Igualmente un padre remoto y desinteresado por los sentimientos de su hija disminuye su autoestima de manera considerable. También un padre alcohólico fomenta adicciones a la comida, drogas o incluso al alcohol (García, 2002).

En consecuencia las emociones de la bulimia nerviosa se desarrollan por una vulnerabilidad excesiva en pacientes con este trastorno.

## **2.3 Aspectos Sociales que propician la aparición de Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa.**

Los aspectos sociales son importantes porque el individuo en ocasiones se encuentra dominado por la sociedad, sus efectos y valores. En este apartado se explicarán causas relevantes que conllevan a los trastornos alimenticios.

### **2.3.1 Influencia Social**

Uno de los fenómenos que ocurren con mayor frecuencia en la vida de un individuo es la influencia social, nuestras actitudes se derivan por otros para



que seamos influidos, esto se demuestra en la enorme suma de dinero que se utiliza en la publicidad.

En efecto “...influimos y somos influidos con frecuencia. A veces influimos con la intención de hacerlo y en otras ocasiones servimos de referencia positiva o negativa, para otras personas, e influimos en ellas sin saberlo” (Rodrigues, Assmar y Jablonsky, 2004, p. 159).

Kimble, Hirt, Díaz-Loving, Hosch, Lucker y Zarate, (2002) señalan que la influencia social se define con muchos términos, es por ello que se retoman las siguientes perspectivas (Milgram,1974). El término obediencia donde la conducta se inicia o se modifica en respuesta a las órdenes que imponen personas con alguna autoridad.

Asch (1951) explica que la conformidad provoca una conducta la cual es causada por acciones o posturas de otros.

Para Bandura (1977), el término imitación designa una conducta por acciones similares que se encuentran en otras personas, sin embargo esto es una conducta libre.

Por su parte Freedman y Fraber (1996), dicen que la complacencia es una conducta o postura que inicia o se modifica por una petición directa de otras personas.

Así también Petty y Caccioppo (1986), explican que la persuasión propicia una actitud o conducta, cuando otros intentan hacernos cambiar de opinión con argumentos e información.

Todo lo anterior define el importante fenómeno de la influencia social que ayuda al desarrollo y mantenimiento de los trastornos alimenticios.

Respecto a la influencia social y sus términos en este trabajo de tesis se investigan los trastornos alimenticios en bailarinas de ballet, por lo que la obediencia, la complacencia y la persuasión pueden producir el inicio de dichos trastornos. Myers (2000) sostiene lo siguiente:

La obediencia se puede desarrollar si la autoridad se encuentra respaldada por una institución de alto prestigio para la persona que está acatando órdenes, a esto se le llama poder social. Varios autores sostienen que gracias al experimento de Milgram sobre la obediencia se descubrió que las personas obedecen a peticiones de otros en momentos de presión. Ante esto existe la influencia de la persona donde "...a medida de que la víctima y su sufrimiento estaba más cerca de los sujetos y de que estos la percibían con mayor claridad había menos probabilidades de que obedecieran las órdenes del experimentador" (Kimble et al.,2002, p.200).

Igualmente la autoridad ejerce una influencia en función de una reorganización cognoscitiva de la persona con el propósito de modificar su conducta, a esto se le llamó poder de información (Rodrigues, Assmar, Jablonsky, 2004).

En consecuencia esto se desarrolla cuando las bailarinas de ballet se encuentran presionadas por su compañía, para mantener una figura esbelta.

La complacencia ocurre cuando la conducta se debe al poder que en ese momento un individuo ejerce sobre otro lo cual recibe el nombre de control coactivo (Kimble et al., 2004).

También la complacencia se expresa en distintos modos cuando se está en grupo o solo, debido a que es una conducta que lleva a una motivación extrínseca por lo que plantea Bem (1972) que si la persona realiza una conducta porque recibirá una recompensa o por evitar un castigo no sentirá placer por la motivación intrínseca de la acción.

Deutusch y Gerald (1955) sostienen que la complacencia nos lleva a la conformidad a medida que se busca la aprobación de los demás al comportarse de alguna forma por el deseo de corresponder a las expectativas de las personas que nos rodean. En efecto ocurre que las bailarinas de ballet hacen todo lo que esté a su alcance por cumplir las expectativas de la compañía de danza en torno a su imagen corporal.

Finalmente la persuasión es un tipo de influencia social donde alguien trata de cambiar la forma de pensar de una persona, transmitiendo mensajes simples otra forma de influencia es utilizando a los medios de comunicación, para hacer llegar mensajes particulares (Kimble *et al.*, 2004).

Horai, Naccari y Fatoullan (1974) y Dion y Satain (1978) demostraron que la persuasión aumenta con el atractivo físico, como con la simpatía que inspira la gente. No obstante algunas veces rechazamos mensajes persuasivos porque van en contra de nuestras actitudes e ideas, pero esto disminuye en medida que el mensaje cae en discrepancia.

Es importante mencionar la teoría de Swann y Ely (1984), llamada Teoría de la Autoverificación que sostiene que las personas que no están seguras de su postura, presentan un área de aceptación más amplia, aunque se rechace la idea que se intenta modificar (Kimble *et al.* 2004).

Otra forma de persuadir es con el control del efecto, donde una persona modifica la conducta de otra por el control de la información que puede beneficiar o dañar a la víctima. Esto tiene relación con la obediencia y la autoridad.

Jhonston y colaboradores en 1996, publicaron un informe donde se expone una investigación basada en la persuasión de los adolescentes. Se concluye que en la actualidad la persuasión tiene un fuerte impacto en los adolescentes debido a sus frecuentes cambios de actitud que los llevan a diferentes comportamientos (Myers, 2000). En consecuencia las adolescentes bailarinas de ballet, pueden ser fácilmente persuadidas por el ambiente en el que se desenvuelven para fomentarles la idea de que la mujer con éxito, es una mujer delgada.

### **2.3.2 Influencia social en los medios de comunicación**

Como se había explicado en los párrafos anteriores, los medios masivos de comunicación tienen un papel importante en la influencia social, por lo que consideramos relevante revisar el impacto en los trastornos alimenticios. Comenzamos con el concepto de comunicación.

La comunicación está determinada por el contexto en el que ocurre de modo que gran parte del contenido del mensaje que transmitimos a otras

personas, está definido por el medio ambiente en el que nos desarrollamos (Ávalos, Fenoglio, González, García, Paiz, 1998).

“Además de transmitir información, establece relaciones, las define y genera concepciones compartidas sobre el mundo” (Ávalos, *et al.*, 1998, p. 64).

Las características del receptor humano (persona que recibe un mensaje), influye en el mensaje, en cómo se transmite y por qué medio, sin embargo en diversas ocasiones, nos comunicamos, tratando de influir en el comportamiento de otros.

Los autores anteriores explican que los mensajes publicitarios y programas transmitidos al receptor por los medios masivos de comunicación, tienen como meta modificar comportamientos, valores y creencias.

Referente a los medios masivos de comunicación, (Ávalos, *et al.*, 1998), sostienen que surgen en sociedades específicas y concretas donde los individuos utilizan la comunicación entre sus miembros, organizaciones e instituciones, para sobrevivir.

Las consecuencias sociales no son producto de los medios de comunicación, son las instituciones sociales, las que hacen mal uso de los mensajes, debido a que el objetivo de la televisión, radio, fuentes hemerográficas e internet, es reproducir valores sociales como consumismo, imagen, frivolidad, amarillismo, entre otros.

En consecuencia el individuo es el que hace uso del mensaje según percepción o conveniencia, los medios masivos de comunicación reflejan una

realidad social que se mantiene ante la conducta de la sociedad, por ejemplo una sociedad violenta, produce y mantiene la violencia en los medios.

Igualmente padres y educadores pueden utilizar los mensajes que transmiten los medios de comunicación para el desarrollo psicológico de los niños y adolescentes, por lo que a través del tiempo los mensajes que mandan los medios masivos de comunicación se convierten en un modelo para ellos (Ávalos, *et al.* ,1998).

Retomando la persuasión, Dodge (1954) citado por Myers (2000), demostró con base en investigaciones que la persuasión demuestra que la influencia ejercida sobre nosotros no proviene de los medios de comunicación sino del contacto con otras personas. Sin embargo Katz (1957), explica que los que influyen de manera personal en nuestras opiniones adquirieron sus ideas a través de los medios de comunicación.

Es importante mencionar que los medios masivos de difusión penetran sutilmente en las culturas a manera de influencia, apoyado por líderes de opinión que ayudan a persuadir a los demás.

“Los estudios que comparan los diferentes medios de comunicación muestran que entre más semejanza exista con la realidad, más persuasivo será el mensaje” (Myers, 2000, p. 267).

El fenómeno de nuestro siglo son los medios masivos de comunicación que probablemente sean parte importante en la difusión de los trastornos alimenticios. (Toro, 1999). Para lo que abordamos el conocido “mercado del

Los mensajes verbales y pictóricos que promueven la delgadez, no solo son reflejo de los valores estéticos, también imponen normas uniformes de belleza en todo el mundo (Mazur, 1986, citado por Toro, 1999).

Estudios realizados en 1993 acerca del deseo a ser delgada, por Stice *et al.*, exponen resultados que promueven una imagen delgada extrema del cuerpo ideal, creando una insatisfacción corporal, que conlleva al incremento de síntomas de anorexia y bulimia nerviosa.

Igualmente fomentar la delgadez es apoyado por revistas femeninas importantes, Andersen y DiDomencio (1992), señalan la existencia de artículos sobre dieta, ejercicio y en menor cantidad también se exponen en revistas masculinas, lo que sugiere una invitación a este modelo.

“Los autores subrayan que la diferencia de 10 a 1 en la cantidad de artículos o anuncios supuestamente leídos por ambos sexos coincide con las diferencias de la prevalencia de los trastornos del comportamiento alimentario, existentes entre mujeres y varones” (Toro, 1999, p. 247).

El mismo efecto por mantenerse en forma se interioriza en la preocupación por la forma de vestir que conlleva a la angustia por la silueta y el peso.

Los medios de comunicación exponen imágenes visuales como “cuerpos modélicos”, en el mundo del cine, la televisión y el modelaje, la existencia del mercado de la imagen se mantiene por mujeres preocupadas

por su figura, entonces se incrementa la posibilidad de que las mujeres bellas tengan al menos dos síntomas de los trastornos alimenticios (Toro,1999).

La televisión es le medio que permite la difusión de toda imagen modélica que se presente, aquí todas las imágenes femeninas son delgadas, lo cual las hace bellas subraya la opinión popular, publicado por Silverstain et al. 1986, las adolescentes ante las imágenes televisivas y el mundo de la moda, responden con mayor irritabilidad preocupación e insatisfacción hacia su propio cuerpo y ante su masa corporal.

Lo anterior se debe a la identidad social (Turner,1981), porque cuerpos esbeltos y voluminosos constituyen para las adolescentes identificadores de la aceptación social en el grupo.

“Es evidente la influencia de las imágenes o reproducciones corporales que aparecen en los medios de comunicación que ejercen en mayor o menor medida sobre toda la población, pero especialmente sobre la femenina y juvenil” (Toro,1999, p. 252).

Los humanos tenemos necesidades por cumplir y la publicidad nos hace creer que podemos tener todo lo que anhelamos, la pantalla muestra un sistema de valores sociales para ser aceptado con respecto a una apariencia física. En efecto la mujer debe ser delgada, porque los medios masivos de comunicación presentan mujeres delgadas que se asocian con estilos de vida realmente deseables (Buckroyd, 1998).

Como resultado muchas mujeres se sienten rechazadas porque nunca tendrán la imagen corporal que el medio les exige. Por lo mismo, las mujeres

son vulnerables ante los mensajes de los medios masivos, por la pobre imagen que tienen de sí mismas, lo cual es una autoestima baja.

En efecto, esta influencia resulta dramática en mujeres que ya han cumplido con las demandas que exige la sociedad y están en la línea de los trastornos alimenticios, en consecuencia esto las vuelve más susceptibles (Toro,1999).

### **2.3.2 Influencia cultural hacia la delgadez**

La cultura influye en la concepción de nuestra propia persona, así mismo la percepción del cuerpo incluye ideas sobre una posición, status social y cultural (Bonsignore *et. al.*1996).

El cuerpo puede ser conceptualizado desde tres perspectivas según Scheper-Hughes y Lock (1987):

- 1) Self, como “cuerpo individual”.
- 2) Como un símbolo natural para relacionarnos con la naturaleza, sociedad y cultura “cuerpo social”
- 3) Como instrumento de control social “cuerpo político”.

El cuerpo individual se desarrolla por la percepción de nuestro cuerpo, el conocimiento del mismo y las experiencias que se han vivido.

El cuerpo social según Douglas (1970), es aquél que se transforma en el instrumento para comprender valores sociales, cuando el cuerpo no se sabe relacionar con los acontecimientos de la vida, las personas y valores, el cuerpo se expresa en una patología.

El cuerpo político se refiere a relaciones de poder y control de un sistema social sobre sus miembros expresando los conflictos de no ser aceptado o no estar adaptado a una sociedad como una conducta control, por ejemplo: brujería y discriminación social, lo cual elimina la búsqueda obsesiva de un cuerpo perfecto.

Así mismo en la cultura de nuestros tiempos permite la opción del control sobre el cuerpo, así las prostitutas y las mujeres dóciles resuelven con sus cuerpos situaciones de la vida (Bonsignore, *et.al.*, 1996).

La cultura de las mujeres, marca doblemente el control del cuerpo durante el embarazo y de igual manera en el desarrollo de los trastornos alimenticios, en la ingesta y la lucha contra su cuerpo. También se instaura la concepción de un instinto materno que subordina culturalmente a la mujer, al hogar y a la crianza de los hijos, la cual la vuelve dependiente, la descalifica intelectual y físicamente en comparación con el hombre.

Las mujeres han sufrido los problemas socioculturales y la gran amenaza cultural no es ser fea o gorda, sino representa "...quedar marginada en un mundo donde no se es, no se existe, sino se responde al código social" (Bonsignore, *et.al.*, 1996, p.56).

Los trastornos alimenticios se derivan de circunstancias socioculturales que la mujer vive día a día, además de los severos cambios en los valores sociales que devalúan psicológicamente la imagen femenina a pesar de que la mujer ha sido liberada de muchas opresiones sociales.

En consecuencia existen síntomas somatopsíquicos de los regímenes drásticos seguidos por mujeres que quieren satisfacer su propia cultura, siguiendo normas hacia la delgadez, con esto surge el ideal de un cuerpo esbelto, el cual inicia en las clases favorecidas, así cuando no se le puede permitir todo, el tener restricciones con la comida se vuelve un lujo, sostuvo Guillemot y Laxenaire (1994).

Al mantener un cuerpo esbelto existe una glorificación de “verse joven”, la cultura muestra a la mujer como una imagen frágil, lo cual se logra al ser delgada y mostrar cierta inocencia, la delgadez es sugerida por la presión social, además obedece a una garantía moral, porque las mujeres socialmente aceptadas son delgadas y eso purifica su alma del rechazo cultural. Hay que mencionar las consideraciones interculturales de los trastornos alimenticios en mujeres de distintas culturas y razas, la prevalencia varía entre las poblaciones minoritarias de algunos países como Inglaterra y Estados Unidos donde existe la presencia de Trastornos alimenticios en mujeres hispanas y menos probable en la raza negra, explica (Rago, Shisslaky y Estes, 1996, citado por Barlo y Durand, 2001).

Igualmente S. Lee y colaboradores (1991 citado por Barlo y Durand 2001), determinan una diferencia intercultural donde China da gran valor a una imagen ligeramente “regordeta” debido a que los ideales de belleza se encuentran más en el rostro que en el cuerpo, se menciona que la preocupación de las mujeres de China es presentar acné.

En Japón la prevalencia de los trastornos alimenticios que es menor que en Estados Unidos pero ultimamente ha sido aumentado por cambios ideológicos de occidente ocurridos en la cultura japonesa.

Hay una relación significativa entre los trastornos alimenticios y la cultura del occidente debido a la fuerte preocupación por su imagen.

“Para muchas mujeres occidentales jóvenes, verse bien es más importante que estar sanas” (Barlo y Durand, 2001, p.274).

Las mujeres que se desarrollan en ambientes competitivos de clase media a alta, el valor personal, el éxito y la felicidad están determinadas culturalmente por medidas culturales.

También la influencia de los hábitos alimenticios es impuesta por la cultura, en épocas pasadas, los países desarrollados se caracterizaban por abundancia de alimento y por lo mismo las mujeres solían alimentarse bien aunque en menores proporciones que el hombre.

Para lo cual Aintez (1979), menciona que la cultura ha ido cambiando junto con los hábitos alimenticios debido a que el hombre y la mujer han destinado su alimentación a productos fáciles de digerir (citado por Guillemot y Laxenaire, 1994).

No obstante sean cuales fueren las dimensiones y cambios culturales no hay que olvidar la sociedad narcisista en la que vivimos, la cual está determinada por un pensamiento de “existir para nosotros mismos”, como medios de defensa ante la sociedad que “nos consume en cuerpo y alma”.

El cuerpo es venerado por la sociedad mientras el narcisismo y el amor digerido hacia la propia imagen alimentan la incidencia de la anorexia y

bulimia nerviosa, la cual está relacionada con llegar a la perfección (Guillemot y Laxenaire, 1994).

Finalmente indicaremos la problemática de la adolescencia frente a la cultura. El adolescente se ha investido de una cultura donde aprende que los cambios de estilo en la apariencia deben ser cuerpos estéticos. Otra causa profunda está en la alimentación que la propia cultura enseña a los adolescentes como alimentarse de “chatarra” y comer “entre comidas”.

La cultura de la adolescencia y alimentación, estilos, relación familiar y otros adolescentes, provocan una desadaptación cultural ante los cambios de estilo, el cual les genera un sentimiento de vacío y soledad que a la larga se convierten en anorexia o bulimia nerviosa (Bonsignore, et al., 1996).

### **2.3.2 Interacción social**

Para abordar los trastornos de la conducta alimenticia en una dinámica social, se explicará lo que son los estereotipos.

Los estereotipos tienen un fundamento en el prejuicio social, el cual se refiere a la preocupación negativa hacia un grupo y hacia sus miembros individuales, un prejuicio es una actitud específica hacia una persona, así mismo los individuos que prejuzgan sienten desagrado hacia personas diferentes (Myers, 2000).

En el 2002 Rodríguez, Assmar y Jablonsky, sostuvieron que los prejuicios pueden estar dirigidos hacia actitudes positivas y negativas. Sin

embargo los psicólogos sociales se refieren al prejuicio solo si es una conducta negativa hacia otras personas.

Las evaluaciones negativas que caracterizan el prejuicio pueden organizarse a partir de acciones emocionales, necesidades de justificar un comportamiento o creencias negativas, llamadas estereotipos (Myers, 2000).

Este estereotipar es generalizar conceptos acerca de determinadas personas, los estereotipos son inadecuados y resistentes a nueva información, no obstante "... se presenta un problema con los estereotipos cuando se generalizan demasiado o simplemente están equivocados" (Myers, 2000, p.336), porque se atribuyen a características negativas a personas que no se deben estereotipar de tal forma y esto a la larga conlleva a fuerzas sociales tóxicas.

Estudios hechos por Myers en 1982 (citado por Rodrigues *et al.*, 2002), sostienen que los estereotipos comparten aspectos centrales acerca de rasgos de personalidad y comportamientos que se desarrollan por una representación mental de un grupo social que simboliza el conocimiento personal de un individuo. Sin embargo tendemos a enfatizar similitudes entre personas, no necesariamente parecidas y actuar con esta percepción.

El estereotipo en sí es tan solo un medio para agilizar la visión del mundo, con frecuencia esta visión la proporcionan los medios de comunicación, así el estereotipo esconde la verdadera esencia de las personas.

En efecto los estereotipos influyen en la manera en que las personas interactúan dentro de la sociedad y pueden convertirse en expectativas (Kimble, et al., 2002).

Por consiguiente los estereotipos contribuyen al rechazo social, éstas percepciones mantienen los trastornos alimenticios, debido a que ser obeso en nuestros días es un estigma social por no seguir las reglas de la estética corporal vigente (Toro,1999).

En general menciona Wooley (1979, citado por Toro (1999), que las mujeres con sobrepeso son más débiles e incapaces de cuidarse a sí mismas, esta atribución social forma parte del rechazo. La obesidad está considerada como un vicio, entonces quien la admita será un “vicioso”.

Esta percepción generaliza la imagen negativa del obeso. Estudios importantes de Krupka y Vener (1998), obtuvieron resultados de que personas preferían “...casarse con adictos a la cocaína, antiguos enfermos psiquiátricos o divorciados antes de con obesos” (p.165).

Los prejuicios y estereotipos explican estos hechos igualmente el rendimiento académico y la estabilidad emocional difieren negativamente en adolescentes obesos en comparación con los delgados (Toro,1999).

Existe una promoción profesional, según explican Sabal y Stunkard en 1989, donde la vida laboral es más sencilla para mujeres esbeltas, la cual es ampliada por Shilling en 1993, quién menciona que ciertas compañías obligan a las mujeres a mantenerse delgadas y con ciertas medidas para busto, cintura y caderas, solo así conservarán su empleo.

El rechazo social ante el sobrepeso afecta las relaciones personales y afectivas, que lastiman principalmente su autoestima, produciendo ausencia del atractivo físico para el sexo opuesto.

Un estereotipo convertido en palabras hirientes sobre la imagen de una adolescente puede ser determinante para desarrollar la anorexia y la bulimia, en este caso la ansiedad y el miedo al rechazo social, mantienen los trastornos (Toro,1999).

La insatisfacción corporal se encuentra relacionada con el estereotipo en una interiorización del “cuerpo ideal”, el caso se ha comprobado está influido por la imagen de la mujer que los medios de comunicación presentan. Finalmente señalamos que la interacción social está inmersa en conductas sociales, marcando a su vez roles que cada individuo debe cumplir en una sociedad y que nos pueden llevar a los trastornos alimenticios.

### **2.3.2 Roles Sociales**

En el tema de roles sociales es preciso indicar que la influencia cultural está determinada por las diferencias en los roles de género en distintos lugares y momentos.

Así “podemos ver el poder moldeador de la cultura en las ideas en la manera en como los hombres y mujeres deben comportarse” (Myers, 2000, p.196).

El rol es también definido como papel, es aquél que contiene una serie de normas que muestran como las personas deben comportarse en un ámbito social (Myers, 2000).

En cada cultura, enseñan e imponen los roles sociales que rige una conducta apropiada, sin embargo algunos roles los escogemos libremente.

Los roles sociales se encuentran incluidos por mecanismos básicos del aprendizaje, como recibir castigos o premios por comportarse conforme al género. Éste es el aprendizaje social donde se incluye aprender a realizar conductas apropiadas (Bandura, 1977 citado por Kimble, *et al.* 2002).

Como ya se mencionó los roles sociales se encuentran relacionados con la cultura de las distintas épocas, a través del tiempo las artes y la literatura se asocian con la imagen esbelta, el arte grecorromano presenta esculturas sin exceso de grasa, por esto las mujeres se han visto sometidas a mostrarse bellas y delgadas ante los hombres (Guillemot y Laxenaire, 1994).

El rol social del hombre difiere notablemente al de la mujer, porque ellos no son valorados a través de los tiempos por una imagen, sino por un intelecto lógico y frialdad en sus acciones.

El papel femenino está encaminado a distintos sufrimientos, uno de ellos el mantenerse delgada o conseguir adelgazar, por lo que la sociedad las ha obligado a seguir un rol femenino contra su silueta (Toro, 1999).

La mujer está viviendo continuamente un sentimiento de la belleza y su relación con la elegancia, prestigio, higiene, juventud autoestima alta,

aceptación social, estar en forma, e incluso llegar a la perfección. La asociación de la delgadez con la imagen femenina ha sido la causa para adoptar roles específicos que conllevan a la anorexia y bulimia nerviosa.

Los cuerpos delgados se han constituido para la población femenina con fines de perfección. En consecuencia el rol femenino dio un giro importante según Shilling en 1993, distingue ideologías sociales en la lucha de la mujer hacia un movimiento feminista.

El escrito de Shilling señala que el rol social del feminismo, hace referencia al poder biológico de la mujer, al poder creativo asociado a su biología, talento y superioridad innata.

Las ideologías del cuerpo privilegiado nos ayudan a la prevención de trastornos alimenticios, en cambio Chernin 1983, menciona que la mujer a diferencia del hombre, tiene la obligación de avergonzarse de su cuerpo y por consiguiente modificarlo.

Chernin sostiene que es la problemática de roles donde la insatisfacción corporal y los trastornos alimenticios se presentan por el deseo del hombre a mantener el dominio sobre la mujer (citado por Toro,1999). Otra autora feminista es Orbach que en 1988, sostiene que la bulimia es causa de la agresión social, que conduce a la ingesta excesiva en una desesperación de la mujer, ante los intereses eróticos del hombre.

No obstante las corrientes feministas que intentan combatir la anorexia y la bulimia nerviosa mencionan existe un deseo de éxito social que para las mujeres es un sinónimo de belleza.

Lo que implica en la búsqueda de una vida laboral y del triunfo, no solo preocuparse por un nivel intelectual alto, sino también por un peso por debajo de lo normal, para conseguir éxito en el trabajo, percepción errónea de mujeres con tendencias a adquirir trastornos alimenticios.

Es importante explicar los diferentes roles sociales, y sus comparaciones con roles invertidos (homosexualidad). Los homosexuales en comparación con las mujeres son igualmente propensos a los trastornos alimenticios debido a que "...el atractivo físico es altamente valorado por la población gay, población que tiende a estar notablemente motivada por poseer un cuerpo eternamente delgado y juvenil, lo que implica un claro riesgo de insatisfacción corporal " Siever (1994,p.138), citado por Toro en 1999.

En efecto las lesbianas en comparación con los hombres suelen estar desligadas de las mujeres con trastornos alimenticios "...habiéndose sugerido de la aceptación del lesbianismo está asociada a las aceptación del volumen corporal" (Brown, 1987, p.140).

Por último los roles sociales son importantes en el desarrollo de trastornos alimenticios y los adolescentes son individuos vulnerables al rol de género, debido a que lo expresan con su cuerpo y todos los cambios emocionales y fisiológicos que tienen (Guillemot y Laxenaire, 1994).

CAPÍTULO 3  
DANZA CLÁSICA

## CAPÍTULO 3. LA DANZA CLÁSICA

Para poder entender la danza clásica, se debe comenzar por definir brevemente la danza, sus elementos y tipos.

La danza es considerada una de las actividades artísticas más antiguas del mundo e igualmente compleja debido a las ejecuciones precisas en los movimientos. “El arte de la danza consiste en mover el cuerpo guardando una relación consciente con el espacio e impregnando de significación al acto o acción que los movimientos desatan” (Dallal, 1992, p. 12).

Cada uno de los movimientos se encuentra relacionado con la música debido a que ésta es una acción en el tiempo, es decir un fenómeno temporal que tiene un principio y un fin, lo cual produce el ritmo en la danza.

Sin embargo la danza no necesita siempre la presencia de la música porque puede sobrevivir y realizarse sin sonidos que la acompañen, así también se puede detectar visualmente (Dallal, 1992).

Así mismo la danza es una manifestación del arte donde la bailarina desarrolla un medio de comunicación para expresar ideas, emociones y sentimientos, donde se demuestra que la danza es un sistema de comunicación donde se emite un mensaje a través de los movimientos que ejecuta la bailarina los cuales son apreciados y valorados por el espectador (García y Cadena, 2002).

En efecto “practicar la danza contribuye a la formación integral de la personalidad, favorece la coordinación psicomotriz, el desarrollo de la sensibilidad y permite liberar energía” (p. 7).

Para la definición de la danza es importante mencionar una autora que fue bailarina profesional de Danza Clásica en los años 20's, la cuál formó el ballet que recurría a la búsqueda del alma para su desarrollo (Sánchez, 2003).

Isadora Duncan (1920) menciona que la danza es una misión compuesta por un modelo de mujer y un modelo de comportamiento, para lo cual se desarrolla la cultura física como consecuencia del modelo de mujer, así como también se desarrolla la danza social como respuesta a un modelo de comportamiento.

Es importante expresar que la danza está conformada por elementos básicos para su manifestación artística, así se nombrarán los ocho puntos que refiere Dallal (1992):

1) cuerpo humano: se refiere a los movimientos que pertenecen por entero al hombre y la mujer.

2) espacio: el límite del cuerpo no termina en la piel, así que el movimiento del cuerpo en un lugar se prolonga.

3) movimiento: manifestación de ideas, recurriendo al lenguaje corporal y no verbal.

4) impulso del movimiento (sentido, significación): se refiere al logro de la expresión corporal deseada, mediante el uso equilibrado del cuerpo y rostro.

5) tiempo (ritmo): secuencia de movimientos corporales medidos por un ritmo musical e incluso sin música.

6) relación luz-oscuridad: estos elementos ayudan a crear la atmósfera artística adecuada en una presentación.

7) la forma o apariencia: los movimientos del cuerpo dentro de un espacio tienen un significado dancístico, el cual se expresa en la bailarina.

8) espectador: todo ser humano ha estado en contacto con el arte, así el espectador puede conceptualizar e imitar el acto dancístico.

Estos elementos están relacionados entre sí en el momento de bailar y no se pueden manifestar por segmentos dentro de la danza profesional.

Igualmente García y Cadena en el 2002, refieren cinco elementos de la danza los cuales son:

- 1- movimiento
- 2- expresión corporal
- 3- espacio
- 4- ritmo
- 5- color

Los cinco elementos anteriores se relacionan entre sí para manifestar un mensaje artístico al espectador.

Por último se debe nombrar la clasificación de la danza que existe:

A) Danza folclórica: representa a la comunidad de un país, la cuál se divide en:

-Danza autóctona: danza de la actualidad que se representa por pasos, actitudes, ritmos, vestuario, maquillaje y estenografía.

-Danza regional: expresa la conducta de una comunidad, también incorpora fábulas y mitos.

-Danza popular urbana: se expresa con estilo personal como el mambo, tango, danzón y jazz.

B) Danza moderna: se aleja del rigor de la danza clásica y propone movimientos libres.

C) Danza contemporánea: baile creativo donde las experiencias cotidianas están acompañadas de música, silencios, ruidos o voces.

D) Danza teatral: comprende todas las técnicas dancísticas que son preparadas por un coreógrafo y requiere de bailarines entrenados en técnicas específicas del género teatral.

E) Danza clásica: presenta disciplinas, reglas y actitudes de adiestramiento del cuerpo de los bailarines (que es precisamente la que abordará la presente investigación):

“posee una técnica estricta que se basa en disciplina, reglas y actitudes de adiestramiento del cuerpo de los bailarines. Estos expresan finura, sensaciones de vuelo y utilizan zapatillas de puntas. Maneja el concepto de bailarines estrella con exigencias de virtuosos” (García y Cadena, 2002, p. 10).

Como se ha mencionado, ningún tipo de danza se encuentra alejado de la cultura del cuerpo, particularmente esta última clasificación de la danza

es la que abordaremos en el capítulo, ya que representa un eje importante en este estudio.

### **3.1 Danza Clásica**

La Danza clásica es un género dancístico que surgió en siglo XVII, debido a una presentación del “Ballet comique de la reine” en 1581, organizada por Enrique II, en Francia.

La primera pieza considerada como producto de la danza clásica fue “El triunfo del amor”, sin embargo la técnica de ballet clásico se fue modificando, debido a que su origen radica en una diversión atractiva, programada y fina para la nobleza.

No obstante durante el reinado de Luís XVI, el ballet dejó de ser una diversión, para convertirse en un arte, gracias a la fundación de la “Real Academia de Danza”, así que todos los aspirantes del ballet tenían que acudir a clases, aprender reglas y asimilar actitudes, lo cuál fue creciendo con la aparición de obras clásicas como “la sílfide, Giselle, Copelia, Cascanueces y el Lago de los cisnes (Dallal, 1992).

Así en 1879 Piotr Ilich Tchaikovsky compuso música para el ballet dentro de las cuales se encuentra El lago de los cisnes, La bella durmiente, El cascanueces, Hamlet, Romeo y Julieta, entre otros (García y Cadena, 2002).

Más tarde, a fines del siglo XIX, la danza clásica se convirtió en el mejor método de adiestramiento para los más ambiciosos cuerpos y “hasta la fecha no obstante el surgimiento de otros géneros como danza de concierto, la

danza clásica monopoliza las conciencias de los espectadores y exige de los bailarines los más impresionantes esfuerzos” (Dallal, 1992 p. 76).

Así la danza clásica se define como la coreografía que representa una manifestación de la danza, música y actuación. En la actualidad la danza clásica es un gran espectáculo en donde se aprecian las cualidades de expresión y destreza de los bailarines, explicaron García y Cadena en el 2002.

### **3.2 El cuerpo humano en la danza clásica**

El cuerpo con sus partes y habilidades es el principal protagonista de la danza clásica para su perfecta ejecución, así las bailarinas procesan y recrean movimiento mediante la utilización de su cuerpo.

Debido a que el propio cuerpo es una herramienta de técnica para el ballet, se pretende realizar movimientos que superan las capacidades físicas de su cuerpo, sin embargo “...los bailarines más diestros y entrenados sólo podrán realizar los movimientos que sus fuerzas y sus límites físicos se lo permitan” (Dallal, 1992, p, 18).

Existen técnicas clásicas en el ballet, donde influye la constitución y el peso corporal para realizar los movimientos que la música demanda, como son el soporte del peso sobre una pierna, equilibrio del peso sobre dos pies y la alineación del sistema óseo.

El soporte del peso sobre una pierna, explica Lewell en el 2002, es aquél en donde una de las piernas de la bailarina debe mantener una fuerza como línea central para llegar al equilibrio, así la pierna tiene que pasar por

varias posiciones antes de descender, en este movimiento se hacen cambios tanto en la línea de apoyo de la pierna como en el cuerpo.

Después de este movimiento la pierna de apoyo se mantiene en la postura, pero ahora el peso está centrado en los músculos firmes. Para la cuál la bailarina debe tener equilibrio y facilidad para mover su cuerpo.

Es importante decir que “no importa a qué altura se eleva el pie, y asegurarse que el cuerpo esté sostenido de manera que el peso esté distribuido por igual sobre el área de equilibrio” (Lewell, 2002, p. 37).

El equilibrio del peso sobre dos pies revela que mientras más alto se eleva la bailarina, más pequeña es el área sobre la cual se equilibra y controla el peso de su cuerpo, así mismo en el siguiente movimiento los dedos del pie recibirán toda la carga de su estructura corporal.

También la alineación del sistema óseo es otra técnica clásica que busca la perfección en la figura corporal, debido a que es la base para conseguir un esqueleto alineado y alargado para la fina distribución de los movimientos.

Por la particularidad de estos movimientos es importante la constitución física de la bailarina, tal como lo expresa Cerqueira (1983).

En efecto cuando la bailarina “...está pasada de peso, no es conveniente que aplique las técnicas, porque existe la posibilidad de lastimarse” (Cerqueira, et al., 1983, p. 181).

La acumulación de grasa dentro del organismo reduce la consistencia de la fibra muscular y disminuye la capacidad para desarrollar las técnicas clásicas en el ballet.

El Consejo Nacional de Danza y Medicina en 1983, invita a los alumnos y profesionales de la Danza Clásica a conocer su cuerpo y a descubrir que pueden dominarlo, debido a que el ballet tiene una gran relación con la vida personal y la vida corporal.

La constitución física del hombre y de la mujer resulta una fuente de la Danza Clásica la cual está influida por la cultura en el tipo de alimentación, hábitos de trabajo y deportes, entre otros, "...a este conjunto de actitudes y acciones que operan sobre el cuerpo humano en cada comunidad, pueblo o nación le denominamos ampliamente cultura del cuerpo" (Dallal, 1992, p. 19).

Igualmente el establecimiento de técnicas clásicas influye para que los códigos culturales se manifiesten en las bailarinas con actitudes o acontecimientos locales y nacionales que expresan en el ballet.

La danza clásica es un arte visual por lo cual la forma constituye una base importante para el ballet y se define como el cuerpo en el espacio así como su relación con el volumen que interviene en la secuencia de la danza. La forma compone la apariencia del ballet debido a que el cuerpo ofrece su figura al espectador.

Por último, Sánchez (2003) refiere que Duncan explica que los movimientos de una bailarina proceden en la forma de su cuerpo y ejemplifica a la Venus de Milo o a la Diana Cazadora en movimiento representando la belleza femenina, en consecuencia una danza perfecta.

Es significativo señalar que las dos esculturas anteriormente mencionadas son figuras de mujeres esbeltas, por lo que esta mención hace referencia a que así se logra la danza idónea, jamás menciona habilidades artísticas, así que en consecuencia la Danza se manifiesta por cultura del cuerpo y la belleza.

### **3.2 Características de las bailarinas de danza clásica**

El ser humano es una fuente de la danza clásica, donde se expresa la belleza del cuerpo y el cuerpo crece con más belleza gracias a la danza. El arte del género humano se descubrió a partir de la belleza natural del cuerpo.

Otro aspecto importante es el ritmo donde existe un ideal de belleza que puede producir movimiento, porque la figura del cuerpo en técnicas dancísticas, logra una expresión de la música verdaderamente hermosa, lo cuál sugiere ritmo incluso estando en reposo. Así los grandes compositores como Bach, Beethoven y Wagner crearon música para que todas sus obras se manifiesten con belleza (Duncan, 1909, citado por Sánchez, 2003).

Las bailarinas de danza clásica deben tener una preparación gimnástica de los músculos de su cuerpo para hacerlos fuertes y flexibles, con esto se intenta hacer del cuerpo un instrumento perfecto.

En la primera revista femenina inglesa se publicó en 1914, con el título de “Escuela de danza” aparece que el objetivo de los institutos de danza es formar mujeres jóvenes en un ambiente de belleza, para que ellas tengan el concepto de “hermosura” como un ideal, así estas chicas desarrollarían sus

cuerpos como personificaciones de este concepto y así llegarían a ser perfectas en forma y gesto (citado por Sánchez, 2003).

En efecto el interés de las bailarinas por la belleza produce un sentimiento de armonía interna que conlleva al deseo y la creación de la divinidad. Esta armonía es la base del cuerpo y el movimiento manifiesta pensamientos y sentimientos del alma en las mujeres.

Igualmente la danza clásica promueve en su aprendizaje un cuerpo perfecto, que debe idear belleza “...vuestra danza tiene la fuerza de las cosas simples y verdaderas: la inspiración de la belleza, esto es el arte” (Bellevue, 1914, citado por Sánchez, 2003).

Duncan en 1917, menciona que las bailarinas son “...cuerpo-pensamiento de una nueva sociedad democrática, que ha asumido la igualdad, la formalidad y la intercambiabilidad de todas las cosas y todos los seres, de todas las partes de su cuerpo irradiará la inteligencia, trayendo al mundo el mensaje de los pensamientos y aspiraciones de miles de mujeres” (citado por Sánchez, 2003, p 19).

En la actualidad el Instituto Nacional de las Bellas Artes, propone un plan de estudios (1994) para las Escuelas de Danza Clásica dependientes del INBA por la Subdirección General de Educación e Investigación Artística para el perfil de chicas adolescentes de 11 a 17 años aspirantes al ballet deben acreditar exámenes de admisión que constan de cinco puntos:

- 1- Examen de estructura ósea y proporciones
- 2- Examen de aptitudes físicas
- 3- Examen Psicológico

1- Examen Médico

2- Examen de aptitudes musicales

En efecto en las artes estéticas demostrativas, como el Ballet, se expresan juicios subjetivos que son una medida del desempeño artístico. Para los maestros de ballet tiene gran importancia conocer las características y los cambios de la composición corporal de los bailarines de ballet durante su crecimiento y desarrollo (Betancourt y Albizu, 2005).

El artista de Ballet debe poseer una figura específica, que es la expresión, fundamentalmente, de las proporciones de la masa muscular, la masa grasa y la masa ósea. El entrenamiento físico que realizan los bailarines durante las clases de especialidad, los ensayos y representaciones escénicas delimitan su figura.

Aunque las dimensiones corporales y proporciones, con su gran carga hereditaria, constituyen requisitos importantes para seleccionar y entrenar atletas y bailarines al más alto nivel, es necesario estudiar las relaciones entre los componentes de la composición corporal (Mészáros *et al.*, 2000, citado por, Betancourt y Albizu, 2005).

En la Danza Clásica existen problemas de peso corporal, exceso de peso graso fundamentalmente deben ser abordados primeramente con un estudio antropológico que señale el estado físico del sujeto en ese momento. Las medidas de solución de este problema, es una dieta y un plan de ejercicios adecuados, tienen que ser controladas a partir del conocimiento de su efecto en la composición corporal de los sujetos.

En el 2002 una investigación realizada por Mészáros *et al.* expone que en las bailarinas se estima un porcentaje graso de 21.65% para un total de 10.25kg de grasa y una masa corporal activa de 36.71kg de un peso corporal de 46.97 kg. En los bailarines la estimación del porcentaje graso fue 9.50% para un total de 5.66kg de grasa y una masa corporal activa de 53.77kg de un peso corporal de 59.43 kg.

Es importante mencionar que el peso graso óptimo para una bailarina está determinado por el porcentaje graso que no interfiere con el desempeño físico y la figura (Betancourt y Albizu, 2005).

La bailarina de ballet debe tener cantidades mínimas saludables de peso graso, debido a que su especialidad le exige siempre un bajo peso para la talla independientemente de su edad cronológica o biológica.

En épocas anteriores la imagen de las bailarinas había sido plasmada en las famosas pinturas de Degas, en donde vemos a las bailarinas serenas, calmadas, plácidamente colocadas en la barra. Por supuesto esta imagen ha cambiado, en la actualidad, no pueden tener sobrepeso, ni tienen esta actitud antes o después de bailar (Echegoyen, 2001).

Existe también una adaptación en la forma corporal, hay cambios en la cantidad de grasa o en el peso. Se debe tener una estructura óptima y una composición corporal característica, para poder realizar en forma adecuada las exigencias de la técnica.

Finalmente la menor cantidad de grasa que una mujer puede tener para mantener la salud es del 12%, esto es importante, pues generalmente en las escuelas de Danza Clásica piden peso en lugar de porcentaje de grasa.

Referente a los dos primeros puntos en el examen de admisión que se aplica en Escuelas del INBA, se relaciona una materia que se lleva anualmente en la carrera de Danza Clásica, la cual puede determinar características físicas de las bailarinas de ballet, llamada “acondicionamiento físico”.

El acondicionamiento físico promueve la alineación del cuerpo, el fortalecimiento y elasticidad del sistema articular y neuro-muscular, así como el incremento de la capacidad aeróbica. Esta materia intenta que el alumno comprenda su cuerpo, para desempeñar técnicas dancísticas (INBA, 1994).

Igualmente el INBA en 1994, refiere que cuando el alumno ha concluido sus estudios de danza clásica, debe:

- 1- dominar la técnica clásica
- 2- interpretar fragmentos y obras completas de ballet
- 3- dominar conocimientos musicales
- 4- poseer nociones de coreografía
- 5- manejo de lenguaje dancístico con el cuerpo
- 6- conocimientos teóricos de artes
- 7- adopta una actitud crítica y reflexiva ante su quehacer dancístico
- 8- se conscientiza de la función social de la danza clásica para el desarrollo social

En consecuencia el ideal de belleza y de nuevas ideologías de la mujer, deben ser parte esencial para una bailarina de danza clásica. No obstante, aunque Duncan critica el ballet por su perfección y represión hacia la personalidad, la danza que ella sugiere “danza moderna” realza los matices de perfección y obsesividad por inspirar belleza.

### **3.4 Relación de la danza clásica con la Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa**

La Danza Clásica es una actividad física que puede tener el riesgo de desarrollar en las bailarinas de ballet trastornos alimenticios. Las estudiantes y profesionales de danza clásica “...suelen ser la viva imagen, aparentemente del hambre. Su delgadez acostumbra a ser extrema” (Toro, 1999, p. 231).

No obstante las bailarinas de ballet en épocas anteriores no solían ser delgadas, esto es una corriente actual que surgió en el siglo XIX, porque tenían que representar el estereotipo dancístico como una figura ligera que puede elevarse con extravagantes técnicas.

Toro es uno de los autores más importantes que habla de la relación de los trastornos alimenticios con el ballet y cita a Gordon (1990), el cual expone una vivencia:

“Gordon ha recogido una significativa e ilustrativa anécdota de Gelsey Kirkland, una reputada bailarina de New York City Ballet, anoréxica y bulímica convicta y confesa. En un encuentro con el famoso coreógrafo Balanchine, éste le golpeo con sus dedos sobre el esternón y las costillas diciéndoles:

¡Han de verse los huesos!, enseguida le recomendó: ¡No comas nada!

Kirklan describe el ballet como una situación gobernada por una estética de campo de concentración” (p. 231).

La danza es exponer el propio cuerpo para crear arte, el cuerpo es el templo del arte que da lugar a un sagrado culto a la belleza, así la estructura ósea es una herramienta de trabajo para las bailarinas (Duncan, 1922, citado por Sánchez, 2003).

Un excelente bailarín L. Vicent, criticó a los profesores de danza por exigir a sus alumnos un peso por debajo de la media en la maduración puberal, este psiquiatra describe a las bailarinas sometidas a dietas de inanición con obsesiones alimenticias, vómitos y abuso de laxantes, las cuales son conductas que conllevan a una aceptación social dentro de la escuela de Danza (Gordon,1990).

Igualmente Beaumont et al. 1994, citado por Toro en 1999, menciona que en la escuela de Ballet de Sidney exigen a las alumnas un índice en la masa corporal por debajo de 17, cuando el índice promedio se sitúa entre 20 y 22, con lo que se producirá una anorexia nerviosa y bulimia nerviosa.

En efecto la Danza Clásica origina directamente la aparición de rasgos obsesivos en la personalidad de las bailarinas, dichos rasgos pertenecen a la sintomatología psicológica de los trastornos de la conducta alimenticia.

Recordando en el capítulo anterior a la clasificación de los trastornos de la conducta alimenticia según la raza a la que se pertenece, Hamilton et al.

1985, en una importante investigación descubre que el 20% de la población encuestada eran bailarinas de ballet negras, las cuales no presentaban ninguna patología alimenticia, se encontraban felices y satisfechas con su cuerpo (Toro, 1999).

Así como la danza clásica se encuentra relacionada con los trastornos de la conducta alimenticia, igualmente está ligada con factores sociales determinantes para el desarrollo del ballet. La danza social propone el ejercicio físico para alcanzar el refinamiento para un comportamiento social, sexual y moral (Sánchez, 2003). La danza del comportamiento, es aquella que se rige en conductas de la mujer que ha dejado de ser sumisa, para convertirse en una mujer libre y natural en su propio arte.

El cuerpo femenino en la danza clásica demanda dulzura y belleza, que debe formar un cuerpo puro. Este sentido se refiere a la espontaneidad y hermosura de la apariencia para desplazarse ligeramente en un escenario.

“La naturaleza debe ser la fuente de todo arte, y la danza debe hacer uso de las fuerzas de la naturaleza en armonía y ritmo, pero el movimiento de la bailarina siempre será distinto de cualquier movimiento real de la naturaleza” (Sánchez, 2003, p. 93).

Cabe que las bailarinas profesionales de danza clásica signifiquen el resultado de una selección natural, promueve que el perfeccionismo, el esfuerzo, las obsesiones, el estrés y la inanición, son rasgos para obtener el éxito (Toro, 1999). En consecuencia este éxito está marcado por una convivencia grupal en una escuela de Danza Clásica que implica, sufrir, practicar permanentemente, competir, observar modelos, estar expuesta a

comparaciones, presión de coreógrafos, directores y la crítica del público. Así la práctica y la ambientación del ballet encierran potenciales patógenos para el desarrollo y mantenimiento de la anorexia y bulimia nerviosa, razones por las cuales se realizó esta investigación.

## **Objetivos**

### **Objetivo General**

Medir la incidencia de la Anorexia y la Bulimia Nerviosa en una muestra de Bailarinas de Ballet.

### **Objetivos Particulares**

- Explicar las características físicas y psicológicas de la Anorexia y Bulimia Nerviosa.
- Enunciar el concepto, características e historia de la Danza Clásica.
- Describir la relación entre la Danza Clásica y el riesgo de presentar Anorexia y Bulimia Nerviosa.
- Medir la incidencia de la Anorexia y Bulimia Nerviosa en una muestra de Bailarinas de Ballet.

## **Hipótesis**

Para esta investigación se plantea la siguiente Hipótesis:

Hi = La incidencia de la anorexia y bulimia nerviosa en el grupo de bailarinas de ballet es superior al 10%.

Ho = La incidencia de la anorexia y bulimia nerviosa en el grupo de bailarinas de ballet no es superior al 10%.

CAPÍTULO 4  
METODOLOGÍA

## **CAPÍTULO 4. METODOLOGÍA**

### **4.1 Paradigma de Investigación**

El Paradigma de esta investigación constituye una visión entre los principios y conceptos teóricos propios de alguna disciplina del método de investigación científica, así es como presento una perspectiva científico-cuantitativa, donde se hace un énfasis en la explicación de los fenómenos sociales de manera objetiva (Cea D`Ancona, 1998).

En efecto la investigación pretende encontrar la incidencia de la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa en un grupo de bailarinas de ballet. Para el desarrollo de este estudio se planteó una pregunta de investigación que parte de una idea existente dentro de la realidad, así como una hipótesis y una hipótesis nula.

Se utilizará la medición numérica dentro de las técnicas de campo para medir los trastornos alimentarios con el fin de analizar las mediciones obtenidas y un marco teórico para generalizar los resultados de sus estudios. Por último se van a establecer las conclusiones respecto a las mediciones obtenidas.

## 4.2 Tipo de Investigación

De tipo descriptivo es la presente investigación, la cuál estudia un fenómeno social donde se describe un acontecimiento y ante esta situación siempre se exponen diferentes variables (Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio, 2002).

Igualmente por su profundidad la investigación intenta decir las características del fenómeno de la anorexia y la bulimia nerviosa por medio del conocimiento del ballet.

### Clasificación en Tiempo

Por el tiempo la investigación es Prospectiva, porque el problema estudiado ocurre en el momento de la investigación, además el investigador lo observa en la manifestación del fenómeno, esta investigación avanza en el tiempo con el fin de encontrar sus consecuencias (Cabrero García y Richart Martínez, 2001).

### Número de veces que se recolectó información

Por el número de veces es Transversal, porque recolecta datos en un solo momento, en un tiempo único. “Su propósito es

describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado”. Así esta investigación aplicará un solo instrumento para obtener resultados (Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio, 2002, p 186).

## Diseño

El tipo de diseño es No Experimental, porque la anorexia y la bulimia nerviosa se van a estudiar en el entorno natural y conforme va ocurriendo, igualmente el Diseño No Experimental es aquel donde “...no se construye ninguna situación, sino que se observan situaciones ya existentes, no provocadas intencionalmente por el investigador”. En esta investigación el investigador no tiene control directo con las variables porque ya sucedieron al igual que sus efectos (Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio, 2002, p 184).

## Técnicas

Es Mixta, por que se utilizarán técnicas documentales y de campo.

## Técnicas de Investigación

Las técnicas Documentales son de tipo bibliográfica, hemerográfica y electrónica. Son aquellas que se apoyan en fuentes de carácter escrito de cualquier tipo, las bibliográficas son las que se basan en libros, las hemerográficas se sustentan con

periódicos y revistas y las electrónicas son vía Internet (Cabrero García y Richart Martínez, 2001).

La técnica de Campo consistió en la aplicación del instrumento EDI-2 (Inventario de Trastornos de la conducta alimentaria), en su adaptación española, el cual detecta la anorexia y la bulimia nerviosa.

Las técnicas de campo son aquellas que proporcionan información a través de otras fuentes que el investigador aplica, como entrevistas, cuestionarios, encuestas e instrumentos (Cabrero García y Richart Martínez, 2001).

## **4.2 Pregunta de Investigación**

¿Cuál es la incidencia de la Anorexia y la Bulimia Nerviosa en adolescentes que son Bailarinas de Ballet en la Escuela Nacional de Danza Clásica y Contemporánea del Instituto Nacional de las Bellas Artes?

## **4.3 Objetivos**

### **4.3.1 Objetivo General**

Medir la incidencia de la Anorexia y la Bulimia Nerviosa en una muestra de Bailarinas de Ballet.

### **4.3.2 Objetivos Particulares**

- Explicar las características físicas y psicológicas de la Anorexia y Bulimia Nerviosa.
- Enunciar el concepto, características e historia de la Danza Clásica.
- Describir la relación entre la Danza Clásica y el riesgo de presentar Anorexia y Bulimia Nerviosa.
- Medir la incidencia de la Anorexia y Bulimia Nerviosa en una muestra de Bailarinas de Ballet.

## **4.2 Hipótesis**

Para esta investigación se plantea la siguiente Hipótesis:

Hi = La incidencia de la anorexia y bulimia nerviosa en el grupo de bailarinas de ballet es superior al 10%.

Ho = La incidencia de la anorexia y bulimia nerviosa en el grupo de bailarinas de ballet no es superior al 10%.

## **4.3 Variables**

Las variables son una "...propiedad que puede variar y cuya variación es susceptible de medirse". Las variables se aplican a un grupo de personas u objetos los cuales pueden adquirir diversos valores (Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio, 2002, p 75).

La variable a evaluar en este trabajo es la incidencia de la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa en las bailarinas de ballet.

## **4.2 Instrumento**

La incidencia de los trastornos de la conducta alimenticia ha ido en aumento los últimos años, en especial para mujeres jóvenes. La creación de una obra prestigiosa enfocada en estos trastornos, una de las más completas de nuestros tiempos es EDI-2 (Inventario de Trastornos de la conducta alimentaria), en su adaptación española.

David M. Garner (1998) autor del inventario que tiene por nombre original "Eating Disorder Inventory-2", el cual procesó una adaptación española dirigida por, Sara Corral, Marina González, Jaime Pereña y Nicolás Seisdedos. El EDI en su versión original surgió en 1980, para después ser tipificado en baremos españoles originales en centiles con grupos normales y clínicos para su medición.

El inventario está enfocado al Área Clínica, donde se han detectado rasgos de anorexia y bulimia nerviosa. No obstante EDI-2 también se reserva en su aplicación para la educación en la salud, medicina y psicología preventiva.

El inventario de trastornos de la conducta alimentaria está estructurado por 91 reactivos, a los que se contesta en una escala de seis puntos (0-5) y en la que los sujetos deben indicar si cada situación les ocurre "nunca", "pocas veces", "a veces", "a menudo", "casi siempre", o "siempre". Es una prueba de autoinforme, de fácil

aplicación y ofrece puntuaciones de 11 escalas, las cuales se puntúan de 0 a 3.

El instrumento originalmente incluía tres escalas que evaluaban actitudes y conductas relacionadas con la comida, el peso y el tipo, otras cinco relacionadas con rasgos psicológicos como: miedo a la madurez, perfeccionismo, ineficacia, conciencia introceptiva y desconfianza.

Actualmente el EDI-2 mantiene los 64 elementos originales y añade otros 27 que dan lugar a tres nuevas escalas adicionales: Ascetismo, Impulsividad e Inseguridad social. Las escalas de EDI-2 proporcionan proporcióna información para comprender al paciente, planificar el tratamiento y evaluar los progresos.

Para una mayor claridad, enlistaremos las Escalas que mide EDI-2:

- Obsesión por la delgadez (DT)
- Bulimia (B)
- Insatisfacción corporal (BD)
- Ineficacia (I)
- Perfeccionismo (P)
- Desconfianza interpersonal (ID)
- Conciencia Introceptiva (IA)
- Miedo a la madurez (MF)
- Ascetismo (A)
- Impulsividad (IR)
- Inseguridad Social (SI)

Es importante definir con base al manual, cada uno de los indicadores del Inventario, como refiere Garner (1998).

a) Obsesión por la delgadez: es la búsqueda incesante de la delgadez, como característica esencial de los trastornos de la conducta alimenticia, en una manifestación clínica, es un intenso impulso de estar más delgado o un fuerte temor a la gordura, la preocupación por el peso, las dietas y el miedo a engordar.

b) Bulimia: tendencia a tener pensamientos relacionados con atracones de comida o a darse comilonas incontrolables, en la mayor parte de los casos la bulimia va asociada con marcadas disfunciones psicológicas.

c) Insatisfacción corporal: desagrado del sujeto con la forma general de su cuerpo o aquellas partes que más preocupan a quienes tienen rasgos de trastornos alimenticios, como son: estómago, caderas, muslos y nalgas. También puede considerarse como uno de los factores responsables del inicio y persistencia de conductas encaminadas a controlar el peso.

d) Ineficacia: se refiere a sentimientos de incapacidad general, inseguridad, vacío, autodesprecio y falta de control sobre la propia vida, de igual manera se encuentra estrechamente relacionada con una pobre autoestima o una autoevaluación negativa, pero va más allá de estos constructos al incluir sentimientos fuertes de vacío y soledad. Una puntuación alta revela sentimientos que sugieren falta de adaptación.

e) Perfeccionismo: mide el grado en el que los sujetos creen que sus resultados deberían ser mejores, es una condición crítica que facilita el escenario para el desarrollo de trastornos alimenticios. Los sujetos con esta característica están convencidos que las personas de su entorno esperan de él unos resultados excepcionales.

f) Desconfianza interpersonal: evalúa sentimientos de alineación del sujeto y su desinterés por establecer relaciones íntimas, así como la dificultad para expresar los propios sentimientos y pensamientos. En su necesidad de mantener a los demás a cierta distancia, es un rasgo psicológico importante en relación con la aparición y persistencia de algunos casos de trastornos de la conducta alimenticia.

g) Conciencia introceptiva: se refiere al grado de confusión o dificultad para reconocer y responder adecuadamente a los estados emocionales, se relaciona también con la inseguridad para identificar ciertas sensaciones viscerales asociadas con el hambre y la saciedad. La confusión y desconfianza, vinculadas

significativamente con el funcionamiento del cuerpo, éstas también intervienen en la aparición de los trastornos alimenticios.

h) Miedo a la madurez: evalúa el deseo de volver a la seguridad de la infancia que se encuentra altamente relacionada con el temor a experiencias psicológicas o biológicas asociadas con el peso de la adultez. Según esta opinión, el ayuno se convierte en un mecanismo para evitar la madurez psicobiológica porque desemboca en una vuelta a la apariencia y estado hormonal pre puberales. El sujeto piensa que esta regresión le puede proporcionar alivio frente a la confusión de la adolescencia y los conflictos familiares.

i) Ascetismo: tendencia a buscar la virtud por medio de ciertos ideales espirituales como la autodisciplina, el sacrificio, la autosuperación y el control de las necesidades corporales. La dieta se considera una purificación, la delgadez una virtud y el ayuno un acto de penitencia, por lo tanto la auto-restricción oral puede formar parte de una actitud más general de renuncia a las satisfacciones físicas.

j) Impulsividad: dificultad para regular los impulsos y la tendencia al abuso de drogas, la hostilidad, la agitación, la autodestrucción y la asolación de las relaciones interpersonales. Los elementos de esta escala coinciden con las características *borderline* del trastorno de la personalidad.

**k) Inseguridad social: creencia de que las relaciones sociales son tensas, inseguras, incómodas, insatisfactorias y generalmente**

de escasa calidad. Es importante mencionar el sentimiento de inseguridad y la falta de felicidad que los sujetos experimentan en sus relaciones sociales.

En la aplicación de EDI-2 se requiere un cuadernillo y una hoja de respuestas, esta última es autocorregible y está pensada para facilitar la obtención de las puntuaciones sin usar plantillas.

Se debe aplicar individualmente o en grupo a sujetos de 11 años de edad en adelante, su aplicación debe hacerse en un lugar tranquilo sin distracciones, cabe mencionar que en los reactivos no existen preguntas correctas ni incorrectas.

En la Norma de calificación la interpretación de las puntuaciones individuales contiene rangos por sexo, edad y diagnóstico, para la medición en las escalas de la prueba. Dichos resultados se arrojan en la hoja de respuestas, donde cada una de las escalas tiene su norma de calificación, que aparece en el manual:

En la siguiente tabla se puntúa con las cifras indicadas

- Siempre = 3
- Casi siempre = 2
- A menudo = 1
- A veces = 0
- Pocas veces = 0
- Nunca = 0

La razón de usar una puntuación de 0 a 3, se basa en que la escala de puntuaciones es continua solo en las respuestas que se puntúan de 1 a 3, debido a que las respuestas dadas en sentido asintomático no deben contribuir a que la escala aumente para reflejar una patología alimenticia.

Las puntuaciones directas de la escala de EDI-2 se representan en el gráfico del perfil donde se reflejan los baremos obtenidos apartir de la tipificación de personas con trastornos alimenticios y sin ellos. En la hoja de perfil aparecen espacios donde se grafican y obtienen puntuaciones.

Cada escala presenta una puntuación continua y cuanto mayor sean las puntuaciones, mayor será el rasgo patológico del evaluado. Entonces se califica e interpreta con una comparación del gráfico obtenido, con los gráficos de personas con trastornos alimenticios que se incluyen en el manual del inventario.

En la Validación original del EDI-2 se hicieron diversos esfuerzos porque la prueba quedara totalmente validada, primero se realizó una validez de contenido, mediante la elaboración de 146 elementos encargados a clínicos expertos en los trastornos de la conducta alimenticia y a la práctica de la misma. Los constructos que se iban a evaluar eran 11, de los cuales quedaron ocho por cuestiones de confiabilidad.

La segunda validez que se aplicó fue la de criterio, con el fin de validar cada una de las escalas adicionales, donde se analizaron

las diferencias de medidas entre los grupos de pacientes y grupos de no pacientes.

También se realizó la validez concurrente donde, se comparaban las puntuaciones de autoinforme con la opinión clínica de expertos y de terapeutas familiares expertos, los psicólogos y psiquiatras involucrados dieron puntuaciones a los sujetos de estudio en cada una de las escalas, las cuales se dividieron en una escala análoga de diez intervalos centiles.

Por último se hizo la validez de constructo, la cual se aplica de manera convergente y discriminante, aquí se intenta comprobar que tiene correlación con otras pruebas que miden el mismo constructo, estas pruebas se aplicaron también en el momento de su validación.

En su confiabilidad se utilizó consistencia interna en muestras de pacientes con trastornos de la conducta alimenticia, donde los coeficientes de fiabilidad alpha fueron entre 0,83 y 0,93.

Igualmente dan fiabilidad al EDI con test-retest a muestras no clínicas, aplicando el EDI a la misma población en diferentes ocasiones. Finalmente en la primera edición de EDI, se realizó un análisis factorial sobre sus elementos, con las respuestas de 271 mujeres pacientes del trastorno de la conducta alimenticia, en conjunto esto apoya la validez de las ocho escalas originales del EDI, que se aplicaron a una población con trastornos.

Para la confiabilidad del EDI-2 se ha hecho una estabilidad de los resultados, analizando la consistencia interna de los elementos con su escala, basados en estudios test-retest. Los resultados son muy semejantes a los que se obtuvieron en el EDI original en el grupo clínico. Así se llega a la confiabilidad, se aplicó el instrumento EDI original dos ocasiones distintas, para tener un índice de precisión con respecto al tiempo.

En la validez del EDI-2, se ha estudiado la independencia de las variables medidas, la estructura factorial de las escalas y de la capacidad discriminativa del instrumento, donde se estudiaron mujeres en caso clínico y mujeres en riesgo del trastorno y se crea una matriz que mide las diferencias entre los grupos de mujeres evaluadas en cada una de las escalas, para obtener resultados de los indicadores que salieron altos, sobre la norma y bajos.

En consecuencia se realizaron análisis factoriales que median y exploraban la matriz realizada, para después anexar en distintos análisis factoriales: influencia entre edad y sexo, capacidad discriminativa, comparación transcultural e índice de masa corporal. De esta manera se validó la nueva versión, EDI-2 (David M. Garner, 1998).

## **4.2 Muestra**

La muestra es de 49 mujeres adolescentes que estudian ballet, con un rango de edad de 11 a 16 años. La investigación está enfocada al diseño de una muestra de sujetos-tipo, las cuales son bailarinas de danza clásica, esto con el fin de determinar la incidencia de los

trastornos alimenticios dentro de un grupo de ballet. El estudio de las adolescentes bailarinas de ballet a quienes se les aplicó el instrumento, arrojará resultados cuantitativos, con los que se obtendrán los resultados del presente estudio.

CAPÍTULO 5  
RESULTADOS

## **CAPÍTULO 5. RESULTADOS**

En este último apartado se explicarán detalladamente los resultados obtenidos del estudio que se realizó a 49 bailarinas de ballet de una Escuela de Danza, donde se aplicó el instrumento EDI-2 “Inventario de Trastornos de la conducta alimentaria” (ver anexos). En efecto los resultados fueron trasladados a una estadística, la cuál será interpretada a continuación.

### **5.1 Descripción de la aplicación**

En el presente trabajo de tesis se aplicó la prueba EDI-2 (Inventario de Trastornos de la conducta alimentaria), en su adaptación española, es una prueba de autoinforme, de fácil aplicación y ofrece puntuaciones de 11 escalas, las cuales se puntúan de 0 a 3.

El Inventario se aplicó en las dos últimas semanas del mes de Noviembre del 2006, en una escuela de danza clásica profesional. La muestra fue de 49 bailarinas de ballet entre 11 y 16 años de edad, las cuales estaban divididas por grupos de edad y de habilidades dancísticas.

Los grupos están conformados de la siguiente manera:

Grupo A: 8 chicas de 11 a 12 años de edad

Grupo B: 9 chicas de 11 a 13 años de edad

Grupo C: 8 chicas de 12 a 15 años de edad

Grupo D: 8 chicas de 14 a 15 años de edad

Grupo E: 8 chicas de 14 a 16 años de edad

Grupo F: 7 chicas de 15 a 16 años de edad

La aplicación se realizó en salones reservados y tranquilos, donde se les pidió a los varones “bailarines de ballet”, que desalojaran el área, esto para mayor privacidad y evitar distractores.

Las chicas se sintieron con más serenidad al responder la prueba, no obstante deseaban preguntar a sus demás compañeras para dar sus respuestas, lo cual se pudo evitar y mantener bajo control.

El EDI-2 es una prueba que no pretende evaluar aspectos ideológicos o intelectuales, así que se les permitió a las chicas hacer preguntas sobre el Inventario, lo cual ocurrió con más frecuencia en las niñas de 11 a 13 años de edad.

## **5.2 Descripción de resultados**

Con base a las respuestas que las chicas arrojaron en el instrumento, se realizó un tratamiento estadístico llamado ANOVA (análisis de varianza), este análisis se aplicó por cada uno de los 11 indicadores que utiliza la prueba. (ver anexos, tabla 1)

**Uno de los resultados obtenidos del tratamiento estadístico arroja una gran variación entre las respuestas del grupo de bailarinas de 11 años de edad, en comparación con las bailarinas**

de 16 años de edad, esto se debe a las distintas experiencias a las que se enfrentan cada una de las chicas con respecto a su edad.

Es importante mencionar que en el indicador “Bulimia” no se encontró variación entre las respuestas de los grupos, a pesar de la diferencia de edades, la puntuación se presentó estable, (cero puntos).

Como refiere el autor del inventario EDI-2, David M. Garner (1998), el instrumento es vulnerable “...a ciertos mecanismos como la negación, las respuestas sesgadas, la insinceridad y la autodefensa” (p. 26). Las barreras emocionales pueden crearse debido al temor de las chicas a saberse evaluadas.

También se realizó una correlación por cada uno de los indicadores con las puntuaciones obtenidas, de los seis grupos de ballet, arrojando asociaciones estadísticamente significativas entre los indicadores: bulimia e impulsividad, ineficacia y conciencia introceptiva y finalmente desconfianza interpersonal y miedo a la madurez. (ver anexos, tabla 2)

En los indicadores restantes, estadísticamente no se logra comprobar la correlación debido a que los valores obtenidos no están próximos al 1, lo que nos arroja un nivel de correlación en toda la prueba, no significativa.

Es importante explicar que en la realización del análisis por sujeto encontramos relaciones entre los indicadores, esta relación la evaluamos con una tabla de porcentajes que se clasificó en 4

grupos: “No riesgo” (equivale a un 0%), riesgo “Medio Bajo” (equivale a un 25%), riesgo “Medio alto” (a un 50%) y riesgo “Alto” (a un 75%), en función al puntaje máximo del inventario.

Se realizó un análisis de resultados individuales, para verificar la existencia de relación entre los indicadores, así la tabla 3 presenta escalas con puntuaciones considerables como: ascetismo “Medio Alto”, con obsesión por la delgadez e insatisfacción corporal “Alto”. (ver anexos)

Las puntuaciones altas, igualmente se encuentran relacionadas con las escalas que resultaron “Medio Bajo”, como son, perfeccionismo, conciencia introceptiva y miedo a la madurez. Así que desde la Psicología observamos que sí existe relación entre los indicadores, aunque en las pruebas estadísticas no se haya obtenido un valor significativo.

El Instrumento cuenta con una hoja doble de respuestas, que permite no conocer la puntuación, sin embargo las chicas al contestar los ítems referentes a “Bulimia”, intentaron alterar las puntuaciones, inclinándose al lado derecho de la hoja de respuestas, que equivale a las puntuaciones 0, 1 y 2, para dar referencias falsas de sí mismas.

En el análisis estadístico de los datos logramos detectar una limitación del EDI-2, aún cuando en su manual refiere que puede ser aplicado en grupo, encontramos que éste es sensible a su manipulación, dato evidente en el indicador “Bulimia”.

Además se calculó el porcentaje de las chicas que obtuvieron puntuación entre “Medio Alto” y “Alto”, para identificar el riesgo a desarrollar trastornos alimenticios, obteniendo los siguientes resultados. (ver anexos, gráfica A).

Los porcentajes de riesgo obtenidos por indicador, son los siguientes:

- a) DT: 14.28 % de chicas
- b) B: 0 % de chicas
- c) BD: 10.20 % de chicas
- d) I: 0% de chicas
- e) P: 30.61% de chicas
- f) ID: 4.08% de chicas
- g) IA: 2.04% de chicas
- h) MF: 16.32% de chicas
- i) A: 6.12% de chicas
- j) IR: 4.08% de chicas
- k) SI:0% de chicas

En relación a la hipótesis de trabajo y con el análisis estadístico, podemos decir que no obtuvimos resultados del 10% de la muestra de bailarinas de ballet que manifiesten un trastorno de la conducta alimenticia, como patología, por lo que aceptamos  $H_0$ , donde:

$H_0$  = La incidencia de la anorexia y bulimia nerviosa en el grupo de bailarinas de ballet no es superior al 10%.

Sin embargo, descubrimos que sí existen rasgos significativos en las chicas, las cuales podrían estar en riesgo de desarrollar trastornos alimenticios.

Así en la gráfica "A" se presentan altos, obsesión por la delgadez, equivalente a un 14.28 % de riesgo, insatisfacción corporal equivalente a un 10.20 % de riesgo, perfeccionismo a un 30.61% de riesgo y miedo a la madurez a un 16.32% de riesgo, los cuales se presuponen detonantes de los trastornos de la alimentación.

## **5.2 Análisis de resultados**

En el análisis de varianza se reflejó una variación entre los grupos de 11 y 16 años de edad, con respecto al grupo de 11 años, se observó que es menor la presión que la Institución ejerce sobre ellas, debido a que aún se encuentran

clasificadas como bailarinas "principiantes", a diferencia de las chicas entre 14 y 16 años las cuales son clasificadas como bailarinas "intermedias" y "avanzadas", según su técnica dancística. Estas chicas tienen mayor presión de la Institución para mantener una imagen valorable de sí mismas y de la Escuela, éste es uno de los motivos por los que existe variación en los datos estadísticos.

Otra causa que nos refirió la Escuela de Danza, es que los grupos de ballet entre 14 y 16 años ya habían sido expuestos a otras evaluaciones que pretendían medir anorexia y bulimia

nerviosa, así que las bailarinas generaron resistencia. Esto nos refiere que las chicas reaccionan con ansiedad y negación ante este tipo de temas, a diferencia de los grupos de ballet entre 11 y 13 años, que no habían sido expuestos a ningún tipo de evaluación psicológica y nutricional.

En el análisis de resultados sobre la variación, se observó que existe una presión social y de grupo en cada uno de los seis grupos de ballet evaluados, las chicas desean ocultar rasgos de inseguridad, en consecuencia si se muestran debilitadas por causas endógenas y corporales, perderán oportunidades artísticas, así que la represión de sentimientos y la competitividad es una herramienta para sobresalir, esto es otra causa por la que las chicas manipularon la prueba.

Como refiere Isadora Duncan en 1917, en su crítica hacia la danza clásica, donde explica que el ballet se manifiesta por su perfección y represión hacia la personalidad de las bailarinas, (citado por Sánchez, 2003).

Se encontró que el indicador “Bulimia” en algunas pruebas está relacionado con obsesión por la delgadez, desconfianza interpersonal e impulsividad, los cuales son síntomas de inicio o presencia de bulimia nerviosa, no obstante aunque estos indicadores en algunas chicas estaban en “Medio Alto” y “Alto”, el indicador “Bulimia” se mantuvo estable en puntuaciones de cero.

Sobre esto Gómez en el 2002, explica que las chicas con bulimia se encuentran preocupadas por mantener un cuerpo esbelto, se piensa que el bajo control de peso puede ser menos preocupante si la chica tiene el apoyo de sus amigos, pero esto es imposible por que la joven desconfía de sí misma y de su entorno. Es importante mencionar que el mismo autor refiere que la bulimia nerviosa puede desarrollarse cuando la chica es vulnerable y el ambiente es rígido.

Igualmente Mcanarney y sus colaboradores en 1997, mencionan que un rasgo importante para el desarrollo de bulimia nerviosa es el bajo control de impulsos, que continuamente se encuentra en su conducta. En efecto el indicador "Bulimia" fue manipulado debido a la obviedad en los ítems.

Desde una perspectiva psicológica, la correlación estadística dice que "Bulimia" e "Impulsividad" están estrechamente arraigadas, por los pensamientos relacionados con atracones incontrolables, lo cual surge de un bajo control de impulsos.

En la correlación de los indicadores, "Ineficacia" y "Conciencia Introceptiva", existe una correspondencia con la inseguridad de las chicas en sí mismas y la incapacidad para reconocer sensaciones como el hambre y la saciedad, por una autoevaluación negativa de la propia imagen.

Por último, en los indicadores "Desconfianza Interpersonal" y "Miedo a la Madurez" se encuentra una relación en la falta de

interés para concretar relaciones íntimas, que en el indicador “Miedo a la Madurez” representa conductas infantiles, esta relación está enfocada con regresiones a la infancia, que el manual refiere se presenta en las chicas con trastornos alimenticios, por la asociación de la edad adulta con la obesidad.

Los porcentajes de riesgo obtenidos por cada indicador, señalan que los rasgos importantes para desarrollar anorexia y bulimia nerviosa están presentes en los resultados, de estos grupos.

La Teoría de trastornos alimenticios, como nos señala Chinchilla Moreno en el 2003, explica que existen síntomas de inicio que pueden ser preocupación por el peso y la comida, retraimiento social, sentimiento de incompetencia, perfeccionismo, restricción de la expresividad emocional, problemas de control de impulsos y buscan adelgazar con lo que experimentan placer y control en el cuerpo , por lo que la muestra del estudio es una población en riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria.

Finalmente es importante mencionar lo que refiere Toro en 1999. La danza clásica es una actividad física que puede tener el riesgo de desarrollar en las bailarinas de ballet trastornos alimenticios, las estudiantes y profesionales de danza clásica “...suelen ser la viva imagen, aparentemente del hambre. Su delgadez acostumbra a ser extrema” (p. 231).

## CONCLUSIONES

## CONCLUSIONES

Los trastornos de la conducta alimentaria, han formado parte de la actualidad, creando la “cultura de la delgadez”, las mujeres a edades más tempranas, comienzan a formarse estereotipos de la mujer, la cual debe ser esbelta y bella, así es como muchas jovencitas inician una dieta y terminan, con pensamientos obsesivos sobre el control de peso.

Los medios masivos de comunicación sugieren en su publicidad mujeres exitosas y felices con un cuerpo esbelto, de igual manera los productos dietéticos invaden el mercado del consumo femenino y se apoderan de la necesidad por la delgadez. En la adolescencia se busca una identificación con ciertos modelos o patrones sociales y los modelos que presentan los medios masivos de comunicación, pueden sugerir el deseo por la delgadez.

En las últimas semanas se han presentado documentales importantes en algunos noticieros de televisión, donde se advierte a las adolescentes que la anorexia y bulimia nerviosa están invadiendo nuestra cultura y las cifras de muerte han ido en aumento. Igualmente la estadística poblacional refleja un porcentaje significativo de adolescentes con anorexia y bulimia nerviosa.

No obstante las mejores Instituciones de nuestro país, que diagnostican y controlan los trastornos de la conducta alimentaria, comienzan a anunciarse para dar a conocer por medio del radio y la televisión los rasgos significativos del inicio de trastornos alimenticios.

La importancia del diagnóstico en los trastornos de la conducta alimentaria, radica en definir qué tipo de trastorno tiene el paciente con varias sesiones de entrevista y la aplicación de batería de pruebas psicológicas.

En esta parte de la investigación clínica se debe trabajar en equipo con nutriólogos o expertos en alimentación, igualmente el psicólogo debe poseer los conocimientos sobre nutrición y los procesos de hambre y saciedad.

En la presente tesis se estudió a un grupo de bailarinas de ballet, donde se observó que dicha población se encuentra en riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimenticia, debido al régimen alimenticio que deben mantener, para adquirir excelentes técnicas dancísticas, es relevante decir que las poblaciones dedicadas a cualquier tipo de deporte como corredoras, gimnastas y patinadoras artísticas, están igualmente expuestas a desarrollar anorexia o bulimia nerviosa.

Esta investigación es trascendental debido a la explicación de teorías de los trastornos alimenticios, que se relacionan con el ballet, esto tiene mayor importancia en la medición de rasgos que se obtuvieron de una población artística sumamente resguardada.

En los objetivos planteados se logró medir la incidencia de la anorexia y bulimia nerviosa en el grupo de bailarinas de ballet, igualmente en la teoría se consiguió explicar las características físicas y psicológicas en relación con la danza clásica, alcanzando una descripción significativa de los procesos de ballet.

Existe una limitación en la aplicación de un solo instrumento para diagnosticar anorexia y bulimia nerviosa, por que el uso de otras herramientas podrían contribuir con la medición de los trastornos alimenticios.

Aún cuando el EDI-2 en su manual refiere que puede ser aplicado en grupo, se recomienda hacer un diagnóstico por cada uno de los sujetos de forma individual.

En un seguimiento de esta investigación, se recomienda un estudio de tipo tecnológico donde se realice una propuesta de intervención a nivel Psicológico y Nutricional.

El trabajo que debe desempeñar un psicólogo, en la detección y control de trastornos alimenticios, se desarrolla con base a actualizaciones, empatía con las chicas a evaluar, preocupación por el paciente, agilidad en estrategias e intervenciones inmediatas, conocimiento de áreas relacionadas con los trastornos alimenticios y la confidencialidad, por lo que se sugiere la intervención en la Escuela de Danza.

Se debe mencionar que la Escuela de Danza se interesó por el diagnóstico individual de cada una de sus bailarinas, donde aparecen los indicadores de riesgo para desarrollar trastornos de la alimentación, así como también se solicitaron y entregaron los resultados globales.

Finalmente concluyo que el Psicólogo se da a la tarea de descubrir con a las chicas con riesgo de desarrollar anorexia y bulimia nerviosa, para implementar técnicas que modifiquen positivamente rasgos como, perfeccionismo, obsesiones, autoevaluación negativa, inseguridad,

impulsividad y pensamientos sobre su imagen. Esto último refiere el poder del enfoque cognitivo conductual para eliminar pensamientos y conductas relacionadas con la delgadez.

## BIBLIOGRAFÍA

American Psychiatric Association. (1994). *Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV)*. España: Masson.

Ardilla, R. (1994). *Psicología fisiológica*. (2ª. ed.) México: Trillas.

Biggs, A., Kapicka, C., Lundgren, L. (1998). *Biología: la dinámica de la vida*. México: Mc GrawHill.

Bolloch, A., Jardín, A., Ramos, F. (1995). *Manual de psicología: volumen 1*. España: Mc Graw Hill.

Bonsignora, A., Contreras, M., Fahrner, M., (1996). *Anorexia, bulimia y otros trastornos de la conducta alimentaria, prácticas disciplinas*. Argentina: Atuel.

Buckroyd, J. (1998). *Anorexia y Bulimia*. México: Martínez Roca.

Carlson, N. R. (1996). *Fundamentos de la psicología fisiológica*. (3ª. ed.) México: Prentice Hall

Cerqueira, M.T. (1983). *Coloquio Nacional de Danza y Medicina*. México: Danza, Salud y Congresos.

Chinchilla, A. (2003). *Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia nerviosa, obesidad y atracones*. España: Masson.

- Dallal, A. (1992). *Cómo acercarse a la danza*. (2ª ed.) México: CONACULTA.
- Duker M. y R. Slade (1995). *Anorexia y bulimia: un tratamiento integrado*. México: Noriega.
- Elkin, D.G. (2000). *Psiquiatría clínica*. México: Mc Graw Hill.
- Fernández, A. F. y Turón G. V. (1998). *Trastornos de la alimentación: guía básica de tratamiento en anorexia y bulimia*. Barcelona: Masson.
- French, B. (1999). *La Bulimia*. Barcelona: Oniro.
- Fux, M. (1999). *Danza: Experiencia de Vida*. México: Paidós.
- Gáfaró, A. (2001). *Anorexia y bulimia todo lo que se necesita saber sobre los trastornos de la alimentación*. Bogotá: Norma.
- García, B. Y Cadena, E. (2002). *Danza*. México: Castillo.
- García, R. A. (1990). *Alimentación humana: errores y consecuencias*. Madrid: Mundi-Prensa.
- Gómez, J. (2002). *Hablemos sobre la bulimia*. España: Hispano-Europea.
- Guillemot, A. y Laxenaire, M. (1994). *Anorexia nerviosa y bulimia: el peso de la cultura*. España: Masson.
- Hischmann, J. (1990). *La obsesión de comer: cómo superar la compulsión de la comida*. México: Paidós.

Instituto Nacional de Bellas Artes. (1994). *Síntesis de planes de estudios de escuelas dependientes del INBA*. México: INBA

Kimble, C., Hirt E., Díaz, R., Hasch, H., Lucker, G. W., Zarate, M. (2002). *Psicología social de las américas*. México: Prentice Hall.

Kirszman, D., Salgueiro, M. (2002). *El enemigo en el espejo: de la insatisfacción corporal al trastorno alimentario*. Madrid: TEA Ediciones.

Kolodny, J. N. (2000). *Trastornos alimentarios: cuando la comida es tu enemiga, cómo enfrentarse y vencer los trastornos alimentarios*. España: Gránica.

Lewell, J. (2002). *La coordinación motriz y estructura ósea de jóvenes estudiantes de danza clásica*. México: CNA

McArney, E., Kreipe, R. E., Orr, D., Comerci, G. D. (1997). *Medicina del adolescente*. Argentina: Panamericana.

MacSween, M. (1993). *Anorexic bodies: a feminist and sociological perspective on anorexia nervosa*. Nueva York: Roudtedgle.

Martínez, F. (2000). *Anorexia nerviosa: entre la vida y la muerte*. Madrid: Thomson

Mascarú, J. M. (1983). *Terminología de ciencias médicas*. México: Salvat

- Mataix, V. J. (2000). *Nutrición y alimentación humana: situaciones fisiológicas y patológicas*. Madrid: Ergon.
- Mayers, G. D. (2000). *Psicología social*. Colombia: Mc Graw-Hill.
- Pinel, J. (2004) *Biopsicología*. (4ª.ed.). España: Pearson.
- Quintín J. (1963). *La alimentación normal del mexicano*. México: SEP.
- Rodrigues, A., Assmar, E., Jablonski, B. (2004). *Psicología social*. México: Trillas.
- Rosenweig R., M. y Leiman, I. A. (2002). *Psicología fisiológica*. Madrid: Mc GrawHill.
- Salazar, A. (1964). *La danza y el ballet: introducción al conocimiento de la danza de arte y de ballet*. (2ª. ed.). México: Fondo de Cultura Económica.
- Sánchez, J. A. (2003). *El arte de la danza y otros escritos de Isadora Duncan*. España: Akal
- Sarason, G. I., Sarason, R. B. (1996). *Psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada*. México: Prentice Hall.
- Serrato, G. (2000). *Trastornos de la conducta alimentaria*. España: Hobby
- Sherman R. y A. Ron. (1999). *Bulimia: una guía para familiares y amigos*. México: Trillas

Thompson, D.h., Barlo, V., Durand, M. (2001). *Psicología anormal: un enfoque integral*. (2ª ed.). México: Ciencias Sociales y Humanidades

Toro, J. (1999). *El cuerpo como delito: anorexia, bulimia: cultura y sociedad*. Barcelona: Ariel.

Wicks-Nelson, R. y Allen, C. I. (1997). *Psicología del niño y del adolescente*. (3ª ed.) España: Prentice Hall

### Otras Fuentes

Alvarado, G. (Diciembre, 2002). Dieta restrictiva y conducta alimentaria compulsiva en una muestra de adolescentes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 19,2. pp. 125-132.

Gómez, G. (Diciembre, 2001). Trastornos de la alimentación: factores de riesgo entre diferentes grupos de edad, pre-púberes, púberes y adolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*, 18,3. pp. 321-324

Betancourt .A , Albizu M. (2005, 13 agosto). Cambios en el cuerpo. *Danza del INBA*. Recuperado 26 de octubre de 2006, de <http://geocities.com/Vienna/1854/cambiosbailarinechegoyen.html>

Cea D´ Acona, M. (1998, 15 abril). Estrategias y técnicas de investigación social *Metodología Cuantitativa*. Recuperado 22 de octubre de 2006, de [http://www.metodosinv\\_89mansire%C3%.htm](http://www.metodosinv_89mansire%C3%.htm)

Echegoyen, S. (2001, 13 agosto). Cambios en el cuerpo. *Danza del INBA*. Recuperado 26 de octubre de 2006, de <http://geocities.com/Vienna/1854/cambiosbailarinechegoyen.html>

*Anorexia y Vigorexia, en relación con el cuerpo.* (s.f). Recuperado 10 de octubre de 2006, de <http://www.latinsalud.com/articulos/00728.asp>

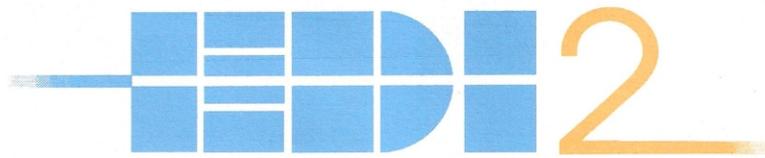
*La Danza Clásica.* (s.f). Recuperado 20 de marzo de 2006, de <http://members.tripod.com/moldes1/tecnica/historia.html>

*La Danza Contemporánea en México.* (s.f). Recuperado 7 de marzo de 2006, de [http://www.solocursos.net/ense%C3%B1anzas\\_de\\_danza\\_de\\_grado\\_medio\\_danza\\_contemporanea-slccurso1399674.htm](http://www.solocursos.net/ense%C3%B1anzas_de_danza_de_grado_medio_danza_contemporanea-slccurso1399674.htm)

## ANEXOS

# ANEXO 1.

## INVENTARIO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA



### CUESTIONARIO

#### INSTRUCCIONES

Debes contestar a las frases que se proponen. Algunas se refieren a la comida y otras a los sentimientos o actitudes que experimentas.

Las respuestas debes anotarlas en la Hoja de respuestas que se te ha entregado aparte. No debes hacer ninguna anotación en este cuadernillo.

En cada frase contesta si lo que se dice te ocurre

**CONTESTA A TODAS LAS FRASES CON SINCERIDAD**



Autor: David M. Garner, Ph. D.

Copyright © 1991 by PAR, Psychological Assessment Resources, Inc.

Copyright © 1998 by TEA Ediciones, S.A. - Edita: TEA Ediciones, S.A.; Fray Bernardino de Sahagún, 24; 28036 MADRID - Este ejemplar está impreso en **DOS TINTAS**. Si le presentan un ejemplar en tinta negra es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio **NO LA UTILICE** - Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados - Printed in Spain. Impreso en España.

| 0     | 1           | 2       | 3        | 4            | 5       |
|-------|-------------|---------|----------|--------------|---------|
| Nunca | Pocas veces | A veces | A menudo | Casi siempre | Siempre |

- 1 Como dulces e hidratos de carbono sin preocuparme.
- 2 Creo que mi estómago es demasiado grande.
- 3 Me gustaría volver a ser niño para sentirme seguro.
- 4 Suelo comer cuando estoy disgustado.
- 5 Suelo hartarme de comida.
- 6 Me gustaría ser más joven.
- 7 Pienso en ponerme a dieta.
- 8 Me asusto cuando mis sentimientos son muy fuertes.
- 9 Pienso que mis muslos son demasiado gruesos.
- 10 Me considero una persona poco eficaz.
- 11 Me siento muy culpable cuando como en exceso.
- 12 Creo que mi estómago tiene el tamaño adecuado.
- 13 En mi familia sólo se consideran suficientemente buenos los resultados sobresalientes.
- 14 La infancia es la época más feliz de la vida.
- 15 Soy capaz de expresar mis sentimientos.
- 16 Me aterroriza la idea de engordar.
- 17 Confío en los demás.

- 18 Me siento solo en el mundo.
- 19 Me siento satisfecho con mi figura.
- 20 Creo que generalmente controlo las cosas que me pasan en la vida.
- 21 Suelo estar confuso sobre mis emociones.
- 22 Preferiría ser adulto a ser niño.
- 23 Me resulta fácil comunicarme con los demás.
- 24 Me gustaría ser otra persona.
- 25 Exagero o doy demasiada importancia al peso.
- 26 Puedo reconocer las emociones que siento en cada momento.
- 27 Me siento incapaz.
- 28 He ido a comilonas en las que sentí que no podía parar de comer.
- 29 Cuando era pequeño, intentaba con empeño no decepcionar a mis padres y profesores.
- 30 Tengo amigos íntimos.
- 31 Me gusta la forma de mi trasero.
- 32 Estoy preocupado porque querría ser una persona más delgada.
- 33 No sé qué es lo que ocurre en mi interior.
- 34 Me cuesta expresar mis emociones a los demás.

**CONTINÚE EN LA PÁGINA SIGUIENTE**

|          |             |          |          |              |          |
|----------|-------------|----------|----------|--------------|----------|
| <b>0</b> | <b>1</b>    | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b>     | <b>5</b> |
| Nunca    | Pocas veces | A veces  | A menudo | Casi siempre | Siempre  |

- 35** Las exigencias de la vida adulta son excesivas.
- 36** Me fastidia no ser el mejor en todo.
- 37** Me siento seguro de mí mismo.
- 38** Suelo pensar en darme un atracón.
- 39** Me alegra haber dejado de ser un niño.
- 40** No sé muy bien cuándo tengo hambre o no.
- 41** Tengo mala opinión de mí.
- 42** Creo que puedo conseguir mis objetivos.
- 43** Mis padres esperaban de mí resultados sobresalientes.
- 44** Temo no poder controlar mis sentimientos.
- 45** Creo que mis caderas son demasiado anchas.
- 46** Como con moderación delante de los demás, pero me doy un atracón cuando se van.
- 47** Me siento hinchado después de una comida normal.
- 48** Creo que las personas son más felices cuando son niños.
- 49** Si engordo un kilo, me preocupa que pueda seguir ganando peso.
- 50** Me considero una persona valiosa.
- 51** Cuando estoy disgustado no sé si estoy triste, asustado o enfadado.

- 52** Creo que debo hacer las cosas perfectamente o no hacerlas.
- 53** Pienso en vomitar para perder peso.
- 54** Necesito mantener cierta distancia con la gente; me siento incómodo si alguien se acerca demasiado.
- 55** Creo que el tamaño de mis muslos es adecuado.
- 56** Me siento emocionalmente vacío en mi interior.
- 57** Soy capaz de hablar sobre aspectos personales y sentimientos.
- 58** Los mejores años de tu vida son cuando llegas a ser adulto.
- 59** Creo que mi trasero es demasiado grande.
- 60** Tengo sentimientos que no puedo identificar del todo.
- 61** Como o bebo a escondidas.
- 62** Creo que mis caderas tienen el tamaño adecuado.
- 63** Me fijo objetivos sumamente ambiciosos.
- 64** Cuando estoy disgustado, temo empezar a comer.
- 65** La gente que me gusta de verdad suele acabar defraudándome.
- 66** Me avergüenzo de mis debilidades humanas.

**CONTINÚE EN LA PÁGINA SIGUIENTE**

| 0     | 1           | 2       | 3        | 4            | 5       |
|-------|-------------|---------|----------|--------------|---------|
| Nunca | Pocas veces | A veces | A menudo | Casi siempre | Siempre |

- 67** La gente dice que soy una persona emocionalmente inestable.
- 68** Me gustaría poder tener un control total sobre mis necesidades corporales.
- 69** Suelo sentirme a gusto en la mayor parte de las situaciones de grupo.
- 70** Digo impulsivamente cosas de las que después me arrepiento.
- 71** Me esfuerzo por buscar cosas que producen placer.
- 72** Debo tener cuidado con mi tendencia a consumir drogas.
- 73** Soy comunicativo con la mayoría de la gente.
- 74** Las relaciones con los demás hacen que me sienta atrapado.
- 75** La abnegación me hace sentir más fuerte espiritualmente.
- 76** La gente comprende mis verdaderos problemas.
- 77** Tengo pensamientos extraños que no puedo quitarme de la cabeza.
- 78** Comer por placer es signo de debilidad moral.

- 79** Soy propenso a tener ataques de rabia o de ira.
- 80** Creo que la gente confía en mí tanto como merezco.
- 81** Debo tener cuidado con mi tendencia a beber demasiado alcohol.
- 82** Creo que estar tranquilo y relajado es una pérdida de tiempo.
- 83** Los demás dicen que me irrito con facilidad.
- 84** Tengo la sensación de que todo me sale mal.
- 85** Tengo cambios de humor bruscos.
- 86** Me siento incómodo por las necesidades de mi cuerpo.
- 87** Prefiero pasar el tiempo solo que estar con los demás.
- 88** El sufrimiento te convierte en una persona mejor.
- 89** Sé que la gente me aprecia.
- 90** Siento la necesidad de hacer daño a los demás o a mí mismo.
- 91** Creo que realmente sé quién soy.

**FIN DE LA PRUEBA**





# HOJA DE RESPUESTAS Y PERFIL

Nombre

Centro

Fecha  -  -  Edad  Años Sexo  Varón  Mujer

Estatura (centímetros)    Peso (kilogramos)

SUME LAS PUNTUACIONES DE CADA VARIABLE Y ANOTE EL TOTAL EN LAS CASILLAS DE ABAJO.  
DESPUÉS CONSULTE LOS BAREMOS PARA OBTENER LAS PUNTUACIONES TRANSFORMADAS.

Observaciones del examinador:

|    |   |   |   |   |     |
|----|---|---|---|---|-----|
| DT | 3 | 2 | 1 |   |     |
| BD |   |   |   | 1 | 2 3 |
| MF |   |   |   | 1 | 2 3 |
| B  |   |   |   | 1 | 2 3 |
| B  |   |   |   | 1 | 2 3 |
| MF |   |   |   | 1 | 2 3 |
| DT |   |   |   | 1 | 2 3 |
| IA |   |   |   | 1 | 2 3 |
| BD |   |   |   | 1 | 2 3 |
| I  |   |   |   | 1 | 2 3 |
| DT |   |   |   | 1 | 2 3 |
| BD | 3 | 2 | 1 |   |     |
| P  |   |   |   | 1 | 2 3 |
| MF |   |   |   | 1 | 2 3 |
| ID | 3 | 2 | 1 |   |     |
| DT |   |   |   | 1 | 2 3 |
| I  |   |   |   | 1 | 2 3 |
| BD | 3 | 2 | 1 |   |     |
| I  | 3 | 2 | 1 |   |     |
| BD | 3 | 2 | 1 |   |     |
| I  | 3 | 2 | 1 |   |     |
| BD | 3 | 2 | 1 |   |     |
| I  | 3 | 2 | 1 |   |     |
| BD | 3 | 2 | 1 |   |     |
| I  | 3 | 2 | 1 |   |     |
| IA |   |   |   | 1 | 2 3 |
| MF | 3 | 2 | 1 |   |     |
| ID | 3 | 2 | 1 |   |     |
| I  |   |   |   | 1 | 2 3 |
| BD | 3 | 2 | 1 |   |     |
| I  | 3 | 2 | 1 |   |     |
| IA |   |   |   | 1 | 2 3 |
| MF | 3 | 2 | 1 |   |     |
| ID | 3 | 2 | 1 |   |     |
| I  |   |   |   | 1 | 2 3 |
| BD | 3 | 2 | 1 |   |     |
| I  | 3 | 2 | 1 |   |     |
| IA |   |   |   | 1 | 2 3 |
| MF | 3 | 2 | 1 |   |     |
| ID | 3 | 2 | 1 |   |     |
| I  |   |   |   | 1 | 2 3 |
| BD | 3 | 2 | 1 |   |     |
| I  | 3 | 2 | 1 |   |     |
| IA |   |   |   | 1 | 2 3 |
| MF | 3 | 2 | 1 |   |     |
| ID | 3 | 2 | 1 |   |     |
| I  |   |   |   | 1 | 2 3 |
| BD | 3 | 2 | 1 |   |     |
| I  | 3 | 2 | 1 |   |     |
| IA |   |   |   | 1 | 2 3 |
| MF | 3 | 2 | 1 |   |     |
| ID | 3 | 2 | 1 |   |     |
| I  |   |   |   | 1 | 2 3 |
| BD | 3 | 2 | 1 |   |     |
| I  | 3 | 2 | 1 |   |     |
| IA |   |   |   | 1 | 2 3 |
| MF | 3 | 2 | 1 |   |     |
| ID | 3 | 2 | 1 |   |     |
| I  |   |   |   | 1 | 2 3 |
| BD | 3 | 2 | 1 |   |     |
| I  | 3 | 2 | 1 |   |     |
| IA |   |   |   | 1 | 2 3 |
| MF | 3 | 2 | 1 |   |     |
| ID | 3 | 2 | 1 |   |     |
| I  |   |   |   | 1 | 2 3 |
| BD | 3 | 2 | 1 |   |     |
| I  | 3 | 2 | 1 |   |     |
| IA |   |   |   | 1 | 2 3 |
| MF | 3 | 2 | 1 |   |     |
| ID | 3 | 2 | 1 |   |     |
| I  |   |   |   | 1 | 2 3 |
| BD | 3 | 2 | 1 |   |     |
| I  | 3 | 2 | 1 |   |     |
| IA |   |   |   | 1 | 2 3 |
| MF | 3 | 2 | 1 |   |     |
| ID | 3 | 2 | 1 |   |     |
| I  |   |   |   | 1 | 2 3 |
| BD | 3 | 2 | 1 |   |     |
| I  | 3 | 2 | 1 |   |     |
| IA |   |   |   | 1 | 2 3 |
| MF | 3 | 2 | 1 |   |     |
| ID | 3 | 2 | 1 |   |     |
| I  |   |   |   | 1 | 2 3 |
| BD | 3 | 2 | 1 |   |     |
| I  | 3 | 2 | 1 |   |     |
| IA |   |   |   | 1 | 2 3 |
| MF | 3 | 2 | 1 |   |     |
| ID | 3 | 2 | 1 |   |     |
| I  |   |   |   | 1 | 2 3 |
| BD | 3 | 2 | 1 |   |     |
| I  | 3 | 2 | 1 |   |     |
| IA |   |   |   | 1 | 2 3 |
| MF | 3 | 2 | 1 |   |     |
| ID | 3 | 2 | 1 |   |     |
| I  |   |   |   | 1 | 2 3 |
| BD | 3 | 2 | 1 |   |     |
| I  | 3 | 2 | 1 |   |     |
| IA |   |   |   | 1 | 2 3 |
| MF | 3 | 2 | 1 |   |     |
| ID | 3 | 2 | 1 |   |     |
| I  |   |   |   | 1 | 2 3 |
| BD | 3 | 2 | 1 |   |     |
| I  | 3 | 2 | 1 |   |     |
| IA |   |   |   | 1 | 2 3 |
| MF | 3 | 2 | 1 |   |     |
| ID | 3 | 2 | 1 |   |     |
| I  |   |   |   | 1 | 2 3 |
| BD | 3 | 2 | 1 |   |     |
| I  | 3 | 2 | 1 |   |     |
| IA |   |   |   | 1 | 2 3 |
| MF | 3 | 2 | 1 |   |     |
| ID | 3 | 2 | 1 |   |     |
| I  |   |   |   | 1 | 2 3 |
| BD | 3 | 2 | 1 |   |     |
| I  | 3 | 2 | 1 |   |     |
| IA |   |   |   | 1 | 2 3 |
| MF | 3 | 2 | 1 |   |     |
| ID | 3 | 2 | 1 |   |     |
| I  |   |   |   | 1 | 2 3 |
| BD | 3 | 2 | 1 |   |     |
| I  | 3 | 2 | 1 |   |     |
| IA |   |   |   | 1 | 2 3 |
| MF | 3 | 2 | 1 |   |     |
| ID | 3 | 2 | 1 |   |     |
| I  |   |   |   | 1 | 2 3 |
| BD | 3 | 2 | 1 |   |     |
| I  | 3 | 2 | 1 |   |     |
| IA |   |   |   | 1 | 2 3 |
| MF | 3 | 2 | 1 |   |     |
| ID | 3 | 2 | 1 |   |     |
| I  |   |   |   | 1 | 2 3 |
| BD | 3 | 2 | 1 |   |     |
| I  | 3 | 2 | 1 |   |     |
| IA |   |   |   | 1 | 2 3 |
| MF | 3 | 2 | 1 |   |     |
| ID | 3 | 2 | 1 |   |     |
| I  |   |   |   | 1 | 2 3 |
| BD | 3 | 2 | 1 |   |     |
| I  | 3 | 2 | 1 |   |     |
| IA |   |   |   | 1 | 2 3 |
| MF | 3 | 2 | 1 |   |     |
| ID | 3 | 2 | 1 |   |     |
| I  |   |   |   | 1 | 2 3 |
| BD | 3 | 2 | 1 |   |     |
| I  | 3 | 2 | 1 |   |     |
| IA |   |   |   | 1 | 2 3 |
| MF | 3 | 2 | 1 |   |     |
| ID | 3 | 2 | 1 |   |     |
| I  |   |   |   | 1 | 2 3 |
| BD | 3 | 2 | 1 |   |     |
| I  | 3 | 2 | 1 |   |     |
| IA |   |   |   | 1 | 2 3 |
| MF | 3 | 2 | 1 |   |     |
| ID | 3 | 2 | 1 |   |     |
| I  |   |   |   | 1 | 2 3 |
| BD | 3 | 2 | 1 |   |     |
| I  | 3 | 2 | 1 |   |     |
| IA |   |   |   | 1 | 2 3 |
| MF | 3 | 2 | 1 |   |     |
| ID | 3 | 2 | 1 |   |     |
| I  |   |   |   | 1 | 2 3 |
| BD | 3 | 2 | 1 |   |     |
| I  | 3 | 2 | 1 |   |     |
| IA |   |   |   | 1 | 2 3 |
| MF | 3 | 2 | 1 |   |     |
| ID | 3 | 2 | 1 |   |     |
| I  |   |   |   | 1 | 2 3 |
| BD | 3 | 2 | 1 |   |     |
| I  | 3 | 2 | 1 |   |     |
| IA |   |   |   | 1 | 2 3 |
| MF | 3 | 2 | 1 |   |     |
| ID | 3 | 2 | 1 |   |     |
| I  |   |   |   | 1 | 2 3 |
| BD | 3 | 2 | 1 |   |     |
| I  | 3 | 2 | 1 |   |     |
| IA |   |   |   | 1 | 2 3 |
| MF | 3 | 2 | 1 |   |     |
| ID | 3 | 2 | 1 |   |     |
| I  |   |   |   | 1 | 2 3 |
| BD | 3 | 2 | 1 |   |     |
| I  | 3 | 2 | 1 |   |     |
| IA |   |   |   | 1 | 2 3 |
| MF | 3 | 2 | 1 |   |     |
| ID | 3 | 2 | 1 |   |     |
| I  |   |   |   | 1 | 2 3 |
| BD | 3 | 2 | 1 |   |     |
| I  | 3 | 2 | 1 |   |     |
| IA |   |   |   | 1 | 2 3 |
| MF | 3 | 2 | 1 |   |     |
| ID | 3 | 2 | 1 |   |     |
| I  |   |   |   | 1 | 2 3 |
| BD | 3 | 2 | 1 |   |     |
| I  | 3 | 2 | 1 |   |     |
| IA |   |   |   | 1 | 2 3 |
| MF | 3 | 2 | 1 |   |     |
| ID | 3 | 2 | 1 |   |     |
| I  |   |   |   | 1 | 2 3 |
| BD | 3 | 2 | 1 |   |     |
| I  | 3 | 2 | 1 |   |     |
| IA |   |   |   | 1 | 2 3 |
| MF | 3 | 2 | 1 |   |     |
| ID | 3 | 2 | 1 |   |     |
| I  |   |   |   | 1 | 2 3 |
| BD | 3 | 2 | 1 |   |     |
| I  | 3 | 2 | 1 |   |     |
| IA |   |   |   | 1 | 2 3 |
| MF | 3 | 2 | 1 |   |     |
| ID | 3 | 2 | 1 |   |     |
| I  |   |   |   | 1 | 2 3 |
| BD | 3 | 2 | 1 |   |     |
| I  | 3 | 2 | 1 |   |     |
| IA |   |   |   | 1 | 2 3 |
| MF | 3 | 2 | 1 |   |     |
| ID | 3 | 2 | 1 |   |     |
| I  |   |   |   | 1 | 2 3 |
| BD | 3 | 2 | 1 |   |     |
| I  | 3 | 2 | 1 |   |     |
| IA |   |   |   | 1 | 2 3 |
| MF | 3 | 2 | 1 |   |     |
| ID | 3 | 2 | 1 |   |     |
| I  |   |   |   | 1 | 2 3 |
| BD | 3 | 2 | 1 |   |     |
| I  | 3 | 2 | 1 |   |     |
| IA |   |   |   | 1 | 2 3 |
| MF | 3 | 2 | 1 |   |     |
| ID | 3 | 2 | 1 |   |     |
| I  |   |   |   | 1 | 2 3 |
| BD | 3 | 2 | 1 |   |     |
| I  | 3 | 2 | 1 |   |     |
| IA |   |   |   | 1 | 2 3 |
| MF | 3 | 2 | 1 |   |     |
| ID | 3 | 2 | 1 |   |     |
| I  |   |   |   | 1 | 2 3 |
| BD | 3 | 2 | 1 |   |     |
| I  | 3 | 2 | 1 |   |     |
| IA |   |   |   | 1 | 2 3 |
| MF | 3 | 2 | 1 |   |     |
| ID | 3 | 2 | 1 |   |     |
| I  |   |   |   | 1 | 2 3 |
| BD | 3 | 2 | 1 |   |     |
| I  | 3 | 2 | 1 |   |     |
| IA |   |   |   | 1 | 2 3 |
| MF | 3 | 2 | 1 |   |     |
| ID | 3 | 2 | 1 |   |     |
| I  |   |   |   | 1 | 2 3 |
| BD | 3 | 2 | 1 |   |     |
| I  | 3 | 2 | 1 |   |     |
| IA |   |   |   | 1 | 2 3 |
| MF | 3 | 2 | 1 |   |     |
| ID | 3 | 2 | 1 |   |     |
| I  |   |   |   | 1 | 2 3 |
| BD | 3 | 2 | 1 |   |     |
| I  | 3 | 2 | 1 |   |     |
| IA |   |   |   | 1 | 2 3 |
| MF | 3 | 2 | 1 |   |     |
| ID | 3 | 2 | 1 |   |     |
| I  |   |   |   | 1 | 2 3 |
| BD | 3 | 2 | 1 |   |     |
| I  | 3 | 2 | 1 |   |     |
| IA |   |   |   | 1 | 2 3 |
| MF | 3 | 2 | 1 |   |     |
| ID | 3 | 2 | 1 |   |     |
| I  |   |   |   | 1 | 2 3 |
| BD | 3 | 2 | 1 |   |     |
| I  | 3 | 2 | 1 |   |     |
| IA |   |   |   | 1 | 2 3 |
| MF | 3 | 2 | 1 |   |     |
| ID | 3 | 2 | 1 |   |     |
| I  |   |   |   | 1 | 2 3 |
| BD | 3 | 2 | 1 |   |     |
| I  | 3 | 2 | 1 |   |     |
| IA |   |   |   | 1 | 2 3 |
| MF | 3 | 2 | 1 |   |     |
| ID | 3 | 2 | 1 |   |     |
| I  |   |   |   | 1 | 2 3 |
| BD | 3 | 2 | 1 |   |     |
| I  | 3 | 2 | 1 |   |     |
| IA |   |   |   | 1 | 2 3 |
| MF | 3 | 2 | 1 |   |     |
| ID | 3 | 2 | 1 |   |     |
| I  |   |   |   | 1 | 2 3 |
| BD | 3 | 2 | 1 |   |     |
| I  | 3 | 2 | 1 |   |     |
| IA |   |   |   | 1 | 2 3 |
| MF | 3 | 2 | 1 |   |     |
| ID | 3 | 2 | 1 |   |     |
| I  |   |   |   | 1 | 2 3 |
| BD | 3 | 2 | 1 |   |     |
| I  | 3 | 2 | 1 |   |     |
| IA |   |   |   | 1 | 2 3 |
| MF | 3 | 2 | 1 |   |     |
| ID | 3 | 2 | 1 |   |     |
| I  |   |   |   | 1 | 2 3 |
| BD | 3 | 2 | 1 |   |     |
| I  | 3 | 2 | 1 |   |     |
| IA |   |   |   | 1 | 2 3 |
| MF | 3 | 2 | 1 |   |     |
| ID | 3 | 2 | 1 |   |     |
| I  |   |   |   | 1 | 2 3 |
| BD | 3 | 2 | 1 |   |     |
| I  | 3 | 2 | 1 |   |     |
| IA |   |   |   | 1 | 2 3 |
| MF | 3 | 2 | 1 |   |     |
| ID | 3 | 2 | 1 |   |     |
| I  |   |   |   | 1 | 2 3 |
| BD | 3 | 2 | 1 |   |     |
| I  | 3 | 2 | 1 |   |     |
| IA |   |   |   | 1 | 2 3 |
| MF | 3 | 2 | 1 |   |     |
| ID | 3 | 2 | 1 |   |     |
| I  |   |   |   | 1 | 2 3 |
| BD | 3 | 2 | 1 |   |     |
| I  | 3 | 2 | 1 |   |     |
| IA |   |   |   | 1 | 2 3 |
| MF | 3 | 2 | 1 |   |     |
| ID | 3 | 2 | 1 |   |     |
| I  |   |   |   | 1 | 2 3 |
| BD | 3 | 2 | 1 |   |     |
| I  | 3 | 2 | 1 |   |     |
| IA |   |   |   | 1 | 2 3 |
| MF | 3 | 2 | 1 |   |     |
| ID | 3 | 2 | 1 |   |     |
| I  |   |   |   | 1 | 2 3 |
| BD | 3 | 2 | 1 |   |     |
| I  | 3 | 2 | 1 |   |     |
| IA |   |   |   | 1 | 2 3 |
| MF | 3 | 2 | 1 |   |     |
| ID | 3 | 2 | 1 |   |     |
|    |   |   |   |   |     |

## Anexo 2

### Análisis de varianza (ANOVA)

**Tabla 1**

| Indicador | Resultados   |
|-----------|--|
| DT        | si existe variación entre las respuestas de los grupos |
| B         | no existe variación entre las respuestas de los grupos |
| BD        | si existe variación entre las respuestas de los grupos |
| I         | si existe variación entre las respuestas de los grupos |
| P         | si existe variación entre las respuestas de los grupos |
| ID        | si existe variación entre las respuestas de los grupos |
| IA        | si existe variación entre las respuestas de los grupos |
| MF        | si existe variación entre las respuestas de los grupos |
| A         | si existe variación entre las respuestas de los grupos |
| IR        | si existe variación entre las respuestas de los grupos |
| SI        | si existe variación entre las respuestas de los grupos |



**Porcentajes de Riesgo para Trastornos Alimenticios, de una bailarina de ballet de 14 años de edad, de la Escuela de Danza.**

**Tabla 3**

| <b>ABREVIATURA</b> | <b>PUNTUACIÓN MÁXIMA</b> | <b>CALIFICACIÓN</b> | <b>NO RIESGO</b> | <b>MEDIO BAJO</b> | <b>MEDIO ALTO</b> | <b>ALTO</b> |
|--------------------|--------------------------|---------------------|------------------|-------------------|-------------------|-------------|
| DT                 | 21                       | 20                  |                  |                   |                   | X           |
| B                  | 21                       | 0                   | X                |                   |                   |             |
| BD                 | 27                       | 22                  |                  |                   |                   | X           |
| I                  | 30                       | 7                   | X                |                   |                   |             |
| P                  | 18                       | 5                   |                  | X                 |                   |             |
| ID                 | 21                       | 3                   | X                |                   |                   |             |
| IA                 | 30                       | 9                   |                  | X                 |                   |             |
| MF                 | 24                       | 6                   |                  | X                 |                   |             |
| A                  | 24                       | 14                  |                  |                   | X                 |             |
| IR                 | 33                       | 7                   | X                |                   |                   |             |
| SI                 | 24                       | 5                   | X                |                   |                   |             |

**Riesgo para desarrollar Trastornos Alimenticios, en un grupo de bailarinas de ballet.**

**Gráfica "A"**

