

UNIVERSIDAD DEL TEPEYAC

ESCUELA DE PSICOLOGÍA
CON ESTUDIOS RECONOCIDOS OFICIALMENTE POR
ACUERDO No. 3213-25 CON FECHA 13-IV-1997
DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



RASGOS DE PERSONALIDAD EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIAS CON TENDENCIA AL DESARROLLO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

TESIS
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA
ABIGAIL AGUILAR VILLAFÁN

MÉXICO, DF

2014



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

UNIVERSIDAD DEL TEPEYAC

ESCUELA DE PSICOLOGÍA
CON ESTUDIOS RECONOCIDOS OFICIALMENTE POR
ACUERDO No. 3213-25 CON FECHA 13-IV-1997
DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



RASGOS DE PERSONALIDAD EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIAS CON TENDENCIA AL DESARROLLO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA

ABIGAIL AGUILAR VILLAFÁN

ASESOR DE TESIS

LIC. SAUL GONZALEZ ANAYA
CEDULA PROFESIONAL NO. 2996693

AGRADECIMIENTOS

A Dios y la Virgen:

Por ser los primeros en concederme la oportunidad de vivir y darme la salud necesaria para llegar hasta esta etapa de mi vida... Por enseñarme lo especial que es ser diferente dándome la fuerza para continuar y lo más importante a no rendirme a este logro que pensaba que no iba a poder realizar...

A mi mamá y papá:

Por su lucha inalcanzable que si bien no ha sido fácil a lo largo de todo este tiempo y aun cuando en ocasiones se ponía difícil, muchas gracias por no rendirse y seguir buscando aun cuando ya las esperanzas eran muy pocas, quiero que sepan que me han dado lo mejor de los 2 y de ahora en adelante, todo lo que he aprendido, espero que se vea reflejado más adelante. Se que tienen miedo y que para ustedes al igual que para mí, es difícil desprenderse, yo afrontaré de la mejor manera todo lo que surja y trataré siempre de tomar la mejor decisión, ya que todo el esfuerzo que puse a lo largo de estos 4 años ha valido la pena, porque simplemente AMO LO QUE HAGO. Además quiero que sean parte de las experiencias que están por venir sean buenas o malas, he aprendido que uno tiene que pasar por su propio camino y no por el que quieran los demás. Los amo y siempre les deberé la vida...

A mis hermanas:

Miriam:

Antes que nada te pido perdón, por robarte la atención de mi mamá y mi papá, cuando tú más la necesitabas y que ahora después de un tiempo es que puedo entenderte.

Te admiro por ser tan decidida y llevar tus acciones a cabo y no dar vuelta atrás, además de que eres una excelente profesionalista y me encanta ver que tú también amas lo que haces. Siempre da lo mejor de ti, sabes que te amo y gracias por ser parte de mi logro, nuestro logro...

Marcela:

Nunca tendré las suficientes palabras para agradecerte todo lo que hiciste por mí durante largo tiempo, que aunque no era directamente tu responsabilidad, sé que implicó mucho sacrificio y también de no ser por ti, esto no sería posible. Espero un día poder hacer por tus hijos, al menos la mitad de las cosas que tu hiciste por mí. Te amo... Gracias por la ayuda y el apoyo recibido de manera incondicional y no tengas duda de que tanto Alexander como Leo sabrán lo grande que eres...

A la familia Aguilar y Villafán:

Porque de manera directa o indirecta estuvieron al pendiente de mí, apoyando a mis padres en los momentos más difíciles e inesperados que vivieron desde que nací... Y para los que ya no están aquí físicamente, les dedico esto que soy ahora, y que desde donde estén, espero que los pueda hacer sentir orgullosos tanto profesional como personalmente...

A mis sobrinos: Alexander y Leo:

A pesar de su corta edad me han dado las lecciones más grandes e importantes de la vida, que es la de no perder la esencia de niño que todavía llevamos dentro... Gracias por ser mi motor más grande, porque desde que nacieron han sido lo que me impulsa a seguir adelante, además de que es por mí, todo lo que hago es por ustedes. Los amo y quiero que sepan que voy a estar ahí cuando me necesiten...

A mis amigos y amigas

Que aunque son pocos, porque como dicen, que los verdaderos amigos se cuentan con los dedos de la mano, les agradezco todo y que si bien algunos me conocen desde chiquita, les doy las gracias por el cariño, la confianza, la amistad, la paciencia, la comprensión y simplemente por estar ahí cuando más lo necesitaba. Y también quiero agradecer a las personas con las cuales tuve la oportunidad de compartir los últimos semestres de la carrera...

Yammi:

Antes que nada te agradezco por darme la oportunidad de conocerte a lo largo del último año de la carrera, gracias por hacerme sentir que puedo confiar en ti, por tus palabras que tenías siempre en el momento justo, por las experiencias, risas, llantos, enojos, etc. En ti pude encontrar a la MEJOR AMIGA, que la mayoría de las personas quisiera tener. Sabes que te admiro por la fuerza y dedicación que pones en todo lo que haces, no cabe duda que Mati no pudo tener mejor mamá que tú. Gracias por ser parte de mi vida, espero que nuestra amistad crezca día con día y para siempre... Te adoro y siempre tendrás un lugar muy especial en mi corazón T.Q.M...

Sherel:

Te doy las gracias por permitirme compartir el último año juntas, en el que pude darme cuenta de que eres una persona con una sensibilidad enorme y amistades como la tuya son verdaderamente incondicionales, en verdad gracias por dejarme conocerte más. Quiero que sepas que yo sé y confío en que lograrás todo lo que quieras con tan sólo proponérselo, lucha por lo que quieres te deseo toda la suerte y no olvides que en mí siempre tendrás una amiga que estará siempre, aún en la distancia, porque una amistad como la tuya, es imposible de olvidar, T.Q.M. Amiga...

Sandra:

Gracias por tu amistad a lo largo de la carrera y por estar ahí a pesar de las circunstancias que pasamos. Te deseo que tengas suerte hagas lo que hagas y siempre da lo mejor de ti. Suerte!!! y recuerda que cuentas conmigo y sabes que Te quiero...

A mis maestros y maestras:

Por su tiempo, dedicación y esfuerzo, por transmitirme todos y cada uno de sus conocimientos a lo largo de estos 4 años, ha sido un gusto para mí, tener y aprender de personas con una excelente calidad profesional y dedicadas a su trabajo, les agradezco infinitamente el apoyo y por hacerme sentir a gusto. Gracias por la oportunidad que tuve con la mayoría de conocerlos más, les agradezco su confianza, cariño, paciencia y las palabras que siempre tendré presentes, porque sin ustedes esto jamás hubiera sido posible... Gracias!!!...

Al Lic. Jorge Vargas Salas:

Por todas y cada una de las experiencias y aprendizajes. Gracias por todas y cada una de tus atenciones, realmente te considero una persona admirable, es un gusto haberte conocido y también te agradezco por ser parte de mi crecimiento profesional y personal. De sobra sabes que se te aprecia. Gracias por ser lo que eres y como eres... T.Q.M.

A mi asesor: Lic. Saúl González Anaya:

Profesor, le agradezco por todo su apoyo, comprensión y sobretodo la paciencia que me tuvo y me ha tenido, por su excelente profesionalismo y por ser la persona que es, por permitirme conocerlo más y demostrar su interés en mi aprendizaje, además de preocuparse no sólo por la parte profesional sino, también por la parte personal. Gracias por esas oportunidades que tuve de

compartir con usted, en verdad que han sido de las mejores experiencias por las que he pasado, Y principalmente, MUCHAS GRACIAS por creer en mi incluso cuando yo misma dudé de que lo podía hacer, porque sin su apoyo y guía esto no sería posible...Lo quiero mucho...

Al área de Medicina a Distancia:

Lic. Andrés Ponce de León, muchas gracias por darme la oportunidad y las facilidades para realizar mi servicio social en el área.

Gracias a todos y cada uno de ustedes: Lic. Margarita, Lic. Donovan, Vet. Marco, Dra. Ana, Dra. Angélica, Dr. Gerardo, Dr. Isaac, Nut. Bety, Lic. Rafael, Dra. Teresita, Lic. Benito, Vet. Nayeli, Lic. Oscar, Lic. Claudia y Lic. Jessica, por hacer de esos meses, una de las más grandes experiencias en mi formación profesional, en verdad muchas gracias por todo su apoyo.

También gracias a todos con los que pude compartir y hacer lo que más amo en mi estancia en el área que son muchos, pero que ya saben quiénes son. En verdad les agradezco todo su apoyo, me ha dado mucho gusto conocerlos a todos gracias por hacerme sentir a gusto durante este tiempo.

De manera general:

Gracias a todas aquellas personas de las cuales recibí el más inmenso apoyo que uno jamás esperaría, pero también, agradezco a aquellas otras que me pusieron el pie y que desgraciadamente me han cerrado las puertas de la manera que tampoco uno jamás espera y es eso lo que me ha dejado grandes enseñanzas en primer lugar, “que lo que no te mata, te hace más fuerte” y que “para aprender hay que caer; y para ganar hay que perder”. A todos los que han formado parte de mi vida, GRACIAS, porque esto apenas es el inicio de mi sueño que no esperé que se cumpliera...Gracias y que Dios los bendiga a todos siempre!!!

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	ii
CAPÍTULO 1 PERSONALIDAD	
1.1. ¿Qué es la personalidad?	2
1.2. Diferentes teóricos de la personalidad	5
1.2.1. Hawvy Stack Sullivan	5
1.2.2. Gordon Willard Allport	7
1.2.3. Raymond B. Cattell	13
1.2.4. Hans Jurgen Eysenck	17
1.3. Evaluación de la personalidad	20
CAPÍTULO 2 TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	
2.1. Alimentación	33
2.2. Definición de conducta alimentaria	34
2.3. Conductas de riesgo	35
2.3.1. Conductas alimentarias de riesgo	35
2.4. ¿Qué son los trastornos de la conducta alimentaria	37
2.5. Principales trastornos de la conducta alimentaria	38
2.5.1. Anorexia	38
2.5.2. Bulimia	40
2.6. Factores asociados a los TCA	41
2.6.1. Factores predisponentes	42
2.6.2. Factores desencadenantes o precipitantes	46

2.6.3. Factores mantenedores	47
2.7. Características de personalidad en los TCA	48
2.8. Otros factores relevantes	49
2.9. Panorama actual y población de riesgo	50
2.10. Cambios físicos en los TCA	52
2.11. Cambios psicológicos en los TCA	53
2.12. Clasificación de acuerdo a los criterios diagnósticos del DSM-IV TR para los trastornos de la alimentación	55
2.13. Diferentes Tratamientos de los TCA	62

CAPÍTULO 3 METODOLOGÍA

3.1. Paradigma de investigación	68
3.2 Tipo de estudio	68
3.3 Diseño	69
3.4 Problema de investigación	69
3.5 Objetivos y propósito	69
3.5.1. Objetivo general	69
3.5.2. Objetivos específicos	69
3.5.3. Propósito	70
3.6. Hipótesis	70
3.6.1. Hipótesis de investigación	70
3.6.2. Hipótesis nula	71
3.7. Definición conceptual y operativa	71
3.8. Instrumento	72
3.9. Población	74
3.10. Muestra	74
3.11. Escenario	74

3.12. Procedimiento	74
3.13. Análisis de datos	75

CAPÍTULO 4

4.1. Descripción de la muestra	78
4.2. Características de la muestra	78
4.3. Análisis de resultados	80

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

INTRODUCCIÓN

Los rasgos de la personalidad ocupan un lugar muy importante en el origen y mantenimiento de los desórdenes de la conducta alimentaria. El sustento para estudiar la personalidad en la tendencia a los trastornos de la conducta alimentaria, se fundamenta en la observación de patrones específicos, como la baja tolerancia a la frustración y el deficiente control de impulsos en pacientes con trastornos bulímicos, o la inflexibilidad y la necesidad de control estricto en las pacientes con desórdenes del comer (Ledezma, 2009).

Se ha encontrado que las jóvenes anoréxicas presentan rasgos de personalidad obsesiva-compulsiva, introversión, rigidez, timidez, irritabilidad, así como una autoexigencia muy elevada (Gorab, 2005).

Riobó (2011) menciona por su parte que, las bulímicas presentan dichos rasgos mencionados con anterioridad frecuentemente asociado con un trastorno antisocial, un trastorno límite de la personalidad, caracterizados por inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, impulsividad y ansiedad. Varios autores concuerdan que los rasgos de personalidad que se manifiestan en un trastorno de la conducta alimentaria de tipo bulímico pueden presentarse en un trastorno de la personalidad límite.

La presente investigación tuvo como objetivo general identificar los rasgos de personalidad en estudiantes universitarias con tendencia a desarrollar TCA y los rasgos de personalidad que pueden o no predominar en la misma. La pregunta de investigación fue ¿Qué rasgos de la personalidad predominan en estudiantes universitarias de 18 a 26 años con tendencia a desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria?

La prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en el mundo ha ido en aumento; en México se han encontrado porcentajes desde 5 hasta 18% de conductas alimentarias de riesgo en muestras de mujeres estudiantes universitarias, en donde, las tasas de recaída son elevadas, entre 4 y 27%, por lo que puede hablarse de un padecimiento crónico (Unikel y Borjóquez, 2003), de las cuales el 90% - 95% de los casos son mujeres.

Las hipótesis que se plantearon fueron identificar si los rasgos de personalidad neuroticismo y extraversión predominan o no en estudiantes universitarias de 18 a 26 años.

Para lograr tener una visión teórica y metodológica de los rasgos de la personalidad y la tendencia al desarrollo a algún tipo de TCA, para alcanzar el objetivo planteado este trabajo está dividido en cuatro partes:

- La primera parte, proporciona una visión de los aspectos teóricos de personalidad y trastornos de la conducta alimentaria que sirven como marco de referencia para el desarrollo de la investigación.
- En la segunda parte, se plantea la metodología utilizada para alcanzar el objetivo general y específico; y se define la pregunta de investigación.
- La tercera parte presenta los resultados obtenidos.
- Y la cuarta parte, se menciona a lo que se llegó después de obtener los resultados, las limitaciones y sugerencias, así como si se alcanzaron los objetivos planteados al inicio de la investigación.

Las áreas del conocimiento a las que sirve esta investigación es el área de la Salud, es decir, Medicina, Nutrición y Psicología.

RESUMEN

Eysenck define la personalidad como aquellos patrones de conducta actuales y potenciales del sujeto que se van configurando con base en la estructura física y fisiológica que se trae al nacer (dotación genética) y a las experiencias de aprendizaje a la que se ve sometido en el ambiente familiar y en las interrelaciones que establecen en el medio sociocultural (Mori, 2000).

El objetivo de la presente investigación fue identificar los rasgos de la personalidad que predominan en estudiantes universitarias de 18 a 26 años con tendencia a desarrollar trastornos de la conducta alimentaria.

La muestra estuvo conformada por 150 estudiantes universitarias, de 18 a 26 años de edad ($x=20.91$, $\sigma=1.84$). Se aplicaron los siguientes instrumentos: 5 escalas del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2) y el Cuestionario de Personalidad de Eysenck.

En el análisis de datos mediante la prueba T de student se observó que había diferencias estadísticamente significativas en el grupo alto-bajo en la tendencia a desarrollar algún tipo de TCA, en el que se analizó que del total de la muestra sólo 18 estudiantes presentaron dicha tendencia y a su vez correspondieron al rasgo de personalidad de extraversión.

De acuerdo con lo realizado en esta investigación y lo propuesto por Eysenck el rasgo de extraversión puede estar asociado a un trastorno de conducta alimentaria de tipo bulímico que habla de ser agresivas, excitables, variables e impulsivas (Eysenck, 1972, p. 8), la cual se detallará a lo largo de la presente investigación.

CAPÍTULO 1
PERSONALIDAD

En este capítulo se hará una revisión del concepto de personalidad, diferentes perspectivas teóricas, así como la forma en que se puede evaluar la misma para abordar el objeto de estudio.

1.1. ¿Qué es la personalidad?

Aunque el término personalidad es usado con frecuencia, no es fácil de definir.

El uso común refleja el origen de la palabra “personalidad” del latín persona, que se refiere a las máscaras que usaban los actores en las obras antiguas de teatro griego. En éste, a menudo había más papeles en una obra que protagonistas. Por lo tanto, cambiarían de “máscaras” para que el auditorio supiera que habían asumido un rol diferente. Sin embargo, este concepto de rol social no incluye las complicaciones que existían en la larga búsqueda para entender al yo (Engler, 1996).

El término personalidad se usa en muchas formas. Puede referirse a todo lo que se sabe acerca de una persona o lo que hace único a alguien. El significado popular incluye rasgos como el atractivo social y la atracción de los demás. Para simplificar, se puede pensar en la personalidad como una identidad personal del individuo (Dicaprio, 1989).

El campo de la personalidad se ocupa de las diferencias individuales. Los psicólogos de la personalidad se interesan por el modo en que difiere una persona de otra.

Los teóricos de la personalidad también se preocupan por la totalidad de la persona, buscan entender la manera en que los diferentes aspectos del funcionamiento de un individuo se relacionan entre sí. La investigación de la personalidad no es el estudio de la percepción, sino más bien del modo en que los individuos difieren en sus percepciones y el resultado de dichas diferencias en el funcionamiento total de cada uno.

El estudio de la personalidad no sólo se centra en los procesos psicológicos, sino también en las relaciones entre éstos. Entender cómo dichos procesos interactúan para formar un todo integrado, a menudo implica más que la comprensión aislada de cada uno de ellos.

Es escaso el común acuerdo entre los teóricos de la personalidad sobre el uso apropiado del término. Gordon Allport describió y clasificó más de cincuenta definiciones diferentes. Para él, la personalidad era algo real dentro de un individuo que llevaba una conducta y pensamiento característicos (citado por Engler, 1996).

Para Carl Rogers, la personalidad o yo era un patrón consistente organizado de percepción del yo o mí que se encuentra en el centro de las experiencias de un individuo (citado por Engler, 1996).

Para B.F. Skinner, la palabra “personalidad” era innecesaria. Él no creía que fuera necesario o deseable usar un concepto como el yo o la personalidad para entender la conducta humana (citado por Engler, 1996).

Para Sigmund Freud, “la personalidad era en gran parte inconsciente, oculta y desconocida” (citado por Engler, 1996).

Para Catell, la personalidad es “aquello que permite la predicción de lo que una persona va a hacer en una situación dada” [...] la personalidad se refiere y se deduce de todas las relaciones humanas entre el organismo y su medio” (citado por Cueli, 1990, p.525).

Sullivan, define “personalidad” y sostiene que, el hombre es un sistema orgánico que opera, su cuerpo puede condicionar su personalidad, pero sólo hasta el grado en el que el cuerpo sea necesario para su vida”. En ocasiones puede hacer a un lado sus necesidades biológicas para satisfacer las necesidades de su sistema social, que puede ser, y con frecuencia lo son, muy poderosas (citado por Cueli, 1990, p.134).

Para Pervin (2000), “la personalidad representa aquellas características del individuo que explican los patrones permanentes en su manera de sentir, pensar y actuar” (p.3).

Estos son algunos de los muchos autores que hablan sobre la personalidad, cada uno tiene una manera de definirlo y consideran aspectos específicos, pero sin perder de vista el término.

Para fines de este trabajo se utilizará la definición de “personalidad” descrita por Eysenck, quien define que: “Está compuesta por actos y disposiciones que se organizan en orden jerárquico en función de su importancia y generalidad”. (citado por Cueli, 1990, p.515).

1.2. Diferentes teóricos de la personalidad

Una teoría de la personalidad es una caracterización que se basa en la observación, intuición, consideraciones racionales y los descubrimientos de la investigación (DiCaprio, 1989). Es por eso, que algunos autores toman en cuenta ciertos aspectos para explicar la personalidad y a continuación se mencionan algunos de ellos.

1.2.1. Hawy Stack Sullivan

Después de Freud, es el primer investigador que propone una teoría sistémica del desarrollo de la personalidad. Sullivan llama a su sistema Teoría de las relaciones interpersonales. Sostiene que, con un sustrato biológico, el hombre es el producto de la interacción con otros seres humanos, y que la personalidad surge de las fuerzas personales y sociales que actúan sobre el individuo desde el momento mismo de su nacimiento.

Un aspecto importante de su teoría es el hecho de que el hombre puede cambiar, cambia y debe cambiar el patrón básico de su personalidad a medida que se desarrolla y llega a su madurez (citado por Cueli, 1990).

Sullivan dio gran importancia a las primeras relaciones entre el niño y la madre, así como al desarrollo de la ansiedad y el sentido del mismo. La madre puede comunicar la ansiedad en las primeras interacciones con el niño. De este modo, desde el principio, la ansiedad es interpersonal en el carácter. El sí mismo, un concepto crítico en el pensamiento de Sullivan, de igual manera tiene un origen social. El sí mismo se desarrolla a partir de los sentimientos que se experimentan en contacto con los demás y de apreciaciones reflejadas o percepciones que el niño hace de la manera

en que es valorado o apreciado por los demás. Partes importantes del sí mismo, en particular con relación a la experiencia de ansiedad como opuesta a la seguridad, son el buen yo, asociado con las experiencias placenteras, el mal yo, asociado con el dolor y las amenazas a la seguridad, y el no yo, o la parte del sí mismo que rechaza debido a que está asociada con la ansiedad intolerable. (citado por Cueli, 1990).

El énfasis de Sullivan en las influencias sociales puede verse en sus ideas sobre el desarrollo de la persona. En opinión de Sullivan, la seguridad se relaciona con un sentimiento de pertenencia y aceptación. Desde el nacimiento convergen en el niño ciertas posiciones culturales heredadas de las actitudes de los padres y de otras personas significativas que, a su vez, han recibido influencia de la cultura.

La aprobación concedida por los padres, o por otras personas, produce un sentimiento de bienestar; en tanto que la reprobación implica un sentimiento de inseguridad y de angustia.

La angustia, según Cueli, (1990) revisada por Sullivan, es una fuerza muy poderosa en la formación de la personalidad, pero es restrictiva, porque interfiere la observación, disminuye la capacidad de discriminación y obstruye la adquisición del conocimiento y de la comprensión.

El término personalidad era una palabra, más que una entidad de estudio. Su teoría subraya las relaciones entre las personalidades y no la personalidad individual, ya que el hombre no existe como un ser aislado, sino en relación con otros.

Es importante para Sullivan y su teoría, la forma en que el ser humano se desarrolla durante los primeros años de su vida, en la infancia, la niñez y la

adolescencia. Esto quiere decir que los patrones interpersonales de los primeros años son extraordinariamente importantes para la personalidad, sin que se piense que pueden borrar el efecto de los determinantes sociales de la misma.

La personalidad nunca podrá ser abordada para su estudio como algo aislado de las demás, sino en relación con otras personalidades. Sullivan piensa que las relaciones interpersonales son el fundamento de la personalidad. Desde su nacimiento el hombre entra en contacto con otros seres humanos, contacto que persiste a lo largo de su vida (citado por Cueli, 1990).

La personalidad individual sólo se puede desplegar en relación con otras personalidades. No todos los contactos son entre seres humanos, ya que también se pueden establecer relaciones entre otros seres y entidades ficticias, pero, en cualquier caso, la reciprocidad entre los seres humanos es un aspecto muy importante dentro de esta teoría.

1.2.2. Gordon Willard Allport

Para Allport, la personalidad no es una simple ficción sino una entidad real. Deseaba sugerir que la personalidad de un individuo está en la realidad. Se refería al concepto de la personalidad como un constructor hipotético, el cual en la actualidad es inobservable debido a que no puede ser medido en forma empírica. Sin embargo, Allport sugirió que la personalidad es una inferencia que algún día puede ser demostrada de manera directa como una entidad real dentro de la persona, que implica componentes neuronales o fisiológicos (citado por Engler, 1996).

Allport (citado por Engler, 1996) distinguió entre las teorías de la continuidad y la discontinuidad de la personalidad y abogó por una teoría de este último término. Una teoría de la continuidad sugiere que el desarrollo de la personalidad es en esencia la acumulación de habilidades, hábitos y discriminaciones, sin que en realidad aparezca nada nuevo en la estructura de la persona. Los cambios son sólo cuantitativos en relación a la cantidad de recursos. Estas teorías de la continuidad son sistemas cerrados.

Una teoría de la discontinuidad sugiere que, en el curso del desarrollo, un organismo experimenta transformaciones o cambios genuinos de modo que alcanza niveles superiores de organización en forma sucesiva. Aquí el crecimiento es concebido como diferente desde el punto de vista cuantitativo. Si se describe la personalidad como un organismo dentro del cual son introducidos recursos, una teoría de la continuidad tan sólo percibe la acumulación de éstos, mientras que una de la discontinuidad sugiere que en ocasiones, durante su desarrollo, el organismo reorganiza, reagrupa y remodela estos recursos de modo que la estructura de la personalidad cambia de manera radical.

Allport ha explorado el concepto de rasgo con más detenimiento. Propuso una concepción biofísica de los rasgos como estructuras neuropsíquicas. Enfatizó que los rasgos son estructuras auténticas dentro de una persona que influyen en la conducta; no son simples denominaciones usadas para describir o clasificar conductas.

Allport definió a un rasgo como una tendencia determinante o predisposición a responder ante el mundo en ciertas formas. Los rasgos son consistentes y perdurables; explican la consistencia en la conducta humana. Allport sugirió que los rasgos pueden ser considerados la realidad última de la organización psicológica. El rasgo, como la

combinación o integración de dos o más hábitos. Y resumió de la siguiente manera las características de los rasgos (Allport, 1937, de Schultz, 2003):

- Los rasgos de personalidad son reales y existen dentro de cada uno de nosotros. No son constructos teóricos o etiquetas construidas para explicar la conducta.
- Los rasgos determinan o causan el comportamiento. No surgen sólo en respuesta a ciertos estímulos. Nos motivan a buscar estímulos apropiados e interactúan con el ambiente para producir la conducta.
- Los rasgos pueden mostrarse de manera empírica. Al observar la conducta a lo largo del tiempo, podemos inferir la existencia de los rasgos en la coherencia de las respuestas de una persona a estímulos iguales o similares.
- Los rasgos están interrelacionados; pueden solaparse aun cuando representen características diferentes

Para poder entender la teoría de Allport, hay que conocer las diferencias que establece entre rasgos individuales y comunes. Él insiste en que, en realidad, dos individuos nunca tienen los mismos rasgos; aunque puedan existir semejanzas en la estructura de aquellos de diferentes individuos, hay siempre factores únicos en la forma en la que cualquier rasgo particular opera en una persona, que la distingue de otras con rasgos similares. Así, en el sentido más importante todos los rasgos son individuales, únicos y aplicables sólo a un individuo.

Está garantizado que ningún rasgo puede ser observado en más de una persona; sin embargo, Allport acepta que a causa de la comunidad de influencias que se dan en una cultura compartida, los individuos desarrollan “un número limitado de modos de ajuste aproximadamente comparables” (citado por Cueli, 1990). En síntesis, en el sentido estricto de una definición de los rasgos, sólo el rasgo individual es una verdadera característica porque los rasgos se dan siempre en los individuos y no en la comunidad, y se desarrollan y generalizan hasta llegar a ser disposiciones dinámicas de modos únicos que varían de acuerdo con las experiencias de cada sujeto.

El rasgo común no es una distinción verdadera, sino simplemente un aspecto medible de los complejos rasgos individuales.

Para Allport rasgo y actitud son ambas predisposiciones a la respuesta, y ambos deben de ser únicos; tienen que ser iniciadores o guías de la conducta y forman el punto de unión de la tendencia de factores genéticos y de aprendizaje. La actitud está ligada a un objeto específico o a varias clases de objeto; no así el rasgo. La actitud puede variar desde el punto de vista de su generalidad, de altamente específica a generalmente relativa, mientras que el rasgo debe ser siempre general (citado por Cueli, 1990).

Allport dice: “Actitud y rasgo son conceptos indispensables”. Ellos cubren, todo tipo de disposición de la cual se ocupa la psicología de la personalidad (citado por Cueli, 1990).

Allport distingue entre rasgos y tipos, según la extensión con la que se apliquen al individuo. Los tipos son construcciones hipotéticas del observador, el individuo puede ser enmarcado en éstos, pero perderá así su identidad distintiva.

El rasgo puede representar la unicidad de la persona, mientras que el tipo debe englobarlo. Allport propone la distinción entre rasgos cardinales, centrales y secundarios.

Los rasgos cardinales son tan dominantes que sólo algunas actividades pueden escapar de su influencia, ya que afecta el comportamiento de manera directa o indirecta. Un rasgo de este tipo no puede permanecer oculto; un individuo es identificado o incluso volverse famoso por él. Por lo general la gente tiene pocos, o ninguno de estos rasgos cardinales. Los rasgos centrales representan las tendencias altamente características de lo individual y son fáciles de inferir; expresan disposiciones que cubren un rasgo más limitado de situaciones. Allport afirma que el número de rasgos centrales por medio de los cuales se puede conocer en forma adecuada a una personalidad son muy pocos. Posiblemente cinco o diez (citado por Cueli, 1990).

Los rasgos secundarios son más limitados en su ocurrencia, menos cruciales en la descripción de la personalidad, y más fáciles de determinar por las respuestas que producen. Quedan en la periferia de la personalidad y son bastante independientes de los demás rasgos. El conocimiento de tales rasgos no dice mucho acerca de la persona.

Un rasgo expresa lo que una persona por lo general hace en la mayoría de las situaciones, no lo que hará en alguna situación. El concepto de rasgo es necesario para explicar la consistencia de la conducta, mientras que reconocer la importancia de la situación es necesaria para explicar la variabilidad de la conducta.

Allport señala que su teoría de los rasgos no requiere de una consistencia total. El sólo hecho de que existan rasgos múltiples y están relacionados en forma simultánea sugiere que las inconsistencias aparentes en el comportamiento del organismo pueden esperarse con frecuencia (citado por Cueli, 1990).

Allport escribió en forma extensa sobre los métodos de estudio e investigación que son útiles para el análisis de la personalidad. Expresó que la personalidad es tan compleja que todo método legítimo de estudio debe ser incluido en su búsqueda.

La perspectiva de Allport respecto a la personalidad considerándola abierta y discontinua no presenta buena disposición para un estudio por parte de los métodos tradicionales en la psicología académica, los cuales buscan descubrir leyes generales que se apliquen a todos los casos individuales (citado por Engler, 1996).

Allport alentó un enfoque ideográfico que se enfoca en el individuo y emplea técnicas y variables que son apropiadas para entender el carácter único de cada persona y descubrir las disposiciones personales.

Allport desarrolló una Escala de Estudio de Valores, una medición dimensional diseñada para examinar la individualidad. La escala mide seis rasgos comunes delineados originalmente por Spranger: teórico, estético, social, político, religioso y económico. La puntuación de un individuo no puede ser comparada con la de nadie más.

Usó métodos científicos rigurosos para establecer rasgos comunes. Al mismo tiempo, declaró la necesidad de desarrollar métodos alternativos que ayuden a entender lo característico de cada individuo. Allport creía que un sistema abierto de

personalidad fomenta la invención de métodos nuevos de investigación; éstos aspiran al rigor pero no pierden el estudio de ciertos aspectos de la personalidad (citado por Engler, 1996).

Su trabajo ofrece un vínculo entre la psicología académica tradicional, la cual enfatiza los estudios psicométricos y nemotécnicos, y la psicología clínica, la cual se concentra en un enfoque más ideográfico para el entendimiento de la personalidad.

1.2.3. Raymond B. Cattell

Cree que una definición completa de la personalidad debe estar sustentada con una mayor investigación de los tipos de conceptos que se incluyen en el estudio de la conducta.

La definición de Cattell sobre la personalidad proporciona un contraste notable e importante entre su enfoque para la investigación de la personalidad. Cattell está interesado en el poder de un constructor para predecir acontecimientos futuros.

Cattell se presenta como un caso ejemplar de un científico que está preocupado por la evidencia validadora. Cree que la exploración de los rasgos ayudará a entender la estructura y función de la personalidad. El conocimiento de los rasgos subyacentes permitirá hacer predicciones acerca de la conducta propia y la de los demás. Cattell no sostiene que los rasgos que se exploran de manera necesaria tengan alguna categoría física y neurológica reales (citado por Engler, 1996).

Uno de los conceptos más importantes para Cattell es el de rasgos, que ha definido como “estructuras mentales”, una inferencia que se hace de la conducta

observada para explicar su regularidad o consistencia; son unidades funcionales que se manifiestan en la covariación de la conducta; los identifica con los factores o agrupamientos resultantes del análisis factorial (citado por Cueli, 1990).

El elemento estructural básico para Cattell es el rasgo, que se definió al principio como una predisposición. El concepto de rasgo supone que la conducta conserva algún patrón y regularidad con el paso del tiempo y a través de las situaciones. De las muchas distinciones posibles entre los rasgos, dos son de particular importancia. La primera es entre rasgos de capacidad, rasgos de temperamento y rasgos dinámicos; la segunda es entre rasgos superficiales y rasgos fuente.

Los rasgos de capacidad se relacionan con las habilidades y capacidades que permiten al individuo funcionar de manera efectiva. La inteligencia es un ejemplo de rasgos de capacidad.

Los rasgos de temperamento se relacionan con la vida emocional de la persona y la cualidad estilística de conducta.

Los rasgos dinámicos se relacionan con las búsquedas y la vida motivacional del individuo, los tipos de metas que son importantes para la persona. Los rasgos de capacidad, de temperamento y los dinámicos encierran los principales elementos estables de la personalidad.

La distinción entre rasgos superficiales y rasgos fuente se relaciona con el nivel en el cual se observa la conducta. Los rasgos superficiales expresan conductas que en un nivel superficial pueden parecer unidas, pero en realidad no siempre aparecen y desaparecen (varían) juntas y no necesariamente tienen una causa común. Un rasgo

fuelle, por otro lado, expresa una asociación entre conductas que varían juntas para formar una dimensión unitaria, independiente de la personalidad. Mientras que los rasgos superficiales pueden descubrirse mediante métodos subjetivos, se requieren procedimientos estadísticos refinados de análisis factorial para descubrir los rasgos fuente.

El estudio de los rasgos fuente es valioso por varias razones. Debido a que es probable que sean poco en número, los rasgos fuente permiten resumir al describir a un individuo. Segundo, los rasgos fuente en forma supuesta tienen una influencia estructural genuina sobre la personalidad, y por lo tanto, determinan la manera en que se comporta.

Los rasgos fuente pueden tener su origen en la herencia o en el ambiente. Cattell ha identificado dieciséis rasgos fuente de temperamento y capacidad básicos que sugiere representan los “bloques constructores” de la personalidad. Los rasgos se presentan en el siguiente cuadro:

Cuadro 1.1. Los dieciséis rasgos fuente básicos de Cattell

Raymond Cattell identificó dieciséis rasgos fuente básicos que representan los bloques constructores de la personalidad. Ciertos rasgos son indicativos de un temperamento sociable, mientras que otros indican una disposición más reservada.

Sociable	----	reservada
Más inteligente	----	menos inteligente
Emocionalmente estable	----	emocionalmente inestable
Asertivo	----	humilde
Despreocupado	----	sensato
Conciencia fuerte	----	carencia de normas internas
Aventurero	----	tímido
Inflexible	----	afectuoso
Confiado	----	suspica
Imaginativo	----	práctico
Perspica	----	franco
Aprensivo	----	seguro de sí mismo
Experimental	----	conservador
Dependiente del grupo	----	autosuficiente
Casual	----	controlado
Relajado	----	tenso

Fuente: Engler, 1996.

Aunque Cattell piensa que los factores de la personalidad llevan cierto nivel de estabilidad en la conducta a través de las situaciones, también piensa que el ánimo (estado) y la manera en que se presentan a sí mismo en un momento dado (rol) influirán en su conducta.

La teoría de Cattell propone que la conducta expresa los rasgos del individuo que operan en una situación, los ergios y sentimientos asociados con las actitudes pertinentes; ésta y los componentes de estado y rol que pueden variar de un momento a otro o de una situación a otra (citado por Cueli, 1990).

1.2.4. Hans Jurgen Eysenck

Eysenck define el concepto de tipo como “una constelación o síndrome de rasgos cuya existencia se ha observado”. Los rasgos, que no son sino la consistencia observada entre los hábitos o actos repetidos del sujeto. Las respuestas habituales (recurrentes característicamente producidas por circunstancias iguales o semejantes) y las respuestas específicas (un acto conductual que ocurre y se observa una sola vez) (citado por Cueli, 1990).

Las respuestas específicas dejan de serlo cuando se repiten varias veces y forman entonces respuestas habituales; algunas se relacionan entre ellas y tienden a existir juntas en una misma persona, y forman lo que Eysenck llamó un rasgo.

Los tipos corresponden al factor general; los rasgos, a los factores de grupo; las respuestas habituales, a los factores específicos; y las respuestas específicas corresponden al factor error.

Para Eysenck el rasgo debe definirse en forma operacional; debe ir acompañado por el procedimiento de medidas específicas utilizadas. El rasgo deriva su importancia inicial de su contribución a la identificación general de las dimensiones detalladas o tipos de personalidad (citado por Cueli, 1990).

Eysenck desea conceder importancia independiente al estudio de los rasgos.

La base para el énfasis de Eysenck en la medición y el desarrollo de una clasificación de rasgos es la técnica estadística de análisis factorial. El análisis factorial es una técnica estadística que puede identificar grupos, racimos o factores de reactivos relacionados. Según la teoría de rasgo, existen estructuras naturales en la personalidad y el análisis factorial permite detectarlas. El análisis factorial es, de este modo, un recurso estadístico para determinar, las unidades o elementos básicos en la estructura de la personalidad.

El término superfactor se esclarece definiendo una dimensión con un límite bajo (introversión) y un límite alto (extraversión), de manera que se pueda caer en distintos lugares entre los dos extremos.

En sus primeras investigaciones, Eysenck encontró dos dimensiones básicas a las que nombró **introversión-extraversión** y **neuroticismo** (emocionalmente estable-inestable).

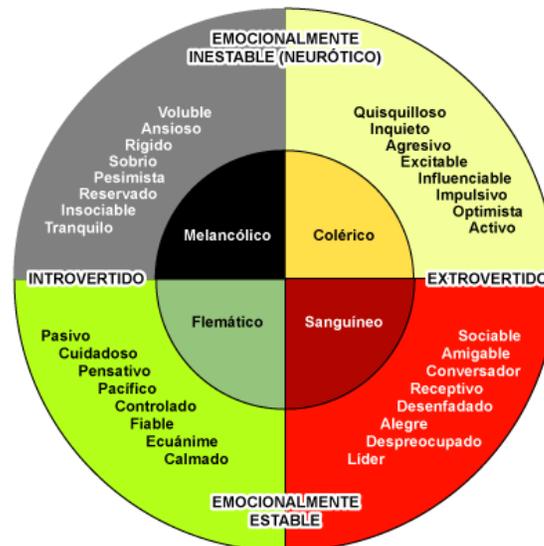
La dimensión **introversión en contraposición con extroversión** refleja el grado en que una persona es sociable y participativa al relacionarse con otros sujetos.

Extroversión-introversión es una dimensión continua que varía entre individuos.

La dimensión de **emocionalidad en contraposición con estabilidad** se refiere a la adaptación de un individuo al ambiente y a la estabilidad de su conducta a través del tiempo.

Después del énfasis inicial en sólo dos dimensiones, Eysenck añadió una tercera, a la que llamó **psicoticismo**. Éste, por lo general se caracteriza por la pérdida o distorsión de la realidad y la incapacidad para distinguir entre los acontecimientos reales y la fantasía. El factor de psicoticismo incluye también algún grado de psicopatía: trastornos caracterizados por conducta asocial e impulsiva, egocentrismo y una ausencia de culpa.

Imagen 1.2. Modelo de la Personalidad de Eysenck



El anillo exterior muestra los resultados de los estudios de análisis factorial de las intercorrelaciones entre rasgos realizados por Eysenck.

Fuente: Rincón, 2012.

1.3. Evaluación de la personalidad

La evaluación de la personalidad puede ser definida como la medida y valoración de rasgos psicológicos, estados, valores, intereses, actitudes, perspectiva del mundo, aculturación, identidad personal, sentido del humor, estilos cognoscitivos y conductuales y/o características individuales relacionadas (Cohen, 2006).

Por años, los evaluadores y teóricos de la personalidad han asumido que los rasgos de la personalidad son duraderos de forma relativa en el transcurso de nuestra vida.

La evaluación de la personalidad es un elemento esencial en la investigación del desarrollo, ya sea para conocer el desarrollo de los rasgos a lo largo del tiempo o para que estudie algunas características que son exclusivamente humanas.

En un sentido más global, la investigación básica que implica la evaluación de la personalidad ayuda a validar o invalidar teorías de conducta y a generar nuevas hipótesis.

La personalidad puede ser evaluada por muchos métodos diferentes como entrevista cara a cara, pruebas aplicadas por medio de computadora, observación conductual, pruebas a lápiz y papel, valoración de datos aportados por la historia clínica, valoración de datos de portafolio y registro de respuestas fisiológicas.

En la evaluación de la personalidad, la información puede ser recabada y las preguntas ser respondidas de distintas maneras.

Algunos métodos de evaluación de la personalidad dependen de la autodescripción del propio evaluado. Las personas evaluadas pueden responder preguntas durante una entrevista y cuestionarios por escrito, rellenar cuadros en formas de respuesta computarizadas o separar tarjetas con varios términos en ellas, todo con el objetivo final de proporcionar al evaluador una descripción relacionada con la personalidad.

Las medidas de personalidad difieren respecto a la forma en que se infieren conclusiones a partir de los datos que proporcionan. Para algunas medidas tomadas con papel y lápiz, se supone que un simple conteo de respuestas a los reactivos previstos proporciona de manera supuesta una medida de intensidad de un rasgo en particular. Para otras medidas, se requiere una computadora programada para aplicar manipulaciones demasiado técnicas de los datos con propósitos de calificación e interpretación.

La forma más común de medición es una prueba de autorreporte de la personalidad, que realiza muchas preguntas, a menudo en un formato de opción múltiple, con una serie estandarizada de instrucciones. Pueden ser cuestionarios (los cuales miden un rasgo o constructor) o inventarios (los cuales miden diversos rasgos o constructos) (Cloninger, 2003).

La evaluación de la personalidad mediante tests aparece un poco más tarde y supone que los diferentes instrumentos de evaluación de la personalidad se elaboren en función de su base teórica y de sus objetivos. Las técnicas psicométricas de personalidad surgen, en el inicio, dentro de un modelo de rasgos. Se han desarrollado una serie de tests que tratan de dar cuenta de la personalidad desde una perspectiva

multidimensional y que han tratado de medir rasgos específicos. A continuación se mencionarán algunos de ellos:

- **Inventario Multiaxial Clínico de Millon-III (MCM-III)**

Proporciona información útil para el diagnóstico psiquiátrico. El MCM-III tiene 175 reactivos de cierto/falso, está planeado y organizado para identificar patrones clínicos de una manera que es compatible con el DSM-IV. La prueba incluye 27 escalas como (Gregory, 2001, p. 638):

- ✓ 11 escalas miden estilos o rasgos de personalidad (narcisismo y tendencias antisociales).
- ✓ 3 escalas evalúan una patología más grave de la personalidad (trastorno esquizotípico, límite y paranoide).
- ✓ 7 escalas evalúan síndromes clínicos como ansiedad y depresión.
- ✓ 3 escalas evalúan síndromes clínicos más graves como trastornos del pensamiento; y las últimas 3 son índices de validez (estilos de respuesta).

- **Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota (MMPI-2)**

Es un inventario de personalidad con 567 reactivos de cierto/falso como auxiliar para el diagnóstico psiquiátrico y evaluar una amplia gama de preocupaciones. Se le pide al examinado que marque “Cierto” o “Falso” para cada afirmación, según se le aplique. La mayor parte de los reactivos son

autorreferenciales. Los reactivos engloban los siguientes temas generales (Gregory, 2001):

- Preocupaciones de salud
- Síntomas neurológicos
- Problemas familiares
- Relaciones matrimoniales
- Problemas laborales
- Síntomas depresivos y maníacos
- Estados obsesivos y compulsivos
- Delirios y alucinaciones
- Ansiedad y fobias
- Control del enojo
- Prácticas antisociales
- Abuso de sustancias prohibidas y alcohol
- Incomodidad social
- Conducta tipo A
- Masculinidad-feminidad
- Indicadores negativos de tratamiento
- Validez de respuesta

El MMPI puede calificarse para 4 escalas de validez, 10 escalas clínicas estándar y 12 de escalas complementarias. Y la mayoría termina de responderlo en 1 a 1.5. horas. Se le da mayor énfasis a las escalas clínicas y a las de validez. Las escalas complementarias proporcionan información útil para afinar la interpretación.

La escala L se compone de 15 reactivos que se califican todos en la dirección de falso. Y se diseñó para identificar una actitud general evasiva al realizar la prueba.

La escala F consta de 60 reactivos; éstos reflejan un amplio espectro de desadaptación grave, incluyendo pensamientos peculiares, apatía y enajenación social.

La escala K se diseñó para ayudar a detectar una forma sutil de defensividad. La escala con 30 reactivos se compone de 22 que diferencian los perfiles normales, además se añadieron 8 reactivos que mejoran la discriminación de síntomas depresivos y esquizofrénicos.

- **Cuestionario de 16 Factores de la Personalidad (16 FP)**

Es una prueba de personalidad de elección forzosa que se utiliza ampliamente y se encuentra disponible en cinco formas independientes. Cada una consiste de oraciones parciales de tipo declarativo que requieren que la persona examinada responda a una situación específica al elegir entre dos o tres opciones de elección forzosa (Gregory, 2001, p. 623).

Las formas contienen de 105 a 187 reactivos y la prueba es sin límite de tiempo y en general se termina de 30 a 60 minutos.

El 16 FP se dirige a estudiantes de preparatoria y adultos. La mayoría de los profesionales estaría de acuerdo que el 16 FP es más adecuado para una población promedio que para una con “trastornos emocionales”.

El 16 FP se fundamenta en concepto analítico-factorial de Cattell acerca de la personalidad.

○ **Escalas Comrey de la Personalidad (CPS)**

Comrey siguió una estrategia analítico-factorial para desarrollar su prueba de 180 reactivos.

Una virtud especial de la CPS es su brevedad. La prueba consiste en 180 afirmaciones, y por tanto, es de un solo tercio de la extensión del MMPI.

Las 8 escalas de personalidad CPS consisten de 20 reactivos cada una, divididas por igual entre afirmaciones redactadas en dirección positiva y negativa. Otros 20 reactivos se indican a una verificación de validez y evaluar la propensión de respuesta de deseabilidad social.

Las escalas que componen al instrumento son las siguientes (Gregory, 2001):

- Verificación de validez (V)
- Sesgo de respuesta (R)
- Confianza contra defensividad (T)
- Sentido del orden contra falta de compulsión (O)
- Conformidad social contra rebeldía (C)
- Actividad contra falta de energía (A)
- Estabilidad emocional contra neuroticismo (S)
- Extraversión contra introversión (E)
- Masculinidad contra feminidad (M)

- Empatía contra egocentrismo (P)
- **Inventario Neo de Personalidad Revisado (NEO PI-R)**

Este engloba un análisis factorial. La prueba se basa en el modelo de cinco factores de la personalidad. Está disponible en dos formas paralelas que consisten de 240 reactivos calificados en una dimensión de cinco puntos. Se utilizan tres reactivos adicionales para verificar la validez. También está disponible una versión más corta, el inventario NEO de cinco factores. La forma S es para autoinformes, mientras que la forma R es para observadores externos.

El formato de los reactivos consiste de calificaciones en cinco puntos desde: fuertemente en desacuerdo hasta fuertemente de acuerdo. Los reactivos evalúan variables emocionales, interpersonales, experienciales, actitudinales y motivacionales.

El NEO-PI-R es una excelente medida de la personalidad promedio que es especialmente útil en la investigación. La prueba también resulta prometedora como medida de la psicopatología clínica (Gregory, 2001).

- **Inventario Edwards de Preferencia Personal (EPPS)**

Constituyó el primer intento de medir la teoría de Murray sobre necesidades manifiestas con un inventario estructurado de la personalidad.

Edwards buscó desarrollar una prueba objetiva, estructurada para medir 15 necesidades de manera confiable y válida.

El EPPS consiste de 210 pares de afirmaciones en las que los reactivos de cada una de las 15 escalas se equiparan con los de las 14 restantes. El inventario emplea un formato de elección forzosa en el que la persona examinada debe elegir una afirmación de cada par que sea la más representativa a nivel personal.

La puntuación natural máxima que es posible en cada escala es de 28. Dicha puntuación ocurriría si la persona examinada eligiera la afirmación para una necesidad. La menor puntuación posible en una escala de necesidad es de cero. El EPPS también incorpora una verificación de la consistencia al repetir 15 reactivos.

El EPPS se utiliza ampliamente en la orientación universitaria como medio de descubrimiento personal y recibe un empleo ocasional como herramienta de investigación (Gregory, 2001).

- **Inventario Tipológico de Myers-Briggs (MBTI)**

Es un inventario de autoinforme, de elección forzosa, que intenta clasificar a las personas según una adaptación de la teoría de los tipos de personalidad de Carl Jung. El instrumento se presenta en una versión con 166 reactivos (Forma F) y una versión con 126 reactivos (Forma G).

Es posible que el MBTI sea la prueba de personalidad que más se utiliza con poblaciones psiquiátricas.

El MBTI se califica en cuatro dimensiones: Extraversión-Introversión, Sensación-Intuición, Pensamiento-Sentimiento y Juicio-Percepción. Los datos de

estandarización del MBTI consisten de normas percentiles para las calificaciones de los 4 indicadores (Gregory, 2001, p. 621).

- **Inventario Psicológico de California (CPI)**

El CPI se diseñó para medir las dimensiones de la personalidad normal. La prueba consiste de 462 reactivos de cierto/falso. El CPI revisado produce calificaciones en 20 escalas que incluyen tres medidas diseñadas para evaluar la actitud al responder la prueba. Estas escalas son Sentido de bienestar (Sb), Buena impresión (Bi) y Aspectos comunes (Cm).

Las escalas clínicas se basan en conceptos “populares” acerca de la personalidad. Para 13 de las 17 escalas se utilizó un enfoque de codificación de criterio (Gregory, 2001).

- **BFQ Big Five**

Creado por G.V. Caprara, C. Barbaranelli y L. Borbogni en 1993. Se trata de un instrumento formado por 132 reactivos de elección múltiple (tipo Lickert) con los que se evalúan las dimensiones del modelo de los Cinco Grandes en la estructura de la personalidad, y donde además se incluye una medida de deseabilidad social (Garrido, 2006). Los cinco factores son:

- Energía, visión confiada y entusiasta de múltiples aspectos de la vida, principalmente de tipo interpersonal.

- Amigabilidad, preocupación de tipo altruista y de apoyo emocional a los demás.
- Consciencia, comportamiento de tipo perseverante, escrupuloso y responsable.
- Estabilidad emocional, con características tales como la capacidad para afrontar los efectos negativos de la ansiedad, depresión, irritabilidad y frustración.
- Apertura, sobre todo de tipo intelectual ante nuevas ideas, valores, sentimientos e intereses.

El sustento para el enfoque de los cinco factores proviene de varias fuentes que incluyen el análisis factorial de los términos para rasgos dentro del lenguaje y el análisis de la personalidad a partir de una perspectiva evolutiva. En donde, un conjunto cada vez mayor de investigaciones indica que el modelo de los cinco factores capta una representación válida y útil de la estructura de los rasgos humanos (Gregory, 2001).

- **Cuestionario de la Personalidad de Eysenck (EPI)**

Mide las principales dimensiones de la personalidad normal y anormal.

Eysenck aisló tres dimensiones principales de la personalidad: Psicoticismo (P), Extraversión (E) y Neuroticismo (N). El EPQ consiste de escalas para medir estas dimensiones y también incorpora una escala de Mentira (L) para evaluar la validez de las respuestas de una persona.

Estabilidad-Neuroticismo (N). Esta escala evalúa si el sujeto es estable o neurótico. Respuestas altas muestran elevados niveles de ansiedad e inestabilidad emocional en general. Puntajes bajos representan estabilidad emocional.

Extraversión-Introversión (E). En términos generales, esta escala evalúa la sociabilidad de la persona. El sujeto que puntúa alto dentro de esta escala estará caracterizado por ser sociable, impulsivo, optimista y poco sensible.

Puntajes bajos muestra sujetos que tienden a ser retraídos, tranquilos, reservados, controlados y con baja tendencia a la agresión.

Normalidad-Psicoticismo (P). Esta escala está orientada a la medición de la dimensión psicoticismo, que presenta atributos como despreocupación, crueldad, inclinación hacia las cosas raras, falta de empatía y generación de conflictos en el medio.

Labilidad o Veracidad (L). Esta escala mide la tendencia del sujeto a la simulación de respuestas para dar una buena impresión, por ello, esta escala mediría el grado de veracidad de las respuestas.

El EPQ contiene 90 afirmaciones que se responden con “Sí o “No” y se diseñó para personas de 16 años y mayores. No hay un tiempo límite y no suele emplear más de un cuarto de hora.

En este capítulo se revisaron las diferentes definiciones acerca del concepto de personalidad que aportan diferentes autores, así como las teorías que la sustentan y las principales pruebas que pueden hacer una evaluación acerca de la personalidad; en el siguiente capítulo se abordará la problemática relacionada con los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) y los posibles factores involucrados en su desarrollo.

CAPÍTULO 2

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

En este capítulo de marco teórico se realizará una revisión del concepto de la conducta alimentaria, para explicar las posibles conductas de riesgo que puede haber, además de conocer y entender los trastornos alimenticios más comunes, así como la clasificación que hay dentro de los mismos dentro del DSM-IV y los diversos factores que pueden contribuir a desarrollar una tendencia a dichos trastornos para abordar el objeto de estudio.

2.1. Alimentación

Comer es una actividad cotidiana, importante e imprescindible en la vida de todos los seres humanos de manera que los excesos, las deficiencias, los desequilibrios crean problemas no sólo en el aspecto fisiológico, sino en el psicológico y en el área de intercambio con los demás.

Las sensaciones de hambre, apetito y saciedad constituyen señales que regulan el consumo de alimentos, son el resultado de diversas y complejas reacciones químicas en las que participan múltiples hormonas y sustancias neuronales, las cuales conducen a la aceptación o al rechazo del alimento. En su percepción participan aspectos psicológicos como las sensaciones de placer que los alimentos brindan, las vivencias pasadas, el pensamiento, así como la personalidad (Esquivel, 2005).

Las necesidades nutricionales se definen como la cantidad de todos y cada uno de los nutrientes que debe ingerir una persona de forma habitual para mantener un adecuado estado nutricional y para prevenir la aparición de enfermedades. Así,

cuando el aporte de nutrientes es bajo de las necesidades mínimas, las cantidades nutricionales disponibles por el organismo son insuficientes (Rodríguez, 2008).

El medio social también participa al constituir el ambiente en el cual los alimentos adquieren significado y se comparten; la moda, la mercadotecnia y los valores sociales tienen en la actualidad un papel fundamental en la conducta hacia los alimentos; estos factores entre otros serán tratados más adelante con más detalle.

2.2. Definición de conducta alimentaria

La conducta alimentaria se define como “el comportamiento normal relacionado con: los hábitos de alimentación, la selección de alimentos que se ingieren y las cantidades ingeridas de ellos” (Osorio, 2002, p.2).

El término conducta alimentaria se asocia de manera inmediata con el hecho de ingerir alimentos; sin embargo, es una conducta compleja mediada por factores externos a la persona y no exclusivamente porque los individuos quieran satisfacer sus necesidades alimentarias y sus requerimientos nutricios (Unikel, 2010).

Entre las conductas adquiridas por los seres humanos, las alimentarias pueden ser definidas como un comportamiento habitual relacionado con hábitos alimentarios, selección de alimentos y volúmenes consumidos de estos alimentos, los que influyen directamente en el estado nutricional de los individuos.(Troncoso, 2009)

Santillán Ramírez señala que (2006):

“La conducta alimentaria es una actividad compleja e integrada que está dirigida al cumplimiento de las necesidades energéticas del organismo (biológico), que está condicionado por factores psicológicos, ya que es una fuente de placer y bienestar de orden simbólico en cuanto a su componente relacional y cultural”(p. 12).

Por otra parte, existen conductas alimentarias que pueden relacionarse y poner en peligro la vida de una persona y que se explican a continuación.

2.3. Conductas de riesgo

Las conductas de riesgo son acciones pasivas o activas que involucran peligro para el bienestar del individuo y que acarrear consecuencias negativas para su salud o comprometen aspectos de su desarrollo.

También puede ser entendida como: “Toda conducta que vaya en contra de la integridad física, mental, emocional, o espiritual de la persona y que puede incluso atentar contra su vida” (Anónimo, 2008, p. 2).

2.3.1 Conductas alimentarias de riesgo (CAR)

Por su parte, las CAR son manifestaciones que no cumplen con los criterios de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), pero que son conductas características de los mismos (Aguilar, s.f.).

Para Unikel (2009) algunas de las conductas que pueden propiciar los TCA son:

- Atracones
- Episodios de ingestión excesiva
- Sensación de pérdida de control al comer
- Seguimiento de dietas restringidas
- Ayunos
- Vómito autoinducido
- Abuso de laxantes
- Diuréticos
- Anfetaminas
- Ejercicio en exceso

Para Saucedo de Gómez Pérez, Acosta y Huong (2010) las Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR) son aquellos comportamientos aberrantes relacionados con el consumo de alimentos, entre los cuales se encuentran:

- El comer compulsivo, caracterizado por episodios recurrentes de ingestión voraz, consumo rápido de alimentos en un corto periodo de tiempo, perdiendo el control sobre la cantidad total de alimento ingerido.
- La preocupación por el peso y la comida, que se entiende como el estado psicológico y emocional de un individuo, el cual está determinado por sus creencias y valores, que implica una atención considerable y en ocasiones excesiva, con respecto a su peso corporal y a los alimentos que ingiere; comer por compensación psicológica, en donde la alimentación se ve influida por diversos factores.

- El estado de ánimo, es decir, se relaciona con la comida con ansiedad, tristeza o tranquilidad, lo que lleva al sujeto a comer o dejar de hacerlo, o preferir cierto tipo de alimentos; y la dieta crónica y restrictiva, misma que se define como la tendencia repetitiva de autoprivación de alimentos considerados por el individuo como “engordadores”, así como la eliminación de tiempos de comida a lo largo del día con la finalidad de controlar el peso y mejorar la figura corporal.

También habría que considerar como factores de riesgo:

- Sexo femenino
- Situación de pubertad
- Personalidad previa
- Sobrepeso y obesidad
- Actividad física excesiva y por ende, actividades de alto riesgo como: la danza, la gimnasia rítmica, las carreras, la lucha y el boxeo.

2.4. ¿Qué son los Trastornos de la Conducta Alimentaria?

Existen diferentes definiciones acerca de los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Las cuáles serán expuestas a continuación:

Gorab (2005): “Los trastornos alimentarios se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria”. También, se define como el “comportamiento relacionado con los hábitos de alimentación, la selección de los alimentos que se ingieren y las cantidades ingeridas” (p. 16).

“Son una serie de alteraciones conductuales en relación con la alimentación que varían en las manifestaciones y la gravedad de sintomatología” (Riobó, 2001).

Puchol (2001):

Los “trastornos de la alimentación son un trastorno mental, producto de una conjunción de factores entre los que destacan los desajustes emocionales y de personalidad, una susceptibilidad biológica y genética, presiones familiares/sociales y la influencia/presión de un contexto socio cultural caracterizado por el excesivo culto al cuerpo”.

Y para el DSM-IV TR (2002) los trastornos alimentarios se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria.

2.5. Principales TCA

Actualmente, en la mayoría de las escuelas, institutos y facultades hay algún caso de predisposición a los TCA y, pueden extenderse como una epidemia (Riobó, 2011). A continuación se explican los dos trastornos más comunes.

2.5.1. Anorexia

Puede ser definida como una enfermedad de tipo psicológica en la cual existe un miedo obsesivo a ganar peso y un placer en la pérdida constante del mismo. Se podría decir que es una “fobia al peso”, que implica un rechazo al propio cuerpo. El aspecto más llamativo es esa “lucha por mantenerse delgada” (Riobó, 2011, p. 55).

Según la OMS, la anorexia nerviosa “es una enfermedad que se caracteriza por la baja deliberada de peso, inducida o mantenida por el propio enfermo”, (citada por Esquivel, 2005, p. 100) y una percepción deformada de la propia imagen.

Lo que subyace es un trastorno de la imagen corporal. Debido a esta alteración de su imagen corporal, las jóvenes sobreestiman el tamaño de todo el cuerpo o partes del mismo, siendo muy sensibles a pequeñas oscilaciones de peso.

Este trastorno de la imagen corporal es considerado como una distorsión cognitiva debida a la alimentación deficiente. La distorsión de la percepción en la imagen corporal les conduce a autoimponerse dietas restrictivas y ayunos prolongados, lo que hace que se agraven sus síntomas, que alcanzan pérdidas de peso peligrosas para su vida.

Las alteraciones de la conducta en la anorexia se inician cuando las jóvenes comienzan su dieta restrictiva y en muchas ocasiones es difícil delimitar entre una dieta baja en calorías a otra hipocalórica (Gorab, 2005).

- Las jóvenes intentan mantener oculta la conducta de rechazo a la comida: dice que no tiene apetito o que ya había comido antes. En realidad, malcome a solas, tira la comida, la esconde o simplemente mantiene tercamente su dieta.
- Se alteran las formas de comer. Se puede observar cómo utilizan las manos, comen lentamente, mastican largo tiempo la comida, le dan vueltas, sacan nuevamente la comida para depositarla en el plato, la escupen, la desmenuzan y terminan estropeando los alimentos.

- Algunas de ellas cocinan de forma excelente para los demás, que apenas prueban, y mientras tanto, ellas malcomen aparte. Se pueden convertir en expertas en cuestiones dietéticas y coleccionar de forma casi obsesiva todo tipo de menús y dietas. Conocen el valor calórico y la composición de los alimentos y estudian las etiquetas de los mismos. Y lo más importante de la vida para ellas son estos temas relativos a la delgadez.
- A veces la dieta restrictiva no es suficiente para conseguir el peso deseado. Al comer escasamente y malcomer se suman los vómitos, laxantes o diuréticos y el ejercicio exagerado.

Tienen una sensibilidad excesiva para detectar las sensaciones internas, por lo que no toleran sentirse llenas o pensar que están con el aparato digestivo ocupado.

Una alteración conductual que se da en la mayoría de estas jóvenes, al pretender bajar de peso, es la hiperactividad.

2.5.2. Bulimia

Es un trastorno de la conducta alimentaria que se caracteriza por un modelo de alimentación anormal, con episodios de ingesta voraz seguidos por maniobras para eliminar las calorías ingeridas (Riobó, 2011). Entre los episodios bulímicos la alimentación puede ser normal, puede estar fuertemente restringida o en un ciclo de atracones y vómitos.

Según la OMS, se caracteriza por “episodios repetitivos de ingestión excesiva de alimentos y por una preocupación casi obsesiva por el control del peso corporal, lo

que lleva a la persona a adoptar medidas extremas, para mitigar el aumento de peso producido por la ingestión de comida” (citada por Esquivel, 2005, p. 100).

Las jóvenes con este trastorno reconocen que su comportamiento es desadaptado, por lo que a menudo se sienten deprimidas y culpables. Además, muestran altos niveles de ansiedad frente a los alimentos, a la conducta de comer y tienen grandes preocupaciones por su imagen corporal.

Los atracones varían de frecuencia en función del estado de ánimo. Los alimentos ingeridos durante la crisis bulímica no obedecen a preferencias específicas y sí a más condiciones circunstanciales; las conductas de purga no son regulares y los temores a ganar peso, o la percepción alterada de la figura, se supeditan al estado de ánimo u otras circunstancias.

Lo que realmente diferencia a las jóvenes bulímicas de las personas normales o de otras personas que sufren otro trastorno alimentario, es la ejecución de un ciclo repetitivo de ataque de glotonería/conducta purgativa, cuyo objetivo es el mantenimiento del peso corporal.

Además, las jóvenes bulímicas presentan en general una conducta desordenada, al principio con la alimentación y más adelante también en otros aspectos de su vida. El patrón de conducta relativo a la alimentación es desordenado e imprevisible.

2.6. Factores asociados a los TCA

No existe una única causa que explique la aparición de los trastornos de alimentación. Si bien todos presentan, como nota característica, un fuerte componente emocional,

los desencadenantes para su aparición y desarrollo son múltiples e incluyen presiones de tipo familiar y cultural, predisposición genética/desajustes biológicos y trastornos emocionales y de la personalidad.

A continuación, se presenta una explicación de los factores principales e importantes (Gorab, 2005; Serrato, 2001):

- Factores predisponentes
- Factores precipitantes o desencadenantes
- Factores mantenedores

2.6.1. Factores predisponentes

Son aquellos que ponen en riesgo de padecer algún TCA, aunque no por tenerlos se padecerá de alguno de estos trastornos.

Factores individuales:

- Biológicos
 - Sexo: las mujeres tienen mayor riesgo de padecer algún TCA. Existe una proporción de 10 mujeres por cada hombre padece anorexia nerviosa, y de 6 por cada uno presenta bulimia.
 - Edad: los TCA se presentan principalmente en la adolescencia o en la juventud temprana, en edades que suelen situarse entre los 9 y los 25

años. La bulimia nerviosa tiene un comienzo más tardío, alrededor de los 18 o 20 años de edad.

- Psicológicos: los trastornos de la personalidad frecuentemente acompañan los TCA. Se ha encontrado que las jóvenes anoréxicas presentan rasgos de personalidad obsesiva-compulsiva, introversión, rigidez, timidez, irritabilidad, así como una autoexigencia muy elevada.

Por su parte, las bulímicas presentan frecuentemente un trastorno antisocial y trastorno límite de la personalidad, que se caracteriza por la inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, una notable impulsividad y ansiedad.

Factores familiares:

Se trata de casos de familias conflictivas, desorganizadas, críticas, poco unidas, con incapacidad para establecer relaciones de mutua ayuda.

Las personas con TCA pueden ser consecuencia de una familia enferma en su conjunto, que exige por lo tanto un tratamiento global mediante una terapia familiar.

Es necesario explorar tanto la presencia de anorexia o bulimia nerviosas en los familiares como qué piensa y siente la persona con respecto a estos familiares, si se identifica de alguna forma con ellos, así como cuál cree que ha sido el clima familiar que ha favorecido la presencia de estas patologías y si han tenido algún tipo de tratamiento, la duración y las características del mismo. Otro punto importante es explorar el tipo de relación entre los padres, ya que la anorexia puede surgir como un

intento inconsciente de evitar una separación entre los padres (Rossi, 2010). Asimismo, el tipo de relación y tipo de madre que tiene la persona. En general, en los trastornos alimentarios, el padre puede ser muy pasivo, lejano o no estar presente, y surgir principalmente en la relación con la madre.

Dentro de los tipos de madres de personas con trastornos de alimentación de acuerdo con Bleichmar son los siguientes (2000, citado por Rossi, 2010):

- a) Madres extremadamente generosas y perfeccionistas que están pendientes de las necesidades de cada miembro de la familia, olvidándose de sus propias necesidades. Debido a esto, la madre en el fondo guarda un gran resentimiento y enojo, el cual no expresa de manera directa.
- b) Madres dominantes, controladoras e intrusivas. Estas madres utilizan a sus hijas como continentes de sus propias emociones (tanto necesidades infantiles como sexuales), a la vez que son incapaces de contener las emociones de sus propias hijas.
- c) Madres rígidas y con baja autoestima. A menudo, estas madres están casadas con hombres incapaces de darse a sí mismos, que las devalúan para suavizar la desconfianza que tienen en sus esposas; a la vez, las madres de las anoréxicas y bulímicas ocultan la baja autoestima tras la constante atención a los demás.
- d) Madres narcisistas. Las hijas de estas madres completan la estructura narcisista de la madre.

Factores socioculturales:

Actualmente existe una cultura que sobrevalora la delgadez y la imagen corporal “perfecta”, por lo que los trastornos alimentarios pueden considerarse como una enfermedad socialmente promovida.

La moda se impone con tal fuerza que influye de modo alarmante en el desarrollo de estos trastornos, los cuales pueden conducir incluso a la muerte. El modelo de mujer ideal que triunfa es un objetivo difícil para una gran proporción de chicas. La delgadez como sinónimo de éxito se impone.

Los medios de comunicación masiva, a través de las revistas, la moda, la televisión, etc, son en gran medida responsables de ejercer una influencia sociocultural que favorece la delgadez extrema y la imagen corporal “perfecta”. Esto llega a influir de tal manera en las jóvenes, que provoca una insatisfacción con la propia imagen corporal y los lleva a la búsqueda de “la delgadez a cualquier precio”.

La influencia de las revistas y la televisión en donde cada vez hay mayor número de mensajes que contienen técnicas para bajar de peso y dietas las cuales, en su mayoría, son nocivas para la salud. Al igual, la publicidad repite este ideal y nos hace asociar el perfume, el coche de lujo, determinados pantalones a una constitución (o aspecto físico) delgada.

El anhelo por la delgadez se ha convertido en un valor central de la cultura, el medio para conseguir todas las ventajas a las que asocia: belleza, elegancia, prestigio, autoestima y aceptación social, hasta que esta asociación de <<delgadez=belleza=éxito>> se asume como una verdad absoluta.

Indudablemente la moda no es la única variable. Se sabe que son necesarios varios factores para que se manifieste alguno de estos padecimientos, por lo que estas influencias culturales, junto con los demás factores predisponentes, ponen en riesgo a las jóvenes de padecer algún trastorno alimentario.

Hay sentimientos y frustraciones que se experimentan, son heridas profundas que se manifiestan a través del cuerpo. Y es necesario resolver el problema de fondo para evitar el trastorno alimentario o salir de él. Se puede decir que el trastorno es la vía final para expresar una gran variedad de problemas personales.

Según Rossi (2010), “el hecho de tener una lista de factores predisponentes no implica que las personas que por consiguiente estén en riesgo de desarrollar el trastorno, lo hagan, y en aquellos que se desarrolle, sólo algunos de dichos factores estarán presentes y se relacionarán de manera particular en cada caso” (p. 279).

2.6.2. Factores desencadenantes o precipitantes

Son aquellas situaciones que llevarán a padecer algún TCA.

- Dietas restrictivas. Realizar dietas inadecuadas y muy estrictas. Estas dietas tienen una serie de repercusiones tanto físicas como psicológicas, como sufrir problemas de concentración, hablar y pensar continuamente en comida, padecer depresión, ansiedad, e irritabilidad y tener tendencia al aislamiento social.

También se pueden presentar trastornos del sueño, trastornos gastrointestinales, reducción de la temperatura corporal y el ritmo cardíaco.

- **Obesidad.** Es otro factor que puede desencadenar alguno de estos trastornos alimentarios, sobretodo por la influencia de la publicidad y el rechazo social a las personas obesas. También puede ser resultado del trastorno por atracón, en el que se presentan atracones sin conductas compensatorias.
- **Insatisfacción con la propia imagen corporal.** Se recurre a la restricción alimentaria con el fin de adelgazar, ingresan así en la zona de riesgo de padecer un trastorno alimentario. Se agrava tanto que después se convierte en una verdadera distorsión de la imagen corporal. Esto se traduce en que las jóvenes anoréxicas se crean obesas, aunque en realidad estén muy delgadas, o incluso desnutridas. Esta situación, desgraciadamente, alimenta su enfermedad y las puede llevar a la muerte.

2.6.3. Factores mantenedores

Son aquellas conductas compensatorias e inapropiadas como los atracones, y las secuelas fisiológicas y psicológicas que no permiten salir del trastorno.

Entre los factores mantenedores se encuentran las conductas compensatorias inapropiadas como los vómitos, el uso de laxantes y diuréticos, los ayunos y dietas muy limitadas en cantidad y variedad, y el ejercicio excesivo, que al afectar la salud física y mental no permitirán adquirir consciencia de la enfermedad.

En estos trastornos se suele recurrir a los vómitos con la idea errónea de expulsar todo lo que se comió. A su vez, se pierde una gran cantidad de líquido y electrolitos. Esta pérdida de electrolitos altera la frecuencia y el ritmo cardiacos.

También se produce irritación y lesiones en el esófago y la faringe, así como un desgaste del esmalte de los dientes debido al ácido que se vomita.

Puede ocurrir también la aspiración del contenido gástrico hacia el aparato respiratorio, además del malestar físico y psicológico que se experimenta después de cada vómito.

El ayuno y las dietas restrictivas no permiten que el organismo disponga de los nutrimentos que necesita para llevar a cabo todas sus funciones vitales. El no alimentarse con una dieta adecuada afectará de tal manera el organismo que éste empezará a “autocomerse”, provocando una desnutrición.

El ejercicio excesivo provoca un gasto energético igualmente excesivo, el cual llega a desgastar incluso los huesos y los músculos, sobretodo si el aporte de nutrimentos no se incrementa en la misma medida.

2.7. Características de personalidad en los TCA

Es frecuente que los trastornos de la conducta alimentaria se presenten de forma conjunta con otros trastornos psicológicos (Puchol, 2011).

Se destacan los trastornos de personalidad, como la presencia del trastorno de evitación en la anorexia y la personalidad borderline en la bulimia. En ambos, según algunas investigaciones, se suele presentar el trastorno narcisista de la personalidad (Puchol, 2011).

Los trastornos de ansiedad son muy comunes en los trastornos de alimentación. Las fobias y el trastorno obsesivo-compulsivo usualmente preceden al surgimiento de

un trastorno de alimentación, mientras que los trastornos de pánico suelen producirse con posterioridad. La aparición de fobia social suele ser recurrente en este tipo de pacientes (Puchol, 2011).

Es frecuente que la comida se convierta en un “refugio” frente a los problemas de la vida diaria y ante los que la persona opta por huir y/o evitar el afrontamiento directo (Puchol, 2011).

De igual forma, los trastornos depresivos suelen ser una consecuencia lógica del desarrollo de la enfermedad, afectando no sólo al individuo sino que se extiende con especial intensidad al resto de la familia. Las sensaciones de tristeza, aislamiento e inadecuación son comunes en el individuo, y en la familia es común observar sentimientos de culpabilidad ante el origen y desarrollo de este tipo de trastornos (Puchol, 2011).

Tanto por la propia complejidad de la enfermedad como por la habitual comorbilidad con otros trastornos psicológicos es de especial importancia su pronta detección y posterior tratamiento por profesionales especializados.

2.8. Otros factores relevantes

En algunas personas que sufren este tipo de trastornos, ciertas sustancias bioquímicas presentes en el cerebro, mediadoras de la sensación del hambre o de los procesos digestivos, han presentado diferencias con respecto a la población que no sufre este tipo de trastornos. Sin embargo, la determinación exacta de su responsabilidad y las implicaciones prácticas continúan bajo investigación (Puchol, 2001).

2.9. Panorama actual y población de riesgo

La incidencia de la enfermedad ha aumentado de forma muy rápida en las dos últimas décadas (Riobó, 2011).

Actualmente, en la mayoría de las escuelas, institutos y facultades hay algún caso de TCA y, pueden extenderse como una epidemia (Riobó, 2011). El papel que juegan los factores que se explicaron con anterioridad (publicidad, revistas, radio, anuncios y la sociedad en general) presionan en este sentido que supone un conflicto entre lo ideal y la realidad e interfiere en la vida cotidiana.

Según la Secretaría de Salud (2012) los trastornos alimenticios se inician o presentan principalmente en adolescentes desde los 12 hasta los 25 años, y el 90-95% de las personas afectadas son mujeres quienes padecen anorexia y bulimia. Se estima que una de cada 250 a 300 en este grupo de edad desarrolla la enfermedad (Riobó, 2011). Hace unos años se decía que afectaban sobretudo a chicas de nivel sociocultural medio-alto. Sin embargo, actualmente esta preferencia por la clase social alta casi se ha perdido y afecta a todas las clases sociales (Riobó, 2011), además representan focos de atención hacia las instituciones de salud, escolares y la familia (Esquivel, 2005).

Asimismo, también está en aumento el nivel de información de las familias y de las propias jóvenes, lo que posibilita la detección precoz del problema y aumenta las posibilidades de curación.

Por ejemplo, el artículo de Laura González Macías, Claudia Unikel, et al, en su investigación realizada en 2003, *“Personalidad y Trastornos de la Conducta*

Alimentaria”, cuyo objetivo fue describir las características de la personalidad que pudieran condicionar la conducta alimentaria y su comorbilidad con otros padecimientos psiquiátricos.

En la anorexia nerviosa restrictiva prevalecen los patrones de conducta temerosa y ansiosa, relacionados más comúnmente con los trastornos de personalidad por evitación y dependencia. Las pacientes anoréxicas compulsivo-purgativas comparten con las bulímicas formas de conducta impulsiva, expresiva, emotiva e inestable, que van de la mano con los trastornos de personalidad limítrofe e histriónica.

Con base en las características de elevado neuroticismo y evitación del daño, se vuelve notoria la diferencia temperamental entre los dos principales tipos de trastorno alimentario. Así, mientras que en la anorexia nerviosa predomina la dimensión de persistencia, en la bulimia nerviosa, es más evidente la impulsividad. En conclusión, se encontró un alto porcentaje de factores de riesgo de la personalidad para desarrollar anorexia nerviosa o bulimia nerviosa; algunos de éstos se relacionan con otros trastornos psiquiátricos. El perfeccionismo y la autoevaluación negativa parecen ser una característica particular como antecedente para ambos trastornos.

Sin embargo, mientras que las pacientes con anorexia nerviosa parecen mostrar una alta persistencia, las pacientes bulímicas parecieran mostrar un temperamento impulsivo. De acuerdo con el modelo de Cloninger, tanto la anorexia como la bulimia presentan bajos puntajes en autodirección.

2.10. Cambios físicos en los TCA

En este tipo de trastornos existen graves daños médicos, psicológicos y psiquiátricos, en gran medida como resultado de la pérdida de peso y la desnutrición.

En la anorexia las alteraciones físicas que suelen presentarse son (Gorab, 2005,):

- ✓ Ausencia de menstruación por tres meses consecutivos (amenorrea)
- ✓ Manos y pies fríos
- ✓ Estreñimiento
- ✓ Piel seca, resequedad y caída del cabello
- ✓ Dolor de cabeza
- ✓ Mareo
- ✓ Desvanecimientos o desmayos
- ✓ Osteoporosis
- ✓ Presión arterial baja
- ✓ Disminución de la frecuencia cardíaca estando en reposo
- ✓ Calambres
- ✓ Debilidad muscular
- ✓ Deshidratación
- ✓ Retraso o detención del desarrollo de la pubertad
- ✓ Coloración azulada de los dedos de los pies y manos por deficiente aporte de oxígeno
- ✓ Pérdida de masa muscular y
- ✓ Retención de líquidos

La mayoría de las personas con el problema de salud de bulimia, se encuentran dentro del peso considerado normal, a pesar de que algunos presentan ligeras desviaciones por encima o por debajo de la normalidad (Gorab, 2005).

Entre las alteraciones físicas están (Gorab, 2005):

- ✓ Letargo
- ✓ Calambres
- ✓ Alteraciones en la frecuencia cardiaca, sobre todo arritmias o retención de líquidos
- ✓ Evacuaciones líquidas
- ✓ Trastornos menstruales
- ✓ En algunas ocasiones ausencia de la menstruación por tres meses consecutivos (amenorrea)
- ✓ Mostrar dependencia a laxantes
- ✓ Conservación o aumento de peso
- ✓ Disminución o pérdida del esmalte dental
- ✓ Trastornos del esófago por acidez de los contenidos gástricos
- ✓ Presentan callos o cicatrices en la superficie dorsal de la mano

2.11. Cambios psicológicos en los TCA

El carácter de la persona anoréxica cambia radicalmente. Entre las principales manifestaciones de tipo psicológico en la anorexia se encuentran (Gorab, 2005):

Cuando es de tipo restrictiva:

- ✓ Ánimo deprimido
- ✓ Retraimiento social
- ✓ Irritabilidad
- ✓ Baja autoestima e
- ✓ Insomnio

De manera general, se puede decir que se tienen las siguientes manifestaciones (Gorab, 2005):

- ✓ Gran necesidad de controlar el entorno
- ✓ Pensamiento inflexible
- ✓ Imagen corporal distorsionada
- ✓ Baja autoestima
- ✓ Carácter de voluntad fuerte y determinado
- ✓ Carácter desconfiado
- ✓ Sensación abrumadora de inutilidad
- ✓ Conducta autodestructiva
- ✓ Dificultad para concentrarse
- ✓ Irritabilidad
- ✓ Pensamientos obsesivos acerca de alimentos, comidas y silueta corporal
- ✓ Poca espontaneidad social
- ✓ Restricción de la expresividad emocional

Las personas del subtipo compulsivo-purgativo tienen más probabilidades de presentar (Gorab, 2005):

- ✓ Problemas de control de impulsos
- ✓ Abusos de alcohol
- ✓ Más labilidad emocional

Por otro lado, en la bulimia se presentan las siguientes manifestaciones de tipo psicológico (Gorab, 2005):

- ✓ Sentimiento de culpa
- ✓ Depresión
- ✓ Ansiedad
- ✓ Confusión
- ✓ Dependencia y abuso de sustancias

En los casos de tipo purgativo, hay más síntomas depresivos y una mayor preocupación por el peso y la silueta corporal (Gorab, 2005).

2.12. Clasificación de acuerdo a los criterios diagnósticos del DSM-IV TR para los Trastornos Alimenticios

Los trastornos alimentarios se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria (DSM-IV-TR, 2002).

La **anorexia nerviosa** 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. Una característica esencial de la

anorexia nerviosa y de la bulimia nerviosa es la alteración de la percepción de la forma y el peso corporales. Se incluye también la categoría de trastorno de la conducta alimentaria no especificado (DSM-IV-TR, 2002).

- Anorexia (subtipos)

Pueden usarse los siguientes subtipos para especificar la presencia o la ausencia de atracones o purgas durante los episodios de anorexia nerviosa:

Tipo restrictivo. Este subtipo describe cuadros clínicos en los que la pérdida de peso se consigue haciendo dieta, ayunando o realizando ejercicio intenso. Durante los episodios de anorexia nerviosa, estos individuos no recurren a atracones ni a purgas.

Tipo compulsivo/purgativo. Este subtipo se utiliza cuando el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (o ambos). La mayoría de los individuos que pasan por los episodios de atracones también recurren a purgas, se provocan el vómito o utilizan diuréticos y laxantes de manera excesiva. Existen algunos casos incluidos en este subtipo que no presentan atracones, pero que suelen recurrir a purgas, incluso después de ingerir pequeñas cantidades de comida. Parece ser que la mayoría de las personas pertenecientes a este subtipo recurren a conductas de esta clase al menos semanalmente, pero no hay suficiente información para poder determinar una frecuencia mínima.

Criterios para el diagnóstico de F50.0 Anorexia nerviosa [307.1]

- A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (por ejemplo, pérdida

de peso que da lugar a un peso inferior del 85% del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable).

- B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- D. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, como la administración de estrógenos).

Especificar el tipo:

Tipo restrictivo: Durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (por ejemplo, provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos).

Tipo no purgativo: Este subtipo describe cuadros clínicos en los que la enferma ha empleado otras técnicas compensatorias inapropiadas, como ayunar o

practicar ejercicio intenso, pero no se ha provocado el vómito ni ha hecho un mal uso de laxantes, diuréticos durante el episodio.

Criterios para el diagnóstico de F50.2 Bulimia nerviosa [307.51]

A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:

- (1) ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (por ejemplo, en un periodo de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo de tiempo similar y en las mismas circunstancias.
- (2) sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (por ejemplo, sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).

B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso de laxantes, diuréticos, u otros fármacos; ayuno y ejercicio excesivo.

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

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

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

Especificar tipo:

Tipo purgativo: Durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos en exceso.

Tipo no purgativo: Durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras técnicas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos en exceso.

F50.9 Trastorno de la conducta alimentaria no especificado [307.50]

La categoría trastorno de la conducta alimentaria no especificada se refiere a los trastornos de la conducta alimentaria que no cumplen los criterios para ningún trastorno de la conducta alimentaria específica. Algunos ejemplos son:

1. En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, pero las menstruaciones son regulares.

2. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad.

3. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de dos veces por semana o durante menos de tres meses.

4. Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (por ejemplo, provocación del vómito después de haber comido dos galletas).

5. Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.

6. Trastorno por atracón: Se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa.

Criterios de investigación para el trastorno por atracón

A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por las dos condiciones siguientes:

(1) ingesta, en un corto periodo de tiempo (por ejemplo, en dos horas), de una cantidad de comida definitivamente superior a la que la mayoría de gente podría consumir en el mismo tiempo y bajo circunstancias similares.

(2) sensación de pérdida del control sobre la ingesta durante el episodio (por ejemplo, sensación de que uno no puede parar de comer o controlar qué o cuánto está comiendo).

B. Los episodios de atracón se asocian a tres (o más) de los siguientes síntomas:

- (1) ingesta mucho más rápida de lo normal
- (2) comer hasta sentirse desagradablemente lleno
- (3) ingestas de grandes cantidades de comida a pesar de no tener hambre
- (4) comer a solas para esconder su voracidad
- (5) sentirse a disgusto con una misma, depresión o gran culpabilidad después del atracón

C. Profundo malestar al recordar atracones

D. Los atracones tienen lugar, como media, al menos dos días a la semana durante seis meses.

Nota: El método para determinar la frecuencia difiere del empleado en el diagnóstico de la bulimia nerviosa; futuros trabajos de investigación aclaran si el mejor método para establecer un umbral de frecuencia debe basarse en la cuantificación de los días en que hay atracones o en las cuantificaciones de su número.

F. El atracón no se asocia a estrategias compensatorias (por ejemplo, purgas, ayuno, ejercicio físico excesivo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de una anorexia nerviosa o una bulimia nerviosa.

2.13. Diferentes tratamientos de los TCA

Evaluación Inicial

Es relativamente fácil llegar al diagnóstico alimentario si se toma en cuenta la presencia de los criterios de estos trastornos antes especificados.

Se recomienda también lo siguiente (Unikel, 2010):

- 1) Determinar si existe conciencia de la enfermedad y el grado de motivación al cambio por parte del paciente.
- 2) Explorar si el paciente entiende el origen y desarrollo de su padecimiento.
- 3) Identificar los estresores que exacerban los síntomas.
- 4) Se puede hacer uso de algunos cuestionarios para complementar la evaluación.

Otros síntomas y conductas que pueden ser evaluadas en los pacientes con trastornos alimentarios (Unikel, 2010):

- 1) Estado de ánimo predominante
- 2) Ansiedad
- 3) Obsesiones y compulsiones diferentes de la sintomatología alimentaria
- 4) Abuso de alcohol o de sustancias
- 5) Autolesiones sin intención suicida (cortadas, quemaduras, jalones de cabello, pellizcos, golpes)

- 6) Conductas impulsivas como robar, juego patológico, conductas de riesgo para su integridad física o para la de los demás
- 7) Rasgos de la personalidad

Historia del trastorno alimentario

- 1) Evaluar episodios, tratamientos previos y la respuesta a los mismos.

Desarrollo e historia psicosocial

- 1) Abuso sexual o abuso físico
- 2) Historia sexual
- 3) Conflictos interpersonales relevantes para comprender y tratar el trastorno alimentario.

Aspectos familiares

- 1) Historia familiar de trastornos alimentarios, otros trastornos psiquiátricos y de obesidad
- 2) Actitudes de la familia hacia el trastorno, actitudes hacia la alimentación en general, el ejercicio y la apariencia física
- 3) La respuesta de la familia ante el trastorno alimentario (rechazo, sobreprotección, etc)
- 4) Dinámica familiar

Manejo psicológico

Es muy importante que los pacientes con un trastorno alimentario o con conductas alimentarias de riesgo reciban información psicoeducativa al inicio del tratamiento. Algunas pacientes, con un periodo breve de inicio de los síntomas, se pueden ver beneficiadas de una intervención psicoeducativa e incluso remitir el trastorno con esta intervención. Se asume que los pacientes persistirán menos en los síntomas si se les hace consciente de los factores que los perpetúan. Esta aproximación asume que la responsabilidad del cambio recae sobre el paciente, con el objetivo de incrementar la motivación y la conciencia de enfermedad y reducir la resistencia al cambio.

Aunque la terapia cognitivo-conductual es la psicoterapia de primera elección para los TCA, existe evidencia que los tratamientos breves con orientación psicoeducativa por sí mismos pueden provocar cambios significativos en la mayoría de los pacientes (Unikel, 2010).

Las intervenciones psicoeducativas consisten en pláticas educativas que se proporcionan tanto a los pacientes que padece la enfermedad, como a familiares. Es requisito para los pacientes con TCA y la familia que permanezcan en tratamiento.

La terapia cognitivo-conductual y otros tipos de terapia de tipo cognoscitivo con un manejo multidisciplinario, son más eficientes cuando la persona se encuentra en acción, ya que requiere de un grado importante de compromiso (Unikel, 2010). Dado que los trastornos alimentarios son autoperpetuantes, es difícil romper el círculo vicioso en el que las personas se encuentran atrapadas. Es importante que el

profesional logre que el paciente confíe en él, ya que no hay una manera más sencilla ni menos dolorosa de recuperarse del trastorno.

En esta etapa se regulariza la forma de comer y se utilizan estrategias para evitar los atracones y las conductas compensatorias.

Por otro lado, Sherman (1999) menciona que por lo general, el tratamiento debe dirigirse a los aspectos conductuales, cognoscitivos y emocionales de los trastornos alimentarios. Esto es, las metas conductuales, requerirán de una significativa reducción en las conductas de excesos en la comida y las purgas. Deben, a la vez, incluir la reducción de conductas compulsivas relacionadas con el peso y la forma de comer (p. 137).

El tratamiento también debe incluir el reaprendizaje de conductas alimentarias más normales. Además dos elementos son esenciales para efectuar cambios conductuales terapéuticos: planeación de comidas e instrucción dietética para proporcionar la estructura y la información necesarias para tener una alimentación normal (Sherman, 1999).

Las metas de tratamiento en el campo cognoscitivo deben necesariamente incluir la reducción del menosprecio, insatisfacción y distorsión del cuerpo, para restablecer el significado en su vida. La parte afectiva o emocional es la más importante y difícil de cambiar, se debe incrementar la expresión abierta de emociones, y ocuparse de la familia. Por último, se deben realizar esfuerzos continuos para incrementar la autoestima, es decir, mejorar el aspecto de cómo se siente consigo misma. Ningún aspecto del tratamiento es más importante.

Una vez que se ha regularizado la forma de comer y cortado los síntomas del trastorno alimentario, es importante planificar estrategias para reaccionar en situaciones de estrés para prevenir los síntomas y también si surge la necesidad de volver a los mismos.

Y finalmente, cuando las conductas alimentarias ya no representan ninguna tentación o amenaza para la persona, las conductas no volverán y se puede tener confianza en que la persona no va a recaer, pero es primordial entrenar al paciente en la prevención de recaídas.

En este capítulo se revisaron las diferentes definiciones del concepto de conducta alimentaria que aportan diferentes autores, en qué consisten las CAR, el panorama general de la alimentación, así como los factores que intervienen en el desarrollo de los TCA, además de definir y describir los TCA en conjunto con los criterios diagnósticos y el posible tratamiento. En el siguiente capítulo se hablará de la metodología utilizada para responder a la pregunta de investigación.

CAPÍTULO 3
METODOLOGÍA

Para poder cubrir los objetivos planteados anteriormente y responder a las preguntas de investigación se aplicaron dos instrumentos que permitieron evaluar los rasgos de la personalidad y la tendencia al desarrollo a los TCA, donde se consideraron variables como: edad, carrera, semestre y universidad.

3.1. Paradigma de investigación

Esta investigación fue de tipo cuantitativo que “utiliza la recolección y el análisis de datos para contestar preguntas de investigación y probar hipótesis establecidas previamente, y confía en la medición numérica, el conteo y frecuentemente en el uso de la estadística para establecer con exactitud patrones de comportamiento en una población” (Hernández Sampieri, et al., 2003, p. 10).

3.2. Tipo de estudio

El tipo de estudio fue descriptivo. Según Hernández Sampieri (2010) los estudios descriptivos son aquellos que buscan:

“Decir cómo es y cómo se manifiesta determinado fenómeno”... [...] buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Miden, evalúan o recolectan datos sobre diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno investigado”. (p. 117).

3.3. Diseño

Fue un diseño no experimental de tipo transversal descriptivo.

3.4. Problema de investigación

¿Qué rasgos de personalidad predominan en las estudiantes universitarias de 18 a 26 años con tendencia a desarrollar TCA?

3.5. Objetivo y propósito

Al realizar la presente investigación se plantearon los siguientes objetivos y propósito.

3.5.1. Objetivo general

Identificar los rasgos de personalidad que predominan en estudiantes universitarias de 18-26 años con tendencia a desarrollar TCA.

3.4.2. Objetivos específicos

- ✓ Definir el concepto personalidad
- ✓ Analizar diferentes perspectivas acerca de la personalidad
- ✓ Revisar el concepto de rasgo
- ✓ Explicar el concepto de conducta alimentaria
- ✓ Describir los factores asociados y las conductas de riesgo de los TCA
- ✓ Conocer los rasgos de la personalidad que pueden presentar las jóvenes con tendencia a desarrollar los TCA

- ✓ Aplicar los instrumentos para medir los posibles rasgos de personalidad y la prevalencia a desarrollar los TCA en las jóvenes

3.4.3. Propósito

Aportar información acerca de las universitarias con una posible tendencia a desarrollar TCA y los rasgos de personalidad que pueden o no predominar en la misma y como medida de prevención.

3.6. Hipótesis

Una investigación descriptiva no forzosamente parte del establecimiento de una hipótesis (García, 2006). García (2006), menciona que, sino se tiene una hipótesis de investigación se debe realizar señalando un objetivo, de conocimiento, es decir, el proceso se efectúa con el objetivo de conocer algún aspecto de dicho objeto. Sin embargo, al realizar esta investigación se pudieron plantear las siguientes hipótesis.

3.6.1. Hipótesis de investigación

Hi₁: El rasgo de neuroticismo predomina en las estudiantes universitarias de 18 a 26 años con tendencia a desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria.

Hi₂: El rasgo de extraversión predomina en las estudiantes universitarias de 18 a 26 años con tendencia a desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria.

3.6.2. Hipótesis nula

H₀₁: El rasgo de neuroticismo no predomina en las estudiantes universitarias de 18 a 26 años con tendencia a desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria.

H₀₂: El rasgo de extraversión no predomina en las estudiantes universitarias de 18 a 26 años con tendencia a desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria.

3.7. Definición conceptual y operativa

Para este trabajo, se utilizaron las siguientes definiciones conceptuales y operacionales de las variables de investigación.

***Rasgos de Personalidad:**

Aquellos patrones de conducta actuales y potenciales del sujeto que se van configurando en base a la estructura física y fisiológica que se trae al nacer (dotación genética) y a las experiencias de aprendizaje a la que se ve sometido en el ambiente familiar y en las interrelaciones que establecen en el medio sociocultural (Mori, 2000). Para su medición, se utilizaron los puntajes obtenidos en el Inventario de Personalidad de Eysenck, de acuerdo a los criterios señalados por la misma prueba.

***Predisposición a Trastornos de la Conducta Alimentaria:**

Tendencia de un sujeto a presentar alteraciones graves de la conducta alimentaria y el comportamiento relacionado con los hábitos de alimentación, la selección de los alimentos que se ingieren y las cantidades ingeridas. Para su

medición, se utilizaron las cinco escalas seleccionadas del Inventario de Desórdenes Alimenticios (EDI-2) (obsesión por la delgadez, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo y miedo a la madurez) y se calificaron de acuerdo a lo establecido en la metodología de esta investigación.

3.8. Instrumentos

Cuestionario de Personalidad de Eysenck (EPI)

Esta prueba consta de 3 escalas: E (dimensión introversión-extroversión), N (neuroticismo: eje estabilidad emocional-emocionalidad) y S (sinceridad).

Las dos escalas se califican de 0 a 1, con opción de respuesta Si-No. El puntaje máximo es de 24.

Es importante considerar que se usó la adaptación española del instrumento en conjunto con las normas, para su calificación e interpretación, por ser a la que se tuvo acceso.

Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria

Consta de 91 reactivos que evalúan 11 escalas que son clínicamente relevantes en el caso de los trastornos de la conducta alimentaria (Obsesión por la delgadez, Bulimia, Insatisfacción Corporal, Ineficacia, Perfeccionismo, Desconfianza Interpersonal, Consciencia Introspectiva, Miedo a la Madurez, Ascetismo, Impulsividad e Inseguridad Social).

Para este trabajo se seleccionaron cinco de las escalas, las cuales se adaptan más al objetivo, para lo que se tomó en cuenta los criterios del DSM IV-TR y lo que describe la literatura de cada uno de los TCA.

-Obsesión por la delgadez: Es la manifestación clínica de querer estar más delgada con un fuerte temor a la gordura. Los elementos de esta escala se refieren a la preocupación por el peso, las dietas y el miedo a engordar.

-Insatisfacción corporal: Evalúa la satisfacción de la persona con las formas generales de su cuerpo o con las de aquellas partes del mismo que más le preocupan.

-Ineficacia: Valora el sentimiento de incapacidad general, inseguridad, auto-desprecio y falta de control sobre la propia vida.

-Perfeccionismo: Evalúa el grado en el que el sujeto cree que sus resultados personales deberían ser mejores.

-Miedo a la madurez: Estima el deseo de volver a la seguridad de la infancia. La persona piensa que ésta regresión le puede proporcionar alivio frente a la confusión de la adolescencia y los conflictos familiares.

Cada escala presenta una puntuación continua y cuanto mayor es la puntuación obtenida, mayor será la manifestación del rasgo evaluado. Los datos son presentados con una puntuación de 6 a 62, separados en rangos de (6 a 22) “casos con bajo riesgo”, (23 a 42) “casos de medio riesgo” y de (43 a 62) “casos de riesgo alto”.

3.9. Población

Estudiantes universitarias de 18-26 años de diferentes carreras y semestres.

3.10. Muestra

No probabilística. Éste es un procedimiento en el cual no hay forma de estimar la probabilidad de que cada elemento sea incluido en la muestra (Cozby, 2005).

150 alumnas universitarias de 18-26 años.

Sujetos voluntarios: El muestreo accidental puede considerarse un método de “tómalo donde los encuentres” para obtener participantes y pedir a los de alrededor o dentro de los salones de clase que participen (Cozby, 2005).

3.11. Escenario

Los instrumentos utilizados se aplicaron de forma colectiva en los salones de clase en las instituciones donde tuve acceso. También se aplicó en pasillos y tiempo libre de las estudiantes.

3.12. Procedimiento

Se fue a cada una de las universidades donde fue posible la aplicación siendo esta de manera colectiva para obtener la mayor cantidad de personas.

La adaptación de las subescalas de Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria y el Inventario de Personalidad de Eysenck se aplicaron directamente a las estudiantes conformado por los protocolos de aplicación y cada una de las respuestas dadas se anotaron en el mismo.

Los grupos fueron de carreras y semestres distintos. La muestra se seleccionó al azar, donde se pidió su participación de manera voluntaria y se les recordó que toda la información que proporcionaran era confidencial.

3.13. Análisis de Datos

La revisión de los datos se realizó mediante el programa de SPSS versión 22.0 de la siguiente manera:

- Análisis de distribución de frecuencias: se utilizó para calcular cómo se conformó la muestra tomando en cuenta las variables de edad, semestre y carrera, además de obtener los puntajes de los instrumentos aplicados.
- Se establecieron rangos para poder discriminar del total de la muestra aquellas estudiantes que presentaron una predisposición a algún tipo de TCA y así determinar qué rasgos de personalidad presentaron de acuerdo con el otro instrumento. Quedando de la siguiente manera:

0-22 Bajo Riesgo

23-42-Medio Riesgo

43-63 Alto Riesgo

Para lo cual se conformaron tres grupos y se consideró el puntaje mínimo y máximo de las estudiantes encuestadas para obtener dichos rangos.

- Análisis T de Student para grupos independientes: ayudó para medir la diferencia significativa entre grupos altos-bajos y altos-medio respecto a sus medias, permitiendo establecer si había diferencias significativas entre aquellos sujetos que podían obtener una calificación alta de los que no.
- Alfa de Cronbach: Proporcionó la confiabilidad de las subescalas utilizadas del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2). El resultado esperado era un valor que se aproximara a 1.
- Análisis de distribución de Frecuencias: se utilizó para calcular que rasgos de personalidad predominaron en las estudiantes que tuvieron altos puntajes en la tendencia a desarrollar TCA. Así como para saber qué resultados se obtuvieron en las escalas del EDI-2.

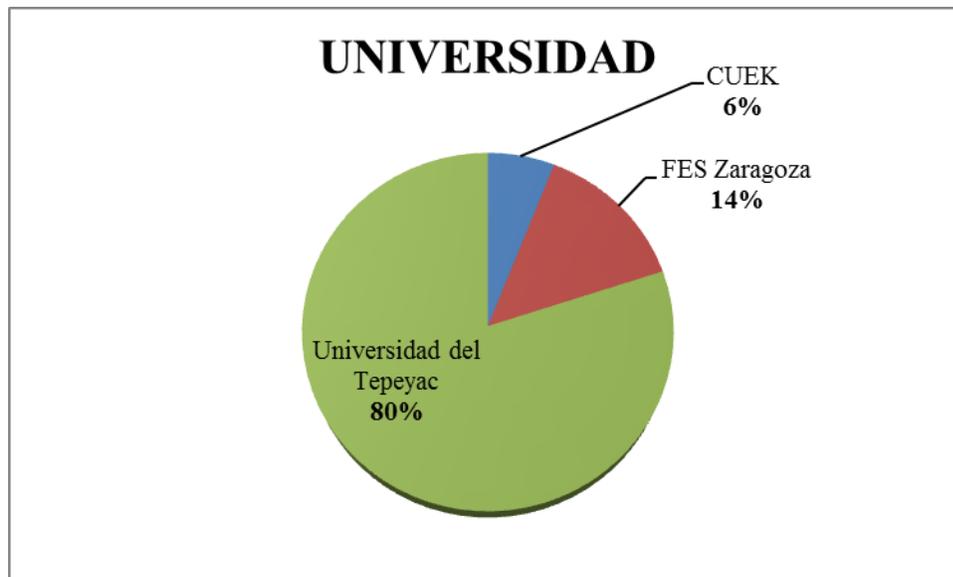
En este capítulo se abordó la metodología que se siguió para responder a la pregunta de investigación. Los resultados obtenidos se revisarán a continuación.

CAPÍTULO 4
RESULTADOS

4.1. Descripción de la muestra

Las 150 estudiantes universitarias conformaron el total de la muestra que se requirió para la aplicación del instrumento y quedó distribuida de la siguiente forma: 9 estudiantes del Centro Universitario Emmanuel Kant, 21 estudiantes de la FES Zaragoza y 120 de la Universidad del Tepeyac, representadas en la gráfica 4.1.

Gráfica 4.1.-Integrantes de la muestra

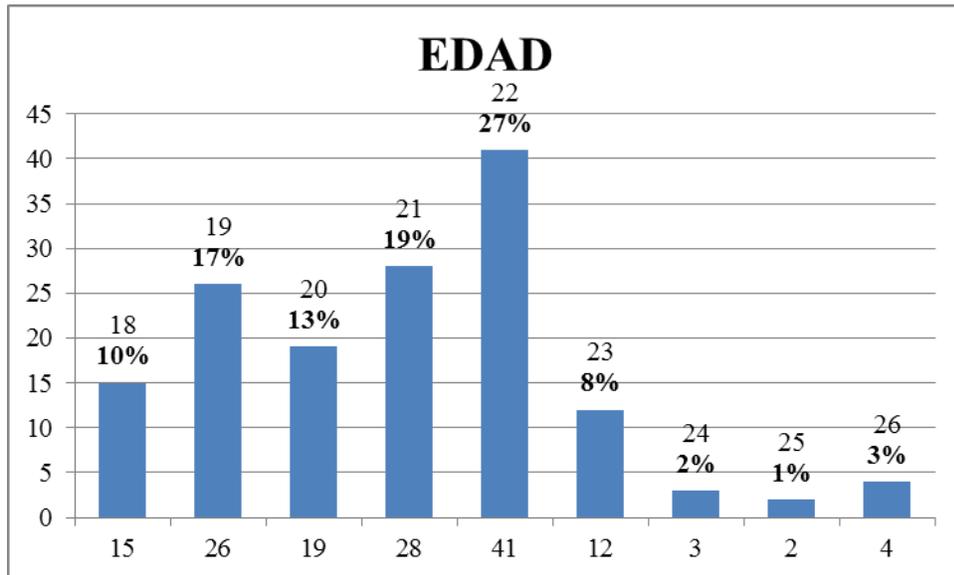


4.2. Características de la muestra

De los datos socio-demográficos, se obtuvo la siguiente información:

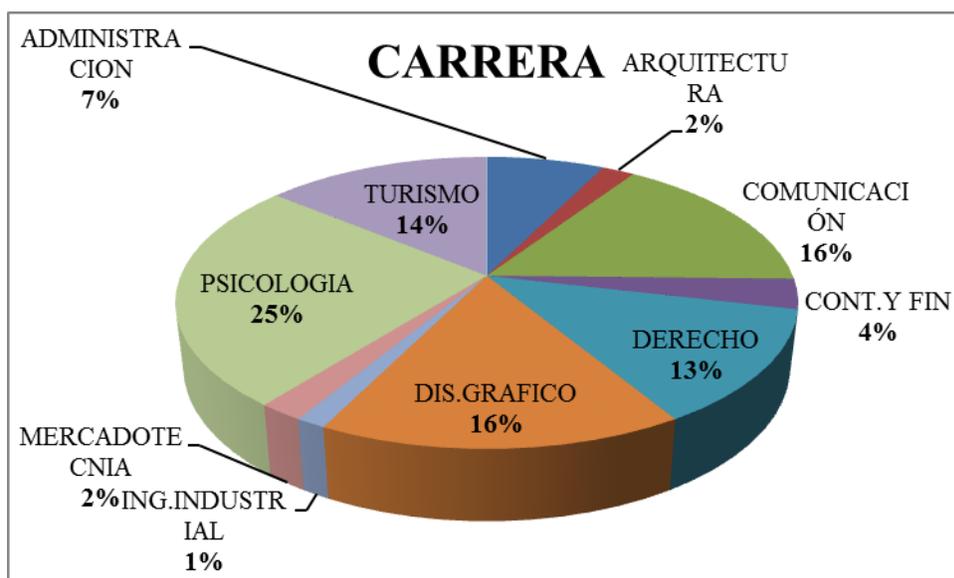
- Edad: se registraron edades comprendidas entre los 18 y 26 años distribuidos en la siguiente gráfica:

Gráfica 4.2.-Edad



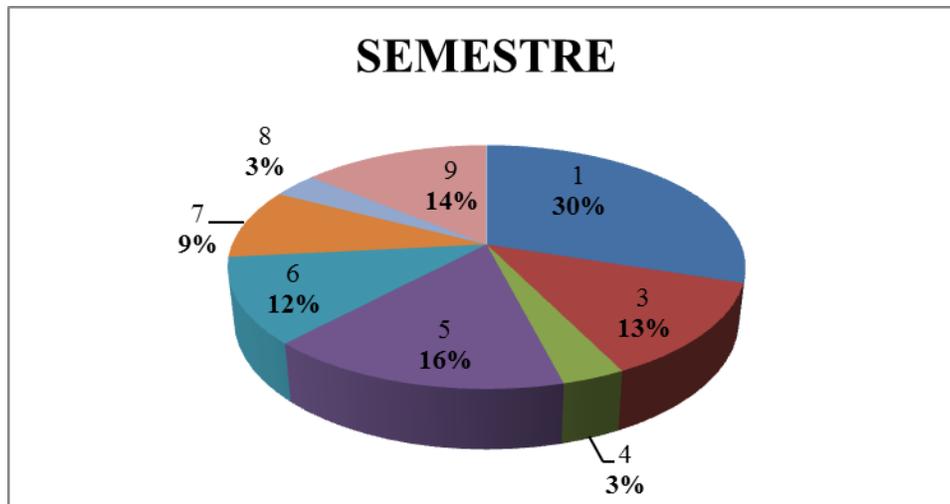
- Carrera: las carreras que participaron son las siguientes: Administración (11), Arquitectura (3), Ciencias y Técnicas de la Comunicación (24), Contaduría y Finanzas (5), Derecho (19), Diseño Gráfico (24), Ingeniería Industrial (2), Mercadotecnia (3), Psicología (38) y Turismo (21).

Gráfica 4.3.-Carrera



- Semestre: en cuanto al semestre se distribuyó de la siguiente manera: 1° semestre (45), 3° semestre (19), 4° semestre (5), 5° semestre (17), 6° semestre (5), 7° semestre (24), 8° semestre (14) y 9° semestre (21).

Gráfica 4.4.-Semestre



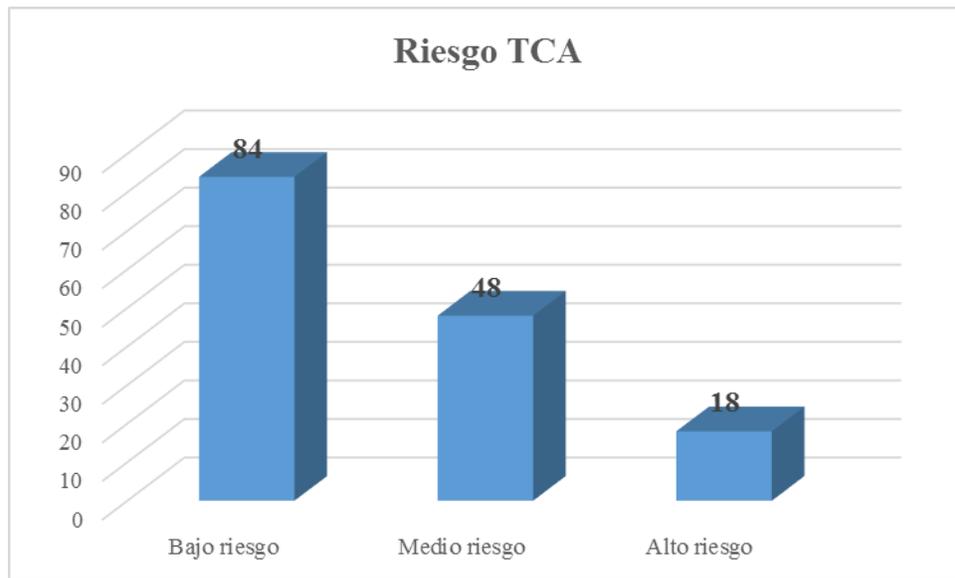
4.3. Análisis de Resultados

Análisis de Confiabilidad

Se realizó el análisis de confiabilidad para cinco de las subescalas utilizadas del Inventario de Trastornos Alimenticios (EDI-2) para identificar su consistencia mediante el método de Alfa de Cronbach que se acercaron más al objetivo de la presente investigación; el resultado obtenido fue un coeficiente de confiabilidad de **.813**, lo que quiere decir que los resultados arrojados fueron consistentes (Shaughnessy, 2007).

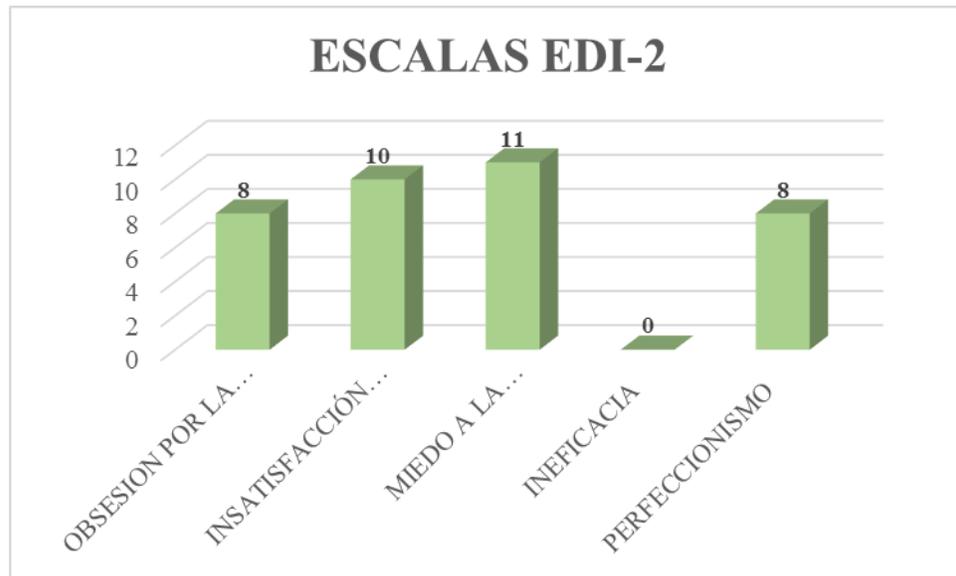
Para poder discriminar entre el total de la muestra a aquellas estudiantes universitarias de 18 a 26 años que presentaron la tendencia a desarrollar algún tipo de TCA de las que no, se conformaron tres grupos, cuyas frecuencias se presentan a continuación:

Gráfica 4.5.-Riesgo TCA



De las 18 estudiantes universitarias dentro del grupo de alto riesgo presentaron niveles altos en cuatro de las cinco escalas que se utilizaron para medir la tendencia a desarrollar algún tipo de TCA y cuyos resultados se muestran a continuación:

Gráfica 4.6-Escalas EDI-2



Los resultados muestran que hay una mayor presencia de miedo a la madurez e insatisfacción corporal, seguido de obsesión por la delgadez y perfeccionismo mientras que no se presentaron signos de ineficacia.

Análisis T de student

Se buscó determinar si existe diferencia significativa entre las medias de los grupos alto-bajo. Se obtuvieron 14.44 para el grupo bajo y 47.67 para el grupo alto respectivamente (Ver Tabla 4.1).

Tabla 4.1. Diferencias entre universitarias de 18 a 26 años con alto y bajo riesgo a desarrollar TCA

	RiesgoTCA	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
SUMA1	Bajo riesgo	84	14.44	4.419	.482
	Alto riesgo	18	47.67	6.269	1.478

Mediante el análisis de la prueba T se observó que sí hay una diferencia significativa en los puntajes medios de las estudiantes que obtuvieron puntaje bajo de los que obtuvieron puntaje alto, lo que sugiere que las características de ambos grupos difieren considerablemente ($t=26.74$, $gl=100$, $P=0.000$).

De igual manera en el grupo alto-medio se tuvieron diferencias significativas entre sus medias de 47.67 para el grupo medio y 29.23 para el grupo alto (Ver cuadro 2).

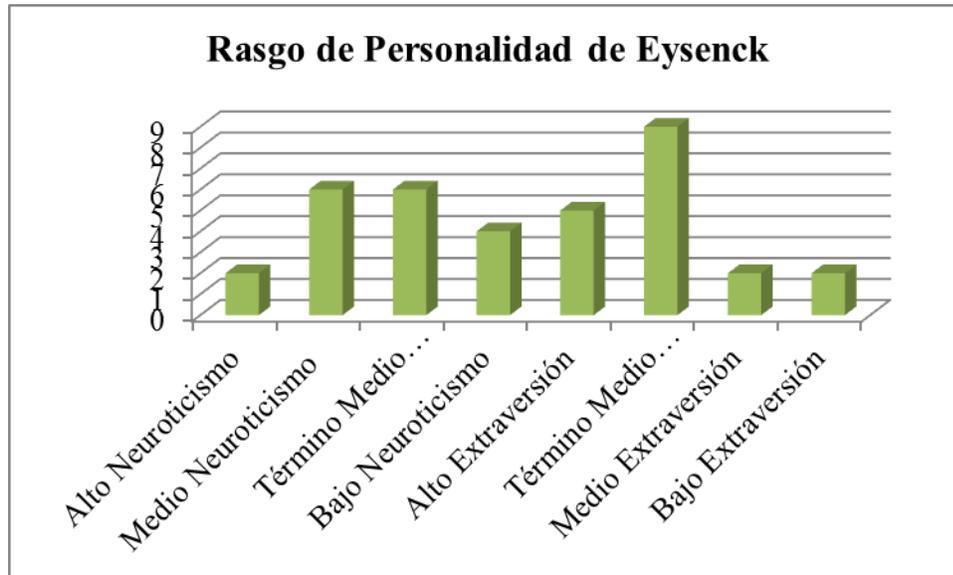
Tabla 4.2. Diferencias entre universitarias de 18 a 26 años con alto y medio riesgo a desarrollar TCA

	RiesgoTA	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
SUMA1	Medio riesgo	48	29.23	4.516	.652
	Alto riesgo	18	47.67	6.269	1.478

Estos datos sugieren que este grupo no presenta la predisposición a los TCA y que seguramente las que lo pueden desarrollar son solamente las 18 estudiantes que quedaron dentro del grupo alto ($t=13.23$, $gl=64$, $P=0.000$).

Con respecto a los rasgos de la personalidad (extroversión-neuroticismo) en el grupo con tendencia al desarrollo a algún tipo de TCA y los rasgos de personalidad, del total de la muestra 18 (12%) de las estudiantes universitarias de 18 a 26 años en el grupo de alto riesgo presentaron los siguientes rasgos de personalidad:

Gráfica 4.7.-Rasgos de personalidad de Eysenck



Los resultados muestran que hay una mayor presencia de rasgos de extraversión en las estudiantes con tendencia al desarrollo de TCA.

Con estos resultados se responde a la pregunta de investigación y se aceptó una de las hipótesis de este trabajo. A continuación se describe con más detalle cada uno de ellos, además de las conclusiones obtenidas con esta investigación.

CONCLUSIONES

La personalidad está constituida por todos aquellos patrones de conducta actuales y potenciales del sujeto que se van configurando con base en la estructura física y fisiológica que se trae al nacer (dotación genética) y a las experiencias de aprendizaje a la que se ve sometido en el ambiente familiar y en las interrelaciones que establecen en el medio sociocultural. La personalidad está constituida por disposiciones o tendencias a actuar o por conductas posibles de ser observadas (Eysenck, 1972, citado por Mori, 2002).

Por lo anterior, se puede tomar en cuenta que los rasgos de la personalidad ocupan un lugar muy importante en el origen y mantenimiento de los desórdenes de la conducta alimentaria. El sustento para estudiar la personalidad en la tendencia a los trastornos de la conducta alimentaria, se fundamenta en la observación de patrones específicos, como la baja tolerancia a la frustración y el deficiente control de impulsos en pacientes con trastornos bulímicos, o la inflexibilidad y la necesidad de control estricto en las pacientes con desórdenes del comer (Ledezma, 2009). También es importante considerar que, según la Secretaría de Salud (2012), los trastornos alimenticios se inician o presentan principalmente en adolescentes desde los 12 hasta los 25 años, y que el 90-95% de las personas afectadas son mujeres.

Los trastornos de la conducta alimentaria, como la anorexia y la bulimia, son una preocupación prioritaria en Salud Pública en el país, en el que existe un escaso conocimiento sobre la prevalencia de estos trastornos en la población universitaria y si hay una posible identificación de los rasgos de personalidad en esta tendencia para tener una mayor posibilidad de ayudar a las estudiantes que lo pueden desarrollar.

El objetivo de esta investigación fue identificar los rasgos de la personalidad que predominan en estudiantes universitarias de 18-26 años con tendencia a desarrollar TCA. Después de discriminar del total de la muestra (150), sólo 18 de ellas

presentaron alto riesgo en relación a la tendencia a algún tipo de TCA y al analizar los rasgos de personalidad de acuerdo con la teoría de Eysenck se obtuvieron rasgos de extraversión que se caracteriza por personas expansivas, que pueden manifestar abiertamente sus pensamientos y ser impulsivas. Además, que pueden dejarse llevar por su sentir sin pensar en las consecuencias de sus actos. No les causa miedo actuar acorde a sus sentimientos o deseos y que tienen numerosos contactos sociales y frecuentemente toman parte en las actividades de grupo porque no son inhibidas. A ellos les gustan las reuniones, tienen muchos amigos, necesitan de personas con quien charlar y no les gusta trabajar en solitario, se arriesgan, prefieren el movimiento y la acción (Eysenck, 1972).

Por lo tanto se pudo aceptar la hipótesis de investigación 2 que dice “El rasgo de personalidad de extraversión predomina en estudiantes universitarias de 18 a 26 años con tendencia a desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria”; en contraste con las que presentaron bajo riesgo, no hay diferencia en los rasgos de personalidad, ya que la mayoría predominó de igual forma el rasgo de extraversión, por lo que el factor de dichos rasgos en este caso no es determinante para el desarrollo de algún tipo de TCA y hay otros factores que pueden intervenir.

De los rasgos descritos por Eysenck (1972), se puede apreciar la impulsividad, que ha sido considerada como un rasgo de personalidad que hace referencia al control del pensamiento y la conducta. Los sujetos procesan rápidamente la información con predisposición a reacciones rápidas y poco planificadas. Tienen poca capacidad para evaluar resultados a largo plazo y prefieren las pequeñas recompensas a corto plazo que las planificadas (citado por Turón, 2010).

De acuerdo con lo realizado en esta investigación y lo propuesto por Eysenck, el rasgo de extraversión puede estar asociado a un trastorno de conducta alimentaria de tipo bulímico que habla de ser agresivas, excitables, variables e impulsivas (Eysenck, 1972). Como se ha comentado, la bulimia se asocia con gran frecuencia con los trastornos de la personalidad. Las pacientes bulímicas manifiestan ciertos rasgos que las definen como buscadoras de sensaciones o novedades: impulsivas, excitables, afectivas, dependientes y desordenadas (Turón, 2010), que se encontraran ciertas similitudes con otros autores, como por ejemplo Trilla (2007), quien señala los rasgos que se asocian a este trastorno son la impulsividad y descontrol.

En el Congreso de Psiquiatría (2000, 1 de febrero), se mencionó que las personas con trastorno histriónico y límite de la personalidad presentan rasgos de neuroticismo y extraversión, con baja susceptibilidad al castigo y alta al premio, elevada sensibilidad a los estímulos, impulsividad y tendencia a la búsqueda de sensaciones nuevas, como las personas con bulimia nerviosa. Estos datos coinciden con lo aportado por esta investigación.

También Riobó (2011) menciona que, por su parte, las bulímicas presentan los rasgos mencionados con anterioridad frecuentemente asociados con un trastorno antisocial, un trastorno límite de la personalidad, caracterizados por inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, impulsividad y ansiedad. Varios autores concuerdan que los rasgos de personalidad que se manifiestan en un trastorno de la conducta alimentaria de tipo bulímico pueden presentarse en un trastorno de la personalidad límite.

Los trastornos de personalidad más frecuentemente asociados a la BN son:

- Trastorno explosivo intermitente
- Trastorno histriónico
- Trastorno límite

Este último, el más frecuente, se caracteriza por (Turón, 2010):

- * Conductas impulsivas
- * Inestabilidad afectiva
- * Autoagresiones
- * Hostilidad
- * Accesos coléricos
- * Abuso de sustancias

Entre las alteraciones psicopatológicas inespecíficas que se dan con mayor frecuencia en la bulimia nerviosa, se encuentran los trastornos ligados al descontrol de los impulsos. Clínicamente, las alteraciones de la impulsividad en estas pacientes se presentan en un amplio abanico con un extremo de mayor gravedad en las pacientes con claros rasgos caracteropáticos (conducta antisocial, alcoholismo y drogodependencias, robos y un mayor riesgo autolítico).

En el caso de la bulimia nerviosa, son pacientes que refieren experiencias negativas relacionadas con su cuerpo, que manifiestan conductas de pérdida de control de los impulsos con autoagresividad, pero incapaces de planificar a largo plazo objetivos que mejoren la aceptación de su cuerpo o reduzcan conductas de descontrol que empeoran la imagen corporal y la afectividad (Turón, 2010).

En el caso de personas que presentan anorexia, de acuerdo con Gorab (2005), pueden prevalecer rasgos de personalidad como gran necesidad de control, restricción de la expresividad emocional, introversión, rigidez y timidez.

Es evidente la concomitancia de ambos trastornos y la influencia de los trastornos de la personalidad en la evolución de la bulimia. La impulsividad, según se desprende de la mayor parte de los estudios, representa el nexo de unión entre la bulimia nerviosa y otras conductas que con frecuencia se asocian al descontrol de los impulsos, además del abuso de alcohol y sustancias, hay conductas autolesivas y suicidas, desinhibición sexual, robo y cleptomanía. La impulsividad es la diferencia que más a menudo se encuentra entre anoréxicas y bulímicas. Mientras que las pacientes anoréxicas tienden a mostrar gran autocontrol y otros rasgos obsesivos (orden, rigidez, meticulosidad, perfeccionismo), las bulímicas acostumbran a tomar decisiones rápidas, actuando de manera impredecible, poco meditada y, en definitiva, poco controlada (Turón, 2010).

La bulimia y la impulsividad tienen puntos en común que hacen pensar que comparten de alguna manera nexos en las cadenas etiopatogénicas. La pérdida de control sobre la ingesta, las conductas de purga, el abuso de sustancias, la cleptomanía y la agresividad, pueden definir conductas de pacientes bulímicas y podrían asimismo perfilar conductas de pérdida de control de los impulsos (Turón, 2010).

Por otro lado, para poder confirmar estas observaciones respecto a los TCA, habría que considerar aumentar la muestra, además de profundizar en la tendencia pero en población masculina. Aunque también, al igual que con otro diagnóstico, usar otros métodos para obtener más información que complementa y no se utilice una

sola, identificar hábitos alimenticios y aplicar el resto del instrumento para conocer si ya hay un trastorno de la conducta alimentaria (anorexia o bulimia) como tal, o si cae en un TCA no especificado en las estudiantes universitarias encuestadas.

Las limitaciones que se tuvieron en la realización de esta investigación fueron que las estudiantes no hayan dado respuestas honestas en los cuestionarios proporcionados, pero principalmente en las escalas utilizadas del Inventario de Trastornos Alimenticios (EDI-2), por lo difícil que a mi percepción representó abordar el tema, además del uso de las normas españolas del Inventario de Personalidad de Eysenck (EPI), ya que todavía no existe la estandarización para población mexicana y en su caso en esta puede haber una diferencia para tener mayor rasgo de neuroticismo o extraversión.

Como una sugerencia para trabajar con las pacientes identificadas con una predisposición a un TCA, sería la intervención psicológica, la terapia cognitivo-conductual y otras formas de terapia de tipo cognoscitivo con un manejo multidisciplinario (médico-psicológico-nutricional), que son más eficientes. Sherman (1999) menciona que por lo general, el tratamiento debe dirigirse a los aspectos conductuales, cognoscitivos y emocionales de los trastornos alimentarios. Esto es, las metas conductuales, requerirán de una significativa reducción en las conductas de excesos en la comida y las purgas. Deben a la vez, incluir la disminución de conductas compulsivas relacionadas con el peso y la forma de comer. Las metas de tratamiento en el campo cognoscitivo deben necesariamente incluir que disminuya el menosprecio, insatisfacción y distorsión del cuerpo, para restablecer el significado en su vida.

Por último, se deben realizar esfuerzos continuos para incrementar la autoestima, es decir, mejorar el aspecto de cómo se siente consigo misma. Ningún aspecto del tratamiento es más importante. Una vez que se ha regularizado la forma de comer y cortado los síntomas del trastorno alimentario, es importante planificar estrategias para reaccionar en situaciones de estrés para prevenir los síntomas y también si surge la necesidad de volver a los mismos.

Y finalmente, cuando las conductas alimentarias ya no representan ninguna tentación o amenaza para la persona, las conductas no volverán y se puede tener confianza en que la persona no va a recaer, pero es primordial entrenar al paciente en la prevención de recaídas.

Según Rossi (2010):

“El hecho de tener una lista de factores predisponentes no implica que las personas que por consiguiente estén en riesgo de desarrollar el trastorno, lo hagan, y en aquellos que se desarrolle, sólo algunos de dichos factores estarán presentes y se relacionarán de manera particular en cada caso”.

Considero que habría que buscar más líneas de investigación que permitan definir si el rasgo de personalidad de extraversión estudiado por Eysenck está asociado con las personas que desarrollan un trastorno de la conducta alimentaria en específico la bulimia.

BIBLIOGRAFÍA

Fuentes bibliográficas:

American Psychological Association. (2002). *Manual de criterios diagnósticos y estadísticos de los trastornos mentales DSM-IV*. Barcelona: Masson.

Cloninger, S. (2003). *Teorías de la Personalidad*. México: Pearson Educación.

Cohen, R. (2006). *Pruebas y Evaluación Psicológicas*. México: Mc Graw Hill.

Cozby, P. (2005). *Métodos de Investigación del Comportamiento*. México: Mc Graw Hill.

Cueli, J. (1990). *Teorías de la Personalidad*. México: Mc Graw Hill.

Dicaprio, N.S. (1989). *Teorías de la Personalidad*. México: Mc Graw Hill.

Engler, B. (1996). *Teorías de la Personalidad*. México: Mc Graw Hill.

Esquivel, R. (2005). *Nutrición y Salud*. México: Manual Moderno.

Eysenck, H. (1972). *Eysenck Personality Inventory*. España: TEA Ediciones.

García, F. (2006). *La Tesis y el Trabajo de Tesis*. México: Limusa.

Garrido, E. (2006). *Psicología Jurídica: Un enfoque criminológico*. España: Delta.

Gorab, A. (2005). *Trastornos de la Conducta Alimentaria. Anorexia y Bulimia*. México: Cómo ves.

Gregory, R. (2001). *Evaluación Psicológica: Historia, Principios y Aplicaciones*. México: Manual Moderno.

Hernández, R. (2010). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill.

Mori Saavedra, P. (2002). *Personalidad, autoconcepto y percepción del compromiso parental: sus relaciones con el rendimiento académico en alumnos de sexto grado*. Tesis de Psicología. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.

Pervin, L. (2000). *Personalidad: Teoría e Investigación*. México: Manual Moderno.

Riobó, P. (2011). *La alimentación y sus trastornos*. Madrid: Cooperación Editorial.

Rodríguez, V. (2008). *Bases de la Alimentación Humana*. España: Netbiblio.

Rossi, L. (2010). *Entrevista, Historia Clínica y Patología frecuente*. México: ETM.

Santillán Ramírez, E. C. (2011). *Características del vínculo Madre-Hija en adolescentes de 12 a 15 años que presentan signos de problemas de la conducta alimentaria de riesgo*. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad Justo Sierra. México, D.F.

Serrato, G. (2000). *Anorexia y Bulimia Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Madrid: Libro-Hobby.

Shaughnessy, P. (2007). *Métodos de Investigación en Psicología*, México: Mc Graw Hill.

Schultz, D. (2008). *Teorías de la Personalidad*. México: Thomson.

Sherman, R. (1999). *Bulimia: Una guía para familiares y amigos*. México: Trillas.

Trilla, A. (2007). *Libro de la Salud*. Bilbao: Fundación BBVA.

Turón, V. (2010). *Trastornos de la Conducta Alimentaria*. México: Concerta.

Fuentes electrónicas:

Conducta Alimentaria de Riesgo (2008). Recuperado el 18 Marzo de 2014 de <http://www.slideshare.net/guest01c851/conductas-de-riesgo-y-factores-de-proteccion>.

Guía Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria (2010). Recuperado el 21 de Marzo de 2014 de http://www.inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/psicosociales/archivos/guias/trastornos_alimentacion.pdf

Guía de Trastornos Alimenticios de la Secretaría de Salud (2004). Recuperado el 10 de Abril de 2014 de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/guiatrastornos.pdf> en

Inventario de Trastornos de la Alimentación (1983). Recuperado el 15 de Mayo de 2013 de http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/mocl/ayala_s_ch/apendice_A.html.

Los Trastornos de la Alimentación: Anorexia, Bulimia e ingesta compulsiva recuperado de <http://www.psicoactiva.com/arti/articulo.asp?SiteIdNo=263> en Mayo de 2013.

Fuentes hemerográficas:

Hunot, C. (2008). Definición Conceptual de las Alteraciones de la Conducta Alimentaria. *Revista Salud Pública y Nutrición*, 1, IX.

Ledezma, C. (2009). Rasgos de la personalidad y trastornos de la conducta alimentaria. *Fundamentos en Humanidades*, 1, 19, 159

Osorio, J. (2002). Desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia y sus alteraciones. *Revista Chilena de Nutrición*, 3, 29, 2.

Saucedo, T. (2010). Identificación de factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria y su relación con el Índice de Masa Corporal en universitarios del Instituto de Ciencias de la Salud. *Revista Médica*, 1, 12, 17-18.

Troncoso, C. (2009). Factores sociales en las conductas alimentarias de estudiantes universitarios. *Revista Chilena de Nutrición*, 4, 36, 1091.

Unikel, C. (2003). Personalidad y Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Revista Salud Mental*, 26, 3, 1-8.

Unikel, C. (2010). Conductas alimentarias de riesgo, interiorización del ideal estético de delgadez e índice de masa corporal en estudiantes hidalguenses de preparatoria y licenciatura de una institución privada. *Revista Salud Mental*, 1, 33, 12.

Otras fuentes:

De Vega, J. (2000, 1 de febrero). *Factores de vulnerabilidad en los TCA*. Congreso de Psiquiatría. Madrid, España. Universidad San Carlos.

ANEXOS

Anexo 1. Escalas del Inventario de Trastornos Alimenticios

UNIVERSIDAD DEL TEPEYAC

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

El presente cuestionario tiene como objetivo obtener información respecto a tus hábitos alimenticios, sentimientos y actitudes que experimentas en tu rutina diaria. Tus respuestas son confidenciales.

Instrucciones: Marque con una X la respuesta que mejor refleje el grado de conformidad.

Edad: _____ Semestre: _____ Carrera: _____

	Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
1. Como dulces y carbohidratos sin preocuparme						
2. Creo que mi estómago es demasiado grande						
3. Me gustaría volver a ser niña para sentirme segura						
4. Me gustaría ser más joven						
5. Pienso en ponerme a dieta						
6. Pienso que algunas partes de mi cuerpo son gruesas						
7. Me considero una persona poco eficaz						
8. Me siento muy culpable cuando como en exceso						
9. Creo que mi estómago tiene el tamaño adecuado						
10. En mi familia se consideran sólo los resultados sobresalientes						
11. La infancia es la época más feliz de mi vida						
12. Me provoca miedo la idea de engordar						

	Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
13. Me siento sola en el mundo						
14. Me siento satisfecha con mi figura						
15. Creo que generalmente controlo las cosas que me pasan en la vida.						
16. Preferiría ser adulta a ser niña						
17. Me gustaría ser otra persona						
18. Exagero o doy demasiada importancia al peso						
19. Me siento incapaz						
20. Cuando era pequeña, intentaba con empeño no decepcionar a mis padres o profesores						
21. Me gustan las partes de mi cuerpo						
22. Estoy preocupada porque querría ser una persona más delgada						
23. Las exigencias de la vida adulta son excesivas						
24. Me fastidia no ser la mejor en todo						
25. Me siento segura de mí misma						
26. Me alegra haber dejado de ser una niña						
27. Tengo una mala opinión de mí						
28. Creo que puedo conseguir mis objetivos						
29. Mis padres esperaban de mí resultados sobresalientes						
30. Creo que mi cadera es demasiado ancha						
31. Creo que las personas son más felices cuando son niñas						
32. Si engordo un kilo, me preocupa que pueda seguir ganando peso						

	Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
33. Me considero una persona valiosa						
34. Creo que debo hacer las cosas perfectamente o no hacerlas						
35. Creo que el tamaño de mi cuerpo es el adecuado						
36. Me siento emocionalmente vacía en mi interior						
37. Los mejores años de tu vida son cuando llegas a ser adulta						
38. Creo que algunas partes de mi cuerpo son demasiado grandes						
39. Creo que mis caderas tienen el tamaño adecuado						
40. Me fijo objetivos sumamente ambiciosos						