

86



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

ASOCIACION ENTRE SINTOMATOLOGIA DE TRASTORNO ALIMENTARIO Y RASGOS ESPECIFICOS DE PERSONALIDAD

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGIA PRESENTAN: GONZALEZ SOTOMAYOR ROXANA PEREZ ROGERIO CLAUDIA

DIRECTORA DE TESIS: MTRA. GEORGINA L. ALVAREZ RAYON
ASESORES: DRA. ROSALIA VAZQUEZ AREVALO
DR. JUAN MANUEL MANCILLA DIAZ



IZTACALA

SEPTIEMBRE DEL 2002

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis 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.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el
contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: González Satouayok Roxana
Pérez Rogério Claudia

FECHA: 30/09/2002

FIRMA: [Firma]

UNAM
BIBLIOTECA

AGRADECIMIENTOS

*DIOS, una sonrisa, una esperanza, mi aliento en el dolor, me das valor, me enseñas a dar, a perdonar, solo te pido que el futuro no me sea indiferente...
gracias por la vida.*

*Es bella, muy bella, es roca y es mirlo, estrella, es siempre y es más... yo quería hacerle versos como ella se merecía, y no salgo del comienzo... que se le puede escribir, que sólo se puedo decir en la ternura de un beso, a ti que me diste el ser
y me haz dado pedazo a pedazo el corazón entero.
Te quiero mamá.*

*Él tiene la mirada buena, el dolor lo lleva dentro, y es que a veces no siento tu sentir porque el brillo de la madre es tan fuerte que lo eclipsa, pero se que me
quieres mucho, y quisiera supieras cuanto
te quiero, papá.*

*Mis eternos compañeros de andanzas, juntos vamos buscando una cosa
pequeñita llamada felicidad, cada quien a su modo, cada quien por su camino,
pero que en los momentos más felices y los difíciles se que estaremos juntos, y
que yo contaré con ustedes y ustedes contarán conmigo.
Los quiero, mis hermanos.*

*Me enseñó el significado de esa palabra tan común, difícil de encontrar y que
pocos llegan a conocer en su plenitud, si no te hubieras cruzado en mi vida y
siguieras en ella, si me cobraras todo lo que me haz dado, todos lo momentos
especiales, diferentes, mi sueño de encontrar a una amiga así, no se hubiera
vuelto realidad.
Te quiero amiga, la mejor.*

*La luz que ha llegado a iluminar la vida con su sonrisa infantil, sus travesuras
y sus ganas de vivir...*

*Aquellos angelitos que me cuidan de caer y la vida mejor me hacen ver.
Todos los que en un momento estuvieron y están en mi vereda.
Quienes están aquí sin estar, estando en un lugar mejor, pero continúan vivos
en mis pensamientos.*

*Tantas veces me morí, tantas veces me mataron, tantas veces me borraron,
tantas desaparecí, sin embargo estoy aquí, creyendo en mi locura, en mi
equilibrio, en mis sonidos, en mis silencios, en mi camino, en mí.*

*El tiempo afianza sentires, comprometiendo ilusiones y hoy que estas sentado
junto a mí... disipando temores.*

Roxana González Sotomayor.

AGRADECIMIENTOS

A Dios:

Porque me ha dado la vida y he podido experimentar con ella a través de errores y aciertos, por permitirme conocer que los milagros existen y solo pueden llegar a través de él, gracias por poner en mi camino a seres especiales que permanecen a mi lado y a otros que aunque han pasado de largo, pero han dejado una gran huella.

A mi ESPOSO Alejandro Laguna:

Porque hemos comenzado una nueva etapa en la que se va cambiando el matiz con el que se ve la vida, junto a ti deseo compartir, construir y alcanzar esos sueños que están pendientes, esa familia que algún día ha de crecer, gracias por todo tú amor, por el apoyo que en estos momentos me das, por confiar en mí y no dudar de lo que puedo lograr, eres admirable
TE AMO.

A MIS PADRES Virginia y Mario:

Esto es un reconocimiento a su trabajo, ya que, a través de ustedes he aprendido una gran parte de lo que la vida implica, el amor incondicional a la familia, la superación de obstáculos, la lucha constante, la diferencia de opiniones, la búsqueda de ilusiones, etc. Gracias por haber comenzado su aventura de ser padres conmigo, por ser una fuente de inspiración durante toda mi vida y por no dudar nunca en que yo puedo realizar mis sueños

A mis HERMANOS Vicky, Mario, Alex:

Gracias por compartir todos esos momentos de juego, de lucha, ¡y todos los que faltan!; por ser tan diferentes, por estar a mi lado en todo momento y soportar mi genio; lo más importante porque continúan cumpliendo sus sueños y logren todo lo que se propongan en la vida
LOS QUIERO MUCHO.

A mi PADRINO Vicente Cobos:
Por tus consejos, por el apoyo y la ayuda que me haz dado; y por esa
dedicación que solo un padre daría a sus hijos gracias
TE QUIERO MUCHO.

A mi abue Elena Rogerio, gracias por estar conmigo durante toda mi vida y
cuidarme.

A Blanca, porque aunque no lo creas eres como mi hermana y juntas hemos
compartido muchas cosas., LAS QUIERO MUCHO.

A mi mejor y gran AMIGA Rox:
Gracias por compartir conmigo tantos momentos y apoyarme a realizar
algunos proyectos, bien sabes que sin tu ayuda este no hubiera sido el mismo.
TE QUIERO

A mis SUEGROS Estela y Elías:
Gracias por todos sus consejos y apoyo en todo momento, gracias por ese gran
hombre que juntos formaron, este paso en mi carrera también lo comparto con
ustedes.

A mi AMIGA Are, al Lic. José Ramón Ramos, a la gran familia Pérez
López, LOS QUIERO A TODOS.
y todos los que de alguna forma han sido parte de mi historia.

Gracias a todos, porque me dan fuerza para continuar en mi camino, por no
dejarme caer y ayudarme a liberarme de los obstáculos que yo misma me
impongo, gracias por permitirme entrar en sus vidas y compartir instantes que
me hacen crecer cada día más como mujer en todo lo que implica y como
profesionista. Y finalmente porque ahora se que no soy quien para juzgar y que
al aceptar las cosas y los momentos como son me ayuda a entender que todos
son diferentes y que lo único que puedo cambiar está en mi,
GRACIAS POR TODO.

Claudia Pérez Rogerio.

A nuestra directora de Tesis Mtra. Georgina L. Alvarez, porque nos aceptaste en este proyecto, en donde además de enseñarnos, invertiste de tu tiempo y nos guiaste en la elaboración de este trabajo, haz sido una gran consejera, gracias por orientarnos y tenernos tanta paciencia en todo momento.

A nuestros asesores: Dra. Rosalía Arévalo y Dr. Juan M. Mancilla, por enriquecer este trabajo con sus comentarios y sugerencias.

Gracias a Xóchitl, Trini, Kari, Erick, y a los compañeros del PIN por el apoyo atorgado en la realización de este trabajo.

Claudia y Roxana.

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
ANTECEDENTES TEÓRICOS	
1. Trastornos Alimentarios	
1.1. Anorexia Nerviosa	5
1.2. Bulimia Nerviosa	18
2. Personalidad	
2.1. Definiciones	29
2.2. Teorías de la personalidad	33
2.2.1. Teoría Psicoanalítica	34
2.2.2. Teoría del Aprendizaje	38
2.2.3. Teoría de los Rasgos	40
2.3. Trastornos de la Personalidad	52
3. Trastornos Alimentarios y Personalidad	
3.1. Comorbilidad entre Trastornos Alimentarios y Trastornos de Personalidad	54
3.1.1. Anorexia Nerviosa	56
3.1.2. Bulimia Nerviosa	58
3.2. Trastornos Alimentarios y Rasgos de Personalidad	59
3.2.1. Anorexia Nerviosa	62
3.2.2. Bulimia Nerviosa	65
3.3. Sintomatología de trastorno alimentario y rasgos de personalidad	67
OBJETIVOS	70
MÉTODO	71
RESULTADOS	76
DISCUSIÓN	95
CONCLUSIONES	107
REFERENCIAS	109
ANEXOS	118

RESUMEN

Los trastornos alimentarios, específicamente la anorexia y la bulimia nerviosas, son padecimientos que han ido incrementando su incidencia en la actualidad, debido a los múltiples factores que pueden influir en la vulnerabilidad de los individuos, entre estos se destacan los rasgos de personalidad, los que parecen desempeñar un papel relevante en los estudios de las patologías alimentarias. Por ello, el objetivo de la presente investigación fue evaluar la asociación entre la presencia de sintomatología de trastorno alimentario y de rasgos de personalidad. La muestra fue no probabilística de tipo intencional, conformada por 87 jóvenes (81 mujeres y 6 hombres) con edades entre 17 y 27 años ($\bar{x} = 19.9$, $DE = 1.8$), con los que –de acuerdo con los puntos de corte del EAT y el BULIT– se conformaron dos grupos: 1) con sintomatología ($n = 42$) y 2) grupo control ($n = 45$); además, para evaluar los rasgos de personalidad se aplicó el Cuestionario de los 16 Factores de la Personalidad (16 FP). Los resultados obtenidos a partir de la t de Student, mostraron que el grupo con sintomatología presentó puntuaciones significativamente menores en los rasgos Fuerza del yo (FC) y Aptitud situacional (FH), pero significativamente mayores en Conciencia (FO) y Ansiedad estado-rasgo (FQ4 y Qs2). Asimismo, los resultados del análisis de correlación r de Pearson, arrojaron que a mayor sintomatología de anorexia nerviosa, las personas tienden a ser más controladas, con mayor fuerza de voluntad, socialmente escrupulosas, estrictas en su proceder y guiadas por su propia imagen; y contrariamente, a mayor sintomatología bulímica fue mayor la impulsividad y la indiferencia a las reglas. Específicamente, la presión social percibida se correlacionó negativamente con la independencia, mientras que la sobreingesta lo estuvo con la sutileza y la autoestima. Por tanto; de acuerdo a los resultados de esta investigación se logran identificar rasgos de personalidad que están presentes en la población con sintomatología de trastorno alimentario, los cuales pueden generar importantes expectativas para futuras investigaciones.

INTRODUCCION

La vinculación que existe entre la comida y el afecto se establece en las primeras etapas de la vida, y a partir de las vivencias de satisfacción (saciedad) o frustración (hambre) se van modelando las expresiones de conflictos emocionales, que pueden relacionarse con la inseguridad, miedo y frustración. Por ello, la conducta alimentaria puede servir como un conducto para expresar sentimientos, emociones, miedos, sueños, alegrías, frustraciones e incapacidades, es decir, si por algún motivo "algo anda mal" se come o se deja de comer. Además, a lo largo del desarrollo se suele recompensar o castigar al propio cuerpo decidiendo qué comer y con quienes compartir los alimentos (Cervera, Zapata, Gual, Quintanilla y Arce, 1990).

Es por ello, que el estudio de los trastornos alimentarios, específicamente la anorexia y la bulimia nerviosas, es de gran importancia ya que existen puntos de convergencia en los cuales se encuentra latente el deseo de mantenerse delgada, la fobia a los alimentos y al sobre-peso, que puede causar un trastorno en la percepción de la imagen corporal y la práctica de conductas compensatorias, lo que supone un cambio drástico en las actitudes y conductas alimentarias, adoptando aquello que les lleve a conseguir la meta "nunca alcanzada", la delgadez. Por lo tanto, el desarrollo de la sintomatología de trastorno alimentario se transforma constantemente, volviendo su estudio una pieza clave para encontrar métodos o tratamientos adecuados que posibiliten una atención oportuna a dichos pacientes. Esto sobre todo si se considera que durante las últimas dos décadas la investigación en el campo de las patologías alimentarias ha reportado que un gran número de adolescentes y jóvenes -particularmente mujeres- se encuentran en alto riesgo. Esto se sustenta en diversos estudios que han referido un incremento dramático en la incidencia de los trastornos alimentarios durante las últimas décadas (Killen, Taylor, Telsh, Saylor, Maron y Robinson, 1986; Welsh, Nidiffer, Zager y Lyerla, 1992).

Por otra parte, en los estudios de anorexia y bulimia se ha investigado a la personalidad alterada como otro factor importante en la etiología y evolución de estos

trastornos; ya que se ha observado que existen diversos signos, síntomas y factores de riesgo que comparten los trastornos alimentarios con los trastornos de personalidad, lo que puede dar pie a la presencia de comorbilidad entre ambos, lo que sin duda complica el diagnóstico clínico diferencial entre ellos.

Lo anterior da pauta a señalar diversas investigaciones que se han interesado en evaluar la personalidad de pacientes con trastorno alimentario, encontrando que tanto la anorexia como la bulimia nerviosa comparten características de personalidad, como baja autoestima, depresión, obsesiones y compulsiones (Thiel, Brooks, Ohlmeier, Jacob y Shubler, 1995). Mientras que en otras se ha observado que existen diferencias entre pacientes con anorexia y bulimia nerviosas, atribuyéndole a la primera características de personalidad como: rasgos obsesivos compulsivos y perfeccionismo, por mencionar sólo algunos; en tanto que a la segunda se le caracteriza por rasgos de impulsividad, ansiedad o culpa, entre otros (Rosen y Leitenberg, 1985; Turón, 1997; Sottler, 1996).

En lo que respecta a las investigaciones realizadas en México, se ha encontrado asociación entre la presencia de sintomatología de trastorno alimentario con: ineffectividad, miedo a madurar, baja autoestima y ciertos síntomas depresivos (Mancilla, Mercado, Manríquez, Alvarez, López y Román, 1999; Alvarez, López, Martínez, Mancilla y Vázquez, 2000). Sin embargo, los estudios en México no han reportado resultados que muestren una asociación consistente respecto al rasgo perfeccionismo con los trastornos alimentarios (Mancilla et al, 1999; Alvarez y Franco, 2001). De acuerdo a lo anterior, se observa aún poca consistencia entre los datos que han arrojado los diferentes estudios. Además, a nivel internacional, hay una carencia de investigaciones en muestras no clínicas y de la utilización de pruebas que evalúen la personalidad global en población con sintomatología de trastorno alimentario.

Por lo tanto, en la presente investigación se intentó dar respuesta a las siguientes incógnitas. ¿Existen rasgos de personalidad que caractericen a los jóvenes con sintomatología de trastorno alimentario ?, ¿Existen rasgos específicos de personalidad

que se asocien de forma diferencial con la sintomatología de anorexia nerviosa y de bulimia nerviosa?. De modo que el objetivo de la presente investigación fue evaluar los rasgos de personalidad asociados a la presencia de sintomatología de trastorno alimentario entre jóvenes universitarios.

Para este fin, en primera instancia se expone la definición, características y modelos explicativos, así como criterios diagnósticos de los dos trastornos alimentarios más comunes, es decir, la anorexia y la bulimia nerviosas. Posteriormente, se abordarán las principales definiciones y teorías de la personalidad. Finalmente, se reseñan algunos de los hallazgos de diversos estudios que han analizado la asociación entre trastornos alimentarios y personalidad.

ANTECEDENTES TEÓRICOS

1. TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Los trastornos alimentarios se definen como trastornos psicológicos o mentales, que se caracterizan por graves anormalidades en el comportamiento de la ingestión (Raich, 1994)

1.1. *Anorexia Nerviosa*

Etimológicamente, anorexia quiere decir inapetencia o pérdida de apetito, sin embargo, no se trata de una pérdida de apetito real, sino de una negativa deliberada a ingerir alimentos. Algunos autores sitúan los primeros antecedentes de la anorexia nerviosa a partir del siglo V al XVI, en la literatura teológica de Europa occidental, existen registros de algunos casos de jóvenes que ayunaban hasta el total rechazo del alimento, a las cuales se les creía poseídas por el demonio, o bien, santas y eran canonizadas por su comportamiento (Skrabanck, 1983, cit. en Guillemot y Laxenaire, 1994).

Posteriormente, en los siglos XVI al XVII, las causas sobrenaturales continuaban siendo la primera explicación a los casos observados de rechazo alimentario. No obstante, las jóvenes ayunadoras intrigaron a los médicos, quienes comenzaron a observarlas y a partir de ahí dedicarles algunos estudios.

Jeammet resume la historia nosológica de la anorexia nerviosa en tres etapas (1984, cit. en Guillemot y Laxenaire, 1994). La primera de éstas consta de algunas descripciones clínicas realizadas por Lásèque en Francia y –simultáneamente– Gull en Inglaterra (1873). El primer autor hace referencia a la histeria –entonces de moda– y denomina al síndrome como “anorexia histérica”; mientras que Gull –ante la ausencia de pepsina gástrica– la refiere como anorexia nerviosa.

Como vemos, no fue sino hasta la segunda mitad del siglo XIX cuando nace el concepto de anorexia nerviosa, al que se le atribuye una etiología de tipo psicológico y claramente diferenciada del adelgazamiento de origen orgánico (Skrabanck, 1983, cit. en Guillemot y Laxenaire, 1994). Posteriormente, en 1908 Guilles de la Tourette realiza los primeros intentos por distinguir a la anorexia nerviosa primaria de la secundaria, insistiendo en el origen psíquico de la primera y en el hecho de que sus pacientes rechazan el alimento, aunado a un trastorno en la percepción de su cuerpo.

A partir de 1914 empieza el segundo periodo de estudio de la anorexia nerviosa, caracterizado por el retorno a las explicaciones fisiopatológicas del trastorno, esto debido a la descripción realizada por el patólogo Simmonds, que en la realización de autopsias a pacientes caquécticas, encontró una destrucción pituitaria, lo que generó una confusión entre la insuficiencia pituitaria y la anorexia nerviosa, llegando a una conclusión errónea, ya que se señaló que los trastornos biológicos –característicos de las pacientes con anorexia– eran la causa del padecimiento, en vez de ser considerados como una consecuencia de la misma desnutrición de la que se era objeto.

Finalmente, el último periodo está marcado por el firme regreso a las posturas psicológicas, siendo la mayoría de ellas de tendencia psicoanalítica, explicando el trastorno como un simbolismo del repudio a la sexualidad, con predominancia de fantasías fóbicas al embarazo (Wilson y Walsh, 1991).

Como se puede observar, de acuerdo con el análisis de la historia de la conceptualización de la anorexia nerviosa, han surgido diferentes posturas que concuerdan en que existe una importante interacción de diversos factores, tales como: genéticos, psicológicos, cognitivos, socioculturales, etc.

Asimismo, para comprender este trastorno en su totalidad es indispensable distinguir entre la anorexia como síntoma (anorexia secundaria), de lo que es la anorexia nerviosa, comprendiéndose a esta última como un síndrome (anorexia

primaria), en la que se destaca como síntoma principal la negación consciente a comer, resultado de la búsqueda deliberada de ser delgado y de mantenerse así, incluso puede llegar a unirsele un trastorno de la imagen corporal¹, que en el estudio de los trastornos alimentarios ha comprendido la distorsión y la insatisfacción (Raich, 1998), por el cual – pese a la persistente emaciación– el progresivo adelgazamiento sigue siendo una meta a lograr (Bruch, 1982; Kaplan y Sadock, 1994). Por lo que es característico que la anorexia nerviosa se acompañe de la negación del hambre, volviéndose esto una obsesión-compulsión.

Cabe señalar que Debré realizó una importante distinción entre el hambre y el apetito (1950, cit. en Kreisler, 1990), argumentando que el hambre es un estado somático provocado por la falta de alimentos; mientras que el apetito se caracteriza por un deseo de alimento, pero a partir de una relación estrechamente condicionada por una experiencia anterior y provocada por el interés hacia diversos alimentos. El contenido implícito de esta distinción es que la ausencia de hambre es lo propio a un suceso somático (orgánico), mientras que el trastorno del apetito es de orden psicológico. De esta manera, surge una diferencia entre la *anorexia nerviosa* y la anorexia generalmente temporal (como síntoma) que se da conjuntamente a enfermedades como la gastritis, el cáncer o algunos trastornos psicopatológicos severos como la esquizofrenia o la depresión, en donde se manifiesta la falta de apetito, pero no el temor mórbido a engordar o a subir de peso (Patton, 1993).

Por lo tanto, se hace necesario subrayar que la anorexia nerviosa es entendida básicamente como un proceso psicopatológico que aún se encuentra sujeto a debate histórico, y que de acuerdo al método de clasificación y diagnóstico varía su aproximación y comprensión².

¹ Recordemos que de acuerdo al DSM-IV (APA, 1994) no debe diagnosticarse el trastorno dismórfico corporal si la preocupación se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental, como cuando se limita a preocupación por el peso, el tamaño o la silueta corporal, como es el caso en la anorexia o bulimia nerviosa. Por ello, que en el estudio de los trastornos alimentarios suele hablarse de un trastorno de la imagen corporal.

² Es importante recordar que el DSM-IV no es el único manual existente en la actualidad ni el único empleado, por ejemplo, existe el C10 y en diversas investigaciones se continúa empleando el DSM-III-R (APA, 1987) con algunas modificaciones.

Entre los criterios diagnósticos más empleados que enfatizan sus signos y síntomas, están los del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su más reciente versión (DSM-IV, American Psychiatric Association, 1994), y son:

- 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 al 85% del esperado, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el periodo de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable).
- b) Miedo intenso a ganar peso y/o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- c) Alteración de la percepción del peso o la silueta corporal, 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 su menstruación aparece únicamente tras el seguimiento de tratamientos hormonales consistentes en la administración de estrógenos.

En ocasiones se pueden presentar la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa conjuntamente, sin embargo, en esta última versión del DSM-IV se establecen subtipos dentro de las dos categorías, lo que facilita el diagnóstico diferencial. Para el caso de la anorexia nerviosa se especifican dos tipos:

- Restringido: Durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o conductas purgativas (por ejemplo, provocación de vómitos, abuso de laxantes, diuréticos o enemas).

- **Compulsivo/Purgativo:** Durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o conductas purgativas (por ejemplo, provocación de vómitos o abuso de laxantes, diuréticos o enemas).

Resumiendo, en la anorexia nerviosa, cinco factores desempeñan un papel fundamental para la formulación de su diagnóstico.

1. La presencia de una marcado ***bajo peso*** por causas no orgánicas, en el que la conducta del paciente ejerce gran influencia debido al objetivo de bajar de peso que se ha impuesto. Es importante conocer en qué momento determinado de la vida del individuo se ha producido esta pronunciada reducción de peso, para posteriormente poder determinar factores desencadenantes o causales del trastorno. Según los criterios del DSM-IV (APA, 1994), la reducción del peso corporal debe ser superior al 15% respecto al peso esperado para la estatura y edad del paciente; sin embargo, este porcentaje debe considerarse con cautela, ya que si existiesen pacientes que presenten un porcentaje ligeramente inferior a su peso ideal, pero cumplen con el resto de los criterios para anorexia nerviosa, deberán ser diagnosticados con un trastorno de la conducta alimentaria no específico (TCANE), (ver anexo 1).
2. Existe ***un miedo desmesurado a engordar***, a pesar de encontrarse con bajo peso. Este hecho aparece principalmente en fases avanzadas del trastorno, en las que los pacientes –a pesar de haber logrado el peso deseado– se perciben como incapaces de mantenerlo, por lo que suelen seguir practicando la dieta restrictiva e incluso el ayuno, debido a su temor mórbido a aumentar un solo gramo de peso, lo que normalmente conlleva una consecuente disminución del peso corporal.

3. La mayoría de los casos presentan una **sobreestimación de su peso corporal**, acompañándose de acentuadas actitudes y sentimientos negativos hacia la propia imagen. Así, los pacientes anoréxicos se quejan de sentirse gordos, en general o respecto a partes específicas de su cuerpo, a pesar de encontrarse en un estado caquéctico (Cooper y Fairburn, 1993, cit. en Abraham y Llewellyn-Jones, 1994).
4. La presencia de **amenorrea (ausencia de menstruación)**, al menos durante los últimos tres ciclos; llegando a ser uno de los motivos por los que muchas pacientes llegan a consulta, aunque una vez que se recupera el peso, la menstruación suele reestablecerse.
5. Es importante **distinguir entre los pacientes anoréxicos de tipo restrictivo y los de tipo purgativo**. Los primeros no presentan atracones y/o conductas de purga; mientras que los segundos, si los presentan, como una estrategia empleada regularmente para evitar aumentar de peso (vómitos, laxantes y/o diuréticos). Otras de las prácticas características entre las pacientes anoréxicas son las de dietas altamente restrictivas, lo que puede tener como resultado hipotermia, bradicardia, sequedad de la piel y lánugo (vello fino y oscuro más abundante de lo normal), caída del cabello, además de importantes trastornos endocrinos debidos a la deshidratación a la que se someten (Vázquez, 1997).

A consecuencia de su deterioro físico y a al incremento en el número de casos de anorexia nerviosa, este trastorno ha cobrado mayor relevancia en el ámbito médico y social. En un principio se pensaba que la anorexia nerviosa afectaba básicamente a las mujeres adolescentes de 14 a 18 años (Pyle, Mitchell, y Eckert, 1986; Saldaña, 1994), pero posteriormente se observó que también a prepúberes y a mujeres mayores (Kaplan y Sadock, 1994).

Subsiguientemente, surgieron una serie de estudios que han demostrado que aunque existe una mayor prevalencia en las mujeres –se calcula que ocurre de 10 a 20 veces más a menudo en mujeres que en hombres– es excesivamente divergente la estimación de su frecuencia en los hombres (Kaplan y Sadock, 1994). Esto a causa de lo que podrían ser ciertos problemas metodológicos o incluso de diagnóstico, ya que por ejemplo, la ausencia de valoración de amenorrea en los hombres parece contribuir a la subestimación del número de casos identificados (Sharp, Clark, Dunan, Blackwood y Shapiro, 1994; Lucas, Beard, O'Fallon y Kurland, 1991). Otros estudios muestran que la presencia de anorexia nerviosa es más frecuente en la clase social alta, en las naciones desarrolladas, y particularmente, entre mujeres jóvenes con profesiones que requieren de la delgadez, tales como el modelaje o la danza, particularmente el ballet (Kaplan y Sadock, 1994; Herzog, Schellberg y Deter, 1997; Vázquez, López, Alvarez, Ocampo y Mancilla, 2000).

Para tratar de explicar el surgimiento y mantenimiento de la anorexia nerviosa, existen varios modelos, como es el modelo planteado por Garfinkel y Garner (1982), en el cual se identifican los comportamientos y cogniciones relacionadas a la adquisición y mantenimiento del trastorno, es decir, se considera que es producto directo de una creencia y una actitud respecto al significado del peso corporal, existiendo una serie de reforzadores –tanto positivos como negativos– que provocan ansiedad, por lo que para controlarla se pueden practicar conductas como las dietas restrictivas y el ayuno, para intentar con ello evitar el estímulo ansiógeno que sería el aumento de peso. Dichos autores agruparon a estos factores en un modelo etiológico que comprende factores predisponentes, desencadenantes y mantenedores (Fig 1):

Factores predisponentes: se encuentran los individuales, familiares y socioculturales.

Los factores individuales comprenden alteraciones cognitivas consistentes en un estilo de pensamiento concreto con razonamiento dicotómico, u otros rasgos como el excesivo conformismo, la necesidad de aprobación, la hiperresponsabilidad y la falta de respuesta a las necesidades internas. En cuanto a los segundos, no se ha

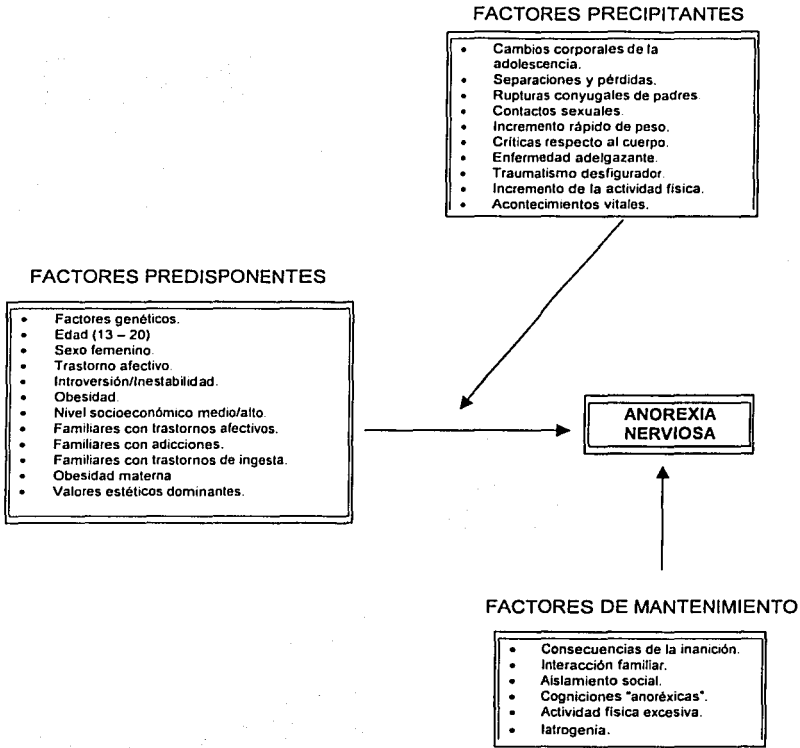


Fig. 1. Secuencia de factores predisponentes, precipitantes y de mantenimiento en la anorexia nerviosa (Toro y Vilardell, 1987, basados en un planteamiento de Garfinkel y Garner, 1982).

logrado describir una "típica familia anoréxica", sin embargo, se ha encontrado que algunas de sus características principales son: tendencia a ser altamente cohesivas, lo que puede perjudicar a la individuación de sus miembros, favorecer

conductas de sobre protección y control, problemas de comunicación, ya que utilizan códigos complejos y contradictorios, además su demostración de sentimientos son poco comunes, empero, no hay que pasar por alto que si bien la patología de trastorno alimentario parece exacerbar las deficiencias familiares, puede no ser el origen del trastorno (North, Gowers y Byram, 1995; Humphrey, 1989; Ordman y Kirschenbaun, 1986; Vázquez, 1997). Por otra parte, en cuanto a datos de heredabilidad Garfinkel y Garner (1982) han encontrado mayor concordancia entre hermanas (6.6%) que entre madre e hija (3.1%). Y por último, como ya se ha mencionado, los factores socioculturales tienen una gran relevancia en todo lo referente a la alimentación y la estructuración de la imagen corporal, y por consiguiente, a los trastornos de la alimentación (Toro, 1996).

Factores precipitantes: comprenden factores externos, como las modificaciones propias de la pubertad, contactos sexuales o el inicio de ellos, así como algunas situaciones aversivas como el aumento de peso, alguna enfermedad somática y diversos acontecimientos vitales estresantes. Con respecto a estos últimos, se han realizado dos importantes estudios en donde se analizó la relación entre los acontecimientos vitales estresantes y la presencia de anorexia. En el primero, realizado por Mynors-Wallace, Treasure y Chee (1992), compararon los registros de pacientes con anorexia cuyo inicio era temprano con las que tenían inicio tardío, encontrando un mayor número de hechos estresantes y estrés crónico en los casos de anorexia tardía, en comparación con los casos en donde el trastorno apareció tempranamente. Mientras que en el segundo estudio, realizado por Horesh, Apter, Lepkifker, Ratzoni, Weizman y Tyano (1995) con una muestra de 101 pacientes de un hospital psiquiátrico (31 diagnosticados con anorexia nerviosa y 70 sin anorexia pero con algún trastorno de tipo emocional) además de 40 personas que fungieron como grupo control. Se observó que los pacientes con anorexia mostraron niveles significativamente mayores de acontecimientos vitales estresantes, especialmente en relación con sus padres; y en algunos casos, se observó una poderosa asociación entre los trastornos alimentarios y ciertas formas de abuso infantil.

Factores mantenedores: se consideran a los factores predisponentes no resueltos, así como a las alteraciones psicopatológicas consecutivas a la desnutrición, como la sintomatología obsesiva-compulsiva con relación a la comida, además de irritabilidad, labilidad emocional, etc.

Otro modelo explicativo es el expuesto por Williamson (1990), en donde el núcleo de la psicopatología en la anorexia nerviosa está representado dentro del rectángulo, la psicopatología secundaria se muestra fuera del núcleo, estableciéndose entre éstos una interacción mutua (Fig. 2). Williamson señala que la anorexia se desarrolla después de usar métodos extremos de control de peso como lo son las dietas restrictivas, con las cuales la disminución de energía y hambre es tan alta que lleva al rompimiento de la dieta, generando esto angustia en el paciente, dada la necesidad de ingerir alimentos y el riesgo de aumento de peso que ésta conlleva. Posteriormente, vuelve la necesidad de evitar el consumo de alimentos –con lo que se reduce la ansiedad–, pero debido a que supone una reducción en la tasa metabólica, se eleva la probabilidad de ganar peso, con lo que se inicia nuevamente el proceso. Otro autor que explica la aparición y evolución de la anorexia es Casper (1977, cit. en Díaz-Atienza, Pérez, Zapata, Villegas, Sánchez y Blanquez, 1988), quien describe varias etapas en la presentación de la anorexia nerviosa:

Fase I. Se caracteriza por la concurrencia de una serie de acontecimientos vitales estresantes durante los meses o años anteriores a la presentación del trastorno, los que producen un deterioro de la autoestima, así como un incremento de la autoconciencia respecto a la corporalidad y la apariencia física.

Fase II. Sobre este terreno vulnerable, la pubertad actuaría como detonador que pone en marcha a la anorexia nerviosa. Meyer (1997) también propone la existencia de una codependencia de los trastornos alimentarios con el estrés psicosocial, en donde el aspecto más determinante sería la etapa evolutiva en que se encuentra una persona.

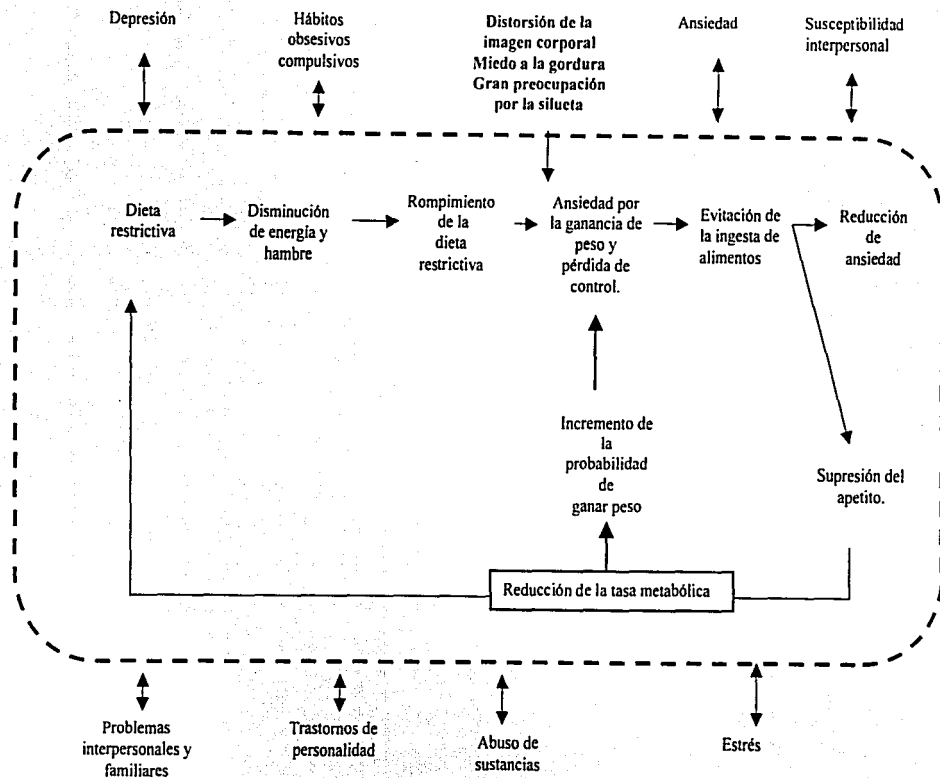


Fig. 2 Modelo conceptual de la Anorexia Nerviosa (Williamson, 1990)

Fase III. Como consecuencia del deterioro físico ligado a la desnutrición, se produce el reconocimiento de la enfermedad, sin embargo, dicho dato resulta ser más teórico que empírico.

Es por ello que dentro de las características de las pacientes con anorexia nerviosa se encuentran algunas alteraciones cognitivas, conductuales y psicopatológicas, como son, los pensamientos alterados en relación con la comida, el peso y la figura, los cuales se pueden deber a ciertas influencias familiares, es decir, los padres pueden presentar una excesiva preocupación por la alimentación, propiciar las dietas y rechazar la posibilidad de que alguien sea obeso en la familia (Turón, 1997). En otras ocasiones, las pacientes pueden llegar a rechazar desde la infancia los alimentos –por inapetencia o vagas molestias digestivas–, aunque la mayoría de los casos es por una excesiva receptibilidad y sumisión a los mensajes de los medios de comunicación, que generalizan un estereotipo femenino concreto y a la vez inalcanzable para la mayoría de ellas (Vázquez, 1997; Vázquez y Raich, 1997; Vázquez, Raich, Viladrich, Alvarez y Mancilla, 2000). De esta forma, Turón (1997) también refiere que las pacientes anoréxicas rechazan la posibilidad de ser o llegar a ser obesas, y cifran el éxito personal y la aceptación social en el hecho de estar delgadas, por lo que consideran que el cuerpo es susceptible a ser modificado a voluntad.

Dentro de las alteraciones conductuales que pueden llegar a presentar las pacientes con anorexia nerviosa está la hiperactividad, ya que para tener un mayor gasto de energía, suelen caminar más de lo necesario y/o permanecer de pie todo el tiempo que les es permitido, ingresar a sitios donde pueden desarrollar excesiva actividad física como gimnasios, o hacer diferentes tareas en su domicilio, e incluso, pueden llegar a restringir las horas de sueño para desarrollar mayor actividad (Turón, 1997).

Otros factores asociados a la anorexia, son las perturbaciones sobre la imagen corporal, el miedo a engordar y la preocupación por la silueta, así como la depresión, hábitos obsesivos-compulsivos, susceptibilidad interpersonal, estrés, problemas interpersonales y familiares, abuso de sustancias, ansiedad y trastornos de personalidad.

Algunos de estos factores tienen efectos en el desarrollo del trastorno alimentario de manera bidireccional, por ejemplo, la depresión y el estrés pueden presentarse antes del trastorno, pero a su vez, pueden ser consecuencias de éste.

Entre los aspectos psicopatológicos que se presentan en la anorexia está la ansiedad, la cual se manifiesta desde el principio de la anorexia y que puede deberse a diferentes razones, pero las principales desde el punto de vista de Toro y Vilardell (1987), es el miedo irracional a engordar, que al convertirse en fobia se generaliza hacia la comida, a deglutir, o específicamente a ciertos alimentos (generalmente hipercalóricos); otras fobias importantes son las relativas al cuerpo, la aversión a sus muslos, caderas o a mirarse en el espejo, temor a situaciones o personas vinculadas a su patología como: la cocina, el comedor, sus padres y a algunos pensamientos o palabras como kilos, engordar, grasa, comer, etc., provocando éstos ansiedad. Con la evolución de la enfermedad pueden aparecer además fobias sociales como miedo a hablar, sonrojarse, comer o beber en público, miedo a sentirse observado o ante la mínima posibilidad de hacer el ridículo.

En la anorexia también aparecen trastornos afectivos, siendo el más común la depresión, relacionada con síntomas como tristeza, aislamiento, llanto, anhedonia, insomnio, y sentimientos de minusvalía, culpa o desesperanza. Existen autores que mencionan que algunas de las características del pensamiento y conducta de la anoréxica tienen relación con los trastornos obsesivos, por lo que la paciente puede sentirse mejor si todo se hace en un orden predeterminado, de modo que el proceso de la alimentación suele estar precedido o seguido de maniobras ritualizadas (Hecht, Fichter y Postpischil, 1983; Simeon, Hollander y Stein, 1995). Todas estas conductas están relacionadas con la pulcritud, el orden y las maniobras frente a los alimentos, la báscula y la ropa a vestir. Garfinkel y Garner (1982) señalaron que un número considerable de pacientes anoréxicas presentan —desde antes de iniciado el trastorno alimentario— rasgos de personalidad obsesiva.

1.2. Bulimia Nerviosa

El término "bulimy" en griego significa "hambre voraz" (Kaplan y Garfinkel, 1984) o "hambre canina", la palabra deriva de los conceptos "buey" y "hambre" en griego, y "hambre voraz" en latín. Algunos autores sitúan los primeros antecedentes del comportamiento bulímico en los grandes bacanales romanos, en los que los asistentes engullían copiosos banquetes para posteriormente provocarse el vómito y reiniciar la glotonería (Fischer, 1976, cit. Blinder y Cadenhead, 1988).

En los siglos XVIII y XIX, en los diccionarios médicos, la bulimia fue descrita generalmente como una "curiosidad médica" o bien, el síntoma de otras enfermedades (Blinder y Cadenhead, 1988). Stein (1988, cit. Guillemot y Laxenaire, 1994) hizo una revisión del concepto de bulimia en diferentes diccionarios, uno de ellos el *Dictionnaire Medical* de James (1743), en el que se incluye el término boulimos, haciendo referencia al médico griego Galeno, quien describió "un enorme apetito" caracterizado por la ingesta de alimentos en intervalos de tiempo muy cortos, lo que se relacionó con una patología digestiva; ante lo cual, James precisó que "*la verdadera bulimia*" (boulimus) se acompaña de una intensa preocupación por la comida.

Stein (1988, cit. Guillemot y Laxenaire, 1994) también revisó el *Dictionnaire d'Edinburgh* (1807), en donde se definía a la bulimia como una afección crónica, caracterizada por desvanecimientos y/o vómitos inmediatamente después de la ingesta de una enorme cantidad de alimentos; por lo que Stein concluye que este término seguramente tiene más de 100 años de existencia. Asimismo, en un trabajo realizado por Stunkard (1990, cit. en Turón, 1997) se menciona que es posible encontrar referencias históricas de casos clínicos compatibles con el diagnóstico actual de bulimia nerviosa durante los últimos 250 años, y más concretamente, una descripción detallada de cuatro casos hace 50 años.

No obstante, autores como Guillemot y Laxenaire (1994) no están de acuerdo con estas afirmaciones, y mencionan tener la impresión de que los casos antiguos a los que

generalmente se hace referencia, no corresponden al síndrome bulímico actual, lo que puede coincidir con la hipótesis de que éste es un trastorno reciente, en donde los factores socioculturales han podido tener un importante papel de difusión. Concordando con lo anterior, Russell (1979) señala que la bulimia nerviosa parece haber surgido con las sociedades modernas, contando con una entidad nosológica propia desde aproximadamente finales del siglo XIX, cuando se comienza a emplear la denominación "bulimia nerviosa" para designar a una categoría de pacientes que presentaban tendencia a comer demasiado y a reducir —a través del vómito autoinducido, laxantes o diuréticos— las consecuencias negativas de esta sobreingesta, es decir el sobrepeso.

En la década de los años 70's aparecieron frecuentes referencias a un trastorno caracterizado por episodios de ingestión incontrolada o hiperfagia. Generalmente correspondían a descripciones de pacientes con características similares a las de aquéllos con anorexia nerviosa, excepto que su peso era normal. Este trastorno obtuvo entonces varios nombres: "bulimarexia" (Boskind-Lodahl, 1976), "dietary chaos syndrom" (Palmer, 1979), "bulimia nerviosa" (Russell, 1979), "bulimia" en el DSM-III (APA, 1980) y finalmente, en el DSM-IV (APA, 1994) se retoma el término sugerido por Russell, siendo este último el que ha cobrado mayor representatividad.

Sin embargo, es importante recordar que hasta hace aproximadamente veinte años la bulimia nerviosa era identificada como una variedad de la anorexia nerviosa, y fue hasta la elaboración del DSM-III (APA, 1980) que se le asumió como un trastorno alimentario con identidad propia, proponiendo concretamente que los accesos bulímicos deben ser repetidos, —aunque en ese momento no se definía un criterio mínimo de frecuencia—, que no deben presentarse en el contexto de una anorexia nerviosa o de algún otro trastorno psicológico reconocible.

A diferencia del DSM-III (APA, 1980), en el DSM-III-R (APA, 1987) se introdujo una noción de frecuencia de los accesos (por lo menos dos episodios bulímicos por semana durante al menos tres meses), además se introduce la característica de "preocupación por la

silueta y el peso", abarcando de esta forma un grupo mucho más homogéneo y específico. Sin embargo, los criterios diagnósticos más recientes son los del DSM-IV (APA, 1994), siendo los siguientes:

- a) Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:
- Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (por ejemplo, en un período menor a dos horas) en una cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias.
 - 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 recurrente, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, ayuno y ejercicio excesivo.
- c) Los atracones y conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar con un promedio mínimo de dos veces a la semana durante un período de al menos tres meses.
- d) La autoevaluación está exageradamente influenciada por la figura corporal y el peso.
- e) Las alteraciones no ocurren exclusivamente durante el transcurso de anorexia nerviosa.

Existen dos tipos de bulimia nerviosa:

- Tipo purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, la persona se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

- Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, la persona emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas.

Resumiendo, en la bulimia nerviosa, cuatro factores desempeñan un papel fundamental para la formulación de su diagnóstico (Abraham y Llewellyn-Jones, 1994):

1. La existencia de **atracones o episodios de ingesta voraz**, en los cuales persiste un sentimiento de pérdida de control y de culpa tras ellos. La cantidad de comida consumida durante un atracón varía considerablemente, y puede ser desde 3 hasta 30 veces la consumida normalmente en un día. Las "mordisqueadoras" comen menos que las "atiborradoras"; muchas de estas últimas comen más de diez veces lo que consumirían en un día en el que no practican los atracones. La mayoría de las bulímicas afirman que persisten en su conducta hasta que han comido todo lo que hay disponible; aunque cuando esto se analiza con mayor detenimiento, se encuentra que sólo consumen lo que describen como alimentos "malos" o "apropiados para comilonas", los cuales suelen escoger porque son fáciles de "tragar" al principio de la comilona y de vomitar posteriormente, algunas pacientes mencionan que sus atracones constan de comida blanda, lácteas o líquidas.
2. Se encuentran presentes **actitudes negativas hacia la propia imagen y peso**. En donde los pensamientos y actitudes de las bulímicas son similares a las de las anoréxicas respecto al peso, el cuerpo y la alimentación, y la diferencia radica en la pérdida de control. Este anhelo de delgadez, la insatisfacción por el propio cuerpo y la práctica de dietas restrictivas suelen ser antecedentes constantes al padecimiento; cabe señalar, que generalmente la anorexia nerviosa es un hecho precedente al desarrollo de la bulimia nerviosa (Toro, 1996), por lo que se observa que más del 90% de las pacientes bulímicas dicen a menudo que han estado comiendo en exceso y que normalmente han tratado de perder peso mediante un régimen estricto antes de iniciar los atracones (Abraham y Llewellyn-Jones, 1994).

3. Para diagnosticar bulimia nerviosa hay que identificar el tipo de **conductas compensatorias** que son utilizadas para evitar un posible aumento de peso tras un episodio de ingestión voraz, ya que a partir de estas conductas se clasifica a la bulimia en dos tipos: **purgativo**, que considera la provocación de vómitos y de laxantes y/o diuréticos; y **no purgativo**, que considera la práctica de ejercicio físico excesivo y/o la práctica de dietas restrictivas (Fernández y Turón, 1999).

Además, es importante señalar que al igual que en los demás trastornos alimentarios, hay que diferenciar a la bulimia como síntoma de la bulimia como síndrome. Es decir, algunas características que presenta la bulimia nerviosa pueden presentarse o confundirse con otras problemáticas; por ejemplo, los episodios de ingestión exagerada que presentan las personas con bulimia también los pueden presentar personas con estrés, algunos adolescentes por su etapa de desarrollo, o personas en situaciones específicas (lesión cerebral, hipertiroidismo, esquizofrenia, etc.), ya sean de tipo emocional, social o clínico (síntoma); mientras que la falta de control sobre la ingestión, que conlleva al atracón, seguido por conductas compensatorias como forma de evitar el sobrepeso, y de fondo un temor mórbido ante la idea de aumentar de peso se considera como el síndrome de la bulimia nerviosa.

Asimismo, como ocurre con otros trastornos del comportamiento alimentario, la bulimia nerviosa afecta principalmente a mujeres jóvenes —aunque un poco mayores que en el caso de las anoréxicas—, por lo ya antes mencionado. Al respecto, Connors y Johnson (1987) revisaron un amplio número de estudios epidemiológicos que hacían referencia a la bulimia nerviosa, encontrando que la prevalencia de esta patología variaba del 1 al 20% en mujeres y del 0 al 5% en hombres.

La edad de inicio de la bulimia se fija comúnmente entre los 16 y 18 años, aunque se ha reportado que también puede presentarse en púberes o mujeres de hasta 40 años (Pyle *et al.*, 1986). Un estudio con población adolescente reportó una incidencia del 4 al 10% en

mujeres con edades comprendidas entre 15 y 18 años (Crowther, Post y Zaynor, 1985; Gross y Rosen, 1988). Para Abraham y Llewellyn-Jones (1994) este patrón obsesivo-compulsivo que supone la práctica de atracones, empieza normalmente entre las edades de 15 y 24 años, y va precedido por un período de preocupación consciente por el peso corporal y la apariencia, durante el cual la mujer decide practicar un régimen alimentario, o por lo menos, "controlar" su peso.

Algunos autores han manifestado que la incidencia de la bulimia nerviosa se está incrementando (Bushnell, Wells, Hornblow, Oakley-Browne y Joyce, 1990; Kendler, McLean, Neale, Kessler, Heath y Eaves, 1991). De acuerdo con esto, Abraham y Llewellyn-Jones (1994) mencionan que la incidencia de la bulimia nerviosa puede ser en realidad más alta, ya que sólo las mujeres que buscan ayuda médica pueden ser identificadas, o incluso, existen mujeres que buscan ayuda pero no hablan de su hábito alimentario, por lo que su diagnóstico no es canalizado adecuadamente y se les atiende por problemas gastro-intestinales, ginecológicos o depresivos. Sin embargo, Fombonne (1996) realizó una revisión de estudios a lo largo del período de 1980 hasta 1995, a partir de la cual afirma que actualmente existe un mayor conocimiento del trastorno, lo que ha propiciado que se realice una mayor y mejor detección de casos con bulimia nerviosa, esto aunado a que se cuenta con un mayor número de instrumentos para la detección y evaluación del trastorno.

Se puede considerar que la bulimia es una patología generalmente clandestina, vivida por los pacientes a modo de adicción, y por tanto, muestran gran resistencia a reconocer su existencia; sin embargo, los pacientes con este trastorno generalmente están conscientes de que su comportamiento es desadaptado, sintiéndose a menudo deprimidos y culpables. Asimismo, muestran altos niveles de ansiedad frente a los alimentos y a la conducta de comer, aunado a una gran preocupación por su imagen corporal.

Existen diversos factores que pueden dificultar el diagnóstico de las personas con bulimia (Alvarez, Mancilla, Mercado, Manríquez y Román, 1997), como por ejemplo:

- 1) Las pacientes intentan a toda costa ocultar sus rituales bulímicos, incluso a familiares y amigos.
- 2) La familia, amigos, e incluso, los profesionales de salud son incapaces de detectar el trastorno, ya que el peso y tamaño del paciente está frecuentemente dentro de los límites de la normalidad.
- 3) El comportamiento alimentario que exhiben los pacientes bulímicos, a diferencia de las anoréxicas, es normal tanto en las situaciones familiares como en las sociales.
- 4) Los cambiantes criterios para su diagnóstico.

La sintomatología de la bulimia nerviosa, como en otros trastornos mentales, suele acompañarse de otras psicopatologías y posibles alteraciones físicas; algunas veces se acompaña por la presencia de amenorrea o irregularidades menstruales, debido al estado de mal nutrición que presentan estas pacientes a pesar de mantenerse en un peso normal.

Existen diferentes modelos etiológicos que tratan de dar explicación a la aparición de la bulimia nerviosa, como es el planteado por Cervera (1996), el cual se basa en la asociación de acontecimientos vitales que provocan estrés y que no necesariamente están relacionados con la preocupación por su imagen corporal o su peso (Figura 3).

Factores predisponentes: el exceso de peso, ayuno, autoestima baja, perfeccionismo, personalidad caótica, predisposición biológica y conflictos familiares. Aunque la bulimia nerviosa se presenta regularmente en mujeres con peso corporal normal, en algunas pacientes existen antecedentes de obesidad, y por lo tanto, una negativa deliberada a subir de peso. También se ha observado que en el ambiente familiar existe poca cohesión y entre sus miembros no existe apoyo, existe un mayor número de expresiones hostiles y comentarios negativos, conductas comunicativas de confusión y desorientación, y específicamente se ha observado que las madres de estas pacientes son críticas y distantes con sus hijas, por lo que realizan menos actividades recreativas y existe una mayor orientación a los logros. Sin embargo, hay que recordar que este

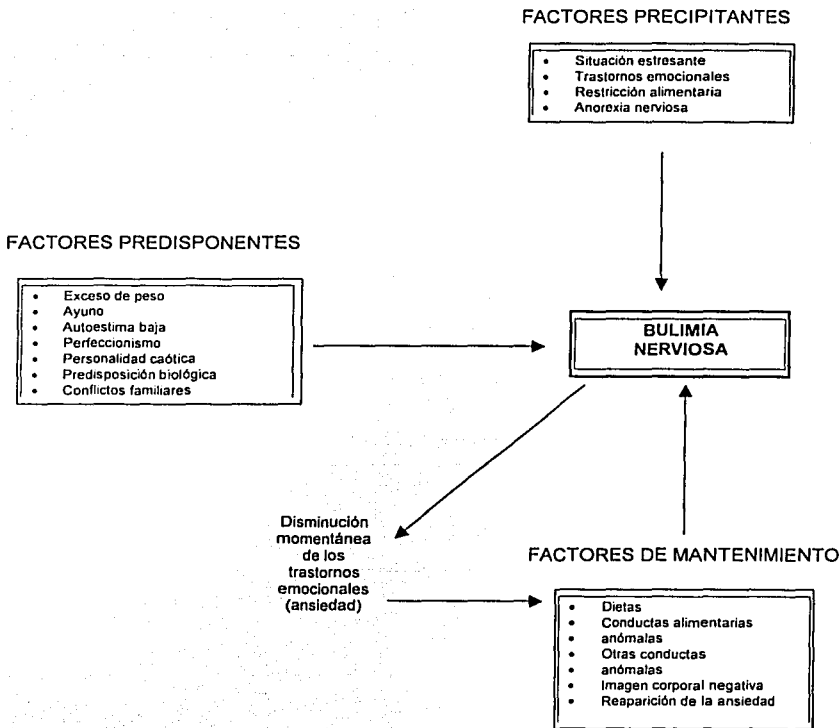


Fig. 3. Secuencia de factores predisponentes, precipitantes y de mantenimiento en la bulimia nerviosa (Cervera, 1996, con base al estructurado para anorexia nerviosa por Toro y Vilardell, 1987).

tipo de familias no son siempre el origen del trastorno bulímico (Humphrey, 1989; Hodes y Le Grange, 1993; Vázquez, 1997).

Factores precipitantes: situaciones estresantes, trastornos emocionales, restricción de alimentos y antecedentes de anorexia nerviosa. La personalidad de las pacientes con bulimia nerviosa juega un papel preponderante en este factor, ya que cuentan con un estado emocional inestable, son impulsivas, con tendencias a la depresión y automedicación, así como a cometer actos suicidas, incompetencias sociales y una gran necesidad de aprobación externa; finalmente, presentan una menor tolerancia a la frustración, por lo que los sucesos estresantes tienen un mayor impacto en sus vidas.

Factores de mantenimiento, están las dietas, las conductas alimentarias anómalas, imagen corporal negativa y ansiedad. Estas conductas tienen que ver con las distorsiones cognitivas que presentan las pacientes, así como la ansiedad que les provoca la culpa de haber comido en exceso y el miedo que tienen a aumentar de peso.

Otro modelo explicativo es el planteado por Williamson (1990), quien menciona que las personas bulímicas utilizan como método extremo de control de peso la conducta purgativa. Este autor postula que después de romper una dieta, sigue una sobreingesta o el consumo de alimentos prohibidos, posteriormente surgen el miedo a ganar peso y las perturbaciones de la imagen corporal, generando esto ansiedad y preocupación. Para reducir la ansiedad se practican las conductas compensatorias, que tienen como consecuencia la eliminación de los nutrientes que el cuerpo necesita para tener un buen funcionamiento, resultando en pérdida de energía y disminución del hambre, con lo que se repetirá el ciclo de sobreingesta, convirtiéndose así en un círculo vicioso (Fig. 4).

Entre los factores de riesgo para la aparición de la bulimia nerviosa se encuentran los biológicos (edad, género, un peso corporal mayor al ideal, etc.), socioculturales (la cultura de la delgadez, la presión social sobre el peso, la actividad laboral, etc.) o familiares. Respecto a estos últimos, se ha encontrado que el entorno familiar de las bulímicas presenta una mayor problemática y es altamente conflictivo, además de presentar menos actividades recreativas y mayor orientación a los logros (Pole, Waller, Stewart y Parkin-Feigenbaum,

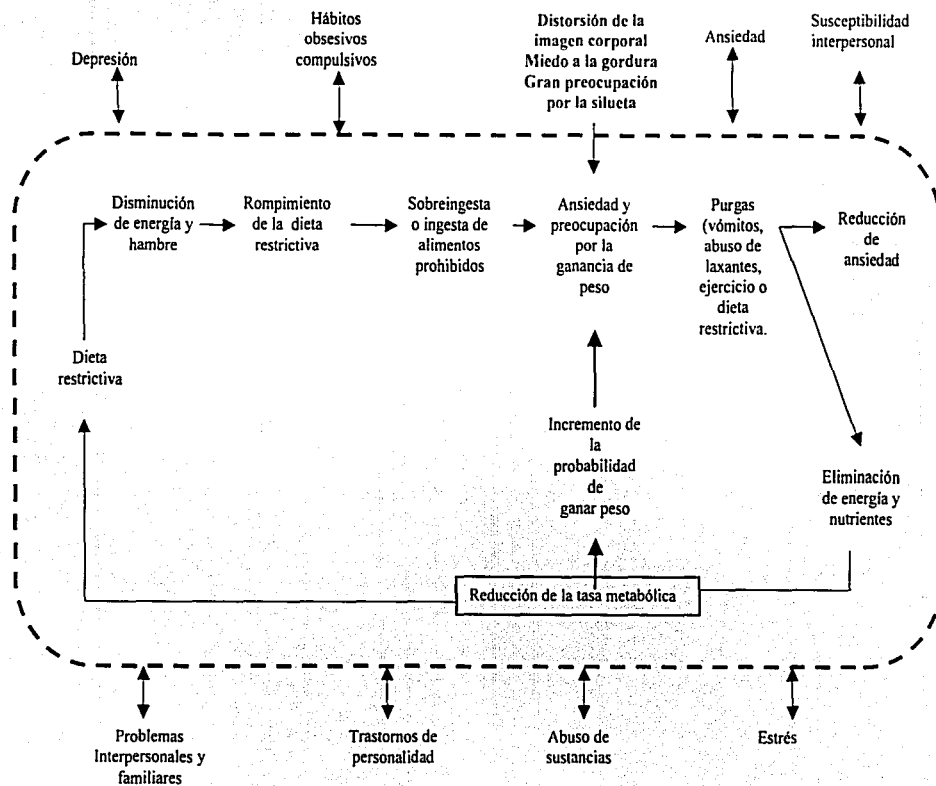


Fig. 4. Modelo conceptual de la Bulimia Nerviosa (Williamson, 1990).

1988; Vázquez, 1997). Turón (1997) confirma lo antes mencionado, ya que en sus investigaciones ha encontrado que las familias de pacientes bulímicas son más conflictivas, desorganizadas y críticas, pero menos cohesionadas y con capacidades de establecer relaciones de confianza y ayuda mutua entre sus miembros, esto en comparación con familias control.

Entre los factores individuales de riesgo se encuentra la existencia de antecedentes de obesidad, por lo que en algunos modelos etiológicos como en el de Rosen y Leitenberg (1985), se subraya la importancia del papel jugado por la ansiedad, discutida ésta en términos de "temor mórbido a la obesidad". Ellos mencionan que la conducta vomitiva reduce la ansiedad, manteniendo una función similar a las de los rituales o conductas compulsivas de la neurosis obsesivas-compulsivas.

La bulimia también ha sido asociada con síntomas depresivos, como tristeza, sentimientos de culpa, baja autoestima, alteraciones del sueño e ideación autolítica (Lancelot, Brooks-Gunn, Warren y Newman, 1991; Blouin, Zuro y Bloun, 1990); sin embargo, continúa existiendo la polémica de si los síntomas depresivos son o no específicos de un trastorno afectivo, o si la depresión constituye una patología secundaria a la alteración de la conducta alimentaria, además de determinar si la depresión o los síntomas depresivos son anteriores o posteriores al trastorno alimentario.

La impulsividad también se ha considerado como un factor de riesgo individual para el surgimiento de un trastorno de bulimia nerviosa, además puede servir como punto de diferencia entre este trastorno y el de anorexia nerviosa; ya que mientras las pacientes anoréxicas muestran excesivo autocontrol sobre sus impulsos y otros rasgos obsesivos (orden, rigidez, meticulosidad y perfeccionismo), las bulímicas suelen tomar decisiones rápidas y actúan de forma impredecible, poco meditada y controlada (Newton, Freeman y Munro, 1993). Siendo importante tener claramente identificadas

estas diferencias entre ambos trastornos alimentarios, así como respecto a otro tipo de trastornos.

2. PERSONALIDAD

2.1. Definiciones

La personalidad es una de las palabras más abstractas de nuestra lengua, y como todas ellas que tiene un uso excesivo, su extensión es muy amplia y su comprensión ambigua o incompleta; pero sin lugar a dudas, dicho término es usado frecuentemente por las personas, ya que expresa el interés por conocer e identificar características en los otros, tratando de dar respuesta a la interrogante ¿Quiénes somos?.

El estudio de la personalidad tiene su origen desde la filosofía, el arte o el lenguaje cotidiano, puesto que su uso se ha referido en varias ocasiones, respecto a cómo vivir una vida de "manera correcta" y entender a los demás.

El término personalidad proviene del latín "persona", refiriéndose a la denominación de la máscara teatral que utilizaban los actores en las antiguas obras del teatro griego. En éste a menudo había más papeles en una obra que actores, y por lo tanto, un actor cambiaba de "máscaras" para que el auditorio supiera que había asumido un rol diferente (Allport, 1976; Engler, 1996).

El concepto personalidad se ha ligado a la Psicología, ya que este término se relaciona comúnmente a las conductas, ideas y actitudes de los individuos; siendo importante señalar que en su uso común puede representar un peligro si ésta se emplea sin tener plena conciencia de sus múltiples significados. El hecho básico del cual hay que partir es que en la disciplina no existe acuerdo respecto a una única definición de personalidad; por lo tanto, en este apartado se analizan algunas definiciones, con el fin de retomar una que se adecúe al objetivo planteado para la presente investigación.

Los primeros intentos por dotar de una explicación científica a la personalidad fueron hechos por Wundt (1879, cit. en Keller, 1992), quien a través de la exploración de la conciencia por medio de la introspección o la autoexaminación trataba de aportar una explicación para la estructura de la mente consciente.

No obstante, otro autor que abordó el estudio de la personalidad a través del método de la introspección, fue Sigmund Freud, quien enseñó a sus pacientes a utilizarla de manera retrospectiva para examinar experiencias pasadas, explorando y descubriendo procesos inconscientes, lo que le permitió desarrollar una teoría de la personalidad que se basaba en una estructura psíquica compuesta por tres componentes: Yo, Ello y Superyó (Garfield, 1979).

Posteriormente, John Watson en 1920 criticó a Wundt por su estudio sobre la experiencia consciente del individuo, y propuso que la psicología al ser "una ciencia" debía enfatizar el estudio de la conducta manifiesta (la que puede observarse de manera directa a partir del movimiento corporal, el habla, el llanto, etc.), en lugar de las conductas encubiertas (pensamientos, sentimientos y deseos). Watson fue sucedido por B.F. Skinner, para quien la palabra personalidad era innecesaria, ya que el estudio científico del comportamiento humano debía basarse en una metodología rigurosa con base al método extrospectivo, para estudiar primero la conducta en animales (ratas y pichones), y posteriormente, intentar extrapolar dichos resultados para dar una explicación por medio de éstos a los patrones conductuales de las personas (cit. en Keller, 1992).

A partir de dicha postura, al dejar de lado el estudio de los procesos mentales, surgió la psicología cognoscitiva, la cual enfatiza la manera en que las personas perciben, procesan y reaccionan ante la información de su ambiente, utilizando para ello el método extrospectivo y la metodología rigurosa.

Como se puede observar, los diferentes autores gestaron diversas técnicas y definiciones para el estudio de la personalidad o de la conducta humana, presentando su propia comprensión del término personalidad. Basándose en lo anterior, Allport (1976) realizó una revisión de más de 50 definiciones diferentes de personalidad, y mencionó que era posible clasificarlas en cinco grupos: definiciones aditivas, integrativas-configuracionales, jerárquicas, en términos de ajuste y distintividad. Apoyándose en estas revisiones, Allport concluyó que las definiciones más útiles para explicar a la personalidad son aquellas que suponen una sólida organización de las disposiciones y sentimientos, el estilo de vida, los modos de adaptación, el ambiente, el crecimiento y el desarrollo progresivo que tiene cada uno de los individuos, aportando la siguiente definición: "La personalidad es la organización dinámica dentro del individuo de aquellos sistemas psicofísicos que determinan sus ajustes únicos en el ambiente" (pag. 58). Es decir, se considera una organización dinámica porque el desarrollo mental de una persona es autoregulado, constante y cambiante. El ajuste proviene de estímulos del ambiente externo que provocan cambios en los actos de las personas. Se considera un sistema porque hace referencia a los hábitos, actitudes, sentimientos, haciéndonos pensar que la personalidad no es exclusivamente mental, si no que reúne la actividad del cuerpo y la mente, aportando una unidad a las personas como seres únicos.

Allport (1976) argumentaba que la comprensión de la personalidad debía basarse en dos elementos básicos: el de temperamento (la constitución bioquímica del individuo, es decir de origen hereditario), y especialmente, en la noción de rasgo (disposición relativamente permanente que subyace a la conducta manifiesta). Asimismo, este autor pensaba que el rasgo representaba la predisposición para responder de una forma determinada ante diferentes situaciones, además creía que esto se basaba en diferencias biológicas y físicas entre la gente; es por eso que realizó una distinción entre los rasgos, llamando a unos nomotéticos (aplicados a todo el mundo) y a otros como ideográficos (propios de cada persona); como vemos, partía de reconocer la singularidad de cada individuo, asumiendo que la gente es influida por las diversas situaciones, y además, que la mayoría de las conductas manifiestan la influencia de

múltiples rasgos. Asimismo, intentó desarrollar una taxonomía en términos de rasgos a través de una lista categórica de características estables y perdurables, como son: el estado de ánimo, actividades temporales, evaluaciones sociales y una categoría mixta de características físicas, como talentos o aptitudes (Allport y Odbert, 1936, cit. en Lawrence, 1998).

Garfield define la palabra personalidad como una identidad personal, es decir, "...como aquel comportamiento integrado y organizado del individuo que lo caracteriza como tal, es decir una persona única y distinta a las demás" (1979, p. 1379). Respecto a esto, autores como Kelly (1955, cit. en Dicaprio, 1987) y Mischel (1973) resaltan las siguientes características:

- a) La personalidad es única.
- b) Es considerada como si estuviera compuesta de muchas características diferentes (rasgos) dentro de una organización particular (estructura).
- c) La personalidad es estable y no cambia fácilmente
- d) La personalidad no es una disposición automática que controla la conducta, sino una serie de disposiciones que se ven influidas y modificadas por las situaciones en que se desenvuelve el individuo, por lo que se puede decir que la personalidad "normal" si bien debe presentarse integrada y organizada, también debe mostrar plasticidad (Ruiz, 1995).

Como hemos visto, el término personalidad representa un patrón profundamente incorporado en el que se expresan rasgos cognitivos, afectivos y conductuales que persisten por largos períodos de tiempo. Dichos rasgos surgen de disposiciones biológicas y del aprendizaje por medio de la experiencia. Millón y Everly (1994) señalan que existen dos procesos en el centro de la personalidad:

1. Cómo interactúa el individuo con las demandas del medio ambiente, y
2. Cómo se relaciona el individuo consigo mismo.

El término patrón, empleado en la definición de la personalidad, es necesario para subrayar, en primer lugar, el hecho de que las conductas y actitudes surgen de una compleja interacción entre la disposición biológica y las conductas aprendidas; en segundo lugar, para enfatizar el hecho de que estas características de personalidad no son sólo una agregación difusa de tendencias al azar, sino una estructura predecible y aprendida, tanto de conductas manifiestas como encubiertas. De tal forma, que la personalidad es algo que se recrea en las relaciones con la gente, y está conformada por ciertos rasgos o atributos definidos que son comunes a muchas personas, pero que pueden variar en intensidad e inferirse a través de sus indicadores conductuales (Cattell, 1957, cit. en Mischel, 1973). Por lo tanto, el estudio de los rasgos sirve para inferir la estructura fundamental de la personalidad de los individuos, y poder comparar personas y/o grupos a partir de las dimensiones de dichos rasgos (Hogan, Desoto y Solano, 1977, cit. en Fierro, 1981).

Con base a lo anterior, utilizando muchos de los términos de rasgo empleados por Allport, Cattell –cuya primera especialidad universitaria fue la química, y posteriormente la psicología– intentó desarrollar una taxonomía de rasgos de personalidad comparable a la tabla periódica. Para ello empleó el análisis factorial, con el objetivo de determinar qué grupos de rasgos estaban más correlacionados entre sí, llegando a la conclusión de que aparecían dieciséis factores que podían explicar la mayor parte de la personalidad (Kimble, Garmezy y Zingler, 1996).

2.2. Teorías de la Personalidad

Actualmente existen diversas teorías sobre la personalidad que proponen describir y explicar el comportamiento humano. En la mayoría de las teorías existentes se aborda el estudio de la personalidad a partir de ciertos ambientes y contextos muy determinados, es decir, se suele poner el énfasis en las características circunscriptas a la actividad humana.

A continuación se expondrán algunas de las teorías de la personalidad más sobresalientes, como son: la teoría psicoanalítica, la teoría del aprendizaje y la teoría de los rasgos.

2.2.1. Teoría Psicoanalítica

El psicoanálisis fue creado por Sigmund Freud, quien –siendo médico de profesión e interesado por la neurología– comenzó a atender a pacientes que manifestaban malestares sin ninguna causa orgánica aparente. Dichos pacientes manifestaban síntomas espectaculares, de los cuales Freud comenzó a derivar sus primeras hipótesis y principios teóricos (Kimble *et al.*, 1996).

Uno de los principios teóricos fue la motivación inconsciente, ya que Freud estaba convencido de que todo comportamiento tiene alguna causa psicológica específica o una fuente de motivación, según él nada sucede por casualidad, e incluso los errores, equivocaciones u olvidos no son cosas fortuitas, sino que cada uno de estos acontecimientos presenta una causa psicológica específica, aún cuando en general no somos conscientes de ella.

Para Freud, la vida mental está compuesta por tres categorías o tipos de fenómenos, pensamientos, ideas o deseos: conscientes, preconscientes e inconscientes. A nivel *consciente* reconoce los aspectos ideológicos, cognoscitivos y motivacionales que están ocurriendo dentro de uno mismo. A nivel *inconsciente*, también estableció la hipótesis de que ciertas ideas o deseos están tan emocionalmente "cargados" que resultan potencialmente amenazadores para el individuo, por lo que son literalmente excluidos de la consciencia, mediante el proceso llamado represión. Por último, a nivel *preconsciente* connota recuerdos que no se evocan inmediatamente por el individuo, pero que con algún esfuerzo son recordados. La teoría psicoanalítica dió más peso al nivel inconsciente, ya que es aquí donde ubicó la estructura de la personalidad, la cual consiste en tres partes o sistemas dinámicos e interactuantes, conocidos como el *Ello*, el *Yo* y el *Superyo* (Hall, 1991).

El *Ello* es la fuente de energía psicológica y de los impulsos instintivos, por ejemplo, el sexo y la agresión; es decir, se le concibe como la fuente primaria de la actividad psíquica y como fuente de la tensión que busca liberarse o desahogarse.

El *Yo* es el componente que desempeña la función de ejecución o de integración dentro de la personalidad. Se desarrolla como un mecanismo para satisfacer los impulsos y necesidades del *Ello*, es decir, el *Yo* actúa de acuerdo con las realidades de la situación que afronta el individuo, resolviendo las exigencias conflictivas entre el *Ello* (dentro del individuo) y del ambiente.

El *Superyó* representa la interiorización o asimilación de los sistemas morales y éticos propios de la cultura del individuo, y se desarrolla como resultado de las prohibiciones y premios parentales relacionados con modelos específicos de conducta, distinguiendo así lo que es "bueno o malo". De acuerdo a esta concepción, un individuo con intensos impulsos sexuales y un *Superyó* fuerte que prohíbe la satisfacción de tales impulsos, se encontrará inmerso en un estado de tensión, resultante de los conflictos internos.

Dentro de esta concepción dinámica de la personalidad, se considera que los síntomas neuróticos o comportamientos perturbados son el resultado de los conflictos internos o reprimidos. En cierto sentido los síntomas son una manifestación del conflicto interno, y en ciertos casos dramáticos, el mismo síntoma específico simboliza la naturaleza del conflicto (Garfield, 1979).

Continuando con sus investigaciones, Freud agregó a su teoría dinámica dos impulsos básicos del comportamiento de todos los individuos: el instinto de vida y el instinto de muerte. En el primero, la fuerza de vida está detrás de todos los esfuerzos que se hacen para la conservación de sí mismo y de la especie, lo que generalmente motiva comportamientos más constructivos. El segundo, el instinto de muerte, lleva a la agresión y a la destrucción. Existe también una fuente de energía llamada *libido*, que es

una parte de la fuerza de la vida que comprende energía sexual, y debido a que Freud concibió a la sexualidad como algo que lo permea todo, juega un papel central en su teoría; encontrándose este impulso sexual o energía libidinal desde la infancia, y perdurando durante todo su desarrollo. Sin embargo, la sexualidad de la infancia no es la misma que presenta el adulto; en la primera, la energía libidinal del infante se concentra en la boca y en la cavidad bucal (fase oral), posteriormente, la región anal (fase anal) se convierte en el centro de esta energía placentera, para llegar finalmente a la concentración de la energía libidinal en los genitales, aproximadamente a los 5 años de edad (etapa fálica). Las experiencias que puede llegar a tener un individuo en esta etapa suelen afectar significativamente el desarrollo de su personalidad (Cueli, Aguilar y Mati, 1994).

Durante la etapa fálica —como ya se mencionó—, los órganos sexuales se convierten en el centro de energía libidinal, naciendo así la actividad autoerótica. También durante esta fase aparece el complejo de Edipo, durante el cual el niño manifiesta una marcada afición hacia el progenitor del sexo opuesto, y desarrolla sentimientos hostiles o negativos hacia el otro progenitor.

Con la represión de los impulsos sexuales que ocurren durante el complejo edipal, el individuo entra en el período de latencia. Este período se caracteriza por la represión de los impulsos sexuales y por una aparente falta de interés por tales cuestiones. Sin embargo, al llegar a la adolescencia, estos impulsos vuelven a surgir (etapa genital), el individuo convierte sus intereses y energías hacia las demás personas. Al principio, se da un apego íntimo hacia los miembros del mismo sexo, más tarde, la atención empieza a enfocarse exclusivamente hacia el sexo opuesto. Cuando el desarrollo procede relativamente sin ningún contratiempo, el individuo llega al nivel genital de adaptación y se queda en éste, manteniendo así una relación heterosexual "normal". Sin embargo, cuando el desarrollo ha sido bloqueado u obstaculizado, el individuo no suele llegar a este nivel o permanece en alguno de los niveles anteriores. En este punto hacen su presencia otros dos conceptos: fijación y regresión (Garfield, 1979).

Si el desarrollo del individuo se ha caracterizado por una gran cantidad de ansiedad e inseguridad, suele temer que se le impongan nuevas exigencias que requieran de una mayor madurez de su parte, como resultado de esto suele quedar fijado en una etapa o nivel determinado de desarrollo y no logra progresar hacia una etapa superior. En otros casos, el individuo progresa hacia una etapa más elevada, pero al experimentar a ésta como amenazadora o frustrante, suele retroceder hacia una etapa anterior.

Entre otros conceptos –íntimamente relacionados con la adaptación del individuo– se encuentran los mecanismos de defensa, cuya finalidad general es la reducción de la sensación de amenaza o ansiedad, y en la medida que se logra este objetivo, tiende a ser reforzado y a convertirse en parte habitual del patrón de respuestas de una persona. Algunos de los mecanismos de defensa son:

- ◆ La *introyección*, a través de la cual se adoptan valores y creencias de otra u otras personas.
- ◆ La *identificación*, es el resultado de la introyección, y supone la imitación de los atributos y cualidades de otras personas. Por ejemplo, cuando se dice que un niño ha introyectado los atributos de un progenitor, decimos que se ha identificado él, es decir que asume sus normas, actitudes y valores; entonces la conciencia del niño comienza a formarse, iniciando el aprendizaje social de "lo bueno y lo malo" de acuerdo al modelo a seguir.
- ◆ La *proyección* es la introyección a la inversa, debido a que supone un proceso por el cual los rasgos o impulsos indeseables de uno mismo se le atribuyen a los demás.
- ◆ La *racionalización*, es el más común de los mecanismos de defensa que utilizan las personas, ya que representa de manera próxima una forma consciente de manejar el material inaceptable. Mediante la racionalización podemos engañarnos a nosotros mismos, sustituyendo con razones "buenas" (aceptables) las "malas" (Inaceptables), a fin de hacer que nuestra conducta parezca más ética de lo que realmente es.

En conclusión, la teoría de Freud ha sido importante dentro del estudio de la personalidad, dado que conceptos como Inconsciente, ego, represión, regresión, proyección e introyección, han demostrado ser potencialmente valiosos para entender la personalidad humana. Por otra parte, este autor se ha basado en la idea de que una experiencia infantil puede influir en la vida adulta, y que el reconocimiento de las dificultades sexuales a menudo interviene en los desajustes de la personalidad y en sus trastornos. De cualquier manera, a pesar de tales contribuciones existe una gran variedad de críticas hechas a esta teoría, las cuales ponen en cuestionamiento sus planteamientos y han supuesto su reformulación en otras teorías, de las cuales se hablará a continuación (Kimble *et al.*, 1996).

2.2.2. Teoría del Aprendizaje

Las teorías del aprendizaje y comportamiento se derivan de la psicología experimental más que de la psicopatología o la práctica clínica (Garfield, 1979). Dichas teorías acentúan la importancia de los procedimientos del aprendizaje, considerando que la conducta del individuo es aprendida de su medio ambiente, es decir, el individuo mantiene interacciones sociales con los demás, adquiriendo valores, actitudes, lenguaje y otras características, por medio del aprendizaje de su cultura; además, pone atención en cómo la base genética de los individuos influye en su desarrollo. Desde este punto de vista, es fácil entender que la personalidad está mediada por el aprendizaje, aceptando que no solamente el comportamiento "normal" es producto de él, sino que también lo es el mal adaptado.

Estas teorías utilizan el método experimental con la finalidad de crear teorías sólidas y objetivas que puedan generalizarse, y así poder echar mano de las mismas para modificar los patrones de respuestas adquiridos por medio del aprendizaje. A continuación se desglosarán algunos de los principales fundamentos de dichas teorías.

Condicionamiento clásico: éste surge a partir de los experimentos de Pavlov llevados a cabo con perros en laboratorio, en los que se condicionó a los animales para

que salivaran ante la presentación de un estímulo que normalmente no provocaría dicha respuesta (estímulo neutro); así, cuando un sonido o una luz se le presentaba a un perro hambriento –momentos antes de ser alimentado– éste comenzará a salivar ante la presencia de dichos estímulos. A éstos se les llama estímulos condicionados, ya que ordinariamente no provocarían dicha respuesta (salivación), a la cual también se le llama respuesta condicionada. Una respuesta condicionada es una respuesta nueva ante un estímulo determinado, y es esencialmente una respuesta aprendida. Dentro de esta teoría existen cuatro procesos básicos, los cuales son: mantenimiento, extinción y generalización de una respuesta, además de la discriminación de estímulos (Dicaprio, 1987).

Continuando con este análisis, J. B. Watson (1919, cit. en Keller, 1992) fue uno de los primeros conductistas que descubrió que el uso de los conceptos del condicionamiento clásico le permitían –como investigador– concentrarse en el comportamiento del individuo y sobre los diversos estímulos que lo producen, destacando así el comportamiento observable sobre aquéllos que hacen referencia a estructuras mentales o constructos como la personalidad. Posteriormente, estos conceptos fueron modificados y adaptados, siendo la base de la búsqueda de una explicación clara y profunda del aprendizaje.

El condicionamiento operante o instrumental establecido por Skinner (1938, cit. en Fadiman y Frager, 1979), retoma algunos conceptos del condicionamiento clásico, como el de generalización y extinción. Esta teoría se basa en el proceso de producir o modelar un nuevo comportamiento del organismo. El condicionamiento operante se encuentra en los efectos del comportamiento del individuo y en el grado en el que éste opera sobre el ambiente, es decir, si un determinado comportamiento es reforzado, tenderá a continuar y fortalecerse; y contrariamente, si no existe el refuerzo, disminuirá y tenderá a desaparecer.

El concepto de reforzador es un punto clave en el condicionamiento operante, ya que para lograr modelar o fortalecer un determinado patrón de reforzamiento hay que

administrar la contingencia o asociación entre un estímulo determinado, una respuesta y un reforzador. Una vez producida o emitida la conducta deseada se debe utilizar alguno de los programas derivados del condicionamiento operante (razón fija, razón variable, intervalo fijo e intervalo variable). En el grado en el que nuestra conducta sea parte de condicionamientos operantes y resultado del aprendizaje, en ese mismo grado podrán ser modificados a través del uso adecuado del reforzador.

Es así como vemos que el énfasis de la llamada escuela Skinneriana se sitúa sobre la conducta manifiesta, o sea, lo que el organismo hace en una situación específica, evitando así el empleo de inferencias, como pulsiones, motivos, conflictos, rasgos, etc., enfatizando la práctica del análisis sistemático sobre las situaciones, las conductas y las contingencias de reforzamiento.

2.2.3. Teoría de los Rasgos

Del mismo modo que no existe un consenso respecto a la definición de personalidad, no existe uno respecto a la definición de rasgo. Por ejemplo, Allport sugirió que los rasgos de personalidad son entidades físicas reales, es decir, son "estructuras mentales auténticas en cada personalidad". Para Allport un rasgo es un sistema neuropsíquico generalizado y enfocado (peculiar al individuo) con la capacidad de interpretar diversos estímulos equivalentes –desde el punto de vista funcional– e iniciar y guiar formas conscientes (también equivalentes) de comportamiento adaptativo y expresivo (Allport, 1937, cit. en Cohen y Swerdlik, 2000).

Asimismo, de acuerdo con Allport, Robert Holt señaló que los rasgos son estructuras reales dentro de las personas que determinan su comportamiento en formas legítimas, conceptualizando estas estructuras como cambios en la química cerebral que podrían ocurrir como resultado del aprendizaje (1971, cit. en Cohen y Swerdlik, 2000). Otra definición es la de Guilford, en la que se menciona que los rasgos son cualquier forma distinguible, relativamente perdurable, con base a la que un individuo varía de otro (Guilford, 1959, cit. en Cohen y Swerdlik, 2000). Por último, se presenta el

concepto de rasgos empleado por Raymond Cattell en 1950, dado que es la base conceptual y metodológica del instrumento utilizado en la presente investigación. Cattell conceptualiza los rasgos como estructuras mentales, pero para él "estructura" no necesariamente implica un estado físico real (cit. en Cohen y Swerdlik, 2000).

En conclusión, se puede decir que el término rasgo es seleccionado por el observador, el cual va a depender del comportamiento en sí y del contexto en el que aparece ese comportamiento. Es decir, la personalidad de un individuo puede ser descrita como una colección de rasgos, éstos son considerados como los principios disposicionales para responder de una forma determinada. Sin embargo, una persona que posee un rasgo no necesariamente tiene que exhibir el modo característico de la conducta descrita por el rasgo. Cuando a una persona se le atribuye un rasgo de disposición, está implícita una de dos cosas diferentes o ambas, la persona exhibe el modo característico de conducta descrito por el rasgo en una gama de situaciones relativamente amplia, y/o la persona manifiesta una conducta en grado extremo (Allport, 1976).

Asimismo, en su teoría de personalidad, Allport considera al hombre como una estructura total, organizada y dinámica; a nivel de conducta, subraya que todo comportamiento tiene dos aspectos: adaptativo y expresivo. El primer aspecto concierne a lo que *se hace* y al *por qué se hace*; en el segundo, la conducta expresiva se refiere al *cómo se hace*, es decir, al estilo más que al contenido de la acción. La expresión facial, las características de la voz y del habla, los componentes estilísticos posturales, los gestos, el modo de andar y la escritura están entre los temas más investigados por Allport. Estas nociones tienen una significación teórica para su postura psicológica del hombre total, porque, lo que el sujeto hace y como lo hace significa lo que es (Allport, 1976).

El hombre total manifiesta algo de sí mismo en todo lo que hace, sus distintos pensamientos y actos están integrados, y poseen cierto grado de estabilidad a lo largo del tiempo; y esta organización --a su más alto nivel-- es precisamente lo que llamamos

personalidad. Allport distingue cuatro niveles en esta organización. En el *nivel más bajo* se encuentra la respuesta condicionada, un acto simple que a través del aprendizaje es producido por un estímulo en particular. En el *segundo nivel* se habla de hábitos, es decir, de sistemas integrados de respuesta condicionadas. En el *tercer nivel* aparecen los rasgos, que al menos parcialmente, son sistemas integrados de hábitos específicos; también se incluyen en este nivel las actitudes, valores, intereses y otros constructos de esta clase, asimismo los rasgos están organizados eventualmente dentro de sistemas super-ordenados a los que Allport denomina Yo. Finalmente, *en el nivel superior* tenemos la personalidad, que es la integración última de todos los anteriores sistemas (Lawrence, 1998).

A pesar de que Allport y Odbert (1936, cit. en Lawrence, 1998) criticaban a los psicólogos que se centraban en la medición de las diferencias individuales, debido a que descuidaban la organización del individuo como un todo, hicieron un notable esfuerzo por desarrollar una taxonomía en términos de rasgos. Calcularon más de 18,000 palabras para nombrar de una manera distinta la conducta de la persona, a partir de la cual se pudieran estructurar categorías de variables dimensionales cuantitativas que fueran aplicables a todas las personas. Dichas categorías consistían en características estables y perdurables, estados de ánimo y actividades temporales, evaluaciones sociales, y una categoría mixta de características físicas, talentos o aptitudes. Así, cada persona puede ser descrita exhaustivamente al indicar su posición en cada una de las dimensiones de los rasgos (Kimble *et al.*, 1996; Lawrence, 1998).

Entre las aportaciones más importantes que tuvo su propuesta, se encuentran:

- Que puede ser más importante conocer los rasgos únicos de la persona y su organización, que saber dónde se sitúa ésta en comparación con otras, en algunos rasgos comunes; es decir, para Allport su teoría debía de ser capaz de aprehender la singularidad del individuo.
- Allport creía que la gente se comportaba conscientemente, y que por lo tanto, el concepto de rasgo era útil; al mismo tiempo, reconocía que la gente es influida por

situaciones y que la mayoría de conductas manifiestan la influencia de múltiples rasgos.

- Por último, Allport estudió la relación entre los conceptos motivación y rasgo, ya que se interesaba en cómo el organismo era activado para guiar su respuesta a los estímulos. Debido a que su teoría de los rasgos puso énfasis sobre la estructura y la organización de la personalidad, ha sido retomada por diversos autores (Cattell, 1943, Gray, 1987, Eysens, 1993 y Golberg 1993, cit. en Lawrence, 1998).

Por otra parte, Cattell con base en algunos de los conceptos anteriores, desarrolla su teoría factorial de la personalidad, cuyo objetivo –como se mencionó anteriormente– fue desarrollar una taxonomía de rasgos de la personalidad comparable a la tabla periódica de los elementos en química. Para él era muy importante trazar las principales dimensiones de la personalidad, dado que esto exige que se cuente con una muestra adecuada³ de las variables de la personalidad. Este concepto de la personalidad global ha sido concebido en la obra de Cattell como la “esfera de la personalidad” (1943, cit. en Lawrence, 1998). Cattell ha sostenido que la única fuente efectiva de la totalidad de los rasgos de personalidad se halla en el lenguaje, partiendo de un supuesto de probabilidad de que todos los aspectos discernibles del comportamiento se hallan verbalizado en el transcurso del tiempo, es por ello que retornó el estudio de Allport y Obdert en 1936, a partir del cual plantea el término de esfera de personalidad, la cual constituyó la base de la aproximación analítica-factorial de la personalidad por parte de Cattell. Los sinónimos se dejaron de lado, y se comenzó a calificar a los sujetos a partir de los rasgos que resistían y factorizaron con base a sus intercorrelaciones (utilizando la técnica de análisis factorial⁴ de Spearman). Estos factores son los rasgos

³ Seleccionar una muestra adecuada, depende de su capacidad de definir la totalidad.

⁴ Análisis factorial, de acuerdo con Yela (1997), es un método matemático-experimental que supone diversos procedimientos empleados para explorar y analizar las interrelaciones existentes entre un conjunto de variables, a las cuales se les denomina factores. En tanto que un factor es una dimensión hipotética cuyas fluctuaciones influyen en una o más variables observadas, de modo que cada factor obtenido representa la información que tienen en común las variables pertenecientes a un mismo subconjunto.

fundamentales de la personalidad que Cattell, para mayor precisión y facilidad de juicio, mide mediante cuestionarios y pruebas objetivas (cits. en Cattell y Kline, 1977).

En los campos de aplicación como la psicología clínica, educativa e industrial, el psicólogo generalmente tiene la impresión de que ciertos rasgos, por ejemplo, estabilidad emocional, impetuosidad, superego fuerte y autosuficiencia (de acuerdo a la naturaleza del ajuste involucrado), serán más importantes y predictivos que otros. Cattell (1957) establece una clasificación de rasgos:

Rasgos superficiales, son conjuntos de rasgos, más o menos intercambiables, que son utilizados para describir individuos.

Rasgos fundamentales, los cuales son subyacentes a la conducta.

Rasgos de molde ambiental, tienen su origen en el ambiente, en la sociedad y en la cultura en que vivimos, son aprendidos.

Rasgos constitucionales, tienen su origen en el organismo, pueden ser heredados o mecanismos fisiológicos innatos, aunque éstos pueden cambiar a lo largo del tiempo, como resultado de la maduración.

Rasgos dinámicos, son los más claramente motivacionales y suponen tendencia hacia un fin, por lo que la conducta varía conforme varían sus incentivos.

Rasgos de aptitud, aparecen conforme la persona va recorriendo adecuadamente su camino hacia las metas aceptadas; estos rasgos implican una conducta que varían según la complejidad o dificultad de las diversas tareas.

Rasgos temperamentales, éstos no son afectados ni por los incentivos ni por la complejidad, a los que Allport llama rasgos expresivos.

De esta manera, Cattell (1957) determinó 12 factores que explicaban la conducta de la personalidad; posteriormente, comenzó a ver si los mismos grupos de rasgos o factores podían ser evaluados a partir de cuestionarios, lo que sustentaría los datos encontrados en la primera investigación. Este autor nuevamente volvió a emplear el análisis factorial para determinar los reactivos del cuestionario que quedaban agrupados, y llegó a la conclusión de que la comprensión de la personalidad en su amplitud total –de una manera analizable– se basa en la medición de 16 dimensiones funcionalmente independientes y psicológicamente significativas, que permiten medir las diferencias individuales con base a las dimensiones pertenecientes al rasgo (Cattell y Eber, 1962, cit. en Lawrence, 1998). Basándose en esta comprensión, Cattell, Eber y Tatsuoaka (1980) elaboraron el Cuestionario de 16 Factores de la Personalidad, a partir de investigaciones –realizadas a lo largo de más de 25 años– que comprendieron múltiples análisis factoriales sobre grupos normales y clínicos, dirigidos a localizar las fuentes de rasgos de una forma unitaria, independiente y pragmática, tanto en las clasificaciones como en los cuestionarios. El término “fuente de rasgos” hace referencia a factores (convertidos a una estructura simple) que afectan grandes áreas de la conducta de la personalidad, tales como inteligencia, estabilidad emocional, superego fuerte, impetuosidad y dominancia.

De tal forma, que los factores del 16 Personality Factors (16 PF) se deben entender como características, rasgos fundamentales, impulsos y tendencias permanentes del carácter, datos obtenidos en un corto periodo de tiempo, por medio de escalas orientadas cuidadosamente hacia la obtención de los principios básicos de la estructura de la personalidad humana, los que se insertan dentro del contexto de una teoría general de la personalidad. Los factores de primer orden (o primarios) que han demostrado mayor utilidad para la explicación del comportamiento son (Cattell, et al; 1980):

- **Factor A: *Expresividad emocional***

Syzothymia: Proviene del latín que significa plano, refiriéndose a la emotividad plana y seca en un individuo, es decir, con inclinaciones temperamentales para

ser cauto en sus expresiones emocionales, intransigente, crítico en su aspecto y extrañamente alejado a sus modales.

Afectothymia: Se refiere a la excesiva tendencia hacia "lo apropiado", con exagerada expresión de afecto (sentimientos), mostrando con ello transigencia, accesibilidad emocional, interés por la gente y predominancia afectiva, lo cual lo lleva a lograr expresar y controlar fácilmente sus emociones.

- **Factor B: *Inteligencia***

Este factor más que evaluar un rasgo de personalidad se relaciona a una medida que está asociada con el hecho de mostrar mayor interés intelectual, así como capacidad de juicio y perseverancia.

- **Factor C: *Fuerza del Yo***

Inestabilidad Emocional o Debilidad del Yo: Todas las formas patológicas muestran puntuaciones significativamente bajas en este factor. El individuo se molesta fácilmente por cosas y personas; muestra respuestas neuróticas generalizadas, que se traducen en fobias, perturbaciones psicosomáticas, sueño perturbado así como una conducta histérica y obsesiva.

Fuerza Superior del Yo: Se refiere a la tendencia a evitar las dificultades emocionales y los problemas por medio de la planificación y prevención cuidadosa, siendo capaz de afrontar los problemas de una manera racional.

- **Factor E: *Dominancia***

Ascendencia: Se refiere a la tendencia a experimentar confianza para enfrentarse a la adversidad, y por esta razón, se ve afectado por las experiencias de éxito y fracaso. Grupos que tienen un promedio alto, muestran una interacción más afectiva y un proceder democrático (se sienten "libres para participar", criticar y poner a discusión los problemas grupales).

Sumisión: Se considera como una tendencia general al seguimiento de reglas, y es uno de los factores que puede distinguir a los sexos, con base a los roles sexuales.

- **Factor F: Impulsividad**

Impetuosidad: Se ha observado que estas personas generalmente se han desenvuelto en ambientes más fáciles, menos "duros", más optimistas y creativos, o bien, que han desarrollado una actitud despreocupada, como resultado de tener aspiraciones menos precisas.

Retraimiento: Se considera como "sobriedad, cautela"; además puede considerarse como un aumento de la "carga de preocupaciones". Suele asociarse a dolor de cabeza (cefalea o migraña) e irritabilidad.

- **Factor G: Lealtad grupal**

Super Ego Débil: Se relaciona con conductas delictivas o sociopáticas, y con grupos que se caracterizan por su indiferencia a las normas y reglas morales o sociales.

Super Ego Fuerte: Opera como un impulso para "hacer lo que sea posible". Se considera que estas personas actúan con propiedad, educación y moral; asimismo, tienden a rechazar la moral sexual laxa, asumen pronto las responsabilidades sociales, suelen ser estudiantes concienzudos, beben poco o nada, hogareños, perseverantes, "llenos" de planes y capaces de concentrarse; además muestran interés en analizar a otras personas, son cautos en sus aseveraciones y prefieren gente eficiente como compañeros.

- **Factor H: Aptitud situacional**

Timidez: Esta persona puede presentar el discutido temperamento "leptoso", caracterizado por una alta tensión, bajo la cual muestra propensión a desarrollar alteraciones esquizoides. Se percibe atormentado por sentimientos irracionales de inferioridad, lentitud y torpeza para expresarse, le disgustan las tareas que suponga contactos interpersonales, prefiere uno o dos amigos íntimos a grupos

grandes y no es capaz de establecer contacto con lo que sucede a su alrededor.

Audacia: Muestra poca inhibición ante la amenaza ambiental. Suele ser considerada como una persona emprendedora e impetuosa, con muchos contactos sociales. Experimenta libertad para participar y hacer observaciones socio-emocionales amigables.

- **Factor I: Emotividad**

Severidad: Es un tipo de dimensión temperamental que representa a algo como rudo, masculino, maduro, práctico, realista y generador de solidaridad en un grupo.

Sensibilidad Emocional: Expresa una mente estética, imaginativa y un tanto irreal; experimenta inclinación por lo dramático-emocional, aunque suele ser impráctico ante asuntos generales. Ha sido significativamente descrito como "fastidioso" y con tendencia a hacer observaciones socio-emocionales negativas (preocupaciones morales). Cabe señalar, que las mujeres tienden a puntuar más alto que los hombres, mientras que los neuróticos califican más alto que los "normales".

- **Factor L: Credibilidad**

Confianza: Hace referencia a la tolerancia, a la conciliación, aunque también a una posible carencia de ambición y de empeño. Este tipo de personas suelen venir de hogares en los que reina un ambiente de confianza.

Desconfianza: Se parece a la formulación freudiana de la proyección, que resulta del mecanismo de proyectar la tensión interior; y se caracteriza por una suspicacia obstinada y susceptible a los cambios de ánimo. Además tiende a despreciar la mediocridad, es escrupulosamente correcto en su conducta y se muestra escéptico ante los supuestos motivos idealistas.

- **Factor M: Actitud Cognitiva**

Objetividad: Se presenta como práctico, convencional y con los "pies en la tierra", ya que parece tener preocupaciones "reales".

Subjetividad: Este factor se relaciona con la propensión a los accidentes. Las personas que presentan puntuaciones altas se encuentran ensimismadas en profundos pensamientos, aún ante situaciones de estrés. Presentan una capacidad temperamental y parcialmente constitucional para separar sistemas ideacionales y recuerdos, tienden a sentirse inaceptados, pero despreocupados.

- **Factor N: Sutileza**

Ingenuidad: Tiene cualidades "positivas" de una casi ingenua autenticidad emocional, completamente directo y de franqueza espontánea. Suele evocar mayor aceptación y confianza.

Astucia: Puede presentar un desarrollo sofisticado, intelectual y autosuficiente, aunque con cierto escepticismo respecto a las más ingenuas suposiciones de la cultura.

- **Factor O: Conciencia**

Adecuación Serena: Hace referencia a la autosuficiencia y la flexibilidad de las personas.

Propensión a la Culpabilidad: Se observa alta en personas que tienen pocos amigos y son críticas respecto a las conductas del grupo y de lo establecido. Lloran fácilmente. Esta propensión a la culpabilidad, no significa una tendencia a repentinos arrebatos de culpabilidad, sino más bien un sentimiento generalizado de inadecuación y soledad.

- **Factor Q1: Posición social**

Conservadurismo: Hace referencia a personas que respetan los puntos de vista generales y no cuestionan las normas.

Radicalismo: Este punto hace referencia a personas que se encuentran mayormente informadas, puesto que les gusta analizar y cuestionar los diferentes problemas o puntos de vista.

- **Factor Q2: Certeza individual**

Dependencia Grupal: Hace referencia a las personas que dependen más de la aprobación social, por lo que siguen celosamente las modas y al grupo al que pertenecen o se han inclinado.

Autosuficiencia: Se refiere a personas que acostumbran tomar sus propias decisiones, no se integran a los grupos fácilmente, por lo que suelen dar soluciones a situaciones de forma más bien independiente, tendiendo a ser rechazados.

- **Factor Q3: Autoestima**

Este factor representa la idea que tiene un individuo sobre su propia imagen, que no debe ser confundido con el factor G, el superego, que es, en parte irracional e inconsciente. Por lo que este factor, refleja la reputación social y concepción de la propia imagen, asociándose con valores y conciencia de sí mismo.

- **Factor Q4: Estado de ansiedad**

Tensión: Este factor está relacionado con irracionalidad, preocupación, tensión, irritabilidad, ansiedad y agitación.

Tranquilidad: Hace referencia a personas que saben comportarse de manera adecuada ante las situaciones, esto es sin excesivas descargas emocionales o arranques impulsivos.

Por otra parte, el 16 FP ha demostrado tener buena capacidad predictiva, tanto en lo que se refiere a sus 16 factores principales, como en sus cuatro dimensiones secundarias adicionales, que son:

- **QS1: Introversión vs. Extroversión**

Introversión: Hace referencia a personas tímidas, autosuficientes e inhibidas en los contactos interpersonales.

Extroversión: Son personas que sobresalen socialmente, desinhibidas, así como aptas para establecer y mantener contactos interpersonales.

- **QS2: Poca ansiedad vs. Mucha ansiedad**

Poca Ansiedad: Las personas que se sitúan en este factor tienden a tener una vida satisfactoria, ya que son capaces de lograr aquellas cosas que les parecen importantes en la vida.

Mucha Ansiedad: Las personas que se sitúan en este factor tienden a sufrir de un alto grado de ansiedad, ya que muestran una gran insatisfacción con la forma en que se han enfrentado a las demandas de la vida y lograr lo que quieren.

- **QS3. Susceptibilidad vs. Tenacidad**

Susceptibilidad: Las personas que se sitúan en este factor pueden estar preocupados por una parte de su emotividad, pudiendo mostrarse frustrados o desanimados.

Tenacidad: Es probable que las personas que entren en esta puntuación sean emprendedoras, decisivas y de personalidad animosa.

- **QS4: Dependencia vs. Independencia**

Dependencia: A partir de una baja puntuación se puede hablar de personas que tienden a ser independientes, pertenecientes al grupo de personalidad pasiva, ya que es muy probable que deseen y necesiten apoyo de otras personas para orientar su conducta.

Independencia: Una alta puntuación puede reflejar a personas agresivas, independientes, emprendedoras e incisivas. Buscarán aquellas situaciones donde tal conducta sea al menos tolerada y posiblemente recompensada, siendo posible que exhiban una considerable iniciativa.

2.3. Trastornos de la Personalidad

En psicopatología, un trastorno de personalidad puede ser diagnosticado cuando un individuo muestra una alteración grave del comportamiento social y dificultad de autocontrol, una perversión enfermiza de los sentimientos naturales, afectos, inclinaciones, humor, hábitos, disposiciones morales e impulsos naturales, sin aparente deterioro mental, sin defecto de la inteligencia, pensamiento o funciones perceptivas (Berrios, 1996, cit. en Lemos, 2000), es decir, un elemento clave en los trastornos de personalidad es la presencia de una serie de conductas "anormales" (conductas que son dañinas para el individuo y para los demás).

Con término trastorno de personalidad se hace referencia a una constelación singular de rasgos, lo suficientemente duradera e inflexible, que da cuenta de un patrón de interacción con el entorno, causando éste una disfunción adaptativa importante o malestar subjetivo. Este diagnóstico se debe hacer solamente cuando los aspectos característicos de la conducta habitual son representativos de su funcionamiento a lo largo del tiempo y no se refiere a episodios aislados, es decir, no es apropiado hacer un diagnóstico de Trastorno de Personalidad estando el paciente desnutrido o en etapa sintomática de enfermedades orgánicas (Rausch y Bay, 1990).

En el DSM-IV (APA, 1994) se consideran los siguientes criterios diagnósticos:

- A. Un patrón permanente de experiencia interna cuyo comportamiento se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Este patrón se manifiesta en dos (o más) de las áreas siguientes:
 - (1) Cognición (por ejemplo, formas de percibir e interpretarse a sí mismo, a los demás y a los acontecimientos).
 - (2) Afectividad (por ejemplo, gama, intensidad, labilidad y adecuación de la respuesta emocional).
 - (3) Actividad interpersonal.

(4) Control de los impulsos.

- B. Este patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales.
- C. Este patrón persistente provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. El patrón es estable y de larga duración, su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta.
- E. El patrón persistente no es atribuible a una manifestación o a una consecuencia de otro trastorno mental.
- F. El patrón persistente no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, una droga o un medicamento) ni a una enfermedad médica (por ejemplo, traumatismo craneal).

Respecto a los trastornos de personalidad, han surgido modelos que tratan de dar explicación a ellos. Uno de los cuales menciona que estos trastornos se pueden ver mejor como aberraciones mal adaptativas de los rasgos básicos de la personalidad, encontrándose éstos en un mayor o menor grado en todos los individuos, es decir, los rasgos de personalidad todos los tenemos, pero si algunos de estos componentes o rasgos tiene un desajuste, puede provocar una psicopatología, como son los trastornos de personalidad (Widiger y Costa, 1994).

Otro modelo plantea que los trastornos de la personalidad (de hecho todas las anomalías psicológicas) son mejor vistas de manera dimensional, lo que ha dado pie en psicología al desarrollo de teorías biológicas, en las cuales la personalidad o los rasgos temperamentales se interpretan como disposiciones subyacentes a la enfermedad mental (Claridge, 1995). Sin embargo, actualmente se considera que la personalidad es multidimensional, de modo que el desarrollo de un individuo tiene una base psicológica, estructurada a partir de diferentes esferas con las que está en contacto desde su gestación; ya que desde la herencia, los genes determinan el temperamento, que si bien es la base para desarrollar una personalidad, posteriormente

se ve influenciado por pautas de comportamiento y cogniciones tanto familiares como sociales, culturales, religiosas o de la región geográfica donde se desarrolle la persona.

3. TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y PERSONALIDAD

Hasta el momento se ha revisado la etiología de los trastornos alimentarios, específicamente Anorexia y Bulimia nerviosas, destacándose la importancia de los fenómenos psicológicos que atraviesan las personas que padecen alguno de estos trastornos, los que sistemáticamente parecen acompañarse de sufrimiento, dolor y cambios emocionales negativos –inseparables de las cogniciones y conductas– en quienes los presentan.

Por otra parte, se ha visto que los trastornos alimentarios suelen asociarse con una amplia gama de patologías de la personalidad, las que pueden considerarse, ya sea un factor predisponente, o bien, una complicación del trastorno alimentario. El presente capítulo tiene por objetivo reseñar los hallazgos de algunos estudios que han investigado, por una parte, la comorbilidad⁵ entre trastornos alimentarios y trastornos de la personalidad, y por otro, los rasgos de personalidad que se han asociado a la presencia de un trastorno alimentario y/o a algunos componentes de su sintomatología.

3.1. Comorbilidad entre Trastornos Alimentarios y Trastornos de Personalidad

Se ha considerado que los trastornos alimentarios son una patología claramente distorsionadora de la personalidad, donde generalmente hay un fracaso al intentar desarrollar el sentido de control de sí mismo (locus de control interno), ya que estas pacientes parecen regir su comportamiento principalmente con base al locus de control externo. Esto hace que las pacientes con anorexia o bulimia nerviosas dependan excesivamente de los acontecimientos externos para retroalimentar y mantener su autoestima, volviéndose excesivamente vulnerables a las influencias externas de la

⁵ Con el término comorbilidad se hace referencia a la presencia simultánea de dos o más trastornos en un individuo (Lemus, 2000).

cultura y la familia, ya que buscan la aceptación social, a través de la adopción de conductas específicas, como son: pasividad, dependencia e inasertividad, interiorizándolas e incrementando éstas la posibilidad de desarrollar un trastorno alimentario (Toro, 1996).

Para profundizar en lo anterior, se han realizado estudios que pretenden analizar la presencia de ciertos trastornos de personalidad en los pacientes con algún trastorno alimentario. Algunos de estos estudios han encontrado –aunque inconsistentemente– que entre el 21% y el 97% de los pacientes con trastorno alimentario, presentan algún trastorno de personalidad (Vitousek y Manke, 1994; Dolan, Evans y Norton, 1994). Este fenómeno de comorbilidad entre los trastornos alimentarios y los trastornos de personalidad es complejo, en gran parte porque dificulta la discriminación entre la aparición del trastorno alimentario y el de la personalidad, ya que en múltiples ocasiones comparten signos y síntomas⁶ que complican el diagnóstico clínico diferencial.

Entre los trastornos que se han investigado con mayor frecuencia, debido a la alta comorbilidad que presenta con los trastornos alimentarios, se encuentra el trastorno **obsesivo-compulsivo** de la personalidad. Thiel et al. (1995) evaluaron el predominio de este trastorno en su asociación con los trastornos alimentarios, diagnosticados éstos con base en los criterios del DSM-III-R (APA, 1987). La muestra de su estudio incluyó a 93 pacientes hospitalizadas por trastorno alimentario (13% anoréxicas, 64% bulímicas y 23% con ambos trastornos), a quienes evaluaron mediante la aplicación de una entrevista semiestructurada –enfocada de manera general a la psicopatología, de comportamiento anoréxico o bulímico y la situación ocupacional–, la Escala de Yale-Brown –para medir la severidad del trastorno obsesivo-compulsivo– y el Inventario de Trastornos Alimentarios (EDI). En los resultados se observó que existe un alto predominio del trastorno obsesivo-compulsivo entre las pacientes que padecen anorexia

⁶ Los signos se consideran como experiencias observables que pueden ser medibles, por ejemplo, pérdida de peso, palidez, conductas de evitación, etc; y a los síntomas como experiencias subjetivas que son referidas por las personas, como el dolor, la pérdida de apetito, etc., que van a representar una anomalía específica discernible (Lemos, 2000).

o bulimia, correlacionándose la severidad de este trastorno de personalidad con el del trastorno alimentario.

También, entre las psicopatologías relacionadas con los trastornos alimentarios, se ha encontrado que los **trastornos afectivos** –específicamente la depresión– muestran una alta comorbilidad con los trastornos alimentarios, ya que la presencia de ésta encierra tanto síntomas como signos que suelen compartir ambos trastornos (Lingswiler, Crowther y Stephen, 1987). Diferentes estudios reportan que entre el 20 y el 100% de las pacientes con anorexia nerviosa tienen depresión mayor (Mateos y Solano, 1997); en tanto que para las bulímicas oscila entre un 24% y 77%, particularmente mayor entre las jóvenes adultas (Turón y Thomas, 1995).

3.1.1. Anorexia nerviosa

Ahora bien, específicamente en la anorexia nerviosa, se han encontrado considerables evidencias respecto a que el **trastorno obsesivo-compulsivo** es un fuerte correlato de la preocupación por el peso (Davis, 1990; Davis y Fox, 1993; Hollin, Houston y Kent, 1985; Janzen, Saklofske y Kelly, 1993), así como de la regulación de la autoestima –basada en acontecimientos externos– tratando siempre de agradar a los demás más que a sí mismos, ya que –como antes se mencionó– estos pacientes priorizan el locus de control externo sobre el interno, lo que les suele provocar ansiedad (Garfinkel y Kaplan, 1996).

Es por eso que se piensa que la relación entre los trastornos alimentarios y el trastorno obsesivo-compulsivo tienen que ver con las características cognitivas y conductuales de las pacientes anoréxicas, entre las que se encuentran: pensamientos reiterativos (obsesivos) sobre su peso, incesante preocupación por la comida, la talla y forma del cuerpo, lo que las lleva a presentar conductas repetitivas (compulsiones); ya que dada su sensación de bienestar, si todo se hace en un orden predeterminado, el proceso de la alimentación suele estar precedido o seguido de maniobras ritualizadas (Hecht, et al; 1983; Simeón, et al; 1995). Por tanto, ciertos autores señalan que entre el

6 y el 37% de las pacientes anoréxicas presentan un trastorno obsesivo-compulsivo (Holden, 1990, cit. en Garfinkel y Kaplan, 1996).

Aunado a lo anterior, en una investigación realizada por Orbach (1986), se encontró que la anorexia nerviosa se gesta en gran parte con base a la obsesión cultural cimentada en altas expectativas respecto al ideal de delgadez, lo cual al ser interiorizado por un individuo puede asociarse a trastornos de dependencia, inasertividad y timidez, los cuales son facilitadores psicológicos para la aparición del trastorno. Esto trae, como posible resultado, que una paciente con anorexia interprete a la comida como un esfuerzo indirecto para afirmarse y controlar su hostilidad, la que se expresa indirectamente a través del enojo hacia su propio cuerpo (Rogers y Petrie, 1996).

Otro de los trastornos psicológicos relacionados frecuentemente con la anorexia nerviosa es el trastorno de personalidad *límitrofe*. Autores que han revisado las características clínicas de estas pacientes y sus subtipos, específicamente a las anoréxicas-bulímicas⁷, han concluido que gran parte de estas pacientes presentan labilidad afectiva y sentimiento de vacío, así como ausencia de placer, gran necesidad de éste, necesidad de controlar artificialmente las funciones corporales y pobre control de impulsos (Garfinkel y Garner, 1982). Así, con base en los rasgos compartidos entre ambos trastornos, estos autores concluyeron que el trastorno de personalidad límitrofe actúa como factor de riesgo para la bulimia nerviosa, sobre todo en situaciones en donde existen problemas respecto a los límites en la separación y valoración de la autonomía.

Asociados a la anorexia nerviosa, también aparecen los *trastornos afectivos*, siendo de los más comunes la *depresión*, que se refleja en síntomas como tristeza, aislamiento, llanto, anhedonia, insomnio, sentimientos de minusvalía, culpa y/o desesperanza. Esto aunado a la existencia de hallazgos biológicos que evidencian la

⁷ Cabe señalar que la anorexia-bulímica es un término diagnóstico que ha entrado en desuso a partir de que en el DSM-IV (APA, 1994) se le ha redefinido como anorexia de tipo compulsivo.

presencia de alteraciones funcionales del eje neuroendocrino en algunos trastornos alimentarios como la anorexia nerviosa, alteraciones semejantes a las observadas en los trastornos afectivos (Toro y Vilardell, 1987).

3.1.2. Bulimia Nerviosa

En lo que respecta a la bulimia nerviosa, se ha señalado que existe una elevada comorbilidad entre ésta y el *trastorno límite*, sin embargo, se dice que más que responder a la realidad, esto puede deberse a que ambos trastornos compartían algunos de los criterios diagnósticos operativos del DSM-III-R (APA,1987). Por otra parte, también se ha establecido comorbilidad entre la bulimia nerviosa y el *trastorno depresivo* (Lancelot, et al; 1991; Strober, Lamper, Morrell, Burrough y Jacobs, 1990), lo que ha dado paso a teorías que explican su etiología a partir de la de este último (Beebe, 1994). Estas teorías se basan en investigaciones que informan de pensamientos suicidas en un 60% de las bulímicas y de intentos de suicidio en un 40% de ellas (Viesselman y Roig, 1985). No obstante, hasta el momento no se ha podido determinar la dirección de dicha relación, ya que en un gran número de casos, el trastorno depresivo es posterior al trastorno alimentario, o bien, la mayoría de los estudios trabajaron con muestras clínicas con trastorno bulímico y depresivo ya presentes, lo que dificulta poder analizar su relación causal-temporal.

También se ha encontrado que existe comorbilidad entre la bulimia nerviosa y la *esquizofrenia*, al respecto, Deckelman, Dixon y Conley (1996) realizaron un estudio en donde exploraron esta relación y sus posibles implicaciones clínicas. Dichos investigadores analizaron el caso de cuatro pacientes con bulimia nerviosa y esquizofrenia. Los primeros tres casos demuestran que la esquizofrenia y la bulimia pueden coexistir como síndromes independientes, e ilustran con ello las dificultades del diagnóstico causadas por esta correlación –dada la comorbilidad–. En contraste, el cuarto caso ilustró más bien la presencia de la bulimia nerviosa como respuesta a un trastorno psicótico. A partir de lo anterior, los autores concluyeron que es necesario realizar investigaciones que profundicen en la relación entre esquizofrenia y bulimia

nerviosa, para que existan tratamientos que permitan el abordaje de ambos trastornos, ya que en múltiples ocasiones, al no estar bien diagnosticados ambos tipos de trastorno, se deja de lado el que menos síntomas presente, restándole importancia y permitiendo su cronificación.

Por otra parte, al trastorno bulímico también se le ha relacionado con el T.A.E. (*Trastorno Afectivo Estacional*), ya que a la actividad central de la serotonina se le atribuye el empeoramiento de la sintomatología bulímica en la época invernal, por lo que se ha supuesto que existe un tipo de bulimia exclusivamente estacional, durante los meses de otoño/invierno. Sin embargo, paralelamente, este empeoramiento se ha comprobado que coincide con la festividad navideña, por lo que como explicación alterna, además se le ha relacionado con la carga emocional que acompaña a las fiestas decembrinas, por ejemplo, encuentros deseados que no se producen o no deseados, inevitables sobrecarga gastronómica de dulces, etc. (De la Serna, 1998).

3.2. Trastornos Alimentarios y Rasgos de Personalidad

Ahora bien, hasta el momento se han mencionado estudios que indican la existencia de comorbilidad entre los trastornos alimentarios y ciertos trastornos de personalidad, aunque la prevalencia de estos últimos entre individuos con trastornos alimentarios es incierta, por lo que aún resultan poco claras las implicaciones pronósticas y líneas específicas de tratamiento. Por otro lado, es importante aclarar que si bien, no se puede asociar –al menos con un cierto grado de certeza- ningún tipo de personalidad específico con los trastornos alimentarios, en la observación clínica y los estudios psicométricos, si se identifican ciertos rasgos de personalidad comunes en estos pacientes.

Por ejemplo, uno de los rasgos de personalidad que se presenta con mayor frecuencia en pacientes con trastorno alimentario es *el perfeccionismo*, el cual puede considerarse como central en el perfil de personalidad de pacientes con anorexia o bulimia, debido a su alta correlación con actitudes y conductas sintomáticas de dichos trastornos alimentarios (Blatt, 1995, Hewitt, Flett y Ediger, 1995, cit. en Davis, 1997).

Referente a lo anterior, en diversas investigaciones se ha encontrado que el perfeccionismo "normal" (adaptativo) y "neurótico" (mal-adaptativo)⁸ tienen una correlación positiva con las actitudes y conductas asociadas a los trastornos alimentarios. En 1997, Davis evaluó los dos aspectos del perfeccionismo y la valoración del cuerpo en pacientes con anorexia y bulimia nerviosa, utilizando dos escalas que miden el perfeccionismo: la Multidimensional Perfectionism Scale y la Neurotic Perfectionism Scale. Los resultados de esta investigación señalan que el perfeccionismo normal está positivamente asociado con la estima del cuerpo, pero sólo cuando el perfeccionismo neurótico es bajo. Por otra parte, el menosprecio de la imagen corporal está pronunciado cuando el perfeccionismo normal y neurótico se encuentran elevados. Los resultados también llevaron a la especulación de que lo "normal" (o positivo) y lo neurótico (o negativo) del perfeccionismo funcionarían interactivamente, no aditivamente, en cuanto a la valoración del cuerpo, esto en los pacientes con trastorno alimentario. La consistencia de estos resultados, subraya la utilidad de examinar las interacciones entre las variables como la vía para comprender mejor el complejo papel de la personalidad.

En otro estudio donde también se evaluó la asociación entre el perfeccionismo y la autoestima (Borel, Maldonado, Mato y Leiderman, 1995), en 63 personas con trastorno alimentario –diagnosticadas con base al DSM-IV–, siendo: 11 con anorexia, 14 con bulimia, 19 con obesidad y 5 con trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TCANE) y 14 sujetos control, a quienes compararon a partir del Inventario de Trastornos Alimentarios (EDI). Los autores reportan que la disminución de la autoestima estuvo relacionada con la cognición de peso "ideal", la que se encuentra siempre muy lejos de conseguir; mientras que el grado de perfeccionismo no mostró relación con la

⁸ El perfeccionismo normal puede describir un juego de características que se ven socialmente deseables y parecen ser adaptables al funcionamiento psicológico saludable, en el cual hay altos esfuerzos asociados principalmente con la satisfacción personal y sentimientos de logro. Por otro lado, el perfeccionismo neurótico describe la tendencia a poner las normas personales increíblemente altas, experimentando simultáneamente una intensa necesidad de evitar el fracaso; en éste se observa el lado más oscuro de dicha estructura en cuanto a las actitudes y conductas que son claramente mal adaptativas, lo que tiene como consecuencia la incapacidad para derivar la satisfacción de casi cualquier esfuerzo, y un permanente sentimiento de insuficiencia (Hamachek 1978, Frost, Heimberg, Holt, Mattia y Neubauer, 1993, Terry-Short, Owens, Slade y Dewey, 1995, cit. en Davis, 1997).

autoestima. Lo que permite suponer que el grado de perfeccionismo es un rasgo independiente al estado, de modo que al momento de la enfermedad se expresa como una vulnerabilidad biológica subyacente⁹.

Estos hallazgos, –al ser contradictorios– se pueden relacionar con lo que pasa en México –y algunos países latinoamericanos–, en donde no se ha demostrado la existencia de una asociación consistente entre el perfeccionismo y los trastornos alimentarios. Aparentemente, esto puede ser resultado de la forma en que se entiende y mide el perfeccionismo, alternado dicha situación respecto a la posibilidad de que exista un problema etimológico en la definición del constructo (Davis, Claridge y Cerullo, 1997; Alvarez y Franco, 2001; Mateo, 2002), siendo necesario realizar más investigaciones al respecto.

Otras características que presentan las pacientes con anorexia o bulimia nerviosa, son la gran necesidad de dominio y su desmesurado esfuerzo por estabilizar su imagen a través de la búsqueda de perfección física, por lo que se ha especulado que pueden estar influenciadas por *rasgos del trastorno narcisista*. En una investigación realizada al respecto, en una muestra de 23 mujeres con anorexia restrictiva, 14 con anorexia purgativa, 53 con bulimia, 36 pacientes psiquiátricos y 54 controles, a quienes les fueron aplicados el EAT-26, un cuestionario de autoreporte de personalidad (DAPP) que evalúa narcisismo, inestabilidad afectiva, compulsividad e inexpresividad. Los resultados señalan que los puntajes obtenidos en la escala de narcisismo son significativamente mayores en los pacientes con trastorno alimentario, pero particularmente en las bulímicas. En lo que respecta a la inexpresividad y la compulsividad, éstos estuvieron más presentes en el grupo de anorexia restrictiva que en el de purgativas. Contrariamente, la inestabilidad afectiva no fue una característica exclusiva de los trastornos alimentarios, ya que también estuvo presente en los pacientes con otros trastornos psiquiátricos (Steiger, Jabalpurwala, Champagne y Stotland, 1997).

⁹ Refiriéndonos al *rasgo* como una disposición relativamente permanente que subyace a la conducta manifiesta y al *estado* como una disposición que sólo se presenta en un momento dado.

Finalmente, en lo que respecta a la *impulsividad*, éste se puede considerar un rasgo de la personalidad que diferencia a las pacientes bulímicas de las anoréxicas; ya que mientras éstas muestran gran autocontrol y rasgos obsesivos (orden, rigidez, meticulosidad y perfeccionismo), las primeras suelen tomar decisiones precipitadas y actúan de forma impredecible, poco meditada y controlada (Turón, 1997). Para algunos investigadores, la impulsividad representa el nexo de unión entre la bulimia nerviosa y otras conductas que con frecuencia se asocian a ella, como son el abuso de alcohol y drogas, conducta autolesiva y parasuicida, desinhibición sexual, robo y cleptomanía.

3.2.1. Anorexia nerviosa

Hasta el momento se han abordado –en términos generales– cuales son los rasgos de personalidad presentes en pacientes con trastorno alimentario, pero a continuación ello se enfocará al caso específico de los rasgos de personalidad asociados a la anorexia nerviosa, que de acuerdo con algunos estudios clínicos y psicométricos, se concuerda en que su personalidad premórbida se ha perfilado como obsesiva, meticulosa, perfeccionista, dependiente y socialmente inhibida; además se caracteriza por presentar sentimientos de incompetencia, por su necesidad de controlar su entorno, por su poca espontaneidad social y su escasa iniciativa (Strober, 1980; Díaz y Carrasco, 2001). En una investigación que evaluó algunos de los rasgos de personalidad en su asociación con la anorexia en adolescentes no crónicos¹⁰ (Strober, 1980, cit. en Rausch y Bay, 1990), se encontró que estos pacientes tenían mayor ansiedad neurótica, conformidad social, control de la emocionalidad y evitación de estímulos que otros dos grupos psiquiátricos considerados como control; por lo que concluye que una estructura de carácter rígida, obsesiva, con rasgos de excesiva conformidad, conducta regimentada e inhibición de la emotividad son típicos del paciente anoréxico joven.

¹⁰ El autor eligió adolescentes a fin de minimizar rasgos que pudieran surgir como complicación de una enfermedad crónica, la cual suele conllevar un importante deterioro psicológico y social.

Asimismo, otros autores que concuerdan con lo anterior, concluyen que rasgos de personalidad como inseguridad social, excesiva dependencia y complacencia, poca espontaneidad y falta de autonomía pueden ser factores predisponentes de la anorexia nerviosa; en tanto que la introversión, el conformismo, la rigidez, la depresión y la propensión a la obsesión son factores que complican el tratamiento, sobre todo cuando se vinculan con la desnutrición y con la condición general de paciente (Strober, 1985; Westen y Hernden-Fischer, 2001).

Como se ha visto, diversos autores señalan que las pacientes anoréxicas presentan rasgos de personalidad obsesiva (Strober, 1980, Díaz y Carrasco, 2001; Strober, 1980, cit en Rausch y Bay, 1990; Strober, 1985; Westen y Hernden-Fischer, 2001), sin embargo, Garfinkel y Garner (1982) sugieren que estos rasgos pueden presentarse antes de iniciar el trastorno alimentario. Por otra parte, Padmal y Stanley (1995) alertan respecto a que si un paciente con anorexia nerviosa presenta síntomas obsesivos-compulsivos, esto no significa que necesariamente padezca aunado un trastorno obsesivo-compulsivo.

Otro de los rasgos de personalidad más comunes en la anorexia nerviosa es la depresión, ya que se ha visto que ambas comparten signos y síntomas, así como algunos de los comportamientos de los pacientes con anorexia nerviosa se asemejan a ciertos síntomas del trastorno depresivo primario (Brozek, Henschel, Mickelsen y Taylor, 1950, cit. en Strober y Katz, 1988). Al respecto, en una investigación (Pollice, Kayne, Greeno y Weltzin, 1997) llevaron a cabo una comparación entre los síntomas del trastorno depresivo de mujeres anoréxicas en tres estadios de peso en la enfermedad (de peso insuficiente, a corto plazo reestablecido y a largo plazo restablecido). Encontraron que el 90% de las anoréxicas con peso insuficiente presentaban algunos síntomas del trastorno depresivo; además, observaron que los dos grupos con peso reestablecido registraron una disminución en las conductas depresivas, siendo ésta más significativa en el grupo de peso restablecido a largo plazo (Cantwell, Sturzenburger y Burroughs, 1977).

Por otra parte, se ha especulado respecto a si la significativa presencia de sintomatología depresiva aunada a una baja autoestima puede llegar a favorecer la sobrevaloración de los acontecimientos vitales negativos en adolescentes con anorexia nerviosa, ya que dichos rasgos pueden ser el núcleo en donde se ubican las crisis de corporalidad, resultado del exagerado investimento del cuerpo. Al respecto, Díaz-Añenza, et al. (1998) estudiaron dicha asociación en una muestra de 35 personas reincidentes por anorexia nerviosa, 74 controles y 36 adolescentes con puntuaciones mayores a 21 en el Cuestionario de Depresión de Beck. Sus resultados señalan que las adolescentes que padecen anorexia nerviosa presentan baja autoestima, suelen percibir de forma distorsionada sus relaciones sociales y grupales, siendo excesivamente suspicaces y con rasgos obsesivos, éstos asociados a un culto exagerado a la delgadez y a la perfección. Dichos resultados llevaron a los autores a corroborar que en el desarrollo de un trastorno alimentario, la personalidad juega un importante papel.

Otros de los datos que se tienen hasta el momento sugieren que las pacientes con anorexia nerviosa presentan como rasgo un elevado nivel de ansiedad, que desde el punto de vista psicopatológico, se debe a su miedo irracional a engordar, que al convertirse en fobia se generaliza en miedo a comer o deglutir —particularmente ciertos alimentos—, fobias relativas al cuerpo (como aversión a sus muslos, caderas o a mirarse en el espejo), temor a situaciones o personas vinculadas a su patología (como la cocina, el comedor, sus padres y a algunos pensamientos o palabras como kilos, engordar, grasa, comer, etc.), provocándoles todo esto extrema ansiedad. Asimismo, con la evolución de la enfermedad pueden aparecer fobias sociales como miedo a hablar, sonrojarse, comer o beber en público, miedo a sentirse observadas o a la mínima posibilidad de hacer el ridículo (Toro y Vilardell, 1987).

Por último, en lo que respecta a las diferencias en los rasgos de personalidad presentes entre los subtipos de anorexia, los resultados de los estudios son contradictorios. Sin embargo, los datos empíricos avalan la conclusión provisional de que las anoréxicas no restrictivas tienen menor control de impulsos, pero mayor

desasosiego emocional (Rausch y Bay, 1990) y extroversión (Casper, Hedeker y McClough, 1992, cits. en Díaz y Carrasco, 2001).

3.2.2. Bulimia Nerviosa

A través de estudios clínicos y psicométricos en pacientes con bulimia nerviosa, se ha encontrado que éstos se caracterizan por ser personas impulsivas –por lo que presentan tendencia a tomar decisiones rápidas, de forma impredecible, poco meditada y controlada–, con excesiva sensibilidad emocional y baja autoestima (Newton, Freeman y Munro, 1993, cits. en Díaz y Carrasco, 2001). Además, otros autores han encontrado que se caracterizan por ser extrovertidas, inmaduras, dependientes, desajustadas emocionalmente, con labilidad del estado de ánimo, menor capacidad de concentración y mayor irritabilidad, aunado a una exagerada necesidad de complacer y obtener la aprobación de los otros (Rosen y Leitenberg, 1985). Boskind-Lodahl (1976) también señala que la baja autoestima, la incompetencia social y la gran necesidad de aprobación externa son puntos sobresalientes en el desarrollo de la bulimia además, este autor menciona, que la bulimia es más que un conjunto de hábitos alimentarios caóticos, y se inclina a pensar en ella como un trastorno vinculado a un considerable malestar psicológico y a una amplia variedad de características de personalidad desajustada (Abraham y Llewellyn-Jones, 1994).

De igual forma, en otros estudios se ha encontrado que los pacientes bulímicos son más deprimidos, impulsivos, neuróticamente ansiosos y más alienados, esto al compararlos con grupos control (Hatsuamki, 1983, Johnson y Maddi, 1986, cits. en Rausch y Bay, 1990). Además, Johnson y Maddi (1986, cit en Rausch y Bay, 1990) especulan acerca de dos factores de personalidad que serían predisponentes para la bulimia nerviosa: a) una inestabilidad afectiva y conductas impulsivas –referidas a estados de humor depresivos–, así como baja tolerancia a la ansiedad y a la frustración; y b) baja autoestima.

Para evaluar el peso de las patologías individuales como posibles factores predictores de la bulimia nerviosa, Casper y Lyubomirsk (1997) emplearon una muestra de 60 mujeres diagnosticadas con bulimia nerviosa –de acuerdo con los criterios del DSM-III-R (APA, 1987)– y 92 mujeres control. Les fueron aplicados el Eating Attitudes Test, el Cuestionario de Depresión de Beck y se les sometió a una serie de entrevistas semiestructuradas para determinar la presencia de conductas impulsivas. Los autores identificaron una relación específica entre las conductas bulímicas y algunos *síntomas psicopatológicos*, como son: depresivos, impulsivos y conductas suicidas. A partir de sus resultados, sugieren que las experiencias medio-ambientales adversas pueden ser factores de riesgo para el desarrollo de trastornos psiquiátricos, como son los síntomas depresivos o alteraciones de la personalidad, y que éstos a su vez pueden constituir un factor de riesgo para el desarrollo de las conductas bulímicas, por lo que proponen la realización de más investigaciones que profundicen en este aspecto.

Finalmente, otros autores han relacionado a la bulimia nerviosa con los siguientes rasgos de personalidad: ansiedad, pasivo-agresivo, dependencia y baja autoestima, es decir, estas pacientes se caracterizan por su mayor sociabilidad y sensibilidad interpersonal, además presentan una mayor tendencia a actuar de forma impulsiva y descontrolada, con presencia de algunos rasgos de personalidad limítrofe e histriónica (Crowther, Tennenbaum, Hobfoll y Parris, 1992). Contrariamente, se ha observado que los rasgos esquizofrénicos, esquizoparanoides y paranoides no se encuentran tan relacionados a la bulimia (Beebe, Holmbeck, Albright, Noga y Decastro, 1995; Mintz y Betz, 1988).

En lo que respecta a las diferencias entre los rasgos de personalidad presentes en los subtipos de bulimia nerviosa (purgativa y sin purga), De la Serna (1998) realizó una investigación con 45 pacientes diagnosticadas con bulimia nerviosa, según criterios del CIE-10, con quienes llevó a cabo entrevistas semiestructuradas que recababan información acerca de los antecedentes psiquiátricos personales, así como de los síntomas y signos más relevantes –presentes longitudinalmente– desde el inicio del trastorno alimentario. El autor comparó dos grupos: 26 bulímicas secundarias o mixtas y

19 bulmícas primarias o puras. Dentro de sus resultados, encontró con mayor frecuencia la sintomatología depresiva en las bulmícas primarias o puras; mientras que la sintomatología ansiosa, la hiperactividad y la alteración de la imagen corporal estuvieron más presentes en las formas secundarias o mixtas.

3.3. Sintomatología de trastorno alimentario y rasgos de personalidad

Puesto que los rasgos de personalidad cobran gran importancia para entender la estructura de la personalidad de pacientes con trastorno alimentario, no solamente se evalúan en pacientes que ya han desarrollado un estado clínico, sino también en aquellas personas que sin haber desarrollado necesariamente el síndrome, presentan alguna de la sintomatología o componentes de un trastorno alimentario.

En una investigación realizada con muestra comunitaria, Burney y Harvey (2000) estudiaron la relación entre la vergüenza y la culpa con la sintomatología de trastorno alimentario. Esto en una muestra de 97 mujeres (45 con sintomatología), a quienes aplicaron el EAT-40 para evaluar la sintomatología de trastorno alimentario y tres pruebas para medir la vergüenza y la culpa: el Test of Self-Conscious Affect (TOSCA), Shame and Guilt Eating Scale (SGES) y Objectified Body Consciousness Scale (OBC). Observaron que la vergüenza y la culpa se asocia a la sintomatología de trastorno alimentario, y que específicamente la vergüenza hacia el propio cuerpo era predictor de dicha sintomatología.

Por otra parte, en una investigación realizada con estudiantes universitarias, Alvarez, López, Martínez, Mancilla y Vázquez (1999) analizaron la relación entre la sintomatología de trastorno alimentario y la depresión, esto en una muestra constituida por 403 mujeres, a quienes le fueron aplicados el EAT-40, el BULIT y el Cuestionario de Depresión de Beck. Se observó que las mujeres con sintomatología de trastorno alimentario presentaron un mayor nivel de depresión, particularmente los grupos con sintomatología anoréxica/bulmíca y bulmíca, además estas últimas mostraron más

actitudes negativas hacia sí mismas y mayor severidad consigo mismas, es decir, tienden más a autoculparse, en comparación al grupo control.

Otra investigación que analizó dicha relación es la de Willcox y Sattler (1996), en el que participaron 107 mujeres estudiantes de psicología a quienes aplicaron el Multiscore Depression Inventory (MDI), el Cuestionario de Depresión de Beck y el Inventario de Trastornos Alimentarios (EDI). Los autores encontraron que a la sintomatología de bulimia y anorexia nerviosas se asociaron los siguientes componentes de la depresión: baja energía, dificultades cognitivas, irritabilidad, tristeza, culpa, baja autoestima, introversión social, pesimismo y desamparo.

Asimismo, con la sintomatología otro estudio investigó la relación entre el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) con sintomatología de la anorexia nerviosa (Davis, Kaptein, Kaplan, Olmsted y Woodside, 1998). Participaron 53 pacientes con sintomatología de anorexia nerviosa, 22 sujetos que practicaban ejercicio excesivo y 31 con ejercicio moderado o sin él (basándose para esto en la frecuencia de su actividad física durante el año previo a la valoración). Para medir la sintomatología obsesiva-compulsiva utilizaron el Inventario Obsesivo-compulsivo de Maudsley; la Balanza del Perfeccionismo Multidimensional (MPS) para medir el grado de perfeccionismo; y para el caso de medir la conducta de ejercicio, diseñaron un instrumento que evaluaba los aspectos obligatorios y los patológicos del ejercicio. Encontraron asociación entre la práctica de ejercicio excesivo y la sintomatología obsesiva-compulsiva, señalando además la presencia de una asociación moderada entre la actividad física excesiva y la sintomatología de la anorexia nerviosa.

Por otra parte, López, Mancilla, Alvarez y Cobos (1997) también evaluaron los rasgos de personalidad de 67 mujeres, de las cuales 37 pertenecían a un grupo de "comedoras compulsivas"¹¹ y las compararon con un grupo control (n= 30) respecto al 16 FP. Observaron que el grupo de "comedoras compulsivas" se caracterizó por:

¹¹ Es importante aclarar que en este grupo de comedoras compulsivas, acuden también personas que presentan trastorno o sintomatología de anorexia o bulimia nerviosas.

sumisión, retraimiento, timidez, severidad, objetividad, radicalismo y apacibilidad, así como por su escrupulosidad social y por tener un superego fuerte (factores: escrupuloso, persistente, moralista y juiciosos), esto en comparación con el grupo control, el cual calificó en la mayoría de las escalas dentro de los parámetros de normalidad, a excepción de la escala de fuerza del yo (madurez emocional) –que evalúa la estabilidad emocional–, donde el grupo control reportó –paradójicamente– una mayor inestabilidad emocional.

Por su parte, Joiner, Katz y Heatherton (2000) evaluaron las diferencias existentes entre los rasgos de personalidad de mujeres y hombres adolescentes con síntomas crónicos de bulimia. Su muestra constó de 97 mujeres y 14 hombres, encontrando que los hombres con sintomatología de bulimia presentaron un mayor grado de desconfianza interpersonal, perfeccionismo y mayor dificultad para relacionarse que su contraparte femenina. Los autores concluyeron que estos resultados deben de ser tomados en cuenta en el tratamiento de los pacientes, ya que aunque puedan presentar el mismo padecimiento, los rasgos de personalidad no son necesariamente los mismos.

Como se ha podido observar, los trastornos de la personalidad son frecuentes entre individuos con trastornos alimentarios; encontrando, para el caso de la anorexia nerviosa, una alta comorbilidad con los trastornos: obsesivo compulsivo, afectivos y ansioso-temeroso. Mientras que en las pacientes bulímicas ésta se presenta con los trastornos de personalidad: limítrofe, esquizofrénico y afectivos.

En cuanto a los rasgos de personalidad, se denota la importante contribución que éstos pueden tener como factores predisponentes para el desarrollo de los trastornos alimentarios, por tal motivo y considerando que existen mayor número de estudios que investigan los rasgos de personalidad en población que presenta un trastorno alimentario, el presente estudio se enfocó a evaluar la asociación entre la sintomatología de trastorno alimentario y los rasgos de personalidad en una población no clínica.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Evaluar la asociación entre la presencia de sintomatología de trastorno alimentario y de rasgos de personalidad en una muestra de estudiantes universitarios.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ◆ Evaluar si existen diferencias significativas en cuanto a los rasgos de personalidad entre un grupo de jóvenes con sintomatología de trastorno alimentario y un grupo control.
- ◆ Explorar los rasgos de personalidad asociados con la sintomatología específica de anorexia nerviosa y de bulimia nerviosa.
- ◆ Comparar el perfil de rasgos de personalidad de mujeres con sintomatología y mujeres control respecto a los criterios normativos de la prueba de personalidad.
- ◆ Comparar el perfil de rasgos de personalidad de varones con sintomatología y varones control respecto a los criterios normativos de la prueba de personalidad.
- ◆ Comparar el perfil de rasgos de personalidad de mujeres y varones con sintomatología respecto a los criterios normativos de la prueba de personalidad.
- ◆ Evaluar si existen diferencias significativas en cuanto a los rasgos de personalidad entre tres grupos de mujeres con sintomatología (anoréxica, bulímica y mixta) y un grupo control.
- ◆ Comparar el perfil de rasgos de personalidad de tres grupos de mujeres con sintomatología (anoréxica, bulímica y mixta) y mujeres control.

MÉTODO

TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación realizada fue en una primera instancia exploratoria, ya que en la literatura se reportan pocos datos de estudios que refieren la relación que tiene la sintomatología del trastorno alimentario con los rasgos de personalidad, y particularmente en México no se contaba con esta información; en segunda instancia fue descriptiva, puesto que nos propusimos describir el perfil de rasgos presentes en jóvenes con sintomatología de trastorno alimentario; por último, se trató de un estudio de tipo correlacional, ya que se analizó la asociación entre el trastorno alimentario y los rasgos de personalidad.

TIPO DE DISEÑO

El diseño se definió como no experimental/transversal. No experimental debido a que las variables que evalúan esta investigación no fueron manipuladas; y transversal porque se analizó la relación entre dos variables en un momento determinado.

MUESTRA

Fue no probabilística de tipo intencional. Constó de 87 participantes (81 mujeres y 6 varones) con un rango de edad de 17 a 27 años ($\bar{X} = 19.9$, $DE = 1.8$), a la que se le dividió en dos grupos: el grupo con sintomatología (GS) constó de 42 participantes (39 mujeres y 3 varones) con un rango de edad de 17 a 27 años ($\bar{X} = 19.6$, $DE = 2.0$); mientras que el grupo control (GC) contó con 45 participantes (42 mujeres y 3 varones), con un rango de edad de entre 17 y 23 años ($\bar{X} = 20.1$, $DE = 1.6$).

INSTRUMENTOS

• Test de Actitudes hacia la Alimentación (EAT-40)

Es un cuestionario de auto-reporte de 40 reactivos bajo una escala bipolar de seis opciones. Fue diseñado y validado originalmente en población canadiense (Garner y Garfinkel, 1979), y posteriormente en España por Castro, Toro, Salamero y Guimerá (1991). El EAT-40 ha sido utilizado como instrumento de tamizaje de trastornos alimentarios –y específicamente de anorexia nerviosa– y para identificar –entre población comunitaria– patrones anormales de ingesta. En este estudio se partirá de la validación realizada para la población mexicana, en donde el punto de corte sugerido es $EAT \geq 28$ (Alvarez, 2000), retomando además cuatro de los cinco factores sugeridos para la población mexicana (Alvarez, Vázquez, Mancilla y Gómez-Peresmitré, 2002), los cuales fueron:

- Restricción alimentaria (RA).
- Motivación para adelgazar (MA).
- Preocupación por la comida (PC).
- Presión social percibida (PSP).

• Test de Bulimia (BULIT)

El test de Bulimia fue creado y validado en población americana (Smith y Thelen, 1984), es un cuestionario de auto-reporte con 36 preguntas. Fue desarrollado para cubrir la carencia de una escala apropiada para evaluar los síntomas de la bulimia, y también para:

1. Distinguir entre individuos que exhiben el síndrome de bulimia respecto a los individuos que no tienen problemas alimentarios.
2. Distinguir entre individuos bulímicos de los que tienen otro trastorno alimentario.

3. Distinguir entre los subgrupos de bulímicos basados en criterios diagnósticos particulares (severidad de vómito, purgas y conductas compulsivas).
4. Proveer una distinción entre los individuos que nunca han tenido un tratamiento, respecto a los que si lo han tenido (Manríquez y Mercado, 1997).

Su adaptación y validación se llevó a cabo en población mexicana (Alvarez, 2000; Alvarez, Mancilla y Vázquez, 2000), quienes sugieren el punto de corte de $BULIT \geq 85$ y una estructura de tres factores, mismos que se emplearon para el presente estudio:

- Sobreingesta y sensación de pérdida de control sobre la alimentación (SOB).
- Sentimientos negativos después de la sobreingesta (SENEG).
- Conductas compensatorias (COCOM).

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

Es un cuestionario de auto-reporte que cubre de manera amplia el campo de la personalidad y en un corto periodo de tiempo analiza las 16 dimensiones más significativas de la personalidad—conocidas como factores primarios— y 4 dimensiones adicionales —factores secundarios—. Consta de 10 a 13 reactivos por cada una de las dimensiones analizadas (Cattell et al., 1980), las cuales son:

Factores Primarios

- FA) Expresividad emocional.
- FB) Inteligencia.
- FC) Fuerza del yo.
- FE) Dominancia.
- FF) Impulsividad.
- FG) Lealtad grupal.
- FH) Aptitud situacional.
- F I) Emotividad.

- FL) Credibilidad.
- FM) Actitud cognitiva.
- FN) Sutileza.
- FO) Conciencia.
- FQ1) Posición social.
- FQ2) Certeza individual.
- FQ3) Autoestima.
- FQ4) Ansiedad-estado.

Factores Secundarios

- Qs1) Introversión y Extroversión.
- Qs2) Poca ansiedad y Mucha ansiedad.
- Qs3) Susceptibilidad y Tenacidad.
- Qs4) Dependencia y independencia.

PROCEDIMIENTO

Recolección de datos

Fase I

- Se aplicaron los cuestionarios EAT y BULIT a estudiantes en su salón de clases, de acuerdo al horario más conveniente, explicándoles el objetivo de la investigación y la importancia de su participación, así como asegurándoles el anonimato y la confidencialidad de los datos obtenidos.
- Se calificó cada uno de los instrumentos con la finalidad de identificar a los sujetos con sintomatología de trastorno alimentario ($n= 42$), con base a los puntos de corte del EAT (≥ 28) y el BULIT (≥ 85). Asimismo, se derivó aleatoriamente a un grupo control de entre todos aquellos participantes que no rebasaron dichos puntos de corte ($n= 45$). Posteriormente, se aplicó a ambos grupos el cuestionario de personalidad 16 FP.

Fase II

- Del grupo de mujeres detectado con sintomatología de trastorno alimentario, se derivaron tres subgrupos:
 - Sintomatología anoréxica ($n= 14$), con quienes rebasaron exclusivamente el punto de corte del EAT.

- Sintomatología bulímica (n= 17), con quienes rebasaron exclusivamente el punto de corte del BULIT.
 - Sintomatología anoréxica y bulímica (o mixta, n=10), con quienes rebasaron ambos puntos de corte.
- Asimismo, del grupo control de mujeres de la fase I se eligió aleatoriamente a un nuevo grupo control (n=17), esto con la finalidad de poseer grupos proporcionales.

DISEÑO DE ANALISIS DE DATOS

- Inicialmente, para comparar a los grupos con sintomatología (GS) y control (GC) se aplicó la prueba "t" de Student, la cual evalúa si existen diferencias entre los grupos en cuanto a ciertas variables, en este caso los factores del EAT, BULIT y 16 FP.
- Posteriormente, para determinar si existía asociación entre los rasgos de personalidad con los síntomas específicos de trastorno alimentario, se derivó el coeficiente de correlación *r* de Pearson.
- Por otra parte, se compararon a los tres grupos con sintomatología de trastorno alimentario de acuerdo a su especificidad sintomática –anoréxica, bulímica y mixta– y un grupo control, esto por medio de la aplicación de procedimientos no paramétricos, específicamente las pruebas de Kruskal-Wallis y la de la mediana.
- Por último, se graficaron los perfiles de personalidad por grupo, y con base a los criterios normativos del 16 FP, se realizaron las siguientes comparaciones:
 - a) Mujeres con sintomatología vs mujeres control.
 - b) Varones con sintomatología vs varones control.
 - c) Mujeres con sintomatología vs varones con sintomatología.
 - d) Entre tres grupos de mujeres con sintomatología (Anoréxica, bulímica y mixta) y un grupo control.

RESULTADOS

Inicialmente se comparó al grupo con sintomatología (GS) con el grupo control (GC) en relación a las puntuaciones promedio en los cuatro factores retomados del EAT (Restricción alimentaria, Motivación para adelgazar, Preocupación por la comida y Presión social percibida) y los tres del BULIT (Sobreingesta, Sentimientos negativos, Conductas compensatorias) así como sus respectivos totales, se detectaron diferencias significativas en todas ellas, siendo el GS el que obtuvo mayores puntuaciones promedio (Tabla 1).

Los resultados anteriores confirman que efectivamente el grupo que se clasificó como GS –de acuerdo a los puntos de corte del EAT y BULIT– presentó mayor sintomatología de trastorno alimentario.

FACTORES	GS (n= 42)	GC (n= 45)	Valor de t
EAT			
RA	4.33 ±0.68	0.69 ±0.15	5.26 ***
MA	8.74 ±0.60	1.84 ±0.41	9.55 ***
PC	1.81 ±0.33	0.44 ±0.11	3.92 ***
PSP	2.00 ±0.39	0.98 ±0.22	2.29 *
TOTAL	30.21 ±2.01	12.56 ±0.75	8.25 ***
BULIT			
SOB	26.43 ±1.39	16.04 ±0.42	7.16 ***
SENEG	20.38 ±0.92	13.11 ±0.45	7.10 ***
COCOM	6.36 ±0.44	4.71 ±0.17	3.44 **
TOTAL	88.93 ±3.09	61.58 ±0.97	8.45 ***

Tabla 1. Comparación (t de Student) entre el grupo con sintomatología (GS) y el grupo control (GC) en cuanto a sus puntuaciones promedio \pm error estándar (EE) en los factores y totales de los instrumentos EAT y BULIT.

*p \leq .05 ** p \leq .001 *** p \leq .0001.

Comparación entre el grupo con sintomatología y el control en cuanto a los rasgos de personalidad

Posteriormente se replicó dicha comparación entre ambos grupos, pero ahora con base a los rasgos de personalidad, evaluados por medio de los factores del 16 FP (Tabla 2). Se observó que únicamente cuatro de los 16 factores primarios y uno de los cuatro secundarios obtuvieron diferencias significativas entre los grupos ($p \leq .05$). Así, en los factores Fuerza del Yo (FC) y Aptitud situacional (FH), el GS obtuvo una puntuación significativamente menor que el GC; y contrariamente, en lo que respecta a los factores Conciencia (FO), Ansiedad-estado (FQ4) y Ansiedad-rasgo (Qs1), fue el GS quien obtuvo una puntuación significativamente mayor. A partir de lo anterior, podemos decir que los jóvenes con sintomatología de trastorno alimentario presentan menor fuerza del yo y aptitud situacional, pero mayor estado de conciencia, ansiedad (estado y rasgo) que los jóvenes del grupo control.

FACTORES 16 FP	GS (n= 42)	GC (n= 45)	Valor de t
FC Fuerza del Yo	15.00 ± 0.68	16.78 ± 0.56	2.03 *
FH Aptitud situacional	12.88 ± 0.97	16.09 ± 0.70	2.70 *
FO Conciencia	11.09 ± 0.70	9.11 ± 0.57	2.21 *
FQ4 Ansiedad-estado	13.95 ± 0.74	11.82 ± 0.52	2.37 *
Qs2 Ansiedad-rasgo	75.64 ± 3.19	66.22 ± 2.40	2.38 *

Tabla 2. Comparación (t de Student) entre el grupo con sintomatología (GS) y el grupo control (GC) en cuanto a sus puntuaciones promedio ± error estándar (EE) en los factores primarios y secundarios del 16 FP. * $p \leq .05$.

Correlación entre los síntomas específicos de trastorno alimentario y los rasgos de personalidad

Con la finalidad de explorar los rasgos de personalidad asociados a la sintomatología de trastorno alimentario en la muestra total (n= 87), se procedió a realizar un análisis de correlación (r de Pearson) entre los cuatro factores del EAT y los tres del BULIT con los 16 FP y sus cuatro factores secundarios (Tabla 3). Cabe señalar que en dicha tabla sólo se expresan aquellos factores en los que se detectaron correlaciones significativas.

Factores 16 FP	EAT					BULIT		
	RA	MA	PC	PSP	TOTAL	SOB	SENEG	TOTAL
FC <i>Fuerza del yo</i>	-	-	-	-	-	-.38 ****	-	-.35 ***
FI <i>Emotividad</i>	-	.23 *	-	-	-	-	.23 *	-
FM <i>Aclitud cognitiva</i>	-.25 **	-	-	-.25 **	-	-	-	-
FO <i>Conciencia</i>	-	.22 *	-	-	-	.33 **	-	.28 **
FQ2 <i>Certeza individual</i>	.30 ***	-	-	-	.22 *	-	-	-
FQ3 <i>Autoestima</i>	-	-	-	-	-	-.40 ****	-.26 *	-.38 ****
FQ4 <i>Ansiedad -estado</i>	-	.26 **	-	-	-	.28 **	.29 **	.31 **
Qs1 <i>Extroversión</i>	-	-	-.22 *	-	-	-	-	-
Qs2 <i>Ansiedad-rasgo</i>	-	.24 *	-	-	-	.37 ****	.27 **	.37 ****
Qs3 <i>Susceptibilidad</i>	-	-	-	-.22 *	-	-	-	-
Qs4 <i>Dependencia</i>	-	-	-	-.22 *	-	-	-	-

Tabla 3. Coeficientes de correlación (r de Pearson) entre los factores del EAT y BULIT con los factores primarios y secundarios del 16 FP en la muestra total (N= 87).
*p ≤ .05, **p ≤ .01, ***p ≤ .001, ****p ≤ .0001.

EAT	BULIT
RA: Restricción alimentaria MA: Motivación para adelgazar PC: Preocupación por la comida PSP: Presión social percibida	SOB: Sobreingesta SENEG: Sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta

En el caso de la sintomatología de anorexia nerviosa (EAT), se encontró que sus factores Restricción alimentaria (RA) y Presión social percibida (PSP) se correlacionaron de manera negativa con el factor Actitud cognitiva (FM); aunque PSP también la presentó con dos factores secundarios: Susceptibilidad (Qs3) e Dependencia (Qs4). Mientras que el factor Motivación para adelgazar (MA) correlacionó positivamente con los factores primarios Emotividad (FI), Conciencia (FO) y Ansiedad-estado (FQ4), así como con el factor secundario Ansiedad-rasgo (Qs2). De igual forma, se encontró que el factor RA estuvo correlacionado positivamente con el factor Certeza Individual (FQ2), el cual a su vez lo estuvo con la puntuación total del instrumento. Finalmente, el factor Preocupación por la comida (PC) presentó correlación significativa –negativa– con el factor secundario Qs1 (Extroversión). Es importante señalar que dichos coeficientes de correlación fueron débiles

Con respecto a lo anterior, podemos decir que a mayor sintomatología de anorexia nerviosa –puntuación total del EAT– se presenta mayor certeza individual; y específicamente con base a sus componentes, a mayor restricción alimentaria y presión social percibida se presenta menor actitud cognitiva; además, a mayor presión social percibida, existe mayor susceptibilidad y dependencia; y contrariamente, a mayor motivación para adelgazar y restricción alimentaria existe mayor emotividad, conciencia, certeza individual y ansiedad (rasgo y estado); y finalmente, a mayor preocupación por la comida se observa menor extroversión.

En lo que respecta a la sintomatología de bulimia nerviosa (BULIT), se encontró que su factor Sobreingesta (SOB) y puntuación total correlacionaron negativamente –de forma moderada– con los factores Fuerza del yo (FC) y Autoestima (FQ3), así como positivamente –también moderada– con los factores Conciencia (FO), Ansiedad-estado (FQ4) y Ansiedad-rasgo (Qs2). En lo que se refiere al factor Sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta (SENEG), éste reportó correlación positiva –débil– con los factores Emotividad (FI), Ansiedad-estado (FQ4) y Ansiedad-rasgo (Qs2), así como negativa –también débil– con el factor FQ3 (Autoestima). En lo que respecta a la puntuación total del BULIT, ésta se

encontró negativamente correlacionada con los factores Fuerza del yo (FC) y Autoestima (FQ3), y positivamente con los factores Conciencia (FO), Ansiedad-estado (FQ4) y Ansiedad-rasgo (Qs2). Cabe señalar que el factor Conductas Compensatorias (COCOM) no tuvo ninguna correlación significativa con los factores del 16 FP.

Por tanto, se observa que a mayor sintomatología de bulimia nerviosa –puntuación total del BULIT– fueron menores la fuerza del yo y la autoestima, pero mayores la conciencia y la ansiedad (rasgo y estado). Y específicamente con base a sus componentes, se encontró que a mayor sobreingesta fueron menor la fuerza del yo y la autoestima, y contrariamente, fueron mayores la conciencia y la ansiedad, tanto estado como rasgo. Mientras que a mayores sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta se presenta menor autoestima, empero también mayor emotividad y ansiedad (rasgo y estado).

Posteriormente, con la finalidad de explorar los rasgos de personalidad asociados a los factores del EAT y BULIT –específicamente entre los jóvenes con sintomatología de trastorno alimentario–, se correlacionaron las puntuaciones de ambos instrumentos con las del 16 FP y sus cuatro factores secundarios en el GS (n= 42), cuyos resultados se presentan en la tabla 4.

En lo que respecta al EAT, se encontró que su factor Restricción alimentaria (RA) se correlacionó negativamente con el factor Actitud cognitiva (FM) y de manera positiva con el factor Certeza individual (FQ2) del 16 FP; mientras que Presión social percibida (PSP) correlacionó de manera también negativa con el factor Actitud cognitiva (FM) y los factores secundarios Susceptibilidad (Qs3) y Dependencia (Qs4). Siendo la magnitud de dichos coeficientes débil. Por último, la puntuación total del EAT se correlacionó positivamente –de forma moderada– con Autoestima (FQ3). Cabe señalar que los factores Motivación para adelgazar (MA) y Preocupación por la comida (PC) del EAT no presentaron ninguna correlación significativa con el 16 FP.

Con respecto a lo anterior, podemos decir que en el caso de los jóvenes con sintomatología de trastorno alimentario, cuando se presenta mayor sintomatología de anorexia nerviosa –puntuación total en el EAT– existe mayor autoestima; y específicamente con base a sus componentes, se encontró que a mayor restricción alimentaria habrá menor actitud cognitiva, y al contrario, la certeza individual será mayor. Por otra parte, si se presenta mayor presión social percibida habrá menor actitud cognitiva, susceptibilidad y dependencia.

Factores 16 FP	EAT			BULIT	
	RA	PSP	TOTAL	SOB	TOTAL
FC <i>Fuerza del yo</i>	–	–	–	-.35 *	-.35 *
FM <i>Actitud cognitiva</i>	-.34 *	-.30 *	–	–	–
FN <i>Sutileza</i>	–	–	–	-.38 **	–
FQ2 <i>Certeza individual</i>	.30 *	–	–	–	–
FQ3 <i>Autoestima</i>	–	–	.40 **	-.46 **	-.47 ***
Qs2 <i>Ansiedad-rasgo</i>	–	–	–	.33 *	.34 *
Qs3 <i>Susceptibilidad</i>	–	-.34 *	–	–	–
Qs4 <i>Dependencia</i>	–	-.39 **	–	–	–

Tabla 4. Coeficientes de correlación (r de Pearson) entre los factores EAT y BULIT con los factores primarios y secundarios del 16 FP en el grupo con sintomatología (n= 42). *p ≤ .05, **p ≤ .01, ***p ≤ .001.

EAT	BULIT
RA: Restricción alimentaria PSP: Presión social percibida	SOB: Sobreingesta

Ahora bien, en lo que se refiere al BULIT, se encontró que el factor Sobreingesta (SOB) correlacionó negativamente con los factores Fuerza del yo (FC), Sutileza (FN) y Autoestima (FQ3), pero positivamente con Ansiedad-rasgo (Qs2); y finalmente, la puntuación total del instrumento correlacionó negativamente con los factores Fuerza del yo (FC) y Autoestima (FQ3), pero positivamente con Ansiedad-rasgo (Qs2). Cabe señalar que todas estas correlaciones fueron de

magnitud moderada y que los factores Sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta (SENEG) y Conductas compensatorias (COCOM) del BULIT no tuvieron correlaciones significativas con los factores del 16 FP.

Por tanto, se observó que a mayor sintomatología de bulimia –puntuación total del BULIT– habrá menor fuerza del yo y autoestima, aunque mayor ansiedad-rasgo; y específicamente en lo que respecta a sus componentes, se encontró que a mayor sobreingesta fueron menores la fuerza del yo, la sutileza y la autoestima, pero mayor la ansiedad-rasgo.

Por otro lado, posteriormente se procedió a realizar la misma exploración, pero ahora con relación al grupo control (n= 45), ver tabla 5.

Factores 16 FP	EAT				BULIT		
	RA	MA	PC	TOTAL	SOB	SENEG	COCOM
FC <i>Fuerza del yo</i>	-	-	-	-	-.32 *	-	-
FF <i>Impulsividad</i>	-	.39 **	-	.33 *	-	-	-.33 *
F1 <i>Emotividad</i>	-	-	-.30 *	-	-	-	-
FQ1 <i>Posición Social</i>	-	-.34 *	-	-.32 *	-	-.31 *	-
FQ2 <i>Certeza Individual</i>	.30 *	-	-	-	-	-	-
FQ4 <i>Ansiedad-estado</i>	.38 **	-	-	-	-	-	-
Qs1 <i>Extroversión</i>	-	-	-.42 **	-	-	-	-

Tabla 5. Coeficientes de correlación (r de Pearson) entre los factores del EAT y BULIT con los factores primarios y secundarios del 16 FP en el grupo control (n= 45).

*p ≤.05, **p ≤.01.

EAT	BULIT
RA: Restricción alimentaria	SOB: Sobreingesta
MA: Motivación para adelgazar	SENEG: Sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta
PC: Preocupación por la comida	

En lo que respecta al EAT, se encontró que su factor Restricción alimentaria (RA) correlacionó positivamente con los factores Certeza Individual (FQ2) y Ansiedad-estado (FQ4) del 16 FP; mientras que el factor Motivación para adelgazar

(MA) lo estuvo positivamente con el factor Impulsividad (FF) y negativamente con el de Posición Social (FQ1). Otro factor del EAT asociado negativamente fue Preocupación por la comida (PC) con los factores Emotividad (FI) y Extroversión (Qs1). Y por último, podemos ver que el total del EAT correlacionó de manera positiva con Impulsividad (FF) y negativa con Posición Social (FQ1). Cabe señalar que el factor PSP no tuvo ninguna correlación significativa con el instrumento 16 FP.

Lo anterior indica que a mayor sintomatología de anorexia nerviosa, -puntuación total en el EAT- se presentó mayor impulsividad pero menor posición social; y específicamente con base a sus componentes, se observó que a presencia de una mayor restricción alimentaria también fueron mayores la certeza individual y la ansiedad; por otro lado, a mayor motivación para adelgazar se observa mayor impulsividad, pero menor posición social. Asimismo, a mayor preocupación por la comida fueron menores la emotividad y la extroversión.

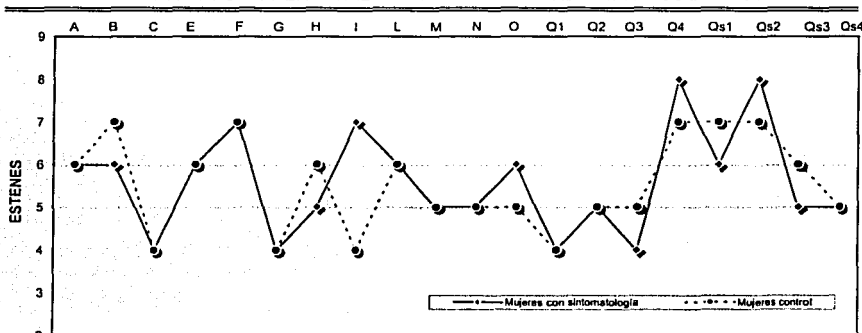
Respecto al BULIT, su factor Sobreingesta (SOB) correlacionó con Fuerza del yo (FC); el factor SENEG con Posición social (FQ1); y por último, el factor COCOM con Impulsividad (FF). Cabe indicar que todas éstas fueron correlaciones negativas débiles. Por tanto, en lo referente a la sintomatología de bulimia nerviosa, podemos decir que a mayor sobreingesta se presenta menor fuerza del yo; a mayor presencia de sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta la posición social fue menor. Y finalmente, a mayor presencia de conductas compensatorias hubo menor impulsividad.

Perfiles de personalidad, comparación entre grupos respecto a la norma

Con el propósito de analizar los perfiles de personalidad de la muestra total, se dividió ésta en cuatro subgrupos: mujeres con sintomatología, mujeres control, varones con sintomatología y varones control. Inicialmente, en la gráfica 1 se compararon los perfiles de personalidad del 16 FP de mujeres con sintomatología de trastorno alimentario (n= 39) y mujeres control (n= 42). Cabe señalar que el Cuestionario 16 FP establece un nivel de "normalidad" entre los estenos 5 y 6. En cuanto a los datos más relevantes, podemos observar que en el factor Emotividad

(FI) ambos grupos se ubicaron fuera de la norma –aunque en sentidos opuestos–, ya que las jóvenes con sintomatología se ubicaron en una puntuación esten mayor ($I= 7$) que el grupo control ($I= 4$), por lo que aquéllas presentan mayor sensibilidad emocional, caracterizándose por ser más afectuosas, sobreprotegidas, dependientes e imaginativas, aunque un tanto fantasiosas y con cierta inclinación por estilos dramático-emocionales. Por otro lado, en cuanto al factor Autoestima (Q3), observamos que el grupo con sintomatología se ubicó ligeramente por abajo de la norma ($Q3= 4$), es decir, tienen un pobre auto-concepto y conciencia de su propia imagen, por lo que parecen ser más impulsivos e indiferentes a las reglas sociales que el grupo control (el cual si se situó dentro de la norma). Asimismo, es importante destacar que en los siguientes factores ambos grupos coincidieron, ubicándose

RASGOS DE PERSONALIDAD PRIMARIOS Y SECUNDARIOS DEL 16 PF



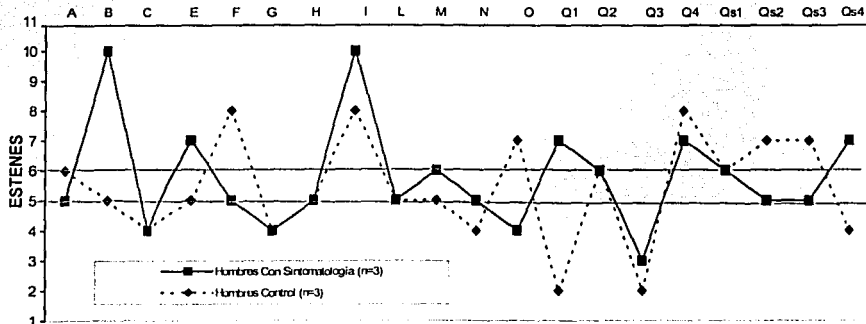
Grafica 1: Perfil de personalidad de mujeres con y sin sintomatología (n= 39 y n= 42, respectivamente).

PRIMARIOS			SECUNDARIOS
FA Expresividad Emocional	FH Aptitud situacional	FO Conciencia	Qs1 Extroversión
FB Inteligencia	FI Emotividad	Q1 Posición social	Qs2 Ansiedad rasgo
FC Fuerza del yo	FL Credibilidad	Q2 Certeza individual	Qs3 Susceptibilidad
FE Dominancia	FM Actitud cognitiva	Q3 Autoestima	Qs4 Dependencia
FF Impulsividad	FN Sutileza	Q4 Ansiedad estado	
FG Lealtad grupal			

fuera de la norma, aunque en la misma dirección: Fuerza del yo (FC), Impulsividad (FF), Lealtad grupal (FG), Posición social (Q1), Ansiedad-estado (Q4) y Ansiedad-rasgo (Qs2).

Por otra parte, en la gráfica 2 se comparan los perfiles de personalidad del 16 FP en varones con sintomatología de trastorno alimentario (n= 3) y varones control (n= 3), (es importante aclarar que ésta grafica es de tipo exploratoria y de ningún modo es representativa).

RASGOS DE PERSONALIDAD PRIMARIOS Y SECUNDARIOS DEL 16 FP



Gráfica 2: Perfil de personalidad de hombres con y sin sintomatología.

PRIMARIOS			SECUNDARIOS
FA Expresividad Emocional	FH Aptitud situacional	FO Conciencia	Qs1 Extroversión
FB Inteligencia	FI Emotividad	Q1 Posición social	Qs2 Ansiedad rasgo
FC Fuerza del yo	FL Credibilidad	Q2 Certeza individual	Qs3 Susceptibilidad
FE Dominancia	FM Actitud cognitiva	Q3 Autoestima	Qs4 Dependencia
FF Impulsividad	FN Sutileza	Q4 Ansiedad estado	
FG Lealtad grupal			

En cuanto a los datos más relevantes, podemos decir que en los factores Inteligencia (FB) y Dominancia (FE) los jóvenes con sintomatología de trastorno alimentario se ubicaron por arriba de la norma (10 y 7, respectivamente), a diferencia del grupo control que se situó dentro de ella; esto hace referencia a que los jóvenes

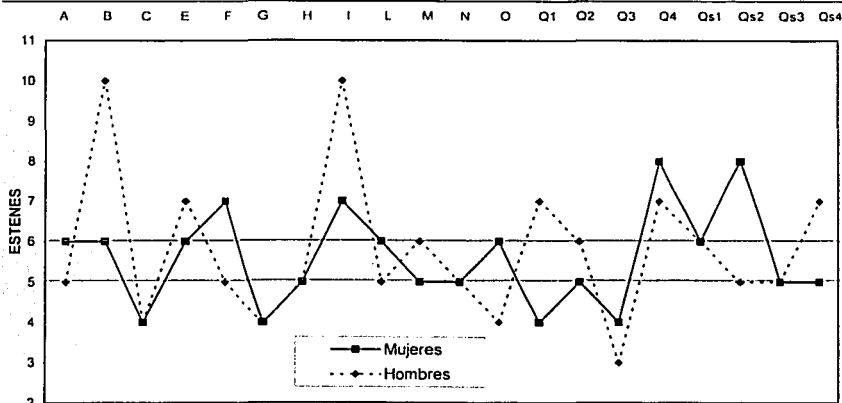
con sintomatología se caracterizaron por una gran capacidad de juicio, perseverancia, con tendencia a la dominación a través de una interacción más afectiva, con libertad para participar, criticar y poner a discusión los problemas grupales.

Respecto a la Emotividad (FI), los jóvenes con sintomatología presentaron una mayor puntuación esten ($I= 10$) que el grupo control ($I= 8$) —aunque nótese que ambos están por arriba de la norma—, por lo que aquéllos se caracterizan por una mayor carga de dramatismo emocional, imaginación y fantasía, así como por mayor sobreprotección y dependencia.

Asimismo, se encontró que en los factores Posición social (Q1) y Dependencia—Independencia (Qs4) si bien ambos grupos se ubicaron fuera de la norma, fue en sentidos opuestos; así, en dichos factores el grupo de jóvenes con sintomatología se situó ligeramente arriba de la norma (7), es decir, presenta características de pensamiento más libre, analítico y dispuesto a experimentar, aunque con cierta tendencia a la rebeldía, la agresividad y la búsqueda de situaciones donde su conducta sea tolerada y posiblemente recompensada, esto en comparación con el grupo control ($Q1= 2$ y $Qs4= 4$), los cuales tendieron a ser excesivamente conservadores, tolerantes y respetuosos respecto a las ideas establecidas, así como más dependientes y pasivos. Y por último, contrariamente se encontró que en el factor Conciencia (FO) el grupo de jóvenes con sintomatología —con base a su puntuación esten— se ubicó ligeramente por abajo de la norma ($O= 4$), esto de manera opuesta al grupo control ($O= 7$) que estuvo por arriba; es decir, el grupo con sintomatología presentó una adecuación más serena, mayor seguridad en sí mismos y persistencia, contrariamente al grupo control, quienes presentaron ciertos rasgos de aprehensión, inseguridad y autorecriminación.

En la gráfica 3 se comparan los perfiles de personalidad de mujeres ($n= 39$) y varones ($n= 3$) con sintomatología de trastorno alimentario, observándose algunas diferencias relevantes. En lo que respecta al grupo de varones, se encontró que en los factores Inteligencia ($B= 10$) e Independencia ($Qs4= 7$) se ubican por arriba de la

RASGOS DE PERSONALIDAD PRIMARIOS Y SECUNDARIOS DEL 16 FP



Gráfica 3. Perfiles de personalidad de hombres y mujeres con sintomatología (n= 39 y n=3 respectivamente).

PRIMARIOS			SECUNDARIOS
FA Expresividad Emocional	FH Aptitud situacional	FO Conciencia	Qs1 Extroversión
FB Inteligencia	FI Emotividad	Q1 Posición social	Qs2 Ansiedad rasgo
FC Fuerza del yo	FL Credibilidad	Q2 Certeza individual	Qs3 Susceptibilidad
FE Dominancia	FM Actitud cognitiva	Q3 Autoestima	Qs4 Dependencia
FF Impulsividad	FN Sutileza	Q4 Ansiedad estado	
FG Lealtad grupa			

norma, lo cual hace referencia a una gran capacidad de juicio y perseverancia, aunque con tendencia a la rebeldía y agresividad, así como a la búsqueda de situaciones donde su conducta sea tolerada y posiblemente recompensada; mientras que las mujeres, se situaron dentro de la norma en ambos factores (B= 6 y Qs4= 5). Contrariamente, uno de los factores donde el grupo de varones con sintomatología obtuvo una puntuación ligeramente por debajo de la norma fue el factor Conciencia (O= 4), por lo que este grupo se muestra con mayor seguridad en sí mismos, complacientes y apacibles que el grupo de mujeres, quienes –sin embargo– se ubicaron dentro de la norma (O= 6). Ahora bien, a diferencia de lo

anterior, en el grupo de mujeres con sintomatología sobresalen los factores Impulsividad (F= 7) y Ansiedad-rasgo (Qs2= 8), lo que refleja que poseen alta tendencia a la impetuosidad, al desarrollo de actitudes despreocupadas y entusiastas, pero a la vez pueden presentar ciertas inadaptaciones que les lleven a experimentar sentimientos de insatisfacción respecto a su vida, generándoles ansiedad; contrariamente, los varones se situaron dentro de la norma en ambos factores.

Por otra parte, se observa que ambos grupos se ubicaron por arriba de la norma en el factor Emotividad (FI), presentando así mayor sensibilidad emocional, es decir que son más afectuosos, sobreprotegidos y dependientes. Cabe señalar, que lo anterior estuvo más acentuado en el grupo de varones (I= 10) que en el de mujeres (I= 7). Paralelamente, en el factor Posición social (Q1) se encontró que la puntuación estén obtenida por ambos grupos se ubicó fuera de la norma, pero en sentidos opuestos, ya que las mujeres con sintomatología estuvieron ligeramente abajo de la norma (Q1= 4), por lo que tienden a ser más conservadoras, tolerantes ante las dificultades y respetuosas a las ideas establecidas; en tanto que los varones (Q1= 7) tendieron a caracterizarse por un pensamiento más libre, analítico y mayor disposición a experimentar, aunque con cierta tendencia a la rebeldía.

Asimismo, entre los factores en que ambos grupos se situaron por abajo de la norma —con la misma puntuación—, son: Fuerza del yo (C= 4) y Lealtad grupal (G= 4), mostrando ambos cierta inestabilidad emocional o debilidad del yo, afectación por sentimientos y facilidad para molestarse por cosas o personas, así como indiferencia a las reglas morales y sociales. Otra puntuación que se encontró por debajo de la norma fue en Autoestima (Q3), lo que describe a personas que tienen un pobre concepto y conciencia de su propia imagen, por lo que pueden mostrarse incontrolados, flojos, impulsivos e indiferentes a las reglas sociales. Cabe señalar que esto estuvo ligeramente más acentuado en el grupo de mujeres (Q3= 3) que en el de hombres (Q3= 4). Ahora bien, una de las puntuaciones estén que ubicó a ambos grupos por encima de la norma fue la del factor Ansiedad-estado (Q4), por lo que se caracterizaron por una mayor tendencia a experimentar tensión,

preocupación, frustración, impulsividad e irritabilidad, siendo otra vez ligeramente mayor entre las mujeres.

Por último, cabe señalar que los factores en que ambos grupos se ubicaron dentro de la norma fueron: Expresividad emocional (FA), Credibilidad (FL), Actitud cognitiva (FM), Sutileza (FN), Certeza individual (Q2), Introversión-extroversión (Qs1) y Susceptibilidad-tenacidad (Qs3).

Comparación entre los grupos de mujeres por sintomatología específica y un grupo control en cuanto a los rasgos de personalidad

Posteriormente se replicó dicha comparación, pero entre los tres grupos de mujeres con sintomatología: sintomatología anoréxica (SA), bulímica (SB) y mixta (SA/B), y un grupo control (GC). Se compararon dichos grupos con relación al rango promedio y al porcentaje de sujetos que rebasaron la mediana en cuanto a los factores de personalidad del 16 FP (Tabla 6). Observándose que únicamente en los factores primarios Posición social (Q1) y Autoestima (Q3) se obtuvieron diferencias significativas. En lo que respecta a Q1, fue el grupo SB el que reportó mayor rango promedio y porcentaje de sujetos que rebasaron la mediana (65%); mientras que en Q3 lo fueron los grupos SB y SA/B quienes reportaron significativamente menores rangos promedio y porcentajes de sujetos que rebasaron la mediana ($\leq 40\%$). A partir de ello se puede decir, que el grupo SB presenta mayor posición social, empero, este mismo grupo y SA/B reportan tener menor autoestima. Cabe señalar que existieron otros factores que a pesar de no mostrar diferencias estadísticamente significativas, mostraron ciertas tendencias particulares entre los grupos. Tal es el caso de los factores Inteligencia (FB), Fuerza del Yo (FC), Actitud cognitiva (FM) y Certeza individual (Q2).

En lo que se refiere a los factores B y C, fue el grupo SA/B el que presentó menores rangos promedio y porcentajes de sujetos que rebasaron la mediana (10% y 20%, respectivamente); contrariamente, en el factor M fue el grupo SA (21%). Por último, los grupos SA/B y SA presentaron un mayor rango promedio y

porcentaje de sujetos que rebasaron la mediana en el factor Q2(70% y 64%, respectivamente).

FACTORES	SA (n=14)	SB (n= 17)*	SA/B (n= 10)	GC (n= 17)	KRUSKAL- WALLIS
FA Expresividad emocional	RP= 32.57 SRM= 57%	RP= 28.00 SRM= 41%	RP= 27.55 SRM= 50%	RP= 29.62 SRM= 47%	0.74
FB Inteligencia	RP= 28.57 SRM= 36%	RP= 33.47 SRM= 41%	RP= 17.95 SRM= 10%	RP= 33.09 SRM= 53%	6.64
FC Fuerza del Yo	RP= 35.29 SRM= 64%	RP= 27.68 SRM= 35%	RP= 18.75 SRM= 20%	RP= 32.88 SRM= 47%	6.61
FE Dominancia	RP= 26.29 SRM= 30%	RP= 35.50 SRM= 53%	RP= 28.20 SRM= 40%	RP= 26.91 SRM= 41%	3.14
FF Impulsividad	RP= 28.75 SRM= 50%	RP= 28.09 SRM= 35%	RP= 34.00 SRM= 60%	RP= 28.88 SRM= 41%	0.88
FG Lealtad grupal	RP= 33.32 SRM= 64%	RP= 28.71 SRM= 41%	RP= 24.80 SRM= 30%	RP= 29.91 SRM= 35%	1.56
FH Aptitud situacional	RP= 25.18 SRM= 29%	RP= 26.03 SRM= 41%	RP= 31.90 SRM= 60%	RP= 35.12 SRM= 65%	3.73
FI Emotividad	RP= 28.32 SRM= 29%	RP= 30.65 SRM= 41%	RP= 37.65 SRM= 50%	RP= 24.53 SRM= 29%	4.01
FL Credibilidad	RP= 28.93 SRM= 36%	RP= 35.53 SRM= 65%	RP= 26.05 SRM= 40%	RP= 25.97 SRM= 29%	3.38
FM Actitud cognitiva	RP= 20.00 SRM= 21%	RP= 32.85 SRM= 53%	RP= 29.40 SRM= 50%	RP= 34.03 SRM= 59%	6.46
FN Sutileza	RP= 35.50 SRM= 64%	RP= 28.26 SRM= 47%	RP= 26.45 SRM= 30%	RP= 27.59 SRM= 35%	2.44
FO Conciencia	RP= 25.39 SRM= 36%	RP= 31.26 SRM= 47%	RP= 35.70 SRM= 70%	RP= 27.47 SRM= 47%	2.63
FQ1 Posición social	RP= 28.75 SRM= 36%	RP= 38.91 SRM= 65%	RP= 24.60 SRM= 40%	RP= 23.59 SRM= 29%	8.37
FQ2 Certeza Individual	RP= 37.39 SRM= 64%	RP= 25.38 SRM= 41%	RP= 35.40 SRM= 70%	RP= 23.65 SRM= 29%	7.39
FQ3 Autoestima	RP= 38.96 SRM= 71%	RP= 20.82 SRM= 18%	RP= 25.75 SRM= 40%	RP= 32.59 SRM= 71%	10.08
FQ4 Estado de ansiedad	RP= 25.75 SRM= 29%	RP= 33.82 SRM= 53%	RP= 36.55 SRM= 60%	RP= 24.12 SRM= 29%	5.33
QS1 Extroversión	RP= 25.61 SRM= 29%	RP= 30.62 SRM= 59%	RP= 27.35 SRM= 40%	RP= 32.85 SRM= 65%	1.65
QS2 Ansiedad	RP= 26.79 SRM= 43%	RP= 32.91 SRM= 65%	RP= 36.60 SRM= 60%	RP= 24.15 SRM= 35%	4.54
QS3 Susceptibilidad	RP= 26.54 SRM= 36%	RP= 30.94 SRM= 53%	RP= 26.60 SRM= 40%	RP= 32.21 SRM= 59%	1.29
QS4 Dependencia	RP= 25.50 SRM= 50%	RP= 37.12 SRM= 65%	RP= 29.30 SRM= 60%	RP= 25.29 SRM= 29%	5.31

Tabla 6. Comparación entre los tres grupos de mujeres con sintomatología (SA= anoréxica, SB= bulímica y SA/B= mixta) y un grupo control (GC), respecto al 16 FP.

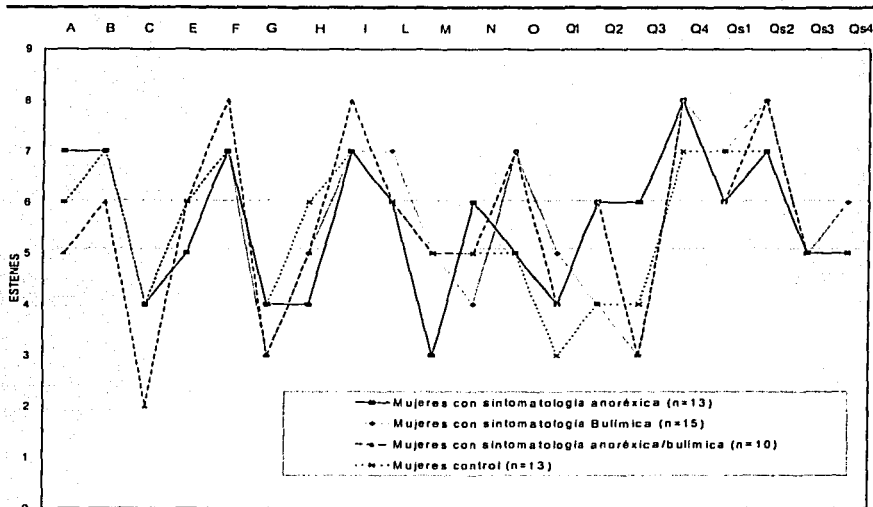
RP= Rango promedio, SRM= Sujetos que rebasaron la mediana.

* $p \leq .05$

Perfiles de personalidad, comparación entre los grupos de mujeres con sintomatología y el grupo control respecto a la norma

Asimismo, en la gráfica 4 se comparan los perfiles de personalidad derivados del 16 FP en mujeres con sintomatología anoréxica (n= 14), sintomatología bulímica (n= 17), sintomatología anoréxica/bulímica (n= 10) y control (n= 17).

RASGOS DE PERSONALIDAD PRIMARIOS Y SECUNDARIOS DEL 16 FP



Gráfica 4. Perfiles de personalidad de mujeres con diferentes tipos de sintomatología.

PRIMARIOS			SECUNDARIOS
FA Expresividad Emocional	FH Aptitud situacional	FO Conciencia	Qs1 Extroversión
FB Inteligencia	FI Emotividad	Q1 Posición social	Qs2 Ansiedad rasgo
FC Fuerza del yo	FL Credibilidad	Q2 Certeza individual	Qs3 Susceptibilidad
FE Dominancia	FM Actitud cognitiva	Q3 Autoestima	Qs4 Dependencia
FF Impulsividad	FN Sutileza	Q4 Ansiedad estado	
FG Lealtad grupal			

En cuanto a los datos más relevantes, podemos observar que en los factores Aptitud situacional (FH) y Actitud cognitiva (FM) el grupo SA obtuvo puntuaciones estén por debajo de la norma (3 y 4, respectivamente), siendo además menores a los de los otros tres grupos (FH= 6 y FM= 5); mostrando así el grupo con sintomatología anoréxica una mayor tendencia a ser recatadas, reprimidas, tímidas, convencionales y prácticas.

De forma similar, en el factor Sutileza (FN), el grupo SB obtuvo una puntuación estén por debajo de la norma (4) y menor a la del grupo SA (FN= 6); y contrariamente, en el factor Posición social (Q1) aquéllas obtuvieron una puntuación dentro de la norma (Q1= 5) y mayor a la del GC (Q1= 3). Por lo que los jóvenes del grupo SB se caracterizaron por ser más ingenuas, modestas y sinceras, pero socialmente torpes, además de ser menos conservadoras, tolerantes y respetuosas a las ideas establecidas.

Por otra parte, en el factor Fuerza del yo (FC) el grupo SA/B obtuvo una menor puntuación (C= 2) en comparación a los demás grupos (C= 4), aunque ambas puntuaciones estén se situaron por abajo de la norma; por lo que podemos decir que las jóvenes con sintomatología mixta se caracterizan por una menor estabilidad emocional, es decir, debilidad del yo y mayor tendencia a ser perturbables. Otro de los factores que reportó diferencias fue el factor Certeza individual (Q2), en donde los grupos SA y SA/B se ubicaron dentro de la norma (Q2= 6) mientras que los grupos SB y GC lo hicieron por abajo (Q2= 4). Caracterizándose así los grupos SA y SA/B por ser más autosuficientes, decididos y ricos en recursos. Por último, en el factor Autoestima, el grupo con sintomatología anoréxica presentó una mayor puntuación estén (Q3= 6) —dentro de la norma— en comparación a los otros tres grupos, los que inclusive se ubicaron por debajo de la norma. Esto indica que la jóvenes con sintomatología anoréxica fueron personas más controladas, compulsivas y socialmente escrupulosas. Por otra parte, el factor Conciencia (FO) reportó diferencias en los grupos SB y SA/B, los cuales obtuvieron una puntuación estén por arriba de la norma (O= 7), y mayor a las de los grupos SA y GC, quienes estuvieron dentro de la norma (O= 5); es decir, que los grupos SB y SA/B presentaron mayores rasgos de aprehensión, inseguridad y autorecriminación.

A continuación se indicará cuales fueron los factores del 16 FP en los que los cuatro grupos se ubicaron por encima de la norma: Impulsividad (FF), Emotividad (FI), Ansiedad estado (Q4) y Ansiedad-rasgo (Qs2); aunque cabe señalar que el grupo SA/B puntuó ligeramente mayor en los factores F e I, de igual manera los grupos SA, SB y SA/B en el factor Q4, y finalmente, los grupos SB y SA/B en el factor Qs2. Contrariamente, en el factor Lealtad grupal (FG) todos los subgrupos estuvieron por debajo de la norma. Por último, cabe señalar que los factores en que los cuatro grupos se ubicaron dentro de la norma fueron: Dominancia (E), Susceptibilidad-tenacidad (Qs3) y Dependencia-independencia (Qs4).

Finalmente, en la Tabla 7 se resumen las comparaciones respecto a los perfiles de personalidad de los grupos de mujeres y varones con sintomatología de trastorno alimentario.

	CARACTERÍSTICAS QUE COMPARTEN MUJERES Y HOMBRES CON SINTOMATOLOGÍA	CARACTERÍSTICAS QUE DIFERENCIAN A LOS GRUPOS CON SINTOMATOLOGÍA.		CARACTERÍSTICAS DE LAS MUJERES CON SINTOMATOLOGÍA			
		Hombres	Mujeres	Anoréxica (SA)	Bulímica (SB)	Mixta	Compartidas
M A Y O R	<ul style="list-style-type: none"> -Ansiedad-estado: tensión, frustración, impulsividad e irritabilidad. -Emotividad: sensibilidad, afectividad, sobreprotección y dependencia. 	<ul style="list-style-type: none"> -Capacidad de juicio y pensamiento analítico. -Emotividad: sensibilidad, afectividad, sobreprotección y dependencia. -Dominancia, agresividad y terquedad. -Independencia, tendencia a la rebeldía y agresividad. -Seguridad en sí mismos y complacencia. 	<ul style="list-style-type: none"> -Ansiedad-rasgo: sentimientos de inadaptación. -Impulsividad, impetuosidad y despreocupación. -Conservadurismo y tolerancia. 	<ul style="list-style-type: none"> -Recato, timidez y autocontrol. -Sentido práctico. 	<ul style="list-style-type: none"> -Ingenuidad y sinceridad. 		<ul style="list-style-type: none"> -SA/Mixta: Autosuficiencia. -SB/Mixta: Aprehensión, inseguridad y autorecriminación
M E N O R	<ul style="list-style-type: none"> -Estabilidad emocional. -Apego a las reglas sociales y morales. -Autoestima, autoconcepto y conciencia de su propia imagen. 	<ul style="list-style-type: none"> -Conservadurismo y tolerancia. 			<ul style="list-style-type: none"> -Habilidad social. 	<ul style="list-style-type: none"> -Estabilidad emocional. 	

Tabla 6. Caracterización de la personalidad asociada a la presencia de sintomatología de trastorno alimentario.

DISCUSIÓN

Asociación entre sintomatología de trastorno alimentario y rasgos de personalidad

Entre los datos más relevantes respecto a la sintomatología de anorexia nerviosa —evaluada con base al EAT—, resumidos en la figura 5, se observó que su componente *restricción alimentaria* estuvo asociado de forma consistente —tanto en la muestra total como en el grupo detectado con sintomatología— con el rasgo Certeza individual (Q2) del 16 FP. Por lo que se puede decir, que a mayor restricción alimentaria —práctica de dietas restrictivas y evitación de alimentos hipercalóricos— son también mayores la autosuficiencia y la capacidad para tomar decisiones. Estos datos pueden dar indicio de la manera en que surge la necesidad de controlar su conducta alimentaria, y por tanto, su peso corporal, dato que se reporta en la literatura como característico de las personas que padecen trastorno alimentario, y especialmente de las personas con anorexia nerviosa, quienes —paradójicamente— en otros aspectos pueden ser totalmente dependientes de la aprobación y dirección de sus familiares (Turón, 1997); incluso, algunos autores señalan que rasgos de personalidad como excesiva dependencia, poca espontaneidad y falta de autonomía pueden ser factores predisponentes de la anorexia nerviosa (Strober, 1985; Westen y Hernden-Fischer, 2001).

Además, para el caso específico del grupo con sintomatología, el rasgo actitud cognitiva (FM) se encontró asociado con la *restricción alimentaria* y con la *presión social percibida*; esto es que a mayor restricción alimentaria y presión social respecto a la deseabilidad de incrementar su peso corporal y su ingesta, suelen ser más prácticos, remitiéndose a preocupaciones "más reales". Este dato difiere de lo mencionado por algunos autores, quienes señalan que las personas con trastorno alimentario presentan exagerada preocupación por su peso y alimentación (Turón, 1997); por tanto, el que el grupo con sintomatología se perciba como práctico y con preocupaciones "reales" puede ser engañoso, puesto que no hay que perder de vista que las personas con trastorno alimentario tienden a estructurar su vida alrededor de su deseo de adelgazar y su preocupación por la alimentación (Bruch, 1982; Kaplan y

Sadock, 1994), aunado a que es común que exista una sobreestimación de su peso corporal, así como del tamaño y valor calórico de las proporciones de alimento (Cooper y Fairburn, 1993, cit. en Abraham y Llewellyn-Jones, 1994; Turón, 1997).

Conjuntamente, la *presión social percibida* se asoció con el rasgo susceptibilidad (Qs3) y dependencia (Qs4), es decir, a mayor presión social percibida para incrementar su peso o ingesta experimentaron mayores niveles de emotividad, mostrándose más frustrados, desanimados y preocupados, ello al experimentar un déficit de control sobre sus emociones, así como una tendencia a ser más pasivos y dependientes del grupo, necesitando el apoyo de otras personas para que orienten su conducta. Lo anterior puede relacionarse con el déficit en el desarrollo de control de sí mismo (locus de control interno), ya que estas pacientes parecen regir su comportamiento principalmente con base al locus de control externo, ya que buscan la aceptación social a través de la adopción de conductas específicas, como la pasividad, dependencia e inasertividad (Toro, 1996; Díaz y Carrasco, 2001).

Los resultados encontrados en el grupo con sintomatología respecto a los rasgos de autosuficiencia y capacidad para tomar decisiones, aunados a la tendencia a ser más pasivos y dependientes del grupo, necesitando el apoyo de otras personas para que orienten su conducta, pueden ser equiparados con lo encontrado por Narduzzi y Jackson (2000), quienes observaron que en pacientes con trastorno alimentario existe una extraña mezcla de autonomía y dependencia social.

Finalmente, otra de las asociaciones más relevantes se presentó entre la puntuación total del EAT –en el grupo con sintomatología– y la autoestima (Q3), por lo que podemos decir que a mayor grado de sintomatología de anorexia nerviosa –evaluada a través del EAT– existe una mayor tendencia a ser controlados, firmes, escrupulosos, compulsivos y estrictos en su proceder. Los datos anteriores pueden ser considerados como precedentes de algunas características de pensamiento y conducta de las pacientes con anorexia nerviosa y de su relación con la obsesividad, ya que algunos autores señalan que las pacientes anoréxicas reportan sentirse

mejor si todo se hace con pulcritud y en un orden predeterminado (Hecht et al., 1983; Simeon et al., 1995; Prior y Wiederman, 1998); siendo importante subrayar que de acuerdo con Garfinkel y Garner (1982), estos rasgos pueden presentarse antes de instaurarse el trastorno alimentario.

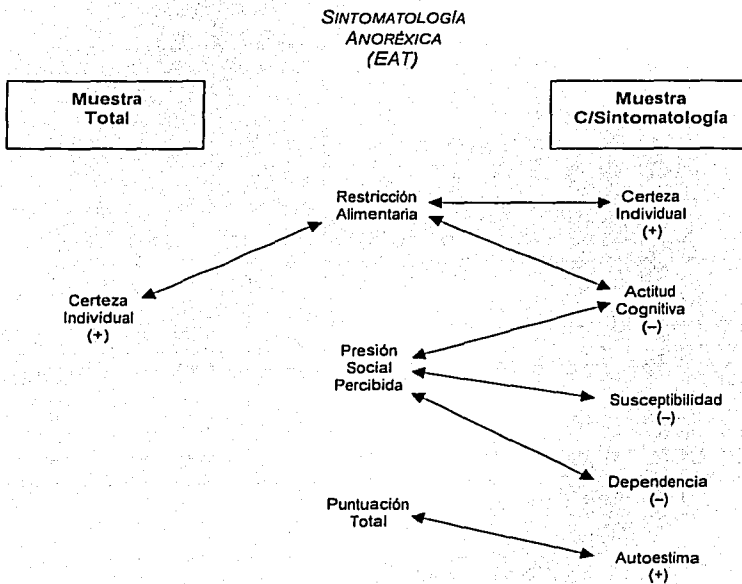


Fig. 5. Rasgos asociados a la sintomatología de Anorexia Nerviosa (EAT)
Correlación positiva (+) y negativa (-).

Por otra parte, en cuanto a las asociaciones más relevantes respecto a la sintomatología de bulimia nerviosa –evaluados con base al BULIT–, presentadas en la figura 6, se observó que la *sintomatología de bulimia nerviosa* en general –total del BULIT– y su componente *sobringesta* estuvieron asociados de forma consistente –tanto en la muestra total como en el grupo con sintomatología– con los

rasgos fuerza del yo (FC), autoestima (FQ3) y ansiedad-rasgo (Qs2), por lo que podemos decir que a mayor sintomatología bulímica y sobreingesta, los jóvenes evaluados presentaron mayor inestabilidad emocional, lo cual se expresa por medio de respuestas neuróticas generalizadas que se traducen en fobias, alteraciones en el sueño, así como conductas obsesivas; asimismo, muestran cierta indiferencia a las reglas e impulsividad, lo cual puede ser provocado por la insatisfacción que tienen los individuos al sentir que no han reaccionado de manera adecuada ante las demandas de la vida.

Con respecto a lo anterior, algunos autores mencionan que la bulimia nerviosa se ha asociado con síntomas depresivos, específicamente con la tristeza, los sentimientos de culpa, la baja autoestima, las alteraciones del sueño y la ideación auto-lesiva (Lancelot et al., 1991; Blouin et al, 1990). Sin embargo, hay autores que alertan respecto a que la relación espacio-temporal entre la presencia del trastorno alimentario y los síntomas depresivos no es clara, ya que no se ha precisado si la depresión constituye una patología secundaria a la alteración de la conducta alimentaria, si es un antecedente del trastorno o si el trastorno alimentario es específico de un trastorno afectivo (Lancelot et al., 1991).

Aunado a ello, otros autores (Johnson y Maddi, 1986, *cits.* en Rausch y Bay, 1990) plantean que la personalidad de los pacientes con bulimia pueden tener como factores predisponentes rasgos de: a) inestabilidad afectiva, referida a estados de humor depresivos y altamente variables, conducta impulsiva, así como baja tolerancia a la ansiedad y la frustración; y b) baja autoestima. Al respecto, es importante señalar que en la presente investigación se encontraron asociaciones con rasgos similares, es decir, la inestabilidad emocional (fuerza del yo), los sentimientos de inadecuación y soledad (conciencia), la impulsividad, la ansiedad y la alta ineficacia (baja autoestima), características que podrían estar presentes antes del desarrollo del trastorno, puesto que en el presente estudio mostraron asociaciones con la sintomatología bulímica en el caso del grupo con sintomatología y la muestra total, pero no así en el grupo control.

Por otro lado, es importante notar que en la muestra total la *sintomatología de bulimia nerviosa* en general –total del BULIT– se asoció con el rasgo ansiedad-estado (FQ4) y la *sobreingesta* se asoció con el rasgo conciencia (FO), por lo que a mayor sintomatología de bulimia nerviosa los jóvenes presentaron cierta tendencia a la irritabilidad y la ansiedad; además, a mayor sobreingesta se presenta mayor tendencia a la culpabilidad y a la depresión, reflejada en sentimientos de inadecuación y soledad. Estos datos corroboran lo mencionado por Abraham y Llewellyn-Jones (1994), quienes señalan que posterior a los atracones –uno de los componentes fundamentales de la bulimia nerviosa– persiste un sentimiento de culpa; en tanto que otros estudios han encontrado que los pacientes bulímicos son más deprimidos, impulsivos, neuróticamente ansiosos y más alienados (Hatsuamki, 1983, Johnson y Maddi, 1986, cit. en Rausch y Bay, 1990). De igual manera, Alvarez, López et al. (1999) encontraron que las mujeres con sintomatología de trastorno alimentario presentan un mayor nivel de depresión, particularmente las mujeres con sintomatología bulímica, expresado con base a más actitudes negativas y mayor severidad hacia sí mismas (autoculparse).

Finalmente, en el caso concreto del grupo con sintomatología, se observó asociado el factor *sobreingesta* con el rasgo sutileza (FN), es decir, a mayor sobreingesta los jóvenes con sintomatología tienden a ser ingenuos, imprudentes, socialmente torpes y emocionalmente sobre involucrados. Al respecto, Nagelber, Hale y Ware (1984) encontraron que estudiantes universitarias con sintomatología bulímica presentaban bajo control de impulsos y menor consideración a las demandas sociales. Asimismo, Dunn y Ondercin (1981) encontraron rasgos similares –utilizando el 16 FP– en personas con alta compulsión a la comida, quienes presentaban mayor inestabilidad emocional (fuerza del yo), con propensión a la culpabilidad (conciencia), mayor ingenuidad (sutileza), mayor tensión (ansiedad-estado), bajo control de impulsos y menor concepto de su imagen (autoestima). Sin embargo, mientras que estos mismos autores también encontraron características de suspicacia (credibilidad), los datos de la presente investigación no arrojan ningún dato relevante respecto a este factor, pero sí en cuanto a la ansiedad-rasgo. Cabe señalar, que aunque en la presente investigación no se trabajó con el trastorno por sobreingesta o con la alta compulsión a la comida, sí se evaluó el síntoma

sobreingesta de la bulimia nerviosa, donde comparten varias características, como la frecuencia de los atracones, los sentimientos de disgusto consigo mismo y culpabilidad después de la sobreingesta, sólo que en el caso de la bulimia nerviosa se presentan conductas compensatorias (provocación de vómito, ayuno, ejercicio excesivo, etc).

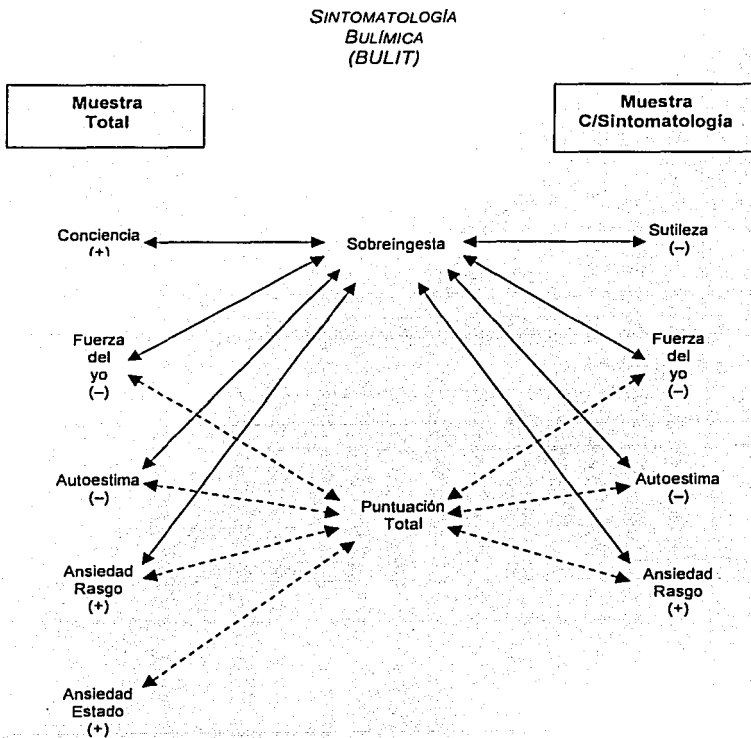


Fig. 6. Rasgos asociados a la sintomatología de Bulimia Nerviosa (BULIT)
Correlación positiva (+) y negativa (-).

En resumen, como se puede observar, tanto en la anorexia como en la bulimia nerviosa existieron una serie de rasgos asociados a los síntomas específicos de cada trastorno. Observándose que los rasgos asociados fueron diferenciales para cada tipo de sintomatologías –anoréxica o bulímica– y donde sólo la autoestima fue un rasgo consistente en su asociación con ambos tipos, aunque como ya antes se dijo, las correlaciones fueron de signos contrarios.

Caracterización de la personalidad de los jóvenes con sintomatología del trastorno alimentario

Su menor fuerza del yo (FC) y aptitud situacional (FH), nos sugiere que los jóvenes con sintomatología de trastorno alimentario se caracterizaron por ser más inestables emocionalmente, lo que se puede reflejar en la expresión de respuestas neuróticas generalizadas que se traducen en fobias, alteraciones en el sueño, conductas obsesivas, poco ajuste social y sentimientos irracionales de inferioridad. Al respecto, Díaz y Balbas (2002) observaron inestabilidad emocional en personas diagnosticadas con trastorno alimentario, es decir, presentaron un déficit en la capacidad cognitiva para procesar y regular las emociones, la cual puede afectar el cómo las personas tratan de explicar sus sentimientos y pensamientos, por lo que su comportamiento tiende a ser cambiante e impulsivo. Además, de acuerdo a la literatura, lo anterior puede asociarse con la fobia a la comida o al incremento de peso corporal que experimentan las personas con sintomatología de trastorno de alimentario (Turón, 1997) y a la presentación de conductas neuróticas relacionadas con la insatisfacción corporal, la baja autoestima y la inefectividad (Claridge y Davis, 2000, *cits.* en Davis, Dionne y Shuster, 2001), sin embargo, respecto a este último rasgo cabe indicar que en la presente investigación no se encontró que los jóvenes con sintomatología de trastorno alimentario se caracterizaran por una mayor inefectividad o alexitimia, dato que deberá ser analizado en futuras investigaciones.

En tanto que su mayor conciencia (FO) y ansiedad (rasgo-Qs2 y estado-FQ4) nos indica que los jóvenes con sintomatología presentan mayor tendencia a la culpabilidad, reflejada en sentimientos de inadecuación, soledad, preocupación,

tensión, irritabilidad y ansiedad, que puede ser resultante de la insatisfacción que suelen experimentar al sentir que no han reaccionado de manera adecuada ante las demandas de la vida, lo que podríamos englobar en lo que algunos autores han denominado capacidad para enfrentar acontecimientos vitales estresantes (Horesh et al., 1995; Díaz-Atienza et al., 1988).

Lo anterior coincide con lo mencionado en la literatura, la cual señala que los jóvenes que presentan algún tipo de trastorno alimentario generalmente experimentan fracaso al intentar desarrollar el sentido de control de sí mismos (locus de control interno). Esto hace que dependan excesivamente de los acontecimientos externos para retroalimentar y mantener su autoestima, y que adopten conductas pasivas, de dependencia e inactividad (Toro, 1996). Además se puede sustentar en los hallazgos de la investigación realizada por Willcox y Sattler (1996), quienes encontraron que la bulimia y anorexia nerviosas suelen asociarse con los siguientes componentes de la depresión: baja energía, irritabilidad, tristeza, culpa, baja autoestima, introversión social, pesimismo y desamparo. Asimismo, Sourup (1990, cit. en Díaz-Atienza et al., 1997) analizó la relación entre el déficit para enfrentar acontecimientos estresantes y la ingesta de alimento, encontrando asociación entre ambas, sobre todo para el caso de las pacientes bulímicas, mientras que en las anoréxicas prevalecen mayores niveles de depresión.

Por lo tanto, los rasgos de personalidad encontrados en jóvenes con sintomatología de trastorno alimentario, pueden dar indicio de que los factores asociados a los trastornos alimentarios como son las fobias, los hábitos obsesivo-compulsivos, la ansiedad y algunos rasgos de depresión, pueden estar presentes antes de desarrollar propiamente un trastorno alimentario. Por lo que es importante continuar con la realización de investigaciones que utilicen muestras más amplias y métodos complementarios como la entrevista, junto a un diseño de investigación que contenga un grupo con sintomatología, uno diagnosticado con trastorno alimentario y otro control, con el objetivo de observar los rasgos de personalidad que pueden estar diferencialmente presentes en cada grupo, lo que permitiría establecer —dentro de la teoría de la continuidad— si existen ciertos rasgos de personalidad —o magnitudes— que pudiesen actuar como precursores de las patologías alimentarias.

Y precisamente, enfocándonos a una primera exploración a este respecto, observamos que el grupo de mujeres con sintomatología bulímica se caracterizó por una mayor posición social (FQ1), es decir, que presentaron un pensamiento más libre, analítico y dispuesto a experimentar; sin embargo, este mismo grupo y el de sintomatología mixta reportaron tener significativamente menor autoestima (FQ3), caracterizándose por tener un pobre concepto y conciencia de su propia imagen, por lo que pueden mostrarse incontrolados, impulsivos e indiferentes a las reglas sociales. Es importante recordar, que en lo que respecta a la presencia de menor autoestima, ésta se asoció con la sobreingesta, y con la puntuación total del BULIT, lo que sugiere que la baja autoestima puede ser un rasgo importante a considerar para el estudio de la bulimia nerviosa, lo que podría abrir líneas de investigación conducentes al diseño de programas de prevención y tratamiento.

Asimismo, cabe señalar que existieron otros factores que mostraron ciertas tendencias particulares entre los grupos. El grupo con sintomatología anoréxica mostró una tendencia a ser más práctico y convencional, ya que sus integrantes parecen tener preocupaciones "más reales", resultando importante resaltar que estas mismas características se correlacionaron con la restricción alimentaria y la presión social percibida, por lo que surge la incógnita de si éste puede ser un rasgo que esté presente antes de desarrollar el trastorno alimentario.

Por otro lado, el grupo con sintomatología mixta tuvo mayor tendencia a la inestabilidad emocional, la cual se expresa en respuestas neuróticas generalizadas como fobias, alteraciones en el sueño y —en general— conductas obsesivas, además hay que enfatizar que este rasgo se asoció con la sobreingesta. Estas características también se han hecho patentes en diversas investigaciones, tanto con comedoras compulsivas como en estudiantes universitarias con síntomas bulímicos (Nagelber et al., 1984; López et al., 1997; Claridge y Davis, *cits.* en Davis et al., 2001), por lo que este rasgo puede ser más característico de la sintomatología bulímica que de la anoréxica.

De igual forma, los grupos con sintomatología anoréxica y mixta presentaron mayor tendencia a ser autosuficientes y capaces de tomar sus propias decisiones;

siendo importante señalar que estas mismas características (certeza individual) se asociaron con el síntoma restricción alimentaria del EAT, siendo un rasgo constante en la sintomatología de anorexia nerviosa.

Perfiles de Personalidad

Por otra parte, al analizar los perfiles de personalidad específicos de cuatro subgrupos –mujeres y varones con sintomatología, y mujeres y varones control–, se encontró lo siguiente:

El grupo de mujeres con sintomatología se caracterizó por poseer una alta tendencia a la impetuosidad, al desarrollo de actitudes despreocupadas y entusiastas, aunque –paradójicamente– son también más conservadoras, tolerantes ante las dificultades y respetuosas a las ideas establecidas. Dicha disonancia puede llevarlas a experimentar cierta inadaptación que se manifiesta por sentimientos de insatisfacción respecto a su vida, y por tanto, ansiedad. No obstante, es importante destacar que las mujeres de ambos grupos –con sintomatología y control– fueron semejantes en cuanto a la fuerza del yo, impulsividad, lealtad grupal y posición social; mientras que contrariamente, la ansiedad rasgo y estado fueron ligeramente mayores en las mujeres con sintomatología de trastorno alimentario.

Por otro lado, en lo que respecta al grupo de varones con sintomatología, se encontró que se caracterizaron por alta capacidad de juicio y perseverancia, aunque con cierta tendencia a la agresividad y a la búsqueda de situaciones donde su conducta sea tolerada –y si es posible recompensada–, además muestran mayor seguridad en sí mismos, caracterizándose también por un pensamiento más libre, analítico y más dispuestos a experimentar, aunque con cierta tendencia a la rebeldía. Con respecto a lo anterior, algunas investigaciones han reportado que en hombres con bulimia nerviosa se presenta cierta desadaptación social, impulsividad e inestabilidad emocional (Schneider y Agras, 1987; Blander y Goodman, 1986); además, en un estudio donde investigaron los aspectos clínicos de los hombres con anorexia nerviosa, encontraron la presencia de síntomas depresivos en el 71% de los casos, el 35% con ideación o intentos suicidas y el 64% con notable

hiperactividad (De la Serna, 1996). Los rasgos de personalidad arrojados en esta investigación nos pueden sugerir que la tendencia a la agresividad, la rebeldía, la búsqueda de recompensa y tolerancia de sus conductas observada en los varones, pueden ser base para desencadenar la desadaptación social e impulsividad que los anteriores autores mencionan; y aunque no hay indicios de rasgos depresivos o hiperactividad en nuestra población, es importante tomar estos datos con cautela, dado que la muestra de esta investigación de ningún modo es representativa, por lo que es importante continuar con investigaciones donde se incluyan muestras más grandes de varones, lo que permita estudiar a mayor detalle y profundidad estos aspectos.

Asimismo, es importante señalar que ambos grupos con sintomatología de trastorno alimentario –hombres y mujeres– presentaron cierta inestabilidad emocional o debilidad del yo, excesiva afectación por sentimientos y facilidad para molestar por cosas o personas, así como indiferencia a las reglas morales y sociales; también presentan mayor sensibilidad emocional, es decir, son más afectuosos, sobreprotegidos y dependientes, aunque esto último está más acentuado en los varones. Además, ambos grupos tienen un pobre concepto y conciencia de su propia imagen, por lo que pueden mostrarse incontrolados e impulsivos, con una mayor tendencia a experimentar tensión, preocupación, frustración e irritabilidad, siendo esto ligeramente mayor entre las mujeres.

Cabe resaltar que los datos obtenidos en esta investigación en cuanto a la expresividad emocional, pueden ser corroborados al compararse con estudios donde se han evaluado en varones aspectos como la falta de control sobre las decisiones de su vida –inefectividad– y el temor a la expresión de sus emociones –desconfianza interpersonal–, observándose que estos tienen que ver con una mayor vulnerabilidad para desarrollar sintomatología de trastorno alimentario (Mateo, 2002). Además, se ha señalado que el desarrollo de los trastornos alimentarios en varones es mayormente por cuestiones emocionales o psicológicas que por estéticas, contrario a lo que sucede en las mujeres (Escarria y Haro 2000; Shur, Sanders y Steiner, 2000).

Por último, se compararon los perfiles de mujeres con sintomatología anoréxica, bulímica, mixta y un grupo control, encontrándose que las mujeres del grupo con sintomatología anoréxica se caracterizaron por ser más recatadas, reprimidas, tímidas, convencionales y prácticas, así como más controladas y socialmente escrupulosas. Contrariamente, las del grupo con sintomatología bulímica se caracterizaron por ser más ingenuas, modestas y sinceras, pero socialmente torpes, además de ser menos conservadoras, tolerantes y respetuosas a las ideas establecidas. Lo anterior confirma lo mencionado por Turón (1997), quien señala que las pacientes anoréxicas muestran mayor autocontrol y ciertos rasgos obsesivos (orden, rigidez, meticulosidad y perfeccionismo) a comparación de las bulímicas, quienes suelen tomar decisiones precipitadas, ya que actúan de forma impredecible, poco meditada y controlada. En tanto que, las jóvenes con sintomatología anoréxica y bulímica se caracterizaron por una menor estabilidad emocional, es decir, debilidad del yo y mayor tendencia a ser perturbables. Cabe señalar, que tanto el grupo con sintomatología anoréxica como el de sintomatología mixta se caracterizaron por ser más autosuficientes, decididas y ricas en recursos. Finalmente, en lo que respecta a los grupos con sintomatología bulímica y con sintomatología mixta, compartieron mayores rasgos de aprehensión, inseguridad y autorecriminación.

CONCLUSIONES

- ❖ En general, los jóvenes con sintomatología de trastorno alimentario –ambos sexos– se caracterizaron por presentar una menor fuerza del yo y aptitud situacional, pero mayor conciencia y ansiedad rasgo-estado. Lo cual pone de manifiesto que la inestabilidad emocional, el temperamento leptoso, la propensión a la culpabilidad y los altos niveles de ansiedad son rasgos de personalidad que pueden representar un foco de alerta en su relación con el trastorno alimentario.
- ❖ De forma particular, se observó que a mayor sintomatología de anorexia nerviosa fue mayor la autoestima, es decir, fue mayor el autocontrol, la firmeza y la escrupulosidad; y particularmente, en lo que respecta a cada uno de sus componentes, se encontró que a mayor presión social percibida fue menor la independencia, es decir tienden a ser más dependientes y pasivos.
- ❖ Contrariamente, a mayor sintomatología de bulimia nerviosa fue menor la autoestima, es decir, los jóvenes se caracterizaron por ser incontrolados, impulsivos e indiferentes a las reglas sociales; específicamente, en lo que respecta a sus componentes, se encontró que a mayor sobriñgesta se presentaron menor autoestima y sutileza, es decir, tienden a ser más directas y francas, pero ingenuas.
- ❖ De acuerdo con su perfil de personalidad, tanto las mujeres como los varones con sintomatología de trastorno alimentario se caracterizaron por experimentar cierta inestabilidad emocional, dependencia, pobre concepto de su imagen, indiferencia a las reglas e irritabilidad. Por otra parte, en lo que respecta a las mujeres con sintomatología de trastorno alimentario se muestra una tendencia a ser más emotivas y ansiosas; mientras que los varones se caracterizaron por tener mayor capacidad de juicio, ser más agresivos y analíticos, aunque con cierta tendencia a la rebeldía.

- ❖ De las mujeres con sintomatología de trastorno alimentario, las que presentaron sintomatología bulímica y mixta se caracterizaron por presentar mayor posición social y menor autoestima, es decir, tienen un pensamiento más libre, dispuesto a experimentar, además son más aprehensivas, inseguras y con un pobre concepto y conciencia de su propia imagen, por lo que tienden a la autorecriminación.

- ❖ En tanto, que de acuerdo a sus respectivos perfiles de personalidad, las mujeres con sintomatología anoréxica tendieron a ser más recatadas, tímidas y escrupulosas; contrariamente, las que presentaron sintomatología bulímica tendieron a ser menos conservadoras, más ingenuas y socialmente torpes; finalmente, aquellas jóvenes con ambas sintomatologías se caracterizaron por una menor estabilidad emocional.

REFERENCIAS

- Abraham, S. y Llewellyn-Jones D. (1994). *Anorexia y bulimia: Desórdenes alimentarios*. Madrid: Alianza.
- Allport, G.W. (1976). *Psicología de la personalidad*. Buenos Aires: Paidós.
- Alvarez, R.G. (2000). Validación en México de dos instrumentos para detectar trastornos alimentarios: EAT y BULIT. Tesis de Maestría en Psicología Clínica. Facultad de Psicología, UNAM.
- Alvarez, R.G., López, A.X., Martínez, L.A., Mancilla, D.J.M. y Vázquez, A.R. (1999). Valuación de la asociación entre la presencia de sintomatología de trastorno alimentario y la depresión. *Revista de Psicología del Valle de México*, 7, 3-11.
- Alvarez, R.G., Mancilla, D.J.M., Mercado, G.L., Manríquez, R.E. y Román, F.M. (1997). Ocurrencia de trastornos alimentarios en estudiantes mexicanos. Memorias del Congreso Regional de Psicología para Profesionales en América. Ciudad de México, México.
- Alvarez, R.G., Mancilla, D.J.M. y Vázquez, A.R. (2000). Propiedades psicométricas del test de bulimia (BULIT) en jóvenes mexicanas. *Psicología Contemporánea*, 7(1), 74-85
- Alvarez, R.G., Vázquez, A.R., Mancilla, D.J.M. y Gómez-Peresmitré, G. (2002). Evaluación de las propiedades psicométricas del test de actitudes alimentarias (EAT-40) en mujeres mexicanas. *Revista Mexicana de Psicología*, 19(1), 47-56.
- Alvarez T.D.T. y Franco, P.K. (2001). Validación del Eating Disorders Inventory (EDI) en población mexicana. Tesis de Licenciatura. México UNAM-Iztacala.
- American Psychiatry Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-III)*. Washington: American Psychiatric Association.
- American Psychiatry Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-III-R)*. Washington: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV)*. Barcelona: Masson.
- Beebe, D.W. (1994). Bulimia nervosa and depression: A theoretical and clinical appraisal in light of the binge-purge cycle. *British Journal of Clinical Psychology*, 33, 259-276.
- Beebe, D.W., Holmbeck, G.N., Albright, J.S., Noga, K. y Decastro, B. (1995). Identification of "binge-prone" women: An experimentally and psychometrically validated cluster analysis in a college population. *Addictive Behaviors*, 20, 451-462.
- Blander, B.J. y Goodman S.L. (1986). Atypical eating disorders. *New Dir Ment Health Serv* 8, 101-104.

- Blinder, B.J. y Cadenhead, K. (1988). Bulimia: una reseña histórica. (p. 23-35). En: S.C. Feinstein y A.D. Sorosky (Comps.). *Trastornos en la alimentación*. Argentina: Nueva Visión
- Blouin, A., Zuro, C. y Bloun, J. (1990). Family enviroment in bulimia nervosa: The role of depression. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 649-658.
- Borel, M., Maldonado, M., Mato, L. y Leiderman, E. (1995). Autoestima, perfeccionismo e insatisfacción corporal en los pacientes con trastornos alimentarios. <http://www.apsa.org.ar/desa510ht>.
- Boskind-Lodahl, M. (1976). Cinderellas's stepsisters: A feminist perspective on anorexia nervosa and bulimia. *Journal of Women in Culture and Society*, 2, 342-356.
- Bruch, H. (1982). Anorexia Nervosa: Therapy and theory. *American Journal of Psychiatry*, 139 (12), 1531-1538.
- Burney, J. y Harvey, J.I. (2000). Shame and guilt in women with eating disorder syptomatology. *Journal Clinical Psychology*, 56, 51-61.
- Bushnell, J.A., Wells, J.E., Hornblow, A.R., Oakley-Browne, M.A. y Joyce, P. (1990). Prevalence of three bulimia syndromes in the general population. *Psychological Medicine*, 20, 671-680.
- Cantwell, D.P., Sturzenburger, S. y Burroughs, J. (1977). Anorexia-nervosa and affective disorder. *Archives of General Psychiatry*, 34, 1087-1093.
- Casper, C.R. y Lyubomirsky, S. (1997). Individual psychopatology relative to reports of unwanted sexual experiences as predictor of a bulimic ealing pattern. *International Journal of Eating Disorders*, 21(3), 229-236.
- Castro, J., Salamero, M. y Guimera, E. (1991). The eating attitudes test: Validation of the spanish version. *Psychological Assessment*, 2, 175-190.
- Cattell, R.B. (1957). *Personality and motivation structure and measurement*. New York: Marcourt, Brace and World.
- Cattell, R.B., Eber, H.W. y Tatsuoka, M.M. (1980). *Cuestionario de los 16 factores de la personalidad*. México: Manual Moderno.
- Cattell, R.B. y Kline, P. (1977). *El análisis científico de la personalidad y la motivación*. Madrid: Pirámide.
- Cervera, M.C. (1996). *Riesgo y prevención de la anorexia y la bulimia*. Barcelona: Martínez Roca.
- Cervera, S., Zapata, R., Gual, p., Quintanilla, B. y Arce, G. (1990). *No te rindas ante los trastornos del peso*. Madrid: Railp.
- Claridge, G. (1995). *Origins of mental illness*. Cambridge: Malor Books.

- Cohen, R.J. y Swerdlik, M.E. (2000). *Pruebas y evaluación psicológicas: Introducción a las pruebas y a la medición*. México: McGraw Hill.
- Connors, D.J. y Johnson. (1987). Epydemiology of bulimia and bulimic behaviors. *Addictive Behaviors, 12*(2), 165-179.
- Crowther, J.H., Post, G. y Zaynor, I. (1985). The prevalence of bulimia and binge eating in adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders, 1*, 29-42.
- Crowther, J.H., Tennenbaum, D.L., Hobfoll S.E. y Parris, M.A. (1992). The etiology of bulimia nervosa: The individual and familial context. USA: Hemisphere Publishing Corporation.
- Cueli, J., Aguilar, L. y Mati, C. (1994). *Teorías de la personalidad*. México: Trillas.
- Davis, C. (1990). Body image and weight preoccupation study: A comparison between exercising and non-exercising women. *Appetite, 15*, 13-21.
- Davis, C. (1997). Normal and neurotic perfectionism in eating disorders: An interactive model. *International Journal of Eating Disorders, 22*, 421-426.
- Davis, C., Claridge, G. y Cerullo D. (1997). Personality factors and weight preoccupation: A continuum approach to the association between eating disorders and personality disorders. *Journal of Psychiatric Reseach, 31*(4), 467-480.
- Davis, C., Dionne, M. y Shuster. (2001). Physical and psychological correlates of appearance orientation. *Personality and Individual Differences, 30*, 21-30.
- Davis, C. y Fox, J. (1993). Excessive exercise and weight preoccupation in women. *Addictive Behaviors, 18*, 201-211.
- Davis, C., Kaptein, S., Kaplan, A., Olmsted, M. y Woodside, D.B. (1988). Obsessionality in anorexia Nervosa: The moderating influence of exercise. *Psychosomatic Medical, 60*(2), 192-200.
- De la Serna, P. (1996). Aspectos clínicos de la anorexia nerviosa en el varón. *Neurología y Psiquiatría, 24*, 2167-2173.
- De la Serna, P. (1998). Aspectos clínicos diferenciales de la bulimia. *Psiquis, 19*(5), 201-207.
- Deckelman, C., Dixon, L. y Conley, R. (1996). Comorbid bulimia nervosa and schizophrenia. *International Journal of Eating Disorders, 22*, 101-105.
- Díaz, C. y Balbás, R. (2002). Estudio de variables relacionadas con la alexitimia en pacientes con trastorno del comportamiento alimentario. *Psiquitria.com, Interpsiquis*.
- Díaz-Atienza, J., Pérez, E., Zapata, B.R., Villegas, O.A., Sánchez, R.M.J. y Blanquez, R.B.M. (1988). Acontecimientos vitales en anorexia nerviosa frente a controles sanos y adolescentes con depresión. *Anales de Psiquiatría, 14*(3), 107-115.
- Dícaprio, N.S. (1987). *Teorías de la personalidad*. México: Interamericana.

- Dolan, B., Evans, C. y Norton, K. (1994). Disordered eating behavior and attitudes in female and male patients with personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 8, 17-27.
- Dunn, P.K. y Ondercin, P. (1981). Personality variables related to compulsive eating in college woman. *Journal of Clinical Psychology*, 37(1), 43-49.
- Engler, B. (1996). *Teorías de la personalidad*. México: Mc Graw Hill.
- Escarria, R.A. y Haro, H.M. (2000). Anorexia y bulimia y factores de riesgo en residentes de una universidad. Tesis de Licenciatura no publicada, Universidad Autónoma de Nuevo León, 91-105.
- Fadiman, J. y Frager, R. (1979). *Teorías de la personalidad*. México: Harla.
- Fernández, A.F. y Turón, G.V. (1999). *Trastornos de la alimentación: Guía básica en el tratamiento de anorexia y bulimia nerviosa*. España: Masson.
- Fierro, A. (1981). *Lecturas de psicología de la personalidad*. España: Alianza.
- Fombonne, E. (1996). Is bulimia nervosa increasing in frequency?. *International Journal of Eating Disorders*, 19(3), 287-296.
- Garfield, S. (1979). *Psicología clínica: El estudio de la personalidad y la conducta*. México: Manual Moderno.
- Garfinkel, P.E. y Garner, D.M. (1982). *Anorexia nervosa: A multidimensional perspective*. New York: Brunner Mazel.
- Garfinkel, P.E. y Kaplan, A.S. (1996). Psicopatología y trastornos de la alimentación. En: J. Buendía (Comp.). *Psicopatología de niños y adolescentes*. Madrid: Pirámide.
- Garner, D.M. y Garfinkel, P.E. (1979). The eating attitudes test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279.
- Gross, J. y Rosen, J.C. (1988). Bulimia in adolescents: Prevalence and psychosocial correlates. *International Journal of Eating Disorders*, 7, 51-61.
- Guillemot, A. y Laxenaire, M. (1994). *Anorexia nerviosa y bulimia: El peso de la cultura*. España: Masson.
- Hall, C.S. (1991). *Compendio de psicología freudiana*. México: Paidós.
- Hecht, H.M., Fichter, M. y Potpischil, F. (1983). Obsessive compulsive neurosis and anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 69-77.
- Herzog, W., Schellberg, D. y Deter, H.C. (1997). First recovery in anorexia patients in the long-term course: A discrete-time survival analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 169-177.
- Hodes, M. y Le Grange, D. (1993) Expressed emotion in the investigation of eating disorders: A review. *International Journal of Eating Disorders*, 13(3), 279-288.

- Hollin, C.R., Houston, J.C. y Kent, M.F. (1985). Neurotism, life stress and concern about eating body weight and appearance in a non-clinical population. *Personality and Individual Differences*, 6, 485-492.
- Hoshesh, N., Apter, A., Lepkifker, E., Ratzoni, G., Weizman, R. y Tyano, S. (1995). Life events and severe anorexia in adolescents. *Acta Psychiatrica Scand*, 91(1), 5-9.
- Humphrey, L.L. (1989). Observed family interactions among subtypes of eating disorders using structural analysis of social behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(2), 206-214
- Janzen, B.L., Saktlofske, D.H. y Kelly, I.W. (1993). Personality and bulimic symptomatology. *Journal of Clinical Psychology*, 49, 649-653.
- Joiner, T.E., Katz, J. y Heatherton, T. (2000). Personality features differentiate late adolescent females and males with chronic bulimic symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 191-197.
- Kaplan, A.S. y Garfinkel, P.E. (1984). Bulimia in the Talmud. *American Journal of Psychiatry*, 141(5), 721-727.
- Kaplan, A.S. y Sadock, B.J. (1994). Eating disorders. (p. 689-698). *Synopsis of Psychiatry*. USA: Williams & Wilkins.
- Keller, F.S. (1992). *La definición de psicología*. México: Trillas.
- Kendler, K.S., Mc Lean, C., Neale, M., Kessler, R., Heath, M. y Eaves, L. (1991). The genetic epidemiology of bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1627-1637.
- Killen, J.D., Taylor, C.B., Telch, M.J., Saylor, K.E., Maron, D.J. y Robinson, T.N. (1986). Self induced vomiting and laxative and diuretic use among teenagers: Precursors of the binge-purge syndrome?. *Journal of the American Medical Association*, 225, 1447-1449.
- Kimble, G.A., Garmezy, G.N. y Zingler, E. (1996). *Fundamentos de psicología general*. México: Limusa.
- Kreisler, L. (1990). La anorexia mental del lactante. En: S. Lebovici, R. Diatkine y M. Soulé, (Eds.). *Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente*. España: Biblioteca Nueva.
- Lancelot, C., Brooks-Gunn, J., Warren, M.P. y Newman D.L. (1991). Comparison of DSM-III a DSM-III-R bulimia nervosa classifications for psychopathology and other eating behaviors. *International Journal of Eating Disorders*, 10, 57-66.
- Lawrence, A.P. (1998). *La ciencia de la personalidad*. España: Mc Graw Hill.
- Lemos, G.S. (2000). *Psicopatología general*. Madrid: Síntesis.
- Lingswiler, V.M., Crowther, J.H. y Stephen, M.A. (1987). Emotional reactivity, eating and obesity. *Journal Behavior Medicine*, 10(3), 287-299.

- López, A.X., Mancilla, D.J.M., Alvarez, R.G. y Cobos, Z.G. (1997). Un estudio sobre la personalidad e imagen corporal de comedoras impulsivas. *Sanidad Militar*, 51, 255-259.
- Lucas, A., Beard, C., O'Fallon, W. y Kurland, L. (1991). 50-year trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minnesota: A population-based study. *American Journal of Psychiatry*, 151, 80-83.
- Mancilla, D.J.M., Mercado, G.L., Manríquez, R.E., Alvarez, R.G., López A.X. y Roman, F.M. (1999). Factores de riesgo en los trastornos alimentarios. *Revista Mexicana de Psicología*, 16, (1) 37-46.
- Manríquez, R.E. y Mercado, G.L. (1997). Factores de riesgo en los trastornos alimentarios. Tesis de Licenciatura. ENEP Iztacala, UNAM.
- Mateo, G. C. (2002). Diferencias entre jóvenes mujeres y hombres en la presencia de trastorno alimentario y sus factores asociados. Tesis de Licenciatura. FES Iztacala, UNAM.
- Mateos, A. y Solano, N. (1997). Trastornos de la alimentación: Anorexia y bulimia nerviosas. *Revista Electrónica de Psicología*, 1,(1), 1-27.
- Meyer, D.F. (1997). Codependency as a mediator between stressful events and eating disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 53(2), 107-116.
- Millón, T. y Everly, G.S. (1994). *La personalidad y sus trastornos*. España: Martínez Roca.
- Mintz, L.B. y Betz, N.E. (1988). Prevalence and correlates of eating disordered behaviors among undergraduate women. *Journal of Counseling Psychology*, 35, 463-471.
- Mischel, W. (1973). *Personalidad y evaluación*. México: Trillas.
- Mynors-Wallace, L., Treasure, J. y Chee, D. (1992). Life events and eating disorders between early and late onset cases. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 369-375.
- Nagelber, D.B, Hale, S.L. y Ware, S.L. (1984). The assessment of bulimia symptoms and personality correlates in female college students. *Journal of Clinical Psychology*, 40(2), 125-131.
- Narduzzi, K.J. y Jackson, T. (2000). Personality differences between eating-disordered women and a nonclinical comparison sample: A discriminant classification analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 56(6), 699-710.
- Newton, J.R., Freeman, C.P. y Munro, J. (1993). Impulsivity and dyscontrol in bulimia nervosa: Is impulsivity an independent phenomenon or a marker of severity? *Act Psychiatr Scand*, 87, 389-394.
- North, C., Gowers, S. y Byram, V. (1995). Family functioning in adolescent anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatric*, 673-678.
- Orbach, S. (1986). *Hunger strike*. New York: Norton.

- Ordman, A.M. y Kirschenbaum, D.S. (1986). Bulimia: Assessment of eating, psychological adjustment, and familial characteristics. *International Journal of Eating Disorders*, 5, 865-878.
- Padmal, D.S. y Stanley, R. (1995). *Trastorno obsesivo-compulsivo*. España: Biblioteca de Psicología.
- Palmer, R.C. (1979). The dietary chaos syndrome: A useful new term? *British Journal of Clinical Psychology*, 52, 187-190.
- Patton, C.G. (1993). Eating problems (p. 227-242). In C.G. Costello, (Ed.) *Symptoms on depression*. USA: Wiley-Interscience.
- Pole, R., Waller, D.A., Stewart S.M. y Parkin-Feigenbaum, L. (1988). Parental caring versus over protection in bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 7(5), 601-606.
- Pollice, C., Kayne, W.H., Greeno, C.G. y Weltzin, P.E. (1997). Relationship of depression, anxiety, and obsessionality to state of illness in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 21, 367-376.
- Pryor, T. y Wiederman, M. (1998). Personality features and expressed concerns of adolescents with eating disorders. *Adolescence*, 33, 292-302.
- Pyle, R.L., Mitchell, J.E. y Eckert, E.D. (1986). The use of weight tables to categorize patients with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 5, 377-383.
- Raich, R.M. (1994). *Anorexia nervosa y bulimia*. Madrid: Pirámide.
- Raich, R.M. (1998). Definición, evolución de concepto y evaluación del trastorno de la imagen corporal. *Psicología y Ciencia Social*, 2, 1, 15-26.
- Rausch, H.C. y Bay, L. (1990). *Anorexia nervosa y bulimia: amenazas a la autonomía*. México: Paidós.
- Rogers, R. y Petrie, T. (1996). Personality correlates of anorexic symptomatology in female undergraduates. *Journal of Counseling and Development*, 75, 138-142.
- Rosen, J.C. y Leitenberg, H. (1985). Exposure plus response prevention treatment of bulimia (p.193 -212). In: D.M. Garner y P.E. Garfinkel (Eds.). *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia*. USA: Guilford Press.
- Ruiz, M.A. (1995). Personalidad en mujeres obesas. Tesis de Licenciatura. UNAM Iztacala, México
- Russell, G.F.M. (1979). Bulimia nervosa: An ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 429-448.
- Saldaña, G. (1994). *Trastornos del comportamiento alimentario*. Fundación Universitaria.
- Schneider, S.A. y Agras, W.S. (1987). Bulimia in males: A matched comparison with females. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 235-245.

- Sharp, C., Clark, S., Dunan, J., Blackwood, D. y Shapiro, C. (1994). Clinical presentation of anorexia nervosa in males: 24 new cases. *International Journal of Eating Disorders*, 15, 125-134.
- Simeon, Hollander y Stein (1995). Body dysmorphic disorder in DSM-IV field trial for obsessive compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1207-1209.
- Smith, M.C. y Thelen, M.H. (1984). Development and validation of a test for bulimia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 863-872
- Steiger, H., Jabalpurwala, S., Champagne, J. y Stotland, S. (1997). A controlled study of trait narcissism in anorexia and bulimia nervosa. *International Journal Eating Disorders*, 22, 173-178.
- Strober, M. (1985). Personality factors in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 12, 134-138.
- Strober, M. y Katz, J. (1988). Depression in the eating disorders: A review and analysis of descriptive, family and biological findings. In D.M. Garner y P.E. Garfinkel (Eds.). *Diagnostic issues in anorexia nervosa and bulimia nervosa*. New York: Brunner/ Mazel .
- Strober, M., Lamper, C., Morrell, W., Burrough, J. y Jacobs, C. (1990). A controlled family study of anorexia nervosa: Evidence of familial aggregation and lack of shared transmission with affective disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 239-253.
- Thiel, A., Broocks, A., Ohlmeier, M., Jacoby, G. y SchuBler, G. (1995). Obsessive-compulsive disorder among patients with anorexia nervosa y bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 152(1), 72-75.
- Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito: Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. España: Ariel.
- Toro, J. y Vilardell, E. (1987). *Anorexia nerviosa*. Barcelona: Martínez Roca.
- Turón, V.J. (1997). *Trastornos de la alimentación*. España: Masson.
- Turón, V.J. y Thomas, P. (1995). Relación entre bulimia nerviosa y depresión. En: *Diagnóstico y tratamiento de los trastornos psíquicos en la edad juvenil*. Barcelona: Expans
- Vázquez, A.R. (1997). Aspectos familiares en la bulimia y anorexia nerviosa. Tesis Doctoral. UAB, España.
- Vázquez, A.R., López, A.X., Alvarez, R.G., Ocampo, M.T. y Mancilla D.J.M. (2000). Trastorno alimentarios y factores asociados en estudiantes de danza. *Psicología Contemporánea*, 7(1), 56-79.
- Vázquez, A.R. y Raich, R.M. (1997). El papel de la familia en los trastornos alimentarios. *Psicología Conductual*, 5(3), 391-407.

- Vázquez, A.R., Raich, R.M., Viladrich, M.C., Alvarez, R.G. y Mancilla, D.J.M. (2000). Variables familiares asociadas a los trastornos alimentarios. (p. 265-277). En: G.R. Jiménez (Comp.). *Familia: Naturaleza amalgamada*. México: Universidad Autónoma de Tlaxcala.
- Viesselman, J.O. y Roig, M. (1985). Depression and suicidality eating disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 46, 118-124.
- Vitousek, K. y Manke, F. (1994). Personality variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 137-147.
- Welch, T., Nidiffer, M., Zager, R. y Lyerla, R. (1992). Attributes and perceived body image of students seeking nutrition counseling at a university wellness program. *Journal of the American Dietetic Association*. 92, 609-612.
- Wersten, D. y Harnden-Fischer, J. (2001). Personality profiles in eating disorders: Rethinking the distinction between Axis I and Axis II. *American Journal of Psychiatry*, 158(4), 547-562.
- Widiger y Costa (1994). Personality and personality disorder. *Journal of Abnormal Psychiatric*, 19, 132-136.
- Willcox, M. y Sattler, D. (1996). The relationship between eating disorders and depression. *Journal of Social Psychology*, 136(2), 269-275.
- Williamson, D.A. (1990). *Assessment of eating disorders: Obesity, anorexia and bulimia nervosa*. USA: Pergamon Press.
- Wilson, G.F. y Walsh, B.T. (1991). Eating disorders in the DSM-IV. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(3), 362-365.
- Yela, M. (1997). *La técnica del análisis factorial: Un método de investigación en psicología*. España: Biblioteca Nueva.

ANEXO 1

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA NO ESPECIFICADO (TCANE)

La categoría de trastorno de la conducta alimentaria no especificado 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 que 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, 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 excepción que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de 2 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 (p. ej. , provocación del vómito después de haber comido dos galletas).
5. Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.
6. Trastorno compulsivo: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa (v. Apéndice B del DSM-V para los criterios que se sugieren).